

Situación de los servicios de pediatría en Colombia.

Castiblanco CA, Escobar FA, Romero A, Jacome N, Bernal PA.

Bogotá D.C. - Septiembre 07 de 2023

I. Contexto General

El 9 de agosto de 2023, la Sociedad Colombiana de Pediatría publicó un comunicado en el cual hace un llamado a la sociedad en general, y a los actores del sistema de salud en particular, acerca de la problemática del cierre de camas de hospitalización pediátrica. Esto se da por el cierre reciente de los servicios de pediatría del Hospital Alma Mater de Antioquia y de la unidad materno neonatal de la Clínica El Rosario, sede Villahermosa, de la ciudad de Medellín.

De acuerdo con lo enunciado en el comunicado de la Sociedad, reproducido en múltiples medios de comunicación, la razón principal de estos cierres de servicios pediátricos obedece a "que estas camas no generan suficiente rentabilidad económica". Sin embargo, el cierre de camas viene ocurriendo, por lo menos, durante los últimos 20 años¹ y aunque la explicación de los cierres ha sido consistente en que se debe a la baja rentabilidad de estos servicios para las IPS, dado que los servicios de adultos en comparación con los servicios de pediatría generan mayores costos para el sistema, lo que se refleja en mayor facturación por parte de los prestadores; es necesario analizar con mayor profundidad las múltiples causas que se pueden relacionar con los cierres.

"Organizaciones médicas como la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), el Colegio Médico Colombiano y la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos (Fecolmed), [quienes] le solicitaron al Gobierno Nacional garantizar los servicios de ginecología y pediatría en todas las regiones del país... [ya que] estos servicios médicos se están cerrando bajo el argumento de problemas económicos". [El Tiempo y RNC Radio, 12 de noviembre de 2021] ²

"si se llegase a decidir cerrar alguna cama pediátrica en la ciudad, las EPS tendrían que asegurar y garantizar la atención de los menores sin ninguna barrera": intervención realizada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. [Caracol Radio 16 de noviembre de 2011] ³

¹ Cierre de camas en pediatría. Presentación PowerPoint, del 2 de diciembre de 2011. Disponible en: https://issuu.com/scpbogota/docs/cierre_camas_-_mps

² Disponible en: <https://www.rcnradio.com/salud/organizaciones-de-salud-exigen-garantias-para-servicios-de-ginecologia-y-pediatria>

³ Disponible en: https://caracol.com.co/radio/2011/11/16/bogota/1321435200_578847.html

II. Contexto internacional

La revisar el tema, se evidencia que una situación similar ha estado experimentando los Estados Unidos. Esto no implica que otros países no se presente el cierre de servicios pediátricos, sino que posiblemente la información no es publica o no es ampliamente difundida.

Un estudio de capacidad instalada realizado por Cushing y colaboradores, publicado en 2021 ⁴, evidenció que entre 2009 y 2018 se disminuyeron en un 19.1% las unidades de hospitalización pediátrica en Estados Unidos, siendo más marcada la reducción en áreas rurales con un 26.1%. En la discusión, los autores explorar algunas de las razones para esta reducción de servicios pediátricos. Primero, en ese país se ha evidenciado una reducción en la tasa de hospitalización, reduciéndose la demanda de este tipo de servicios, lo que explica una respuesta de disminución de la oferta desde la prestación, aunque se genera la duda razonable si el proceso fue a la inversa, esto es, que una reducción en la oferta de camas fue la causa y no el efecto de la reducción de la tasa de hospitalizaciones. Segundo, en Estados Unidos la mayoría de los pacientes pediátricos hospitalizados están cubiertos por el esquema de Medicaid, el cual tiene menores tarifas de reembolso en comparación con las tarifas de Medicare. Tercero, el costo operativo y de talento humano en salud para el soporte de las unidades pediátricas es importante.

Por otro lado, el *Lown Institute*, un tanque de pensamiento sobre el sistema de salud de los Estados Unidos publicó en diciembre de 2022 un artículo que abordaba el tema de rentabilidad de las unidades de hospitalización pediátrica ⁵. La autora indaga sobre los aspectos financieros como un elemento importante para explicar el cierre de múltiples camas en ese país. Se menciona que existe cierta tendencia de mejorar la sostenibilidad por parte de las clínicas y hospitales, por lo cual se ha preferido cerrar unidades pediátricas para abrir unidades de atención de adultos. Así mismo, en Estados Unidos se está reorganización la prestación hacia la concentración de servicios obstétricos y pediátricos en las grandes ciudades, con lo que los prestadores de contados o zonas rurales han optado por el cierre de sus servicios, hasta el punto de que hay zonas denominadas “desiertos de atención materna”, condados en donde no

⁴ Cushing AM, Bucholz EM, Chien AT, Rauch DA, Michelson KA. Availability of Pediatric Inpatient Services in the United States. *Pediatrics*. 2021 Jul;148(1):e2020041723. doi: 10.1542/peds.2020-041723

⁵ Disponible en: <https://lowninstitute.org/pediatrics-and-profits-why-childrens-hospital-units-are-closing/>

existe un prestador con servicios de atención de parto ni profesionales de la salud especializados en salud obstétrica.

Finalmente, una publicación de junio de 2022 en Health Affairs menciona que ⁶:

La verdad es que la atención pediátrica hospitalaria, particularmente para la atención de rutina como el asma o la deshidratación, no es muy rentable [...]. Muchos hospitales comunitarios [rurales] optaron por salir de ese negocio para mejorar sus resultados, dejando que los niños fueran transferidos entre estados o regiones a hospitales infantiles independientes o grandes centros académicos. Lo que la mayoría de la gente no sabe es que la mayoría de los niños que necesitan hospitalización solo permanecen uno o dos días. Y la mayoría de los niños que son transferidos desde sitios comunitarios son enviados a casa desde el centro de transferencia dentro de las 24 horas posteriores a su llegada. (Traducción libre)

A pesar de lo anterior, este autor propone posibles opciones para solucionar a esta falta de acceso a camas pediátricas, basado en la experiencia obtenida durante la pandemia:

Los avances en tecnología permiten la extensión de la atención primaria y especializada a sitios comunitarios. Hemos visto que eso funcionó bien durante la pandemia, y muchos hospitales comunitarios vinculados con hospitales infantiles pudieron evitar que niños con necesidades de salud complejas fueran transferidos mediante el uso de telesalud. Con personal y capacitación adecuados, las asociaciones entre hospitales infantiles y sitios comunitarios pueden permitir que los niños sean atendidos en su hospital local. (Traducción libre)

III. Condiciones o causas que pueden motivar la disminución a aumento de camas de pediatría, más allá del único argumento de la rentabilidad

Dado que el cierre de camas es un fenómeno que viene ocurriendo hace muchos años y que no es exclusivo del país, es necesario identificar y analizar sus múltiples causas para comprender el impacto que puede tener, así como las posibles soluciones. Para orientar el análisis que se presentará más adelante sobre la distribución de camas de pediatría y obstetricia en el país, su comportamiento a lo largo de los últimos años y las posibles medidas de política pública requeridas, a continuación, se presentan cinco situaciones macro que pueden incidir en la necesidad de disponer de un mayor o menor número de servicios hospitalarios de pediatría.

