

Oferta obstétrica en Colombia: panorama nacional y situación en Antioquia (2010–2025)

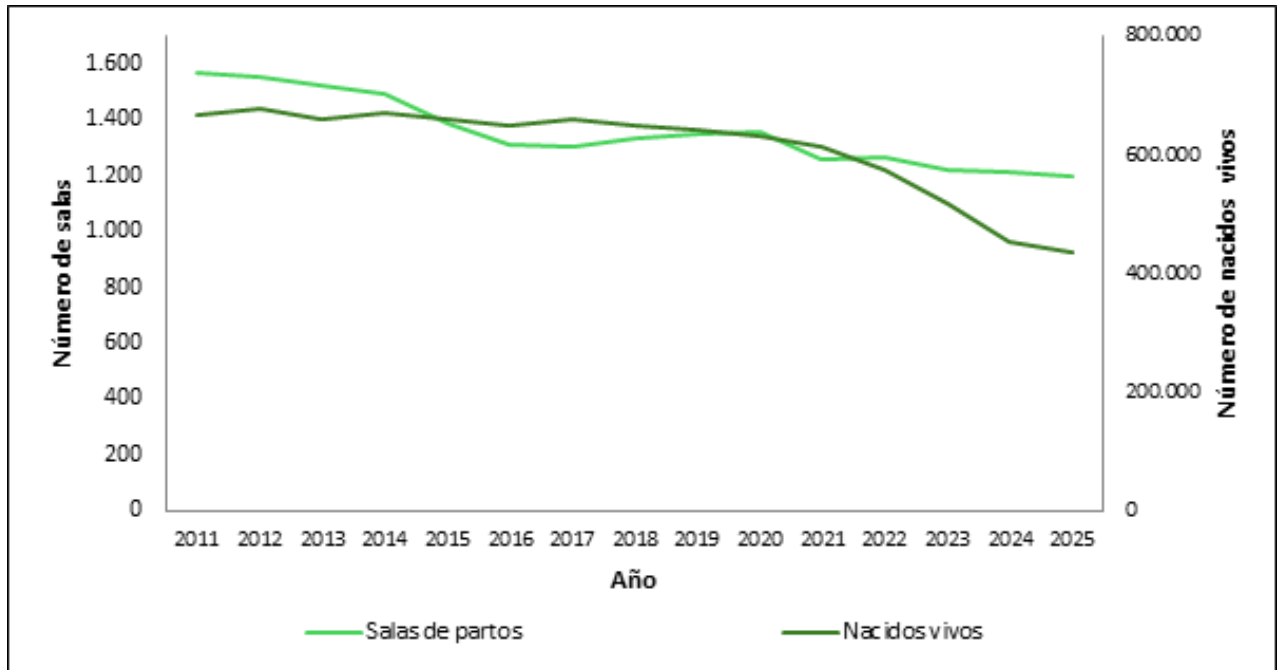


Gráfico 1: Natalidad y oferta de salas para la atención de partos en Colombia (2011-2025)

Fuente: Elaboración propia con datos del REPS y del DANE

El sistema de salud colombiano se enfrenta a una transformación acelerada en su oferta de servicios de obstetricia y neonatología, evidenciada por una contracción sostenida de la red prestadora. Este fenómeno, con implicaciones directas sobre la continuidad asistencial del binomio madre-hijo, puede atribuirse a la interacción de tres determinantes estructurales: la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) frente al costo real de la atención obstétrica y neonatal, la fragmentación de la gobernanza sectorial entre aseguramiento y prestación de servicios, y la

transición demográfica acelerada que ha reducido el volumen de partos esperados.

Esta cápsula del GES examina la relación entre los indicadores de natalidad y la capacidad instalada para la atención obstétrica, así como las metodologías de dimensionamiento de recursos físicos bajo los estándares del Sistema Único de Habilitación. El análisis busca establecer la relación técnica entre el volumen de nacimientos y la disponibilidad de infraestructura para su atención, con el objetivo de caracterizar el panorama nacional y profundizar en el caso del departamento de Antioquia.

