

# HERRAMIENTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTÁ.

Natalia Márquez Velásquez<sup>1</sup>

Katherin Bohórquez<sup>2</sup>

## RESUMEN.

La mortalidad materna constituye una problemática preponderante, en la medida en que está determinada por una serie de factores, susceptibles de evidenciar inclusive, el nivel de desarrollo de los países en lo tocante al derecho a la salud y a la vida, y por ende, la responsabilidad de las instituciones públicas en dicha problemática. En Bogotá, a pesar de los diferentes esfuerzos por parte de los gobiernos distritales, la mortalidad materna sigue concitando análisis y atención desde varias disciplinas con el propósito de mitigar y eliminar la problemática. Subsecuente al estudio de las diferentes causas del tema (directas e indirectas), cabe resaltar el factor político y de manera particular, las decisiones que en esta materia se crean y gestionan, por lo cual el presente artículo tiene por objetivo identificar posibles herramientas que inciden en la toma de decisiones en salud frente a la mortalidad materna en Bogotá entre el 2005-2015. El artículo es desarrollado a partir de una metodología de carácter cualitativo. El método es exploratorio, el cual se caracteriza por ser un proceso de aproximación al fenómeno

## INTRODUCCIÓN.

La mortalidad materna ha sido considerada en el mundo como un problema de salud pública, principalmente determinado por los condicionamientos económicos, culturales y políticos de los países (Guerra, Muñoz, Ospino, Varela y Vega, 2012). Estas causas estructurales son situadas en relación a lo “evitable” de este tipo de muertes, lo que en definitiva, pone en cuestionamiento la organización de la salud pública. Desde esta perspectiva, la mortalidad materna se traduce a su vez como un “producto final” que relaciona factores y elementos en la integralidad de la vida de la mujer, constituyéndose como un problema socio-político y cultural, resaltando componentes de agravamiento como los contextos de desigualdades, carencias, precariedades en los servicios de salud, entre otros (Salud Capital, 2000).

Según lo establece la Clasificación Internacional de Enfermedades, la mortalidad materna la constituye la defunción de una mujer durante su período de gestación, tras la terminación del embarazo (medido hasta los 42 días)<sup>3</sup>. De esta manera, Organizaciones de carácter internacional como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud -OMS, así como las diferentes Conferencias Sanitarias, han enfocado sus esfuerzos en la búsqueda de la minimización y eliminación de la mortalidad materna en el mundo, como parte preponderante de la salud pública internacional y como elemento sustancial del desarrollo social de las naciones (INS, 2007).

---

<sup>1</sup> Enfermera, especializada en Gerencia en Salud Pública, candidato Magister Salud Pública. [nataliamarquezv@yahoo.com](mailto:nataliamarquezv@yahoo.com).

<sup>2</sup> Enfermera, candidato Magister Salud Pública. [kathe\\_miss@hotmail.com](mailto:kathe_miss@hotmail.com).

---

<sup>3</sup> Después de los 42 días de gestación, la clasificación de la muerte materna se considera como “tardía”.

El objetivo principal de este artículo es identificar posibles herramientas que inciden en la toma de decisiones en salud frente a la mortalidad materna en Bogotá entre el 2005-2015. El artículo discute sobre posibles herramientas en la toma de decisiones frente a la salud pública que pueden tener efectos positivos en la minimización o mitigación de la mortalidad materna en el distrito.

Finalmente la pregunta que subyace a la investigación es ¿cuáles posibles herramientas inciden para la toma de decisiones en salud pública frente a la mortalidad materna en Bogotá? Para ello, se desarrolla una metodología exploratoria de carácter cualitativo.

## **MORTALIDAD MATERNA EN EL CONTEXTO COLOMBIANO.**

Las causas de la mortalidad materna en Colombia se distribuyen principalmente en aquellas que son directas y las que son de carácter indirecto. Las primeras, son producto de efectos negativos o de complicaciones ligadas al periodo de embarazo, parto, puerperio, o de acciones u omisiones en cualquier fase del embarazo (Carrillo, 2007). Las indirectas son entendidas como enfermedades o patologías, que no necesariamente se suscriben como producto o resultado del embarazo, pero sí que establecen un mayor grado de posibilidad de riesgo para las madres. En esta clasificación se pueden encontrar enfermedades relacionadas al corazón, diabetes, enfermedades de transmisión sexual o virus de inmunodeficiencia.

Se configuran además dos causas indirectas registradas por el autor en el país; el aborto

inducido, vinculado a condiciones inseguras para este procedimiento, resultando a su vez, en posibles enfermedades. La segunda, conectada con el denominado modelo de las “tres demoras”, traducido como tardanzas y obstrucciones para el acceso y recibimiento de tratamientos o procedimientos<sup>4</sup>.

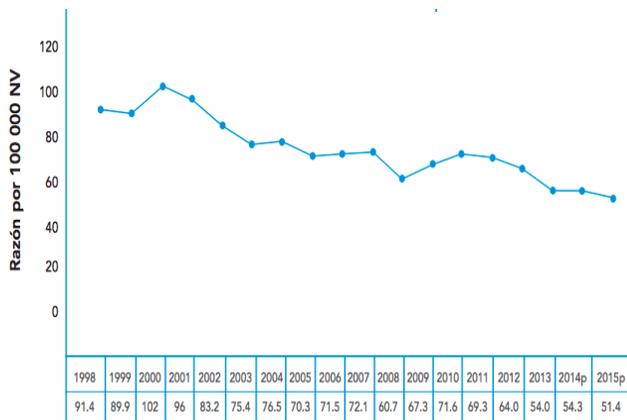
Este análisis permite incorporar en el tema de las causas indirectas el contexto, las condiciones socio-económicas y culturales que tiene relevancia en el acceso a servicios de salud pública, haciendo de esta manera más difícil la eliminación de la problemática.

Cabe resaltar que en Colombia, la mortalidad materna ha tenido un descenso importante en el periodo de 1990 y 2007, donde se evidencia una reducción del 16%. Para el 2009, el DANE reportó 73 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el país, cuyas causas analizadas en la Encuesta Nacional de Salud ENDS, estuvieron relacionadas principalmente con la atención del parto y control prenatal (Indicadores básicos situación de salud en Colombia 2010). En la gráfica 1, se observa la tendencia a la disminución de la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en el periodo 1998-2015

### ***Gráfica 1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Colombia 1998-2015.***

---

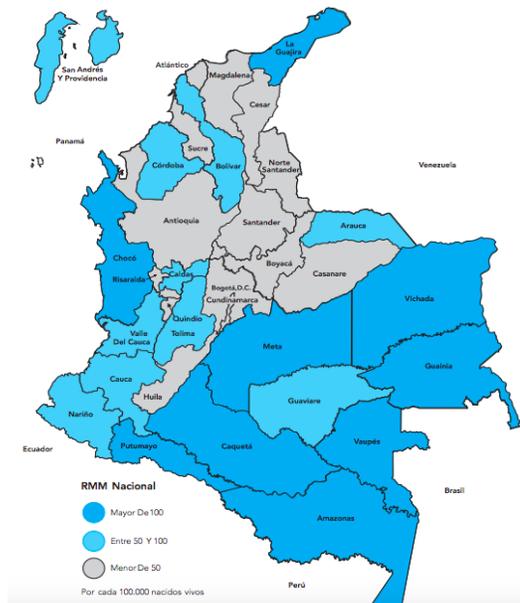
<sup>4</sup> Demora en el hogar para la toma de decisiones sobre el embarazo; segunda demora relacionada al medio de transporte debido al alimento de la vivienda o la lejanía de centros médicos; la tercer demora implica la responsabilidad de las instituciones médicas y la tardanza en atender a la gestante



Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna, 2016, p. 15.