⁶ Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/unexpected-shortage-hospital-beds-children>

1. Relación entre condiciones de vida, salud y demanda de servicios hospitalarios

Cómo es bien conocido, las mejores condiciones de vida de las personas determinan el nivel de salud y bienestar que pueden llegar a alcanzar; por tanto, la mayor o menor demanda de servicios hospitalarios, no solo depende del diseño y desempeño del sistema de salud, sino en gran medida del entorno social, económico, político, cultural y ambiental en el que se desenvuelven. Por ello, estos determinantes y sus efectos se deben tomar en consideración para el análisis de problemas de salud pública y la definición de medidas de política pública.

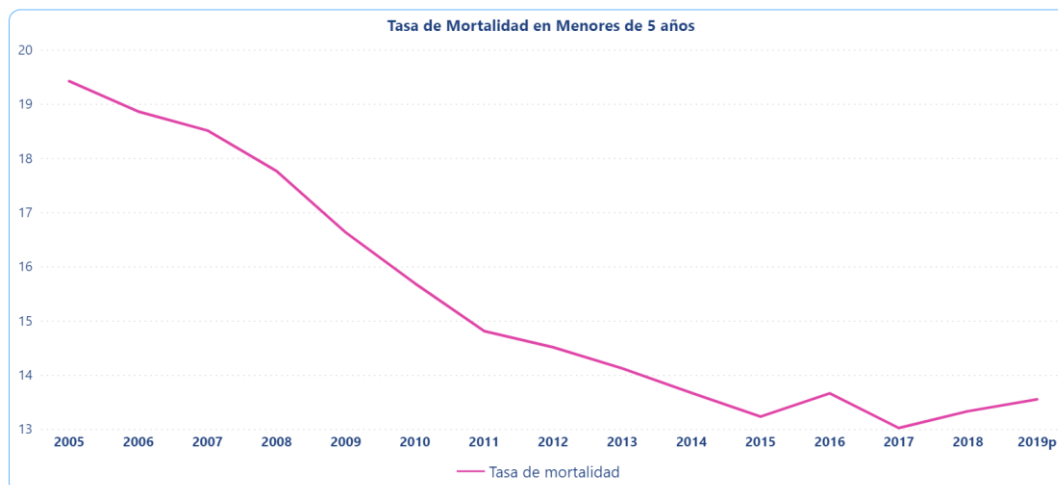
Conforme a lo anterior y aunque suene obvio, la necesidad de disponer una mayor o menor cantidad de camas hospitalarias de pediatría se puede ver afectada con las condiciones de vida y salud de las personas. Es decir que, si se logra obtener un mayor acceso al agua segura para el consumo humano, lograr coberturas útiles de vacunación, contar con seguridad alimentaria que propicien un mejor estado nutricional, tener menor exposición a contaminantes ambientales (por ejemplo, al restringir la actividad física en zonas u horarios con mayores niveles de material particulado) o adoptar prácticas de higiene personal como el lavado de las manos, sería esperable que menos niños y niñas presenten condiciones evitables, requieran menos servicios de hospitalización y por ende menos camas hospitalarias.

Así las cosas, el Sistema de Salud, debe identificar e incentivar las acciones que permitan disminuir al máximo las hospitalizaciones requeridas y, por tanto, la discusión de cuantas camas hospitalarias se requieren y como debe ser su adecuada y equitativa distribución, tomando en consideración los niveles de bienestar y calidad de vida de la población.

Al respecto, se presenta a continuación, el comportamiento de algunos indicadores que se relacionan con dichos determinantes sociales de la salud.

Quizá el indicador más sensible para analizar la pobreza es la mortalidad infantil, pues da cuenta no solo de la efectividad de los servicios de salud y su disponibilidad, sino también de los niveles de calidad de vida de la población. Al respecto, cabe resaltar que la mortalidad infantil en Colombia ha disminuido 30% en los últimos 15 años. (Gráfico 1)

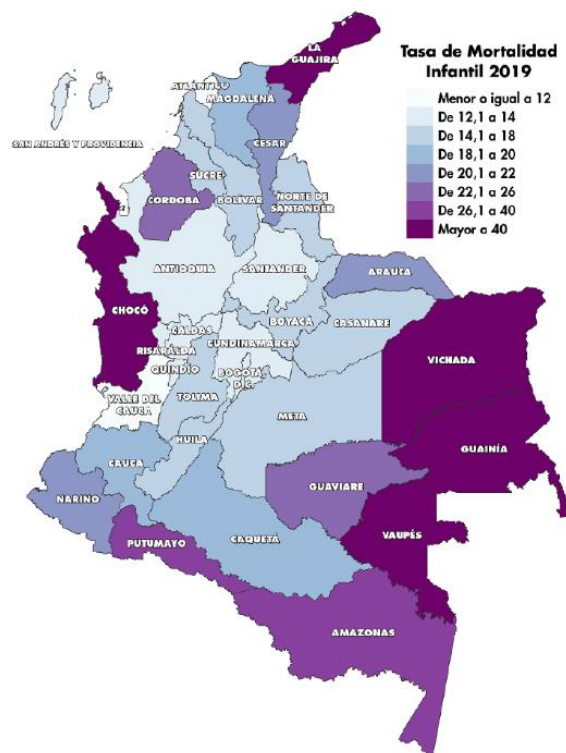
Gráfico 1. Tasa de mortalidad infantil en Colombia,



Fuente: Así vamos en salud con base en las estadísticas vitales del DANE

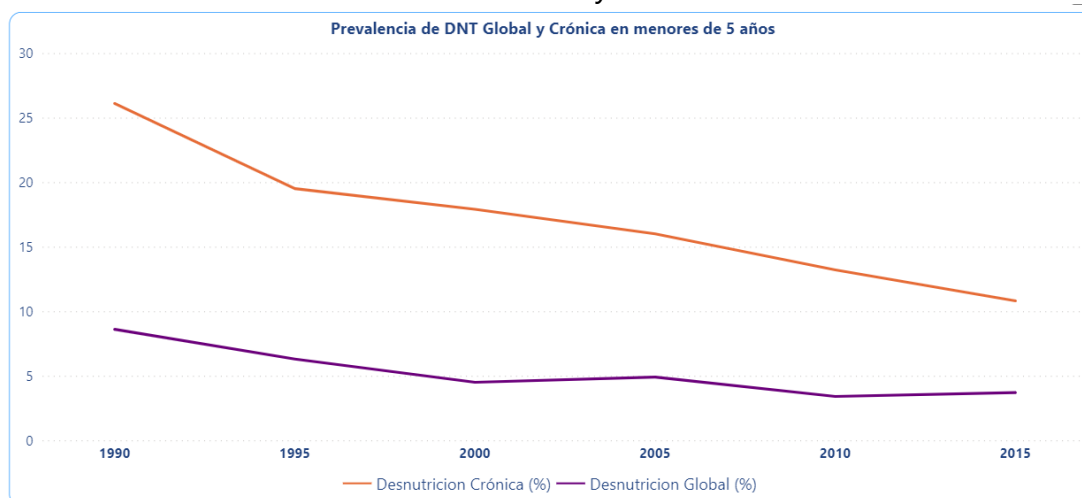
A pesar del importante descenso de la mortalidad infantil en Colombia, persisten brechas entre regiones del país que deben ser superadas y entre tanto consideradas al momento de organizar y garantizar los servicios de salud requeridos ante una mayor demanda en lugares con peores condiciones de vida.

Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacimientos), 2019



Fuente: DANE. Estimaciones 2021 a partir de las EEVV 2008-2019 y la TMI 2018.

Gráfico 3. Prevalencia de DNT Global y crónica en menores de 5 años



Fuente: Así vamos en salud con base en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud

2. La menor fecundidad y la consecuente reducción de niños y niñas frente al total de la población, modifica la demanda de servicios de salud pediátricos.