El descenso en la natalidad

Colombia atraviesa una transición demográfica acelerada que ha situado al país en un régimen de fecundidad de nivel "ultra-bajo". De acuerdo con la clasificación técnica que distingue entre fecundidad baja (<2,1 hijos por mujer), muy baja (<1,5) y ultra baja (<1,3), el país ha superado incluso las alarmas internacionales. Mientras que el informe *World Population Prospects 2024* de las Naciones Unidas proyectaba para Colombia una tasa cercana a 1,6 hijos por mujer, las cifras del DANE para 2024 revelaron un descenso histórico hasta 1,1, consolidando un déficit demográfico sin precedentes que genera una presión inmediata y paradójica sobre el sistema de salud (Kohler et al., 2002).

En efecto, durante la última década, el volumen de nacimientos en Colombia ha experimentado el descenso más acelerado de su historia reciente. Luego del pico histórico de 669.137 nacimientos registrados en 2014, y tras un quinquenio de estabilidad relativa entre 2015 y 2019, con un promedio anual de 651.658 nacidos vivos, el año 2020 representó un punto de inflexión hacia una tendencia decreciente de alta pendiente. Bajo esta nueva dinámica, la cifra pasó de 629.402 nacimientos en 2020 a 433.678 en 2025, lo que representa una reducción del 31,1 % en apenas cinco años. Las contracciones interanuales más severas se concentran en el periodo 2022-2024, con caídas del 10,1 %, 11,9 % y 4,5 % en 2023, 2024 y 2025, respectivamente (DANE, 2026).

Siguiendo los postulados de la Segunda Transición Demográfica (Lesthaeghe, 2010), el colapso de la natalidad responde a una sinergia de variables estructurales que priorizan la autonomía individual y el desarrollo del capital humano, entre las cuales se destacan:

- **Autonomía y educación:** Existe una correlación directa entre el nivel educativo de la mujer y la postergación de la maternidad. En 2024, el 31,7% (141.065) de las madres mayores de 35 años contaban con títulos de postgrado, frente a aproximadamente el 12% reportado una década atrás, lo que refleja una inversión prioritaria en capital humano antes de la procreación (DANE, 2026).

- **Inestabilidad económica:** El alto costo de vida y la precariedad habitacional han convertido la maternidad / paternidad en un "lujo inalcanzable" para los jóvenes, quienes optan por metas individuales como viajar o estudiar fuera del país (Lesthaeghe, 2010).
- **Segunda transición demográfica:** La sustitución simbólica de los hijos por mascotas y la "eco-ansiedad" por el cambio climático han modificado los valores tradicionales hacia modelos de hogar unipersonales o parejas sin hijos (Buitrago et al., 2025).

Los efectos de la pandemia por covid-19

Contrario a la hipótesis del '*baby boom*', que algunos analistas anticipaban tras el confinamiento que trajo consigo la pandemia por covid-19, se documentó un pronunciado descenso de la natalidad en Colombia y América Latina a partir de 2021. Este fenómeno, denominado en la literatura como '*baby bust*', respondió a la incertidumbre económica aguda generada por la pandemia, el desempleo masivo que en Colombia alcanzó el 21,4 % en el segundo trimestre de 2020 (DANE) y el deterioro de las condiciones de vida de los hogares más vulnerables.

La reconfiguración de los servicios de salud para atender la emergencia sanitaria tuvo consecuencias directas sobre la salud reproductiva de las mujeres. Este fenómeno incluyó una reducción del 40% en los controles prenatales durante los meses más críticos de la pandemia y una parálisis en la anticoncepción programática. Lo anterior derivó en una paradoja: por una parte, embarazos no planificados en contextos de menor acceso a métodos anticonceptivos y, por otra, una caída en la fecundidad deseada ante el deterioro de las condiciones socioeconómicas y el temor al contagio intrahospitalario (MSPS, 2020).