De otra parte, las mediciones efectuadas por el Instituto Nacional de Salud, la ocurrencia de la mortalidad materna, está conectada a factores tales como el territorio, las condiciones socio-económicas, y la precariedad en la atención de las instituciones de salud pública (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2016). En la Gráfica 1, se evidencia diferentes razones de mortalidad materna respecto a las condiciones de prestación de los servicios de salud departamental, observándose que en zonas rurales este fenómeno ocurre con mayor frecuencia.

**Gráfica 2. Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia, Colombia. 2015.**



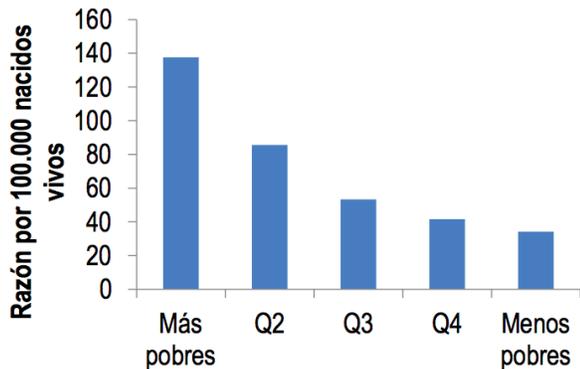
Fuente: Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna, 2016, p. 18.

Según el Ministerio de la Protección Social (MinSalud, 2016), la ocurrencia de las muertes maternas en Colombia está relacionada directamente con las “inequidades” para el acceso a los diferentes servicios de salud, brecha en aumento entre la población más rica y más pobre del país, de allí que la mortalidad materna, tenga una mayor razón en el quintil más pobre (Uribe, 2011). En la Gráfica 3 se observa que la razón de la mortalidad materna es la pobreza multidimensional, como la falta de acceso a servicios de salud, nivel educativo entre otros, que son unos de las dificultades de acceso de la población más pobre, teniendo una ocurrencia de 3,02 más veces en Departamentos como:

(...) Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés,

Providencia y Santa Catalina)  
(MinSalud, 2016, 56).

**Gráfica 3. Mortalidad materna según quintil de pobreza 2014.**



Fuente: MinSalud, 2016, p. 58.

Llama la atención en este aspecto, que la mortalidad materna tiene una ocurrencia mayor en la población multidimensionalmente más pobre, con mayor porcentaje de analfabetismo, en las áreas rurales dispersas, incidiendo en que los determinantes para el contexto colombiano sean sobre todo, pobreza, etnicidad y ruralidad (Londoño, 2015).

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles a nivel mundial y nacional, de allí la importancia para el desarrollo del país, cuyo propósito no solo establece la reducción sino su eliminación. (Rodríguez & Rodríguez, 2012).

### MORTALIDAD MATERNA EN BOGOTÁ.

A través de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana se aprueba en el país un plan general para la reducción de la mortalidad materna y adscrita a esta, se encuentra la

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Entre los objetivos de la Conferencia se encuentran la capacitación de las gestantes, control prenatal, clasificación de los riesgos y monitoreo constante de la gestión general del embarazo.

En la ciudad de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud ha definido la mortalidad materna en los siguientes componentes

**Tabla 1. Causas obstétricas directas e indirectas de mortalidad materna en Bogotá.**

| CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS  | CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS:   |
|--|--|
| Embarazo terminado en aborto   | Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio. |
| Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio. | Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.                      |
| Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.                 |  |
| Atención materna relacionada con el feto y con los posibles problemas del parto.       |  |
| Complicaciones del trabajo de parto y del parto.                                       |  |
| Parto.   |  |
| Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.                           |  |
| Muerte por secuela de  |  |

|   |  |
|---|--|
| causas obstétricas directas que ocurre un año o más después del parto |  |
|---|--|

Elaboración propia, datos de Salud Capital, 2000.

Se podría afirmar que la mortalidad materna en Bogotá, ha tenido un descenso a través de los años por ende, se encuentra por debajo de la media del resto del país. Desde el 2004 se desarrolló la política denominada “*Bogotá sin indiferencia*” la cual establecía la necesidad de fundamentar una política que estuviera acorde a la protección de los derechos en general, y particularmente en la salud distrital, así como a la necesidad de reducir la mortalidad materna. Para este periodo (2004-2007) se crea la meta de reducir la cantidad de muertes maternas a 45 por cada 100.000 nacidos vivos, meta que no se alcanzó para el año 2007, sin embargo se evidencia un descenso a través del tiempo, ver Tabla 2.

**Tabla 2. Mortalidad materna en Bogotá en los años 2000 y 2007.**

| AÑO  | MUERTES MATERNAS | NACIDOS VIVOS |
|------|------------------|---------------|
| 2000 | 114              | 131170        |
| 2001 | 92               | 127794        |
| 2002 | 74               | 124330        |
| 2003 | 67               | 123037        |
| 2004 | 73               | 122889        |
| 2005 | 67               | 121470        |
| 2006 | 62               | 123649        |
| 2007 | 57               | 127716        |

Fuente: Álzate, Bracho & Fajardo. (2010).

Autores como Rodríguez & Rodríguez (2012) plantean cierta dinámica de movilidad

por parte de las localidades en Bogotá en relación con la mortalidad materna. Mientras en el período de 2005 a 2007 las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, san Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Bosa mostraban la mayor tasa de mortalidad, entre el 2007 y el 2009 fue modificado por el aumento de la mortalidad materna en localidades como Kennedy y Suba, relacionado incluso con las estructuras de pobreza y desarrollo de cada una de estas, vinculado igualmente con el desarrollo de políticas públicas y por ende de decisiones articuladas al contexto de la ciudad para solventar la problemática. Al respecto se reconoce la reducción, pero se establece la necesidad de no solamente minimizar o de ser política pública de determinados gobiernos distritales:

Si bien el Distrito ha venido mejorando en todos los indicadores promedio de mortalidad materna (...) al punto de haber alcanzado las metas propuestas en el Plan Distrital de Desarrollo 2008-2012, no puede valorarse de la misma manera la situación de inequidad. Respecto de todos los indicadores de posición social escogidos para el análisis se encuentra persistencia de las brechas e inequidades acumuladas (Martínez, 2012, p. 20)

En ese sentido, en la gráfica 1 se puede observar que en las cifras sobre mortalidad materna existe una dinámica tendiente a la disminución y en algunos periodos hacia la estabilización en la ciudad de Bogotá, si se compara con el nivel nacional.

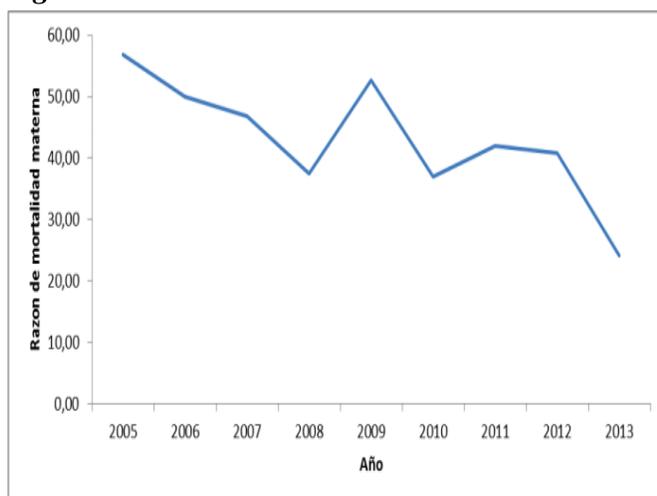
**Gráfica 1. Comparativo entre la mortalidad materna Bogotá-Resto del país. 2005-2013.**

| Causa de muerte             | Colombia- Bogotá | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Razón de mortalidad materna | 55,25            | ↓    | ↓    | ↓    | ↑    | ↓    | ↑    | ↓    | ↓    |

Tomado de: Dirección De Salud Pública, 2016.