Colombia cada vez tiene menos niños. Tasas de natalidad es de las más bajas del mundo

Colombia está teniendo un fuerte cambio a nivel demográfico, ya que cada vez las personas tienen menos hijos. Si bien esto puede tener unas implicaciones en la cantidad de personas que tiene el país, otro de sus efectos es que la población se envejecerá de forma más abrupta en los próximos años, ya que cada vez habrá menos jóvenes. La caída de las cifras es tan significativa que la nación tiene uno de los balances más negativos a nivel mundial.

La disminución de la natalidad no es un fenómeno exclusivo de Colombia, hay una serie de factores que han llevado a los jóvenes a decir que no van a tener más hijos, y que se evidencia a nivel mundial.

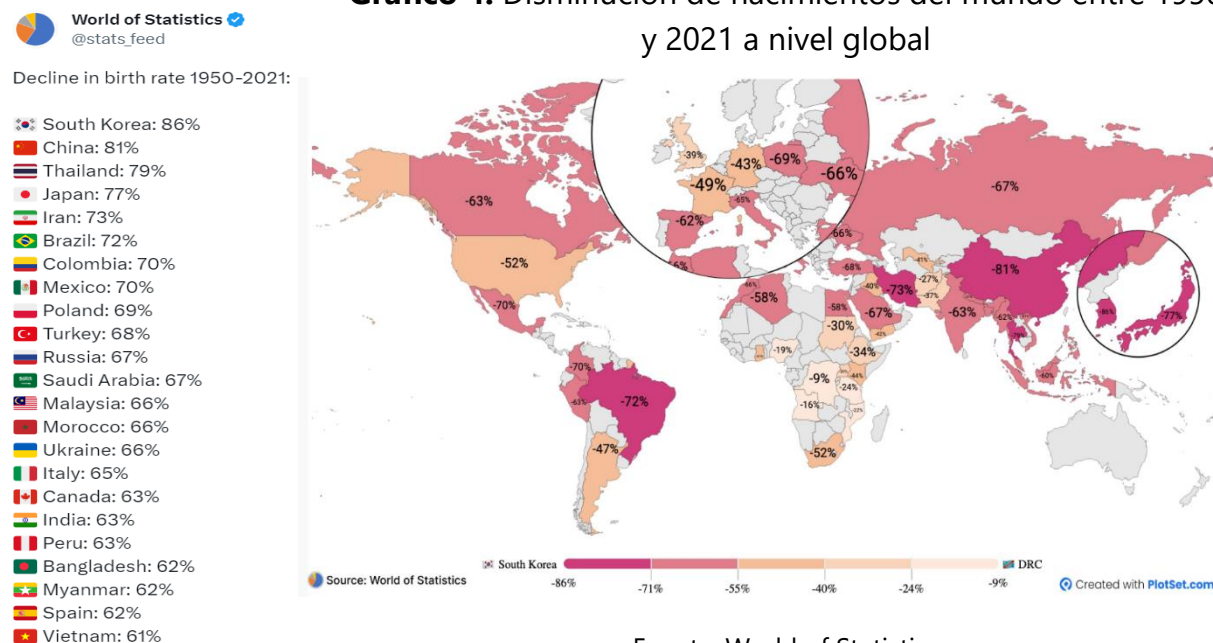
Según el portal World of Statistics⁷, Colombia es el séptimo país con la mayor disminución de nacimientos del mundo, si se compilan las cifras desde 1950, hasta el

⁷

[https://twitter.com/stats_feed/status/1671029030261334016?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweet%7Ctwtterm%5E1671029030261334016%7Ctwtgr%5Ea70d0d49f783f4fec31e258a0f4dfd7b0c46577b%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.semana.com%2Feconomia%2Fmacroeconomia%](https://twitter.com/stats_feed/status/1671029030261334016?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweet%7Ctwtterm%5E1671029030261334016%7Ctwtgr%5Ea70d0d49f783f4fec31e258a0f4dfd7b0c46577b%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.semana.com%2Feconomia%2Fmacroeconomia%2F)

2021. En el continente americano Brasil lidera el ranking con el 72 %, seguido de Colombia con el 70 %, mismas cifras de México, mientras que sus más inmediatos perseguidores serían Canadá y Perú con el 63 %.

Gráfico 4. Disminución de nacimientos del mundo entre 1950 y 2021 a nivel global



Fuente: World of Statistics

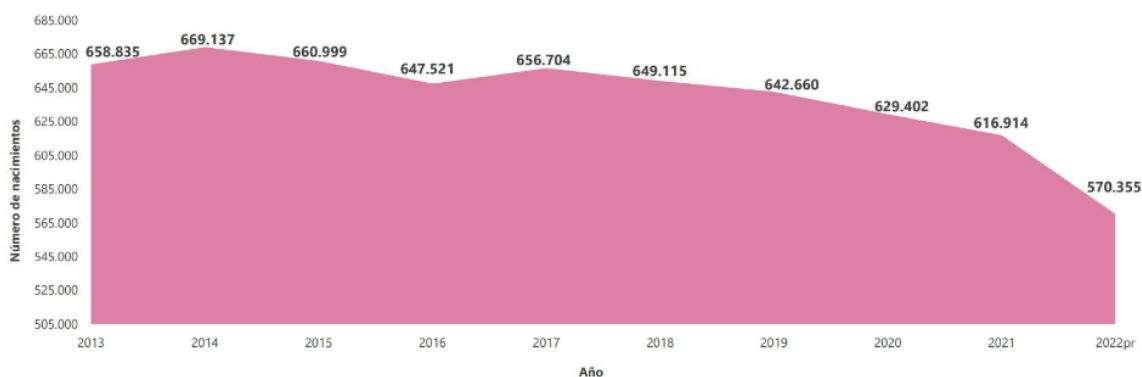
Durante la última década, Colombia ha experimentado una tendencia decreciente en el número de nacimientos, una situación que plantea desafíos importantes para el país. Desde 2018, dicho descenso es sostenido, siendo más marcado en el año 2022pr, con una reducción de -7,5% respecto al año 2021, cifra histórica, teniendo en cuenta que en el último decenio las reducciones interanuales reportadas oscilan entre el -2,1% y el -1,0%. Se refleja una disminución de 88.480 nacimientos en el país en comparación con 2013.

En este sentido, la reducción de la tasa bruta de natalidad en Colombia es otro aspecto preocupante. En 2022 la tasa alcanzó su nivel más bajo en el quinquenio, situándose en 11,0 nacimientos por cada mil habitantes. Este descenso se observó tanto en áreas urbanas como rurales, con disminuciones del 7,7 y el 8,5 %, respectivamente. Los 32 departamentos del país, junto con la ciudad de Bogotá, han experimentado una

2Articulo%2Fcolombia-cada-vez-tiene-menos-hijos-tasas-de-natalidad-son-de-las-mas-bajas-del-mundo%2F202315%2F

reducción en la tasa bruta de natalidad, con excepción de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Gráfico 5. Número de nacimientos en Colombia, 2013-2022 pr



Fuente: DANE

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE⁸ entre los principales resultados de Estadísticas Vitales se encuentra el descenso en el volumen de nacimientos se ha manifestado en todos los meses del año 2022 y en lo corrido del 2023.

En el acumulado del año 2022pr con corte al 30 de abril de 2023, se presentaron 570.355 nacimientos con una reducción del -7,5% respecto al año 2021, cuando se reportaron 616.914. En 2022pr, el 40,5% de los nacimientos por cesárea del país, según departamento de residencia de la madre se reportaron en la Región Caribe.