Más allá del impacto inmediato, la pandemia produjo modificaciones duraderas en las intenciones reproductivas de la población. Según estudios realizados en los contextos europeo y latinoamericano (Buitrago et al., 2025), entre el 40 % y el 55 % de las personas en edad fértil que planeaban tener hijos en el corto plazo decidieron postergar este proyecto vital. Esta tendencia no solo implicó un retraso en la natalidad, sino que una proporción significativa de esta población decidió

abandonar definitivamente sus planes reproductivos debido a la incertidumbre prolongada de la crisis.

Migración obstétrica y saturación de los servicios de alta complejidad

Más allá del descenso en el volumen de partos, los nacimientos que efectivamente ocurren evidencian una problemática espacial relevante: existe una discrepancia significativa entre el sitio de residencia de la madre y el lugar de ocurrencia del parto. A pesar de que una proporción considerable de la población gestante reside en zonas rurales y centros poblados (Gráfico 2), se observa una migración masiva hacia las cabeceras municipales para la atención del nacimiento.

Este fenómeno de "bypass" obstétrico, entendido como la decisión de las gestantes de acudir directamente a hospitales de mayor complejidad obviando la red primaria, ha sido documentado en países de ingresos bajos y medios como uno de los principales determinantes de la sobreocupación en los servicios de referencia, particularmente cuando la atención de baja complejidad es percibida como de menor resolutivez. En Colombia, este patrón provoca que gestantes de bajo riesgo obstétrico saturen los servicios de segundo y tercer nivel en áreas metropolitanas, restando capacidad instalada disponible para los casos que efectivamente requieren manejo de alta complejidad.

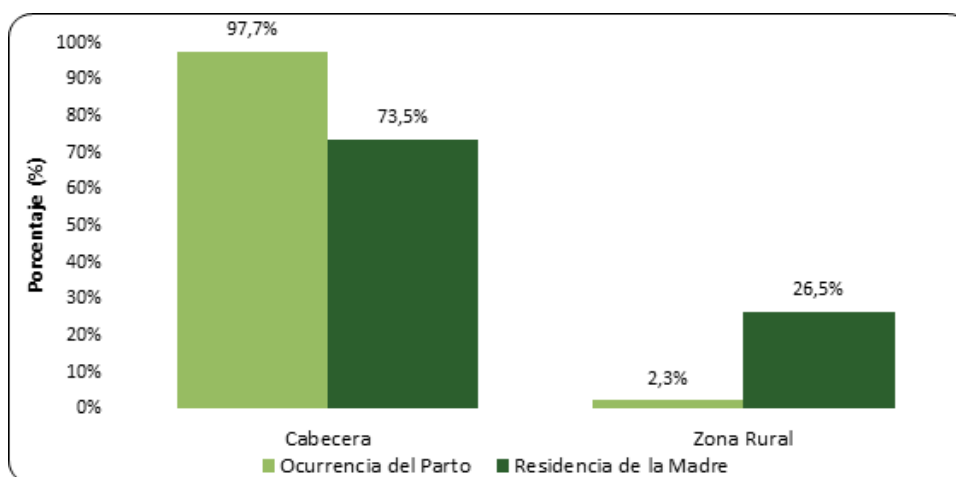
Por ejemplo, hospitales de alta complejidad en ciudades como Medellín y Bogotá han reportado picos de ocupación en urgencias obstétricas superiores al 250 %.

De manera paralela, la red enfrenta un riesgo financiero creciente derivado de la cartera vencida de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de la insuficiencia de la UPC frente al costo de los servicios, y de la baja rentabilidad relativa de los servicios obstétricos y pediátricos, lo que ha precipitado el cierre de unidades de obstetricia y neonatología. La contracción de la oferta está configurando lo que la literatura internacional denomina "desiertos de atención materna" (*maternity care deserts*), territorios sin acceso oportuno a cuidados obstétricos esenciales (Wallace et al., 2025), donde las mujeres deben recorrer largas distancias para acceder a servicios básicos (ACEMI, 2023).