En concordancia, el análisis sobre la mortalidad materna en Bogotá desde el 2005 hasta el 2013, muestra una tendencia descendente, cuya meta precisaba la reducción a menos de 45 por 100.000 nacidos vivos, siendo el 2013 un año significativo donde se logró reducir a 24,21 (Gráfica 4).

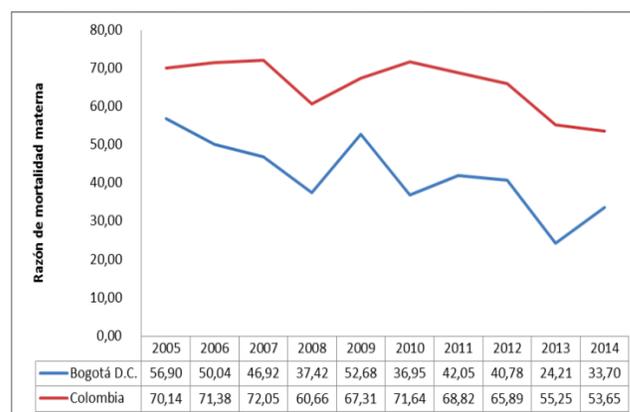
**Gráfica 4. Razón de mortalidad materna. Bogotá. 2005-2013.**



Fuente: Dirección De Salud Pública, 2016.

Es fundamental resaltar el aumento importante que se configuró de la problemática para el 2014, donde la razón de mortalidad materna en Bogotá aumentó de 24,2 casos por cada 100.000 Niños nacidos vivos en el 2013 a 33,7 para el año siguiente Gráfica 5).

**Gráfica 5. Razón de mortalidad materna. Bogotá. 2005-2014.**



Fuente: Dirección De Salud Pública, 2016, p. 93

En este mismo año se aprueba la Resolución 1709, la cual plantea los diferentes criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Salud o IPS con la finalidad de mejorar la atención materna, estableciendo la atención inmediata, los seguimientos trimestrales, los respectivos monitoreos y notificaciones, así como los marcos de verificación y las respectivas sanciones, otorgándole a la política pública sobre mortalidad materna, nuevas posibilidades de acción.

En la actualidad, durante las investigaciones desarrolladas por la Mesa Técnica de Bogotá, bajo la organización de “Bogotá cómo vamos”, y precedida por el Secretario Distrital de Salud, establecieron que las causas fundamentales de la mortalidad materna están relacionadas con “descuido, negligencia, diagnósticos erróneos, ausencia de seguimientos y protocolos médicos entre otros (Bogotá cómo vamos, 2017). Según los análisis de estos organismos distritales, en el 2017 hubo 27 fallecimientos maternos con dos grupos de edades importantes: entre los 15 y 19, y los 35 y 39 años respectivamente.

En lo que corresponde a las causas directas de la mortalidad materna en el Distrito, se estima que el 23 % derivan de trastornos hipertensivos, el 16% son a causa de hemorragias, el 10% de trombosis y embolias y finalmente el 8% a causa de infecciones. A demás de esto, la organización *“Bogotá cómo vamos resalta que que el 66% de las muertes maternas ocurren en el estrato 2 y 3, y el 61 % son mujeres con bajo nivel educativo (Bogotá Cómo vamos, 2017).*

## **MÉTODO E INSTRUMENTOS.**

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Este estudio se desarrolló a través de un diseño de carácter cualitativo. El método es exploratorio, el cual se caracteriza por ser un proceso de aproximación al fenómeno – generalmente con poca producción investigativa-, constituyendo niveles de familiaridad al tema, caracterizando tendencias, teorías emergentes y particularidades del tema en cuestión (Hernández, Fernández & Bautista, 2017).

### **Fases y técnicas de la recolección de la información.**

Se han establecido tres fases de investigación; la primera denominada fase de exploración, permitió un acercamiento primario al fenómeno de estudio, y posibilitó acercamiento así como primeros cuestionamientos en torno a la toma de decisiones en salud pública.

Fase de estructuración: En esta, se realizó la delimitación y especificación tanto de las categorías como de los conceptos. Se identificó

la problemática y se realizó el acopio de la información.

Fase de profundización: Se inicio el procesamiento de la información, análisis y respectiva discusión, con la finalidad de resolver la pregunta problema y los objetivos planteados, así como los ajustes disciplinares y metodológicos que den lugar (Gómez, 2012).

Las técnicas de recolección de la información, entendiendo que se trata de un artículo de carácter analítico y teórico fueron:

Matriz literario: Se crea una matriz con las categorías de análisis y se establece la relación de textos según sus marcos conceptuales, discusión y resultados.

Bibliográfica: Caracterizada por una estructuración de textos, libros y artículos que abordaran las dos temáticas principalmente: Toma de decisiones en salud pública y mortalidad materna. La construcción bibliográfica se efectuó desde textos de carácter disciplinar y de documentos oficiales.

Webgráfica: Fundamentada en la búsqueda y relacionamiento de evidencia científica, a través de la búsqueda en revistas indexadas, así como sitios oficiales en materia de salud pública internacional y nacional, y literatura gris.

## **RESULTADOS.**

La toma de decisiones en la salud pública constituye un componente fundamental de cualquier proceso gubernamental que atañe a la construcción y la defensa de los principales derechos de los ciudadanos. Como elemento

central y neurálgico, las decisiones componen posibilidades de acción o inacción por parte de los organismos políticos, sociales y económicos, que desde el enfoque de salud, establecen la priorización de programas, planes y proyectos que permitan y contribuyan al desarrollo vital y mejore las condiciones de las personas.

La toma de decisiones puede definirse como:

(...) el conjunto de criterios y procesos mediante los que se escoge una estrategia o curso de acción en un abanico más amplio de propuestas. Con frecuencia, el estudio de las decisiones guarda una estrecha relación con el análisis de los actores de política, pues el rol y los intereses que cada uno maneja en la arena de la política pública, constituyen elementos explicativos de los procesos decisionales (Chicaíza & Vega, 2007, p. 15).

Las decisiones en salud contienen una pluralidad de elementos que lo diferencian y enmarcan como un sistema, cuyas variables son posibles de modificar, dependientes a contextos, actores, condiciones, estructuras, etc. Para Patiño, Lavis & Moat (2013), las decisiones en salud son clasificadas en tres partes integrales: la primera las decisiones sobre el sistema de salud en sí, como decisiones vinculadas a elementos de autoridad, política y organización, conectadas a la estructura financiera y económica que desarrolla programas, proyectos o planes; de otra parte se encuentran las decisiones clínicas o relacionadas directamente a las instituciones de salud, en las cuales se determina la pluralidad de diagnósticos, tratamientos, procedimientos y servicios; y finalmente las decisiones sobre los medicamentos, referidas al uso de tratamientos concretos. En definitiva, las decisiones en las

diferentes partes, modifican y se correlacionan constantemente, lo que implica que las decisiones en cualquier marco son preponderantes.