Por su parte, en el año 2022pr la tasa bruta de natalidad es de 11,0 nacimientos por cada 1.000 habitantes. En 2022pr, frente a 2021 y por área de residencia de la madre, las tasas brutas de natalidad reportan el descenso más elevado de la serie, siendo del - 7,7% para las cabeceras municipales y del - 8,5% para los centros poblados y rural disperso.

A su vez, la distribución de nacimientos por sexo se mantiene constante en el tiempo. Para 2022pr, de los 570.355 nacimientos reportados, el 51,1% corresponde a hombres y el 48,9% a mujeres.

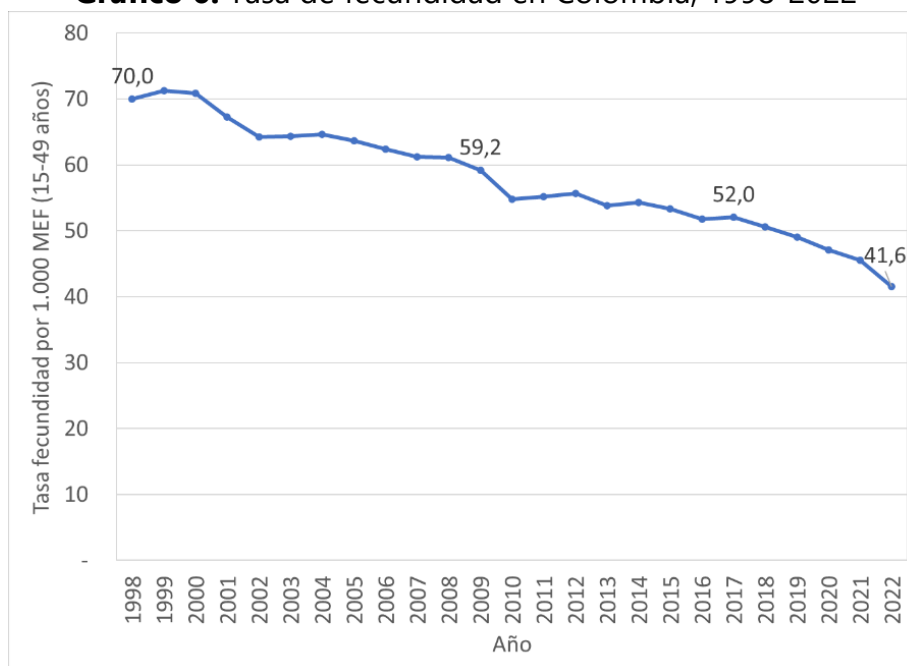
⁸ <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/cp-EEVV-ITrim2023.pdf>

En el primer trimestre de 2023pr se presentaron 127.676 nacimientos con una reducción de -7,9% frente al mismo periodo de 2022 cuando fueron 138.702

La disminución en el número de nacimientos en Colombia durante los últimos años plantea desafíos importantes para el país en términos demográficos y económicos. Es necesario comprender las causas detrás de esta tendencia y tomar medidas para promover la maternidad y paternidad responsables, así como garantizar el acceso a servicios de salud y el bienestar de las familias.

Junto al descenso de la natalidad, también se observa un descenso de la fecundidad entendida como la relación de nacidos vivos por mujer en edad fértil, la cual cayó 40,6% entre 1998 y 2002.

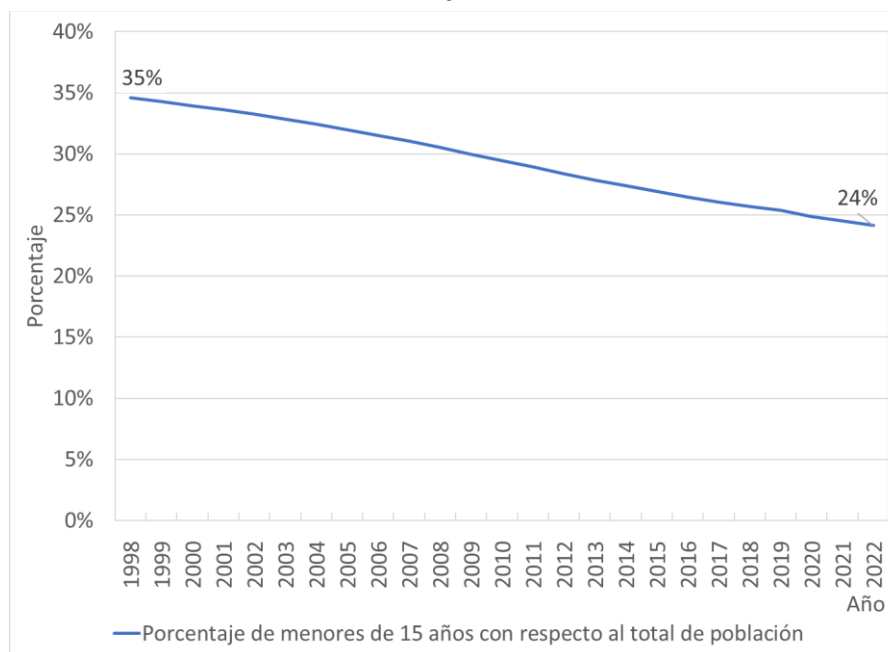
Gráfico 6. Tasa de fecundidad en Colombia, 1998-2022



Fuente: Acemi con datos del Cubo SISPRO de estadísticas vitales

Conforme a lo anterior, el porcentaje de población menor de 15 años descendió 30,2 % en los últimos 15 años, reducción mayor al descenso de camas hospitalarias en el país.

Gráfico 7. % de menores de 15 años frente al total de población, Colombia 1998-2022



Fuente: Acemi con datos de proyección de población DANE

Así las cosas, el futuro de Colombia y la respuesta adecuada a los requerimientos de oferta de servicios sociales y de salud, dependerán de la capacidad de abordar estos desafíos y promover un crecimiento poblacional sostenible. De igual forma, la planeación de la cantidad de servicios requeridos para los diferentes segmentos de la población deberá tomar en consideración dichos cambios demográficos.

3. La insuficiencia y concentración del talento humano a nivel nacional puede limitar la habilitación de servicios de pediatría y obstetricia en algunas regiones del país.

Según datos del Banco Mundial y datos comparativos de la OCDE del 2022, Colombia en promedio cuenta con 23 médicos y 14 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Cifras que pone en amplia desventaja al país en cuanto a disponibilidad y formación, especialmente en disciplinas como la enfermería.

Al respecto de la disponibilidad de médicos, Colombia cuenta con algo más de 130.000 profesionales en medicina, de los cuales aproximadamente 31.000 son especialistas, sin embargo, en términos de especialidades básicas (base para prestar servicios y garantizar la formación de nuevos especialistas) solo se cuenta con alrededor de 4.980 pediatras y 3.655 ginecólogos.

Adicionalmente, en cuanto a la formación de médicos especialistas, el Observatorio Laboral para la Educación en Colombia en conjunto con ASCOFAME reportaron a 2020 un déficit de alrededor de 10.229 especialistas, con una tasa de 1.5 especialistas por cada 1.000 habitantes y teniendo en cuenta que la tasa internacional de referencia se encuentra alrededor de 3,5 especialistas por 1.000 habitantes.

Por otra parte, en términos de distribución de este talento humano, a 2020 el 70% de los médicos especialistas estaban concentrados en las principales ciudades del país.