Caracterización de los servicios de obstetricia

Entre 2010 y 2025, Colombia enfrentó un proceso de contracción estructural en su red de servicios de maternidad, evidenciado en la reducción sistemática de instituciones habilitadas para la atención obstétrica. La tendencia se ha intensificado en los últimos años con cierres como el del servicio de obstetricia de la Clínica de Occidente en Bogotá o el cierre parcial de aproximadamente 30 camas obstétricas en la Clínica del Prado de Medellín, entre otros casos similares reportados a nivel nacional.

Gráfico 2. Nacimientos por zona de residencia de la madre y sitio de ocurrencia



Fuente: Elaboración propia con datos del DANE.

A esta dinámica se suma la disminución sostenida en el volumen de partos que, junto con los costos crecientes y el desequilibrio financiero del sistema, ha alterado la viabilidad operativa de las unidades obstétricas. De acuerdo con la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, esta transformación de la red ha generado barreras de acceso significativas en regiones clave como Valle del Cauca, Antioquia y Cundinamarca, donde la oferta hospitalaria se ha replegado hacia los centros urbanos de mayor complejidad. Como se ilustra en el Gráfico 1, la caída sostenida en el número de salas habilitadas y el descenso paralelo en los nacidos vivos permiten dimensionar cómo la contracción de la oferta y la reducción de la demanda se han desplegado de forma simultánea.

En cuanto a la división por nivel de complejidad, según los reportes históricos del Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), la mayoría de las instituciones a nivel nacional pertenecen al primer nivel de complejidad; sin embargo, es precisamente en este segmento donde se ha concentrado el mayor número de cierres. Antioquia ilustra con claridad este fenómeno: ha mantenido el número de servicios habilitados de segundo y tercer nivel relativamente

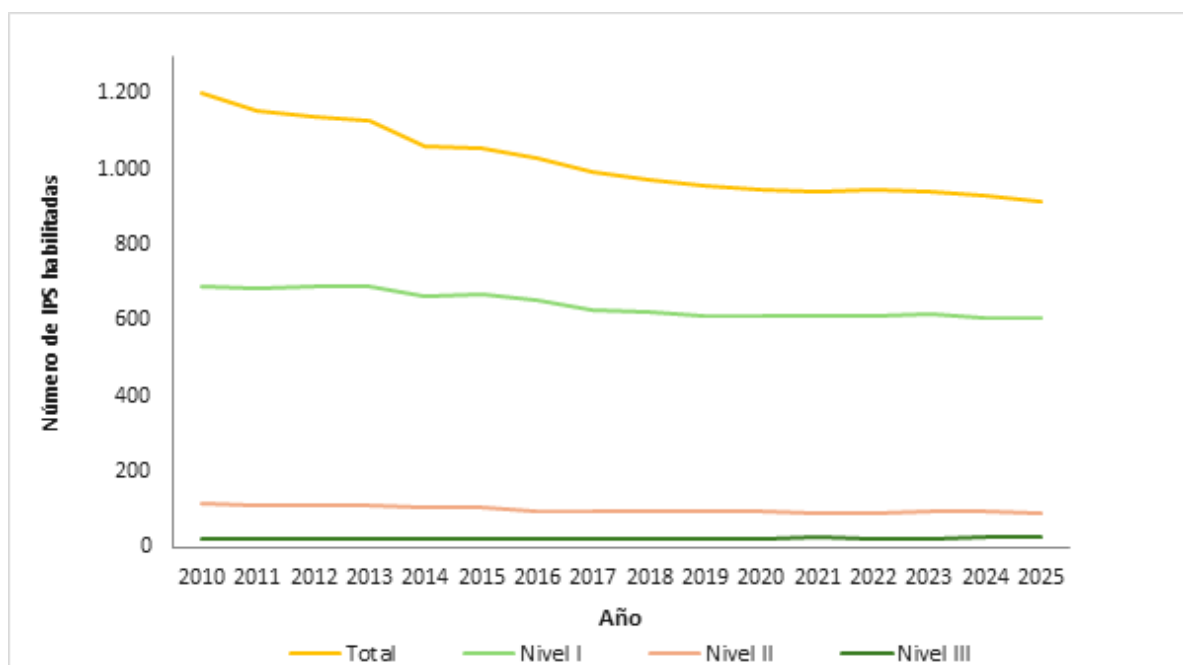
estables en la última década (oscilando entre 8 y 10 unidades), pero ha presentado una reducción de aproximadamente 20 servicios de primer nivel, como se observa en la Gráfico 3.