Antonio Ugalde (1976), , plantea la importancia de los procesos inherentes a la construcción política, sea en perspectiva de sus éxitos o fracasos, e identifica que es a partir de la toma de decisiones que se establece si una política en salud es funcional o no para garantizar este derecho a sus ciudadanos. La introducción de nuevos conceptos en la teoría de las decisiones en salud, tales como “serie de decisiones” o “conjuntos de decisiones”, implican la agrupación de factores tales como actores, instituciones y contextos, que inician una larga cadena de procesos, desde un orden lógico y una posibilidad de cohesión importante para la consecución de los fines u objetivos de la gestión pública en salud:

Pensamos que la unidad de análisis debe ser la serie de decisiones que empieza con una decisión inicial que pone en movimiento el proceso decisorio. Por ejemplo, la decisión de iniciar un programa de floración de aguas, tomada por el director general de sanidad, Llevará a otras personas a decidir cuáles son acueductos que se incluyen en el programa, que tipo de equipos se van a comprar, cuántos operarios se van a entrenar para la administración de las sales, etc. Las decisiones iniciales son decisiones generales de alta política que no determinan la forma o alternativas de cómo se consigue el objetivo (1976, p. 151).

Las decisiones implican el grado de cohesión, coherencia y relación que existe para la creación de políticas o programas subyacentes en materia de salud, lo cual, deviene para el autor en

conexiones directas con la configuración del modelo político de cada país. Es fundamental esta perspectiva en la toma de decisiones, pues desde allí se establecen los “roles” administrativos, técnicos e incluso financieros, además de las causas y el porqué de la toma de ciertas decisiones. Para Ugale, la constitución de grupos “decisores” determinan la configuración de *altas políticas* o más bien de políticas macro, pero también de políticas micro si se atienden a los casos -por ejemplo-, de presión política de grupos organizados. Los niveles correspondientes entre la capacidad de organización y coordinación entre cada uno de los grupos, permiten efectivamente operar un sistema de decisiones importantes y significativamente relevantes para la gestión en salud. De allí se posibilitan temas como la efectividad o la consecución de los objetivos de la organización de los sistemas de salud, a través de la administración política (Upalge, 1976).

Siendo de esta manera, en las decisiones se encuentra una forma y un contenido que es determinante para la acción u omisión de las políticas en salud y su gestión. Gómez, Orozco, Rodríguez & Velázquez, (2006), ubican las decisiones en salud entre las políticas públicas y la investigación científica. Las políticas por un lado se encargan de solucionar o resolver problemáticas en diferentes órdenes, mientras que las investigaciones se encargan de orientarlas de mejor manera de hacia los resultados. En la particularidad de la salud, la investigación y la toma de decisiones concluyen de la siguiente manera:

En relación con las políticas de salud, las investigaciones podrían mejorar la decisión de cuatro formas: advirtiendo sobre problemas que podrían ser

prioritarios, guiando a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizando los problemas para facilitar su comprensión y movilizandolos apoyos hacia una determinada propuesta (Gómez, Orozco, Rodríguez & Velázquez, 2006, p. 106).

Esta relación entre investigación–decisiones-política, conduce según los autores a formular un análisis respecto de los componentes que le son parte, tales como la actitud de los tomadores de decisiones, los prejuicios y estereotipos, la comunicación, el Estado, los estudios y la capacidad de influencia de estos, el contexto político, académico e ideológico, entre otros. Considerando estos factores, las investigaciones logran tener efectos exitosos en la construcción de políticas en salud, puesto que su procesamiento posee un impacto potencial y significativo en su estructuración y en la creación, producción y ejecución de decisiones que blindan a las políticas de legitimidad. De allí la importancia y el llamado a que los procesos de investigación sean en relación directa la gestión de decisiones beneficiosas para los ciudadanos (Gómez, Orozco, Rodríguez & Velázquez, 2006).

La vinculación fundamental entre decisiones y personas que afecten o no determinadas decisiones, incluye maneras de especialización de intervenciones cada vez más profesionalizadas tanto en el campo de la salud como en el campo de la articulación política. Pinilla, Godoy, Iragüen & Rauld (2011), plantean la relación entre políticas públicas en salud y el conocimiento experto como dos ejes del mismo proceso, siendo efectivamente medular la determinación de decisiones que presuponen la posición de argumentos teóricos o prácticos para el proceso. Cabe señalar que para

estos autores las políticas públicas en salud están relacionadas minuciosamente con las decisiones, incluso basadas en la “experticia”, lo que profundiza en los grados de validez, legitimidad y razonabilidad tanto técnica, operativa como administrativa.

Para tal efecto, se establecen perfiles que posibilitan otorgar esas características a las políticas públicas en salud, mediante la toma de decisiones tales como autoridades públicas, sectores ministeriales, consultores, académicos con ciertos grados de contenido o de valoración.

**Tabla 3. Síntesis de atributos del conocimiento experto según perfiles.**

|                           | <b>ATRIBUTOS DEL CONTENIDO</b>   | <b>ATRIBUTOS DE VALORACIÓN.</b>  |
|---------------------------|--|--|
| <b>AUTORIDAD PÚBLICA</b>  | Tecnificación de la política.  | Marcos ideológicas   |
| <b>ASESOR MINISTERIAL</b> | Información de calidad, optimización técnica, factibilidad de las propuestas.        | Base para llegar a acuerdos, acercamiento de posiciones.                           |
| <b>CONSULTOR</b>          | Elaboración de las evidencias y ponderación del saber.                               | Concepciones de sociedad, sesgo ideológico y componente técnico.                   |
| <b>ACADÉMICO</b>          | Evidencia soportada por investigación aplicada, orientada a soluciones de políticas. | Credibilidad según fuentes de información y convivencia de múltiples perspectivas. |

Fuente Pinilla, Godoy, Iragüen & Rauld, 2011, p. 11

Cada uno de los denominados perfiles, otorga con precisión cierto grado de argumentación al campo de posibilidad que

atañe a las decisiones (Pinilla, Godoy, Iragüen & Rauld, 2011).

Ciertamente, la construcción, y en definitiva la toma de decisiones desde el aspecto de la gestión pública, devienen diferenciaciones sustanciales, incluso ligadas al grado de poder político que se posea. En estudios tales como “*La toma de decisiones en el sector público, una mirada desde el dirigente*”, Mendieta (2005) establece la pluralidad de influencias que están insertas desde el aspecto psicológico, social, cultural y económico de los dirigentes, para determinar la toma de decisiones, siendo un tema homogéneo a esta capacidad, la cantidad de información y datos, que en definitiva configura los niveles de percepción sobre los temas, sumado a la influencia de la organización. Para otros autores como Cediell & Krause (2013), la toma de decisiones establece el núcleo de los gobiernos para responder acordemente a las amenazas, urgencias y situaciones límite que supone la realidad de las sociedades. Considerando esos factores, la capacidad que existe y los desafíos actuales de la salud pública, son a su vez, desafíos sobre la toma de decisiones, lo que implica para Cediell & Krause asumir las decisiones como apuestas gubernamentales y como punto neural, la evidencia como productora de conocimiento.