Esta información ilustra el déficit estructural de talento humano que vive el país, incluso frente a las profesiones “básicas” requeridas para la plena ejecución de acciones en salud pública y atención individual, lo cual impacta en la disponibilidad de servicios y la oportunidad de la atención.

Cabe señalar que esta problemática es consecuencia de múltiples factores propios del mercado de la fuerza laboral en salud, tales como: oferta educativa en las diferentes regiones del país, la oferta de prestadores en cada región, las condiciones e incentivos para promover el trabajo y retención de personal de salud en algunos territorios, especialmente en zonas rurales y la falta de la implementación de Ley de Talento Humano en Salud (Ley 1164/07) y de la Política Nacional de Talento Humano en Salud (adoptada por el Ministerio de Salud desde el 2018).

En correspondencia, considerando además los cambios demográficos, epidemiológicos, el tipo de prestación de servicios, hoy la formación de profesionales en salud tiene retos importantes a considerar, entre ellos: la articulación entre la formación y las necesidades en salud de la población, el trabajo interprofesional y la prevalencia en la formación intrahospitalaria sobre la atención primaria.

Sumado a lo anterior, el panorama expuesto en la Política de Talento Humano en salud del 2018, uno de los elementos importantes para avanzar en la dignificación del talento humano, es el reconocimiento de las diferentes profesiones y ocupaciones, en función de su participación y contribución a la prestación de los servicios y al logro de objetivos y resultados en la salud de la población. Ese reconocimiento es el punto de partida para establecer estrategias y mecanismos de vinculación, condiciones laborales y remuneraciones que valoren de manera razonable los aportes de los auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas que participan en la prestación de servicios de salud individuales y colectivos, así como para la configuración de equipos multidisciplinarios que contribuyan a una atención en salud más integral.

Finalmente, en cuanto a remuneración y condiciones de vinculación laboral pueden existir brechas importantes, incluso entre países similares de la región, lo cual ha incentivado la migración en busca de una mejor remuneración económica, incentivos para especializarse e incluso beneficios fiscales y mayor calidad de vida.

4. La existencia de fallas regulatorias y de mercado inciden en la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios de salud de pediatría y obstetricia

a) Ausencia o existencia de disposiciones legales que incentivan o limitan la ampliación o mantenimiento de la oferta.

Otro grupo de causas que inciden en la garantía y promoción de la apertura y sostenimiento de los servicios de pediatría y obstetricia, se relacionan bien sea por la inexistencia de regulación que garantice la disponibilidad suficiente y equitativa de servicios a lo largo del país, o por la existencia disposiciones normativas que, por el contrario, pueden limitar la habilitación y permanencia de dichos servicios.

Un ejemplo de este último caso, corresponde a la Resolución 3100 de 2019, la cual cambió las condiciones para la habilitación de servicios de salud, señalando a diferencia de la norma previa, áreas en metros cuadrados mínimos para los diferentes servicios⁹, los cuales en muchos casos eran superiores a los existentes, razón por la cual, IPS con imposibilidad de ampliar la infraestructura física disponible tuvieron que disminuir el número de camas habilitadas, que bajo la nueva norma, requerían de mayores áreas para funcionar.

b) Énfasis normativo y de gestión en la atención de población adulta o con enfermedades de alto costo.

Buena parte, si no todo diseño el sistema, y las políticas están enfocadas a incentivar una mejor gestión en salud y financieros en grupos de población adulta o con condiciones de alto costo, lo cual, deriva en una alineación de incentivos para la priorización de la atención de los adultos o personas con dichas condiciones, en detrimento del interés para mejorar la atención y desempeño de los servicios de pediatría.

⁹ Por ejemplo, 4 m² de cubículos para cunas, 8 m² para camas; mientras que para la vacunación, se exige la misma área de un consultorio para consulta médica, es decir mínimo m², áreas superiores en diferentes casos a las que contaban los prestadores previamente habilitados.

c) Costos de operación

Se sabe que el fenómeno de cierre de los servicios de hospitalización pediátricos en el país se ha producido desde hace, por lo menos, más de 20 años. La explicación que frecuente se alude como causa de esto es acerca de la baja rentabilidad que tienen los prestadores que brindan servicios pediátricos en general, y atención hospitalaria en niños en particular. Expresado de otra manera, los servicios de adultos, en comparación con los servicios de pediatría, generan mayores costos para el sistema, lo que se refleja en mayor facturación por parte de los prestadores.

En este sentido, la situación de las camas de hospitalización pediátrica evidencia un problema estructural en cuanto a la pobre alineación de incentivos económicos de los agentes:

- Desde el prestador, porque busca mayor rentabilidad de las unidades de negocio del hospital o clínica, a costa de preferir mayor oferta de servicios de adultos a costa de cerrar servicios pediátricos (falla de mercado).
- Desde el asegurador, porque no se han generado las garantías (o si se han dado, no han sido efectivas) para asegurar una oferta suficiente ante la demanda observada y esperada de servicios pediátricos (falla de gestión de la demanda).

Esta situación se complejiza más ante el desconocimiento de los costos operacionales y transaccionales que realizan los prestadores al momento de calcular sus tarifas de servicios. Si estas tarifas no incorporan a los costos de atención, los gastos de funcionamiento continuo de los servicios hospitalarios, el valor de la facturación de los eventos hospitalarios pediátricos será insuficiente para los prestadores.

Costo promedio evento hospitalario

Con base en datos procedentes del cubo de suficiencia de gestión de la demanda, se podemos calcular el costo de una hospitalización, discriminado según el grupo de edad, con el fin de evaluar si existen una diferencia importante entre el costo en salud de los menores de 15 años en comparación con los mayores de 15 años. Para ello, se toma en consideración medidas de tendencia central y algunas medidas de posición a partir del costo por persona de una atención del ámbito hospitalario para el año 2021.

Se evidencia que existe una importante variabilidad en el costo de un evento hospitalario. No obstante, el promedio del costo de un evento hospitalario en menores

de 15 años es de \$929.723 en el 2021, frente a los \$3.822.303 del costo de un evento hospitalario en usuarios entre 15 a 65 años.

Desde otra perspectiva, la mediana del costo de un evento hospitalario en menores de 15 años fue de solo \$122.005, lo que evidencia que muchos eventos de esta índole son de muy bajo costo. No ocurre así con los usuarios de 15 a 65 años, en quienes la mediana del costo de un evento hospitalario fue de \$1.437.084. Otras medidas se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Costo de un evento hospitalario promedio para la vigencia 2021

Costo de evento hospitalario (2021)		
	Menores de 15 años	Usuarios de 15 a 65 años
Promedio	\$ 929.723	\$ 3.822.303
Desviación estándar	\$ 5.766.434	\$ 11.926.760
Mediana	\$ 122.005	\$ 1.437.084
Cuartil 1	\$ 25.879	\$ 547.700
Cuartil 3	\$ 626.084	\$ 3.359.889
Percentil 5	\$ 7.243	\$ 143.775
Percentil 95	\$ 3.912.783	\$ 14.631.073

Fuente: Acemi con base en datos del cubo de suficiencia - Gestión de la Demanda V3 - SISPRO - Año 2021

Estos hallazgos sugieren que el costo de la atención en salud en el ámbito hospitalario de la población pediátricas está muy por debajo al costo de los adultos. En relación con el promedio, el costo de un evento de hospitalización de un adulto puede llegar a ser de más de 4 veces el costo de un evento de hospitalización de un niño.