Cuestiones normativas

La organización formal de los servicios de obstetricia en Colombia atravesó en la última década un cambio normativo relevante. El paso de la Resolución 2003 de 2014 a la Resolución 3100 de 2019 introdujo una clasificación más granular de la capacidad instalada (MSPS 2019). Mientras la primera concentraba el reporte en las salas de parto como eje de la oferta, la segunda obligó a desglosar de forma independiente salas, camas de parto y unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR) (MSPS, 2020). Esto explica una particularidad contraintuitiva en los registros del REPS; el aparente aumento del número de camas reportadas a partir de 2020 no refleja una expansión real de la oferta, sino un sesgo de detección por cambio en la definición operativa.

En este orden de ideas, es importante aclarar que el verdadero cuello de botella de la atención obstétrica no está en las salas, sino en las camas de hospitalización y

Gráfico 3. Colombia: IPS habilitadas con servicios materno-perinatales, 2010–2025



Fuente: Elaboración propia con datos del REPS.

puerperio. Una sala se libera en pocas horas por nacimiento, mientras que la estancia postparto promedio oscila entre 24 y 48 horas tras un parto vaginal y hasta 72 horas tras una cesárea (Campbell, 2016). Cuando no hay cama disponible para trasladar a la madre, la sala no puede liberarse y se bloquea el ingreso del siguiente parto (Devos et al., 2019). Los estándares internacionales recomiendan una sala de parto por cada doce camas postparto, y la evidencia documenta crisis recurrentes de acceso, mayor incidencia de infecciones nosocomiales y peores desenlaces perinatales cuando la ocupación supera el 85 %. En consecuencia, las cifras de salas reportadas en este documento son una aproximación parcial; la omisión del dato de camas habilitadas muy probablemente subestima la magnitud real del repliegue de la red obstétrica en Colombia.

Oferta de servicios en Antioquia

Es por eso que, frente a las limitaciones del registro de prestadores de servicios de salud del país (REPS), para reconstruir la oferta real de camas obstétricas se realizó un ejercicio de triangulación con fuente primaria. Se contactó directamente a quince instituciones prestadoras del departamento de Antioquia y se obtuvo el dato verificado de capacidad de camas obstétricas por institución.

La triangulación con fuente primaria permite identificar tres hallazgos relevantes. Baja escala promedio por institución. La oferta promedio se ubica en 20,5 camas obstétricas por prestador (mediana de 15). Esta magnitud es inferior al tamaño mínimo eficiente reportado en la literatura de planeación de servicios obstétricos, donde las unidades por debajo de 1.000–1.500 partos anuales tienden a operar por encima de su costo medio de largo plazo y son las primeras en cerrar ante presiones financieras (Devos et al., 2019; Posthuma et al., 2017). Concentración geográfica marcada. El 70,0 % de las camas verificadas (215 de 307) se ubica en el Valle de Aburrá, lo que reproduce el patrón de “desiertos de atención materna” descrito por la literatura internacional en territorios con baja densidad de oferta obstétrica y mayores tiempos de traslado (Wallace et al., 2025;).