La salud pública basada en la evidencia puede ser definida como la integración de la mejor evidencia disponible con el conocimiento y juicios de parte de los actores y expertos considerados para el beneficio de las necesidades de la población. Los datos de estudios observacionales, vigilancia y modelación, juegan un papel importante como base de evidencia en salud pública en el campo de enfermedades infecciosas Cediell &

Krause, 2013, p. 696).

Desde esta perspectiva, se asume que parte de comprender la toma de decisiones está relacionada fundamentalmente al proceso de investigación científica y la evidencia como producto y producción. La evidencia en este caso, hace parte integral del denominado sistema de decisiones y en definitiva de los *decididores*, lo que implica por ejemplo, un movimiento integral, que va de los ensayos clínicos, estudios de corte, estudios de casos y controles, reportes de caso, series de caso y observaciones, opiniones de expertos y posibilidades de decisiones. Evidentemente la clasificación y calificación de la calidad de la evidencia científica en salud pública establece el grado de fuerza, confianza y adherencia hacia la toma de decisiones.

Es a través de la evidencia, como constatación científica que se minimiza la incertidumbre en la toma de decisiones, estimando la magnitud de cada uno de los procesos: riesgo, amenaza, costos, etc.

En este mismo campo se considera que la evidencia es parte inherente de la toma de decisiones y de la construcción de políticas públicas en salud. La producción de este tipo de evidencia, implica el desarrollo de modelos prácticos de investigación científica sobre salud, con el fin de generar proceso de inclusión y verificación de situaciones fácticas sobre problemas centrales en materia de salud. Así pues, las diferentes decisiones en la gestión pública, se basan en modelos para la solución de problemas, donde las etapas inherentes a estos modelos, permiten influenciar el modelo político y virarlo hacia condiciones más efectivas y estratégicas (Cediel & Krause,

2013).

Para Moncada & Cuba (2013), en la toma de decisiones es significativa la evidencia como elementos fácticos y reales de sus decisiones, cuyo respaldo científico en el sistema de salud, define que su decisión literalmente salve vidas. Así pues, la toma de decisiones también deviene de un producto de evidencia, pero este situado en la formación y capacidad intelectual tanto de los funcionarios políticos como de los profesionales en salud. Esto es demostrado por los autores cuando la toma de decisiones en atención primaria en clínicas, presupone la eliminación de la incertidumbre a través de modelos en la toma de decisiones. Así pues, se logran establecer los siguientes modelos:

- Modelo de racionamiento inductivo: no está necesariamente relacionado a una hipótesis, sino que subyace a una posible deducción develada por la exploración.
- Modelo hipotético deductivo: basado en una evidencia disponible que permite la creación de una hipótesis, sometida a pruebas científicas.
- Modelo de conocimiento de patrones: el reconocimiento y la descripción de patrones permiten hacer módulos comparativos o de similitud (Moncada & Cuba, 2013).

Estos modelos en definitiva permiten saber que “hacer frente” a la incertidumbre y por ende construir grados de decisiones mucho más asertivas.

## **TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA: TECNOLOGÍA, ECONOMÍA Y POLÍTICA.**

La toma de decisiones en la gestión pública para la salud en Colombia constituye uno de los mayores desafíos de la evaluación económica que conectan el vector político y tecnológico. En el país se establece el reto en el cual, las decisiones en política deben contar con la incorporación cada vez más amplia de tecnologías sanitarias como apuestas significativa para el control eficiente y efectivo de la salud de la nación (Chicaíza & Vega, 2007). Es desde esta perspectiva, que la toma de decisiones en lo referente a la incorporación de tecnologías cada vez más avanzadas, presupone para el Estado un mayor costo, pero a su vez un mayor desarrollo en las herramientas de gestión. Allí se encuentra un gran margen de acción de la salud pública y las decisiones, también denominada *Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria* (EETS) como formas adecuadas de información para los “tomadores de decisiones”.

Chicaíza & Vega, en el estudio titulado “Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano” (2007) asume la categoría de las EETS como relevante para los tomadores de decisiones en la medida en que estos pueden establecer procesos, suministrar datos e información y establecer una idea general sobre la realidad de las condiciones económicas. Parte elemental de situar la Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria (EETS) en Colombia, está relacionado principalmente a una mayor producción intelectual e investigativa en el sector salud que

da cuenta de la realidad, así como los elementos críticos y reflexivos sobre políticas públicas, instituciones o normativas. Parte de los resultados obtenidos en el proceso de investigación efectuado por Chicaíza & Vega, (2007), dan cuenta que los profesionales colombianos en salud conocen o han tenido algún relacionamiento importante con las EETS, pero la utilización, sobre todo desde el escenario público institucional, es precario e incluso obstruye la posibilidad de una mejor gestión tecnológica importante para el país, impidiendo efectivamente un relacionamiento directo para la toma de decisiones:

(...) en Colombia las barreras que existen para la utilización de la EETS son institucionales y educacionales. Se notó un conocimiento básico sobre las técnicas de EETS, pero (...) no existe un alto impacto de las mismas en el proceso de toma de decisiones, ya que pesan más los factores políticos, la defensa de intereses sectoriales y la estabilidad financiera del sistema (Chicaíza & Vega, 2007, p. 14).

En efecto, parte de vincular a la toma de decisiones la gestión tecnológica de sistemas contribuye como un apoyo estratégico y logístico en las EETS, es en principio la potencialización de las herramientas que permitan un mejoramiento continuo y una manera acertada de decidir desde los componentes políticos e institucionales para la salud pública.

En este mismo campo se logran evidenciar aportes de Mejía & Moreno (2014), sobre la evaluación económica para la toma de decisiones en salud y la configuración de políticas públicas con este enfoque. La evaluación sistemática de propiedades o efectos en el impacto de las tecnologías en salud o ETES, concluyen efectivamente en

aproximaciones de carácter teórico y metodológico que requieren conocer de manera precisa a través de la evaluación, el grado de estimación del uso de las tecnologías en salud y desde allí, clasificar las decisiones. Para estos autores, la ETES se puede clasificar en tres modelos:

- Costos del sistema de salud: definidos como los recursos destinados para la operatividad de la organización o de los programas. Allí se encuentra el tema profesional, medicamentos, mobiliarias y contratación.
- Costos del paciente y sus familias: gastos correspondientes a la cotidianidad tanto del paciente como de su núcleo, lo que influye necesariamente en el recibimiento de la tecnología en salud.
- Recursos y costos de otros sectores: fundamentales cuando los procedimientos, tratamientos o configuraciones administrativas necesitan de otros servicios tecnológicos (Mejía & Moreno, 2014).

Estas condiciones posibilitan que la utilización de las ETES, pueden suministrar grados de decisión económica, para aumentar y potencializar el grado de operatividad de las decisiones en salud y su sostenibilidad, lo que incluye efectivamente debates de carácter político e incluso ético como factor evaluativo:

En un escenario en el cual se pretende garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y la progresividad en el acceso a los servicios de salud, las decisiones con respecto a la inclusión o exclusión de nuevas tecnologías implican un dilema ético y generan grandes controversias. Para legitimar las de-

cisiones es necesario contar con un respaldo técnico que permita evaluar los costos y beneficios relativos de las diferentes intervenciones y que los criterios empleados para emitir recomendaciones sean, por lo menos, explícitos y susceptibles de debate (Tejía & Moreno, 2014, p. 75).