5. La estacionalidad de los servicios

Un aspecto importante para tener en cuenta es la capacidad y flexibilidad que han desarrollado las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para la adecuación o conversión de camas de UCI adulto a pediátricas para atender de manera temporal los picos de enfermedad respiratoria, época en la que suele incrementarse la demanda de cuidados intensivos. Esta posibilidad favorece el acceso de la población infantil a los servicios requeridos cuando aumenta la demanda.

IV. Comportamiento de los servicios de pediatría en Colombia

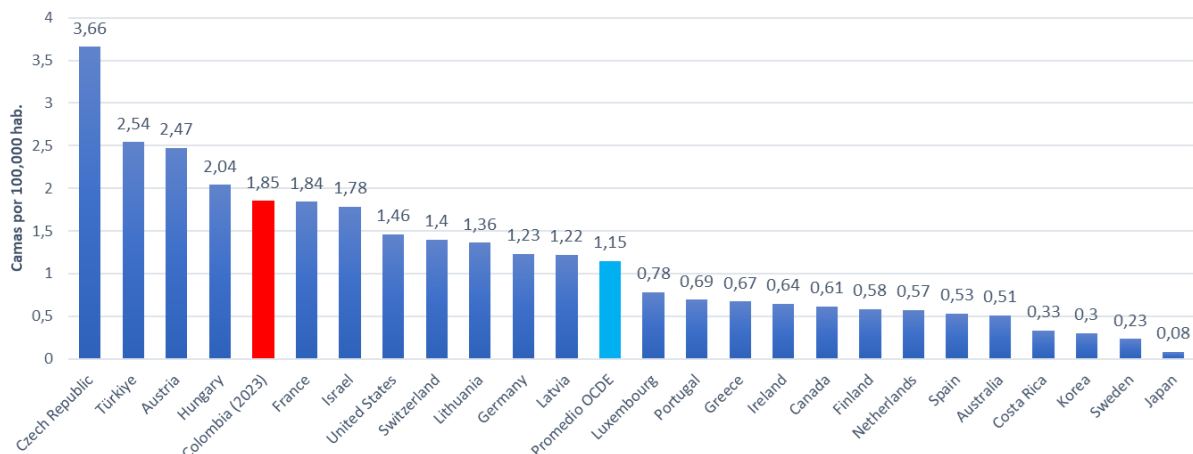
Cantidad de servicios en Colombia frente a otros países

De acuerdo con datos publicados por la OCDE, el promedio de camas de Unidades de Cuidado Intensivo Pediátricas -UCIP- en 2021 era de 1,15 por cada 100.000 habitantes, en donde el país con mayor magnitud de este indicador fue República Checa con 3,66 camas UCIP por cada 100 mil habitantes, seguido de Turquía con 2,54, Austria con 2,47, Hungría con 2,04 y Colombia con 1,85 camas por 100.000 habitantes.

Los países con menor razón de camas UCIP fue Japón con 0,08 camas por cada 100 mil habitantes, seguido de Suecia con 0,23, Corea del Sur con 0,30 y Costa Rica con 0,33.

Al considerar los datos de Colombia con corte a marzo de 2023, la razón de camas UCIP es de 1,85 por cada 100.000 colombianos, lo que lo ubica como uno de los países con mayor cantidad de camas dada la población general, estando por encima del promedio OCDE y superando a países como Francia, Estados Unidos, Alemania, Canadá, Holanda, España y Costa Rica.

Gráfico 8. Razón de camas UCI pediátricas por cada 100.000 habitantes, OCDE 2021



Fuente: Base de datos de la OCDE, disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (consultada: 07/Sep./2023). Los datos de Colombia corresponden a camas y cunas de cuidado intensivo pediátrico habilitadas con corte a marzo de 2023, las cuales se obtuvieron de consulta hecha el 07 de septiembre de 2023 en el cubo del REPS de la bodega de datos del SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Correspondientes a 965 camas/cunas de cuidado intensivo pediátrico (no incluyen las camas y cunas de cuidado intensivo neonatal).

Variación de los servicios de internación en pediatría y obstetricia habilitados, Colombia 2019-2023

Al realizar el análisis de los servicios de pediatría habilitados por prestadores entre 2019 y 2023, se observa una recomposición de los servicios en el periodo analizado; de una parte, aunque la natalidad viene en descenso, las diferentes unidades de cuidado neonatal aumentaron de manera global 5,4%; así mismo, se observa un importante crecimiento y especialización para la atención en salud mental de los niños, por lo cual, se puede afirmar que en Colombia hoy cuentan con un mayor número de servicios disponibles, que corresponden más adecuadamente a sus condiciones de salud y requerimientos.

Por su parte, las diferentes unidades de cuidado pediátrico dispuestas para la atención de los pacientes con edades entre 1 mes y 18 años de vida descendieron 15,8% en el periodo analizado, de manera similar, las unidades de cuidado intensivo para atención de pacientes quemados disminuyeron 13,4% con respecto al mismo corte de 2019. Sin embargo, es importante recordar lo planteado previamente con respecto a la reconversión de unidades o camas de adulto para atención de población pediátrica que hacen actualmente las IPS para garantizar acceso y atención en los casos cuando hay un aumento temporal de la demanda.

Tabla 2. Número de servicios hospitalarios de obstetricia y pediatría habilitados por departamento, Colombia 2019-2023

Camas por servicio	2019	2020	2021	2022	2023	Variación % 2019- 2023
Salas de parto	1.375	1.379	1.345	1.554	2.239	62,8
Hospitalización pediatría	9.995	9.863	8.811	9.340	9.440	-5,6
Cuidado neonatal	4.989	4.988	4.930	5.228	5.260	5,4
Básico	1.378	1.434	1.427	1.530	1.555	12,8
Intermedio	1.787	1.757	1.784	1.839	1.821	1,9
Intensivo	1.824	1.797	1.719	1.859	1.884	3,3
Cuidado pediátrico	1.441	1.415	1.138	1.140	1.214	-15,8
Intermedio	549	542	396	251	249	-54,6
Intensivo	892	873	742	889	965	8,2
Cuidado Intensivo quemados	82	81	47	68	71	-13,4
Salud mental pediatría	s.d.	s.d.	480	2.073	2.480	416,7

Camas por servicio	2019	2020	2021	2022	2023	Variación % 2019- 2023
Salud mental pediátricas	s.d.	s.d.	181	804	1.030	469,1
Atención consumo de SPA	s.d.	s.d.	299	1.269	1.450	384,9

Fuente: Acemi con datos de camas y cunas de cuidado intensivo pediátrico habilitadas con corte a marzo de 2023, consultadas el 07/Sep./2023 en el cubo REPS de la bodega de datos del SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social

Este comportamiento de descenso en el número de camas de cuidado pediátrico, acompañado de un aumento en las camas de cuidado intensivo (un 8.2% entre 2017 a 2023), también se ha observado en otros países. Para el caso de los Estados Unidos, el estudio de Cushing previamente mencionado reportaba que, mientras se presentaba un descenso del 19,1% de camas pediátricas en el periodo 2009-2018, ocurría un incremento del 16,0% de camas UCI pediátricas.

Al respecto, Riese publicó un comentario sobre este fenómeno¹⁰, en el que esta tendencia de aumento de camas UCI pediátricas podría explicarse por el incentivo financiero que otorga los cuidados intensivos frente a los cuidados generales pediátricos, relacionado a su vez con la concentración o regionalización de las camas UCI en ese país. Lo anterior hace mención de que las grandes ciudades están concentrando los cuidados médicos más especializados y, por tanto, es en donde se observa un mayor incremento en la oferta de camas de cuidados intensivos pediátricos.