Balance oferta–demanda aparente que oculta inequidad territorial. Con 51.254 nacimientos reportados por el DANE en Antioquia para 2025 (DANE, 2026), equivalentes a unos 140 nacimientos diarios y, bajo un supuesto conservador de estancia postparto de 36 horas, la demanda diaria en estado estable se aproxima a 210 camas al 100 % de ocupación. Las 307 camas verificadas absorberían esa demanda con una ocupación cercana al 68–70 %, cifra aparentemente holgada pero engañosa: la ocupación real en las unidades obstétricas de Medellín supera habitualmente el 95 %. El resultado es un mercado segmentado, con sobreoferta relativa en el centro metropolitano y sub-provisión estructural en la periferia, escenario clásico de inequidad horizontal en el acceso a servicios esenciales de salud (Culyer & Wagstaff, 1993).

Conclusiones

- Colombia ha consolidado un régimen de fecundidad de ultra-bajo nivel, lo que ha alterado la viabilidad operativa de las unidades de obstetricia debido a la disminución sostenida en el volumen de partos y el consecuente desequilibrio financiero.
- La migración masiva de gestantes desde zonas rurales hacia cabeceras municipales satura los servicios de alta complejidad en áreas metropolitanas y desplaza la atención de los casos que sí requieren manejo especializado.
- El aumento registrado en el número de camas de obstetricia a partir de 2020 en el REPS constituye un “falso aumento” derivado de la transición técnica entre la Resolución 2003 de 2014 y la Resolución 3100 de 2019. Esta nueva taxonomía permite un registro más granular de unidades TPR y camas de parto, pero oculta la contracción estructural y el cierre real de servicios.
- La triangulación con fuente primaria en quince instituciones de Antioquia (307 camas obstétricas) confirma una baja escala promedio (20,5 camas por prestador) y una concentración del 70 % de la oferta en el Valle de Aburrá, configurando un mercado segmentado con sub-provisión estructural en las subregiones periféricas.

- La contracción de la red de servicios ha afectado principalmente al primer nivel de complejidad, como se evidencia en Antioquia con la pérdida de aproximadamente 20 servicios en la última década. El repliegue de la oferta hacia centros urbanos de mayor complejidad crea “desiertos de atención” que incrementan las barreras de acceso maternity services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 637.

Kohler, H.-P., Billari, F. C., & Ortega, J. A. (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, 28(4), 641-680.

Referencias

[ACEMI](#) (2023). Análisis de la situación de servicios de pediatría y obstetricia en Colombia.

[Buitrago, A. T., Bedoya Carvajal, N., Unigarro, J., & Vega Granda, R. A.](#) (2025). Natalidad en Colombia: un desafío para el Estado. *Revista Social Fronteriza*.

[Campbell, O. M. R., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L.](#) (2016). Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low- and middle-income countries. *PLoS Medicine*, 13(3).

Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.

[Departamento Administrativo Nacional de Estadística \[DANE\]](#). (2024, 2025, 2026). *Estadísticas vitales (EEVV): nacimientos y defunciones*. Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., et al. (2019). Impact of shortened length of stay for delivery on the required bed capacity in

Lesthaeghe, R. (2010). The unfolding story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, 36(2), 211-251.

[Ministerio de Salud y Protección Social](#). (2019). *Resolución 3100 de 2019*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos para la atención de la salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia por COVID-19. Bogotá.

Posthuma, A. B., Liem, K. D., Kollen, B. J., & Reuwer, P. J. H. M. (2017). The relationship between hospital volume and outcome of obstetric care: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 217, 49-57.

Wallace, M. E., Dyer, L., Felker-Kantor, E., Gerry, M., & Theall, K. P. (2025). Association of maternity care deserts with maternal and pregnancy-related mortality. *Obstetrics & Gynecology*, 146(2), 1-10.

Información de contacto

Email: grupoges@udea.edu.co; www.gesudea.co

Autores: Sara Pérez (estudiante Maestría en Economía de la Salud), Dahiana Palacios y Jairo Humberto Restrepo.

Edición de textos: Jairo Humberto Restrepo.

Diagramación: Sandra Katherin González Ortiz.

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.