La importancia de vincular ETES en clave de toma de decisiones implica a su vez, un manejo adecuado de la información y por ende de una gestión evaluativa y de controles. Autores como Rodríguez, et, al, (2013), plantean esta discusión en un escenario concreto e importante para el presente artículo en tanto establece la necesidad de modelos de vigilancia para la morbilidad materna en Colombia. Para los autores, existe un esquema general de medición de este tipo de problemáticas distribuidas en: identificación del caso, ficha de tamizaje, entrevista, notificación, análisis del caso, plan de mejoramiento, etc., que en definitiva soportan la recolección y procesamiento de la información desde modelos de investigación mixta (cuantitativa y cualitativa), y por ende, logran una toma de decisiones efectiva para el monitoreo.

Así, la gestión de esta información para la morbilidad y mortalidad materna en Colombia, tiene deficientes usos de procesos tecnológicos que le permitan hacer una identificación clara y por ende un monitoreo efectivo de las condiciones y situaciones más proclives en las instituciones públicas. Componentes tales como la organización y la coordinación, las funciones centrales de la vigilancia, los soportes y la seguridad clínica, así como la implementación, impiden la eficiencia de los procesos más básico y simples, además de una prologada desarticulación en los niveles de atención.

La desarticulación de los niveles de atención, también incide en la retroalimentación y el mejoramiento de la atención, pues los planes de mejoramiento no alcanzan a impactar los niveles de menor complejidad, afectando el proceso de atención de calidad y oportunidad de las gestantes. Estudios han señalado que estas características de la atención recibida por las mujeres durante su gestación, parto y puerperio, están íntimamente relacionadas con la ocurrencia de eventos materno-perinatales (Rodríguez, et al, 2013, p. 239).

Ciertamente las dificultades que se presentan en la utilización o posible mejoramiento de los sistemas de monitoreo, desfavorecen la posibilidad de potenciar sistemas de decisiones o herramientas en la toma de decisiones en cada parte del proceso.

De lo expresado, la toma de decisiones para la gestión de la salud pública en Colombia, adquiere procesos relevantes posicionados desde la “maximización de la utilidad social” lo que implica fundamentalmente que las decisiones, sean asociadas a la satisfacción y el bienestar del conjunto de la población, así como garantizar los derechos en salud (García, 2010).

## **TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD EN BOGOTÁ.**

En la ciudad de Bogotá, investigaciones como las presentadas por Raigosa & Molina (2013), establecen la importancia de las decisiones políticas en la gestión pública para la salud, y cómo estas se expresan de manera clara y contundente en las políticas públicas distritales y principalmente en los planes territoriales de salud (2008-2016), además de los acuerdos

suscritos por organismos políticos como el Consejo de Bogotá. Para los autores es necesario, establecer las líneas estratégicas, los tipos de población, los diferentes proyectos y las implementaciones de las entidades territoriales, como un todo cohesionado que garantice los derechos en salud. Las decisiones en ese aspecto, son incluidas desde diferentes ópticas y distintos niveles de acción, distribuidas en:

- Enfoques: Se establecen los diferentes modelos de atención, a la par que los criterios de medición y articulación entre el gobierno distrital y la ciudadanía.
- Líneas estratégicas: condensa las formas de gobernanza, los planes de intervención, gestión, control y evaluación desde diferentes ópticas: promoción, prevención y evaluación.
- Planes de priorización: establecen los focos específicos sobre las poblaciones, demarcando sus límites y determinantes y por ende, las acciones particulares para cada una de estas.
- Programas y proyectos: fundamenta las diferentes intervenciones, sean de carácter colectivo o institucional, así como la vinculación de estos con las campañas o programas territoriales, institucionales o a través de entidades específicas (Raigosa & Molina, 2013).

Las decisiones en cada uno de estos componentes se relacionan de manera directa con cada población o segmentariedad, según cada proceso gubernamental, y desde allí se analizan por ejemplo, situaciones problema que conectan la toma de decisiones con el aparato estatal y sus prácticas históricamente clientelistas, condiciones que impiden un

reforzamiento de decisiones cada vez más coherentes y eficaces en salud:

Otro aspecto que destacar de los hallazgos es la interferencia de las prácticas políticas tradicionales en las decisiones y la gestión en sp –prácticas estas que son expresión de los intereses clientelistas y particulares de los dirigentes de algunas entidades públicas y privadas–, así como la pugna por los con- tratos para obtener recursos y prebendas. Igualmente, dentro de los imaginaros cultu- rales cabe resaltar una falta de conciencia de lo público, tanto en los funcionarios como en la ciudadanía; en consecuencia, la salud es asumida como un favor político y no como un derecho fundamental (Raigosa & Molina, 2013, p. 100).

En otro aspecto, la toma de decisiones en Bogotá no solo atañe a la generación de componentes políticos, sino más bien articulan componentes integrales que permitan contribuir a una apuesta en salud pública que garantice la configuración de los derechos con este enfoque.

## DISCUSIÓN.

A continuación se establecerá un proceso de discusión que permitirá en este apartado, situar elementos importantes en la toma de decisiones en salud pública para el abordaje de la mortalidad materna en Bogotá. Este proceso se realiza en perspectiva de triangulación, tanto de la teoría utilizada, los resultados ofrecidos y los aportes de las autoras, de la siguiente manera:

1. Elementos teóricos y conceptuales sobre herramientas para la toma de decisiones en salud pública.

2. Marco contextual de la problemática de mortalidad materna en Bogotá entre el 2005 y 2015.
3. Identificación de herramientas para afrontar la problemática desde los aspectos teóricos y el contexto problema.

Como se evidenció la mortalidad materna a nivel nacional y particularmente en el contexto Distrital, establece elementos homogéneos que deben ser referenciados en función de responder a cuáles posibles herramientas inciden para la toma de decisiones en salud pública frente a la mortalidad materna en Bogotá

Se podría inicialmente establecer un marco que delimita y otorga contexto a la problemática, articulando dos estructuras con base en los determinantes de la mortalidad materna, explicados en la siguiente tabla.

**Tabla 4. Determinantes de la mortalidad materna a nivel general y específico.**

| <b>DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA ESPECÍFICOS</b>   | <b>DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD MATERNA GENERALES</b>  |
|---|--|
| <p>Como primer vector de este determinante, según la propia Secretaría de Salud Distrital (2017), la negligencia y los malos diagnósticos hacen parte de la problemática de la mortalidad materna, lo que necesariamente está relacionado de manera directa en la generación de enfermedades durante y después del embarazo.</p> <p>En esa medida las</p> | <p>Principalmente están relacionadas a las condiciones sociales y políticas que coaccionan y facilitan la ocurrencia del fenómeno. Como se referenció con anterioridad, la mortalidad materna está directamente conectada en los países a su nivel de desarrollo, siendo por lo tanto evitable, estos determinantes son de carácter político - administrativo.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>enfermedades que son directamente relacionadas a la moralidad materna son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos hipertensivos: cuando acompañan el embarazo suelen ser una complicación obstétrica, conectada con enfermedades tales como hipertensión arterial, preclamsia, eclampsia, hipertensión crónica, hipertensión gestacional, entre otras.</li> <li>• Hemorragias: cuando se asocian al embarazo, las hemorragias presentan graves consecuencias en la salud de la madre. Dependientes del periodo en que estas se generen, determinan la complejidad de las mismas, incluso bajo la probabilidad de aborto.</li> <li>• Trombosis y embolias; Son coágulos que se forman al interior de los vasos sanguíneos, y pueden conllevar durante el embarazo, a la alteración en la coagulación sanguínea. Pueden alcanzar los pulmones, hasta configurar embolias pulmonares.</li> <li>• Infecciones. Las infecciones más comunes vinculadas al embarazo se relacionan</li> </ul> | <p>Cabe resaltar el desenvolvimiento económico de las madres y sus familias, como factores importantes que determinan sus grados de escolaridad y por ende de conocimiento de su proceso gestante, hasta el acceso a los servicios de salud o incluso de transporte. El costo del procedimiento, el acceso a instituciones de calidad, tratamientos específicos, entre otros, son limitantes.</p> <p>Aquí también se inserta el nivel socio-económico, en tanto la proporción de mortalidad materna es mayor en estratos medios bajos (2-3), y por ende, conectado también por los condicionamientos económicos.</p> <p>En esta estructura también es fundamental establecer el determinante cultural, vinculado expresamente a los condicionamientos de la cultura hegemónica, y se relaciona a las formas de organización familiar y enclaves patriarcales, que en cierta medida coadyuvan a las decisiones de las madres para adquirir o gestionar asistencia médica. Esto es desarrollado no solo en las etnias, sino también en el espacio rural, donde las prácticas ancestrales o históricas coadyuvan.</p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| <p>a la toxoplasmosis, Citomegalovirus, la hepatitis b, la listeriosis, logrando se desencadenantes de enfermedades o patologías mas graves.</p> |  |
|--|--|