Comportamiento de camas de hospitalización pediátricas por departamento

Conforme al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, a marzo de 2023, Colombia cuenta con 9.440 camas de hospitalización de pediatría, lo que corresponde a una razón de 8 camas por cada 10.000 menores de 15 años; aunque esta razón disminuyó 4% con respecto a 2019, en el último año creció 4,2%. (Ver tabla 3)

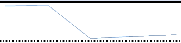
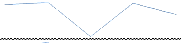
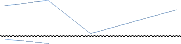
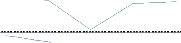
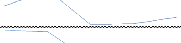
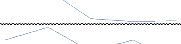
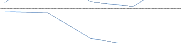
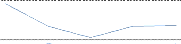
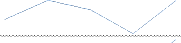
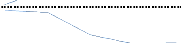
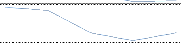
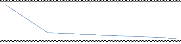
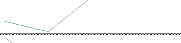
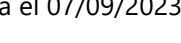
Los 32 departamentos y el distrito de Bogotá cuentan con camas habilitadas de pediatría, de los cuales en 7 departamentos se observa un aumento en el número de camas habilitadas (Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca,

¹⁰ Riese J, Alverson B. The Role of Financial Drivers in the Regionalization of Pediatric Care. Pediatrics. 2021 Jul;148(1):e2021050432. doi: 10.1542/peds.2021-050432

Putumayo y Vaupés). Las Entidades que presentan un mayor descenso en la razón de camas de pediatría por cada 10.000 menores de 15 años, son:

- San Andrés Islas con una reducción de -47,1% frente a un descenso de 8,2% de los menores de 15 años en el mismo periodo, que corresponde a un cambio de 16 a 8 camas de pediatría;
- Quindío con -32,9% menos camas y una reducción de la población infantil del 5%
- Huila con -19,6% frente a un descenso de 1,5% de la población menor de 15 años, y
- La Guajira con una reducción de -14,8% en el número de camas frente a una reducción del 3% en la población menor de 15 años.

Tabla 3. Razón de camas hospitalarias de pediatría habilitadas por departamento, Colombia 2019-2023

Departamento	Razón de camas pediatría por 10.000 menores de 15 años						Tendencia
	Tasa 2019	Tasa 2020	Tasa 2021	Tasa 2022	Tasa 2023	% Variación 2019-2023	
Antioquia	7,8	7,9	6,9	6,9	7,0	-10,7	
Atlántico	9,0	9,1	7,3	9,1	8,5	-5,7	
Bogotá, D.C.	10,9	11,4	8,5	9,5	10,6	-3,0	
Bolívar	6,1	6,0	5,1	5,9	5,9	-2,9	
Boyacá	6,4	6,2	5,7	5,4	5,6	-12,3	
Caldas	9,9	10,4	9,4	9,4	9,6	-3,5	
Caquetá	8,1	8,1	7,4	7,3	7,3	-10,1	
Cauca	5,3	5,5	5,2	5,3	5,1	-4,7	
Cesar	12,0	11,9	11,3	11,0	11,9	-0,5	
Córdoba	7,5	8,5	7,4	7,3	7,8	3,6	
Cundinamarca	5,0	5,4	5,2	4,8	4,8	-4,2	
Chocó	9,3	9,7	9,3	9,2	9,6	3,2	
Huila	7,0	6,9	5,8	5,5	5,6	-19,6	
La Guajira	8,9	8,9	7,8	6,6	7,6	-14,8	
Magdalena	7,6	8,2	7,3	7,3	8,3	9,6	
Meta	6,7	6,2	5,9	6,2	6,2	-7,5	
Nariño	5,9	6,4	6,1	5,5	6,4	9,0	
Norte de Santander	5,9	5,9	5,7	5,7	6,2	4,5	
Quindío	9,5	7,4	6,6	6,8	6,4	-32,9	
Risaralda	6,5	6,6	6,2	6,3	6,3	-2,9	
Santander	9,1	9,1	8,7	8,6	8,5	-6,5	
Sucre	13,1	12,9	10,6	10,8	11,5	-12,0	
Tolima	6,8	7,3	7,2	7,2	7,5	11,0	
Valle del Cauca	6,5	6,7	6,3	6,5	6,7	3,0	
Arauca	8,0	8,0	7,3	7,1	7,2	-9,7	
Casanare	6,2	7,3	5,9	6,3	5,6	-9,8	
Putumayo	6,8	7,5	7,5	8,1	8,4	24,3	
San Andrés Islas	10,7	10,3	6,9	5,6	5,7	-47,1	
Amazonas	11,5	11,4	10,3	10,0	10,4	-10,1	
Guainía	8,0	7,3	7,3	7,2	7,2	-9,9	
Guaviare	9,7	9,5	9,4	9,3	9,1	-5,8	
Vaupés	2,9	2,4	3,9	3,9	3,9	34,5	
Vichada	5,8	5,3	5,3	5,3	5,3	-8,3	
Total	7,9	8,1	7,1	7,3	7,6	-4,0	

Fuente: Consulta cubo REPS-SISPRO servicios con corte a marzo, hecha el 07/09/2023

Comportamiento de camas de Unidad de Cuidado Intensivo Pediátricas -UCIP por departamento

A marzo de 2023, Colombia cuenta con 965 camas de UCIP, lo que corresponde a una razón de 7,8 camas por cada 100.000 menores de 15 años, que corresponde a un aumento de 12,8% con respecto a 2019. (Ver tabla 4)

Por su parte, sólo seis departamentos presentan disminución en el número de camas de UCI pediátricas habilitadas: Caquetá (-100%); Atlántico (-24,6%); Cundinamarca (21,9%); Cauca (-13,2%); Huila (-0,9%) y La Guajira (-0,4%).

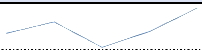
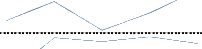
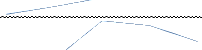
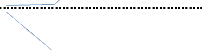
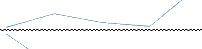
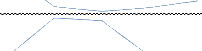
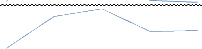
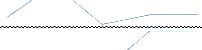
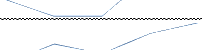
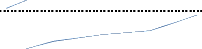
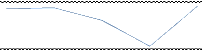
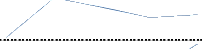
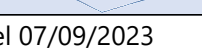
Los departamentos de Chocó, Arauca, Putumayo, San Andrés Islas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada NO tienen camas habilitadas de cuidado intensivo pediátricas.

De otra parte, cabe resaltar que pese al cierre de camas que se observa en algunas ciudades, se observa que otras IPS vienen habilitando nuevas camas de cuidado intensivo. Al respecto, **los departamentos que presentan un mayor crecimiento en el número de camas de UCI pediátricas entre 2019 y 2023, son:** Quindío con 103%, Casanare 98%, César 59,4%, Córdoba 52,2% y Meta 50,5%.

Se resalta el aumento de camas en el último año, de los departamentos de César, Córdoba, Valle y Bogotá D.C, relacionados con el **aumento de camas en hospitales**, tales como el Hospital de La Misericordia que amplió su capacidad en 15 camas de UCI llegando a 56 camas, o el Hospital de Meissen en Bogotá con la apertura de 4 nuevas camas en su nueva torre para un total de 8 camas, y la Fundación Valle de Lili en Cali que abrió 10 nuevas camas UCIP en 2023.

Así mismo, en 2023 se habilitaron nuevos servicios en hospitales que antes no tenían camas habilitadas, como, por ejemplo, el ingreso del CTIC en Bogotá con 2 nuevas camas, Clínica Médicos en el Cesar con 16 nuevas camas, en Córdoba se habilitaron nuevos servicios de UCIP en la Clínica Universitaria Medicina Integral – CUMI con 7 camas y en la Clínica San Sebastian con 4 nuevas camas.

Tabla 4. Razón de camas UCI pediátricas habilitadas por departamento, Colombia 2019-2023

Departamento	Razón de camas UCIP por 100.000 menores de 15 años						Tendencia
	Tasa 2019	Tasa 2020	Tasa 2021	Tasa 2022	Tasa 2023	% Variación 2019-2023	
Antioquia	4,1	4,5	3,6	4,1	5,0	22,8	
Atlántico	19,9	15,2	12,2	15,9	15,0	-24,6	
Bogotá, D.C.	11,5	13,3	10,7	12,3	14,4	24,6	
Bolívar	7,4	8,9	8,8	9,0	8,7	17,1	
Boyacá	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	2,2	
Caldas	4,7	4,8	8,1	7,7	6,3	33,1	
Caquetá	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	
Cauca	5,1	4,9	3,4	3,1	4,4	-13,2	
Cesar	8,8	8,9	7,9	8,3	14,0	59,4	
Córdoba	7,7	9,1	8,1	7,8	11,7	52,2	
Cundinamarca	2,1	1,7	1,7	1,7	1,7	-21,9	
Huila	7,4	7,3	7,3	7,3	7,3	-0,9	
La Guajira	5,6	7,0	6,9	5,7	5,6	-0,4	
Magdalena	3,5	4,4	4,7	4,0	4,0	14,7	
Meta	2,1	2,1	2,1	3,1	3,1	50,5	
Nariño	3,9	3,9	4,2	4,2	5,5	39,9	
Norte de Santander	4,9	6,5	4,6	5,1	5,1	2,9	
Quindío	2,8	0,9	0,9	5,6	5,6	103,1	
Risaralda	5,4	6,3	5,9	6,9	7,5	38,7	
Santander	9,8	10,6	11,0	11,2	12,2	25,4	
Sucre	11,2	11,3	10,5	9,1	11,4	1,6	
Tolima	3,7	4,7	4,5	4,2	4,3	15,0	
Valle del Cauca	8,1	8,1	6,8	7,4	9,1	12,1	
Casanare	1,6	1,6	1,6	1,6	3,2	98,1	
Total	6,9	7,2	6,3	6,8	7,8	12,8	

Fuente: Consulta cubo REPS-SISPRO servicios con corte a marzo, hecha el 07/09/2023

Conclusiones

El cierre de camas pediátricas no es un fenómeno reciente, ni tampoco exclusivo de Colombia. Aunque se alude con frecuencia que la causa es un tema financiero de baja rentabilidad, se debe tener en cuenta que esta problemática es compleja y obedece a

otros factores, tanto demográficos como institucionales y de organización del sistema de salud.

Con base en lo anteriormente expuesto, las posibles causas del cierre de los servicios de pediatría y obstetricia serian:

- **Menor demanda de servicios de atención del parto**, relacionado con la disminución de la tasa de fecundidad que está experimentando el país.
- **Condiciones de vida y salud de la población pediátrica que han mejorado a lo largo del tiempo, lo que tiene como consecuencia una menor demanda de servicios hospitalarios.** Dicho de otra forma, la demanda de enfermedades severas se ha reducido, lo que permite que la atención de niños y niñas pueda brindarse en escenarios de urgencias, consulta externa o atención domiciliaria, y los resultados en salud ya no dependen tanto de la gestión clínica hospitalaria.
- **Disponibilidad del talento humano en salud especializado o capacitado en temas de salud materno-infantil como un factor determinante en la oferta de servicios hospitalarios, tanto pediátricos como obstétricos.** En la medida de que esta disponibilidad sea insuficiente, limitará la capacidad de operación y oferta de los servicios hospitalarios.
- **Ausencia o existencia de disposiciones normativas** que limitan la ampliación o mantenimiento de la oferta de los servicios pediátricos u obstétricos (caso de la norma de habilitación de servicios) o la ausencia de priorización del financiamiento de estos servicios en zonas donde se requiere un subsidio a la oferta dada la baja demanda.
- **Énfasis en la atención de población adulta o con enfermedades de alto costo**, lo cual, deriva en una alineación de incentivos para la priorización de la atención de los adultos o personas con dichas condiciones, en detrimento del interés para mejorar la atención y desempeño de los servicios de pediatría. A esto se le suma que el costo de un evento de hospitalización de un adulto puede llegar a ser de más de 4 veces el costo de un evento de hospitalización de un niño.
- **Pobre alineación de incentivos económicos de los agentes**, en donde prima la rentabilidad de corto plazo sobre los beneficios sociales de largo plazo. Esto se relaciona con la falta de transparencia y estandarización sobre los costos operativos y transaccionales incorporados dentro de las tarifas de la prestación de los servicios de salud diseñadas los prestadores.

Además de lo anterior, es importante tener en cuenta cómo ha sido el comportamiento de la oferta y capacidad instalada de los servicios hospitalarios, lo cual brinda un análisis

complementario al listado de posibles causales de cierre de estos servicios. Al respecto, se destaca lo siguiente:

- A marzo de 2023, Colombia presenta una razón de camas UCIP de 1,85 por cada 100.000 colombianos, lo que lo ubica como uno de los países con mayor cantidad de camas frente a la población general, estando por encima del promedio OCDE (1,15 camas por cada 100.000 habitantes).
- Al realizar el análisis de los servicios de pediatría habilitados por prestadores entre 2019 y 2023, se observa que:
 - Las unidades de cuidado neonatal aumentaron de manera global 5,4%.
 - Se incrementó en un 416% el número de servicios de salud mental pediátricos.
 - Las camas de cuidado pediátrico dispuestas para la atención de los pacientes con edades entre 1 mes y 18 años de vida descendieron 15,8%.
 - Las unidades de cuidado intensivo para atención de pacientes quemados disminuyeron 13,4%.
 - Se aumentaron las camas de cuidado intensivo en un 8,2%.
- Actualmente, Colombia cuenta con 9.440 camas de hospitalización de pediatría y 965 camas de UCIP.
- Los 32 departamentos y el distrito de Bogotá cuentan con camas habilitadas de pediatría.
- Aunque algunas entidades territoriales mostraron una disminución en la razón de camas, esto se debe a variaciones en valores absolutos pequeños. Por ejemplo, el caso de San Andrés, que mostró una reducción de -47,1%, se explica por pasar de 16 camas en 2019 a 8 camas en 2023.
- Aunque se han presentado cierres de camas de cuidado intensivo pediátrico, a nivel nacional aumentaron 12,8% como consecuencia de la habilitación de nuevas camas de cuidado intensivo en IPS que ya tenían este servicio, o la habilitación de camas en IPS que antes no tenían dichas unidades de Cuidado Intensivo.

En conclusión, la oferta y capacidad instalada de servicios hospitalarios pediátricos y obstétricos es un fenómeno dinámico, que responde a múltiples factores más allá de lo financiero. En este sentido, el cierre de camas hospitalarias es una problemática crónica y compleja de abordar, que requiere de intervenciones sobre todos los actores, desde en múltiples niveles de gobernanza, y desde una perspectiva de gestión óptima de los servicios hospitalarios.