Elaboración propia. Datos, Bogotá cómo vamos, 2017.

Los determinantes de la mortalidad materna tanto de carácter específico como general, son en efecto, focos importantes para referenciar la importancia de las decisiones en su direccionamiento.

Ahora bien en lo referente a las posibles herramientas en la toma de decisiones sobre la mortalidad materna en Bogotá, se relacionan a continuación algunas consideradas indispensables para minimizar y mitigar el fenómeno problemático, susceptibles de relacionar la literatura referenciada y el contexto distrital.

La primera se podría denominar “articulación entre grupos decisorios”. Estos grupos son fundamentales como herramientas para la toma de decisiones, ya que en ellos se establece los grados y los niveles de influencia o efectos de las acciones que sobre la problemática de mortalidad materna puedan generarse o producirse. Queda claro efectivamente que el flujo de información también depende de los niveles de poder de decisión, sin embargo, a estos influyen los componentes para el grado de persuasión y por ende de legitimidad de las decisiones.

Para generar mayor claridad, las teorías sobre políticas públicas en salud establecen en definitiva que a mayor grado de poder político o

económico, hay un mayor grado de decisión. Sin embargo, los niveles de influencia en definitiva son determinantes para que cierta decisión sea o no legítima, de allí la articulación de un cúmulo de actores que posibilitan en este caso, minimizar y mitigar la mortalidad materna.

En concordancia, los niveles o grados de responsabilidad de los actores son fundamentales para la toma de decisiones. En el Distrito se pueden resaltar: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud, Secretaría Distrital de Salud, Ministerio de Salud y de la Protección Social, Unidad Nacional de Salud, etc.

La articulación entre estas entidades y los actores que en ellas interviene, son en definitiva una de las herramientas más significativas para una toma de decisiones y se integre de manera directa la eliminación del fenómeno de mortalidad materna.

La segunda herramienta se podría denominar “el uso de la evidencia”. En efecto, los estudios promovidos por la Secretaría Distrital de Salud, estiman dentro de los procesos de investigación más actuales, las enfermedades determinantes de mortalidad materna, es decir, los análisis y las reflexiones desde la práctica clínica con una realidad y una constante en la ocurrencia de estos fenómenos. Efectivamente como se desarrolló en la literatura, el uso de la evidencia como herramienta para la toma de decisiones (o gestión basada en evidencia) incide necesariamente que a la hora de formular estrategias o políticas en la ciudad, estas desarrollen el menor grado de posibilidad de sesgos, y su valoración considere un grado de

confiabilidad para que las recomendaciones sobre el fenómeno de la mortalidad materna se afronte.

La tercer herramienta se denomina “desarrollo de investigaciones específicas”. Si bien, las estadísticas presentadas sugirieron un deceso significativo en la mortalidad materna, esta no ha sido eliminada como fenómeno reversible desde los diferentes aspectos de la salud pública. La ocurrencia de muertes maternas, donde se relacionan elementos específicos del embarazo y determinantes sociales, políticos o culturales, no solo deben establecer en el Distrito elementos cualitativos y estadísticos, que si bien son importantes, no responden a la dramática situación que afecta no solo a la madre, sino a su hijo, a su núcleo y en definitiva, tiene repercusiones en la política distrital de salud. Las investigaciones como se analizaron concuerdan inexorablemente en el desarrollo de componentes técnicos metodológicos y conceptuales, susceptibles de permitir una comprensión más efectiva del fenómeno.

En una cuarta herramienta se puede posicionar la “gestión de información y tecnología”, teniendo en cuenta el contexto sobre el cual, la mortalidad materna en Bogotá ha sido minimizada desde la perspectiva normativa y la aplicación de los protocolos internacionales que desde el año 2.000 ha integrado la Secretaría de Salud, siendo parte fundamental pero no suficiente para eliminar la problemática. Así pues, las políticas públicas sobre mortalidad materna en Bogotá, han estado referenciadas fundamentalmente desde el aspecto preventivo, situación que es importante, pero los actuales procesos de tecnologización del sistema de salud como lo son los EETS -

*Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria-*, permiten tener un rango más asertivo y de fidelidad sobre los casos en desarrollo, los mecanismos y el control en torno a cada una de las gestantes. Lo anterior implica que el desarrollo de estrategias, campañas o programas por parte del gobierno distrital, debe estar acompañada por el aumento de inversión a los procesos de tecnología, información y monitoreo tanto de la morbilidad como de la prevención de la mortalidad

Este proceso de decisión ya está teniendo efectos positivos en la generación de espacios con mayor grado de tecnología y de inversión en información. Según el Secretario Distrital de Salud, la gestión política de salud está en el:

(...) proceso de definir no solo cuántas unidades sino dónde deberían quedar y qué personal debería estar allí... En principio, hemos pensado en que haya por lo menos un sitio especializado en cada una de las cuatro subredes. Hablamos, por ejemplo, de la creación de una unidad especializada de pediatría en el Hospital El Tintal, construir un nuevo instituto materno infantil y fortalecer la atención de las maternas y los niños en Suba, localidad que concentra población vulnerable (Bogotá cómo vamos, 2017).

Si bien, la configuración e incorporación de elementos tecnológicos tanto de medición, información, ejecución como de evaluación, contiene costos más elevados, pero establecen nuevamente en la ciudad la necesidad de un marco de garantías reales para las gestantes.

Esto tiene consecuencias directas -por ejemplo- en el sistema de información y vigilancia en salud pública de *la maternidad segura* como componentes de captura, procesamiento, almacenamiento y distribución

de la información y como formas de articular los actores principales y los grupos de decisión en el Distrito.

En una última herramienta sobre “consideraciones políticas”, cabe subrayar que en términos teóricos y prácticos, las decisiones son los motores reales de las políticas y las estrategias gubernamentales. Desde el aspecto sistémico, las decisiones comprenden la acción humana, en este caso, política. Las decisiones que referencian una problemática social, deben propender a superar relaciones coyunturales entre el gobierno distrital y la ciudadanía, siendo por lo tanto, las decisiones una constante en la búsqueda de la eliminación de la mortalidad materna. Como se ha venido desglosando, las políticas públicas no deben solo depender de formas clientelares o responder a dinámicas particulares de los gobiernos distritales, sino responder directamente a las dinámicas y necesidades de las mujeres en gestación.

Además temáticas como cobertura y calidad de la salud, siguen siendo elementos problemáticos, si se tiene en cuenta en la atención prenatal, durante el parto y el posparto, que en definitiva tiene efectos positivos o negativos en la salud materna. De allí deviene demoras en la atención médica, negligencia las ser atendidas o no posibilitarles tratamientos correctos y efectivos. Allí parte que la perspectiva política de la toma de decisiones es imperiosa como herramienta pues posiciona nuevos imaginarios y prácticas colectivas, que permiten afianzar, asegurar y garantizar la vida de las madres desde los diferentes órdenes en la ciudad: normativa sobre la mujer, eliminación de brechas de desigualdad y exclusión, aumentar la demanda de servicios y controles médicos a gestantes, eliminar barreras de acceso a servicios médicos (geográficos, económicos o

administrativos), mejoramiento de la infraestructura de redes hospitalarias en Bogotá, el aumento de las intervenciones de carácter público-profesional, entre otras.

## **CONCLUSIONES.**

Las posibles herramientas que inciden para la toma de decisiones en salud pública frente a la mortalidad materna en Bogotá, permiten en principio, analizar las causas directas el fenómeno como producto de efectos negativos o de complicaciones ligadas al periodo de embarazo, pero también a los condicionamientos económicos, culturales y políticos que posiciona la mortalidad materna como un problema de salud pública.

La toma de decisiones frente a la mortalidad materna debe profundizar sobre las causas obstétricas directas e indirectas (trastornos hipertensivos, hemorragias, trombosis y embolias infecciones ), así como de las causas específicamente ligadas a la generalidad del contexto de la ciudad, que en el 2017 tuvo como resultado 27 fallecimientos maternos y cuyas raíces están conectadas con la negligencia médica, los precarios diagnósticos, los controles mínimos y la no utilización de protocolos, todo enmarcado en la inacción por parte de los organismos políticos, sociales y económicos.

En este sentido la importancia de la toma de decisiones radica en que la política en salud de la ciudad debe ser funcional para garantizar el derecho a la vida a las madres, y evidenciar el grado de cohesión, coherencia y relación que existe para la creación de políticas o programas subyacentes en esta materia. Desde esta perspectiva y bajo la generalidad de la política pública sobre mortalidad materna en Bogotá caracterizada por ser preventiva, la toma de

decisiones y las herramientas de estas deben establecer un relacionamiento con la tecnología y la utilización de técnicas ya referenciadas en el país como la EETS -Evaluación Económica de Tecnología Sanitaria-, que permite tener un rango más de fidelidad así como del control en torno a cada una de las gestantes. Lo anterior implica que las herramientas de decisiones permitan optar por el aumento de inversión a los procesos de tecnología, información y monitoreo tanto de la morbilidad como de la prevención de la mortalidad. Con las herramientas para la toma de decisiones relacionados a la tecnología en Bogotá, se crea la necesidad de modelos de vigilancia, así como una identificación clara y por ende un monitoreo efectivo de las condiciones y situaciones más proclives en las instituciones de la ciudad, conectadas con los determinantes de la mortalidad materna específicos.

Así pues las herramientas en la toma de decisiones en salud pública establecen a su vez, procesos y productos tales como la evidencia traducidas en la constatación científica que se minimiza la certidumbre en la toma de decisiones, que permite a las decisiones tener ciertos grados de fuerza, confianza y adherencia hacia los grupos decisorios de la ciudad, con lo cual, y en cierta medida se afronta enclaves principales de la mortalidad materna: la negligencia al ser atendidas o no posibilitarles tratamientos correctos y efectivos

Finalmente las herramientas en la toma de decisiones en salud pública son formas de expresión central y neurálgicas en la creación de políticas públicas distritales, las cuales, deben alejarse de modelos clientelares para la ciudad y

enfocarse en la maximización del bienestar de las madres.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

Álzate, Bracho & Fajardo. (2010). análisis mortalidad materna en Bogotá en los años 2006, 2007 y 2008. Universidad Nacional De Colombia.

Bogotá Cómo vamos. Web. (2017). Negligencia y malos diagnósticos contribuyen a la mortalidad materna. Desde internet. En: <http://www.bogotacomovamos.org/blog/negligencia-y-malos-diagnosticos-contribuyen-la-mortalidad-materna-secretaria-de-salud/>

Carrillo, A. (2007). Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Universidad del Rosario.

Cediel & Krause. (2013). Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Rev. Salud pública. 15 (5)

Chicaíza & Vega. (2007). Determinantes de la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones dentro del sistema de salud colombiano. Revista Innovar (77).

Dirección de Salud Pública. (2016). Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. Alcaldía Mayor de Bogotá.

García, R. (2010). Toma de decisiones en la administración pública (AP). Actualidad de Ciencias Económicas (FCE) de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) y del Instituto de Investigaciones Económicas de la mencionada Facultad

por el continuo apoyo a la tarea de investigación.

Gómez, Orozco, Rodríguez & Velázquez, (2006) . Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. Revista revisión.

Gómez, S. (2012). Metodología de la investigación. Red Tercer milenio.

Guerra, Muñoz, Ospino, Varela y Vega. (2012). Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. Salud Uninorte. Barranquilla (2)- 30.

Hernández, Fernández & Bautista. (2017). Metodología de la investigación. MCGRAWHILL.

INS. (2007). Protocolo de vigilancia de la Mortalidad materna. Instituto Nacional de Salud.

Londoño, J. (2015). Mortalidad materna en Colombia crónica de una incoherencia. Revista Principio Activo (196).

Martínez, (2012). Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y Análisis de Inequidades 2005-2011. Universidad Nacional de Colombia

Mejía & Moreno. (2014). Evaluación económica para la toma de decisiones en salud en Colombia. Monitoreo estratégico. (5).

Mendieta, C. (2005). La toma de decisiones en el sector público. Una mirada desde el dirigente. Revista científica Guillermo de Ockham. (3),- 2

- MinSalud. (2016). Análisis de la Situación de Salud Colombiana. Ministerio de salud y de la protección social.
- Moncada & Cuba. (2013). Toma de decisiones clínicas en atención primaria. *Rev Med Hered.* (24).
- Patiño, Lavis & Moat (2013). Rol de la evidencia científica en las decisiones políticas relacionadas con los sistemas de salud. *Rev. Salud pública.* 15 (5).
- Pinilla, Godoy, Iragüen & Rauld (2011). Conocimiento Experto y Toma de Decisiones en Políticas Públicas: El caso de MIDEPLAN en Chile. Dirección de Investigación y Publicaciones
- Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna. (2016). Organización Panamericana de la Salud.
- Raigosa & Molina (2013). Dimensión política de las decisiones en salud pública, Bogotá D.C., 2012-2013 *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (13).
- Rodríguez, et al. (2013).c de la implementación del modelo de vigilancia de morbilidad materna extrema en doce instituciones de salud en Colombia, 2013. Estudio mixto: cualitativo y cuantitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* (66).
- Rodríguez & Rodríguez. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Movimiento Científico.* (6)-1.
- Salud Capital, 2000. Mortalidad materna. Desde internet. En:  
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>
- Ugalde, A. (1976). Los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas. Universidad de Texas.
- Uribe, A. (2011). Análisis del comportamiento de la mortalidad materna y perinatal. *Revista Ciencia y Cuidado.* (8)-1.