

**LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCION MATERNA:
EL USO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN CUATRO SISTEMAS ESTATALES DE
SALUD DE MÉXICO, 2010**

Catalina Mesa, Miguel Ángel González Block, María Beatriz Duarte

RESUMEN

Objetivo

Analizar la toma de decisiones en atención materna y su relación con la evidencia científica en cuatro Sistemas Estatales de Salud (SESA) de México, durante 2009-2010

Métodos: Se aplicó metodología cualitativa en cuatro SESA de México. En total se realizaron 29 entrevistas semi-estructuradas a tomadores de decisiones en atención materna. Las entrevistas se grabaron, transcribieron, sistematizaron y analizaron mediante el método de codificación y categorización y se generaron matrices descriptivas y comparativas entre los estados.

Resultados: En los cuatro sistemas de salud analizados las decisiones en atención materna se limitan principalmente al cumplimiento y adaptación de directrices, que provienen de la Secretaría de Salud federal (SSa). Es decir, las decisiones son generadas dentro de un contexto de programas institucionales cuyo contenido se decide a nivel central, aunque los sistemas estatales tienen una administración descentralizada. La utilización de resultados de investigación en el ámbito de políticas y programas en los estados es escasa, se observa una mayor tendencia hacia la utilización de la evidencia científica en el espacio clínico de la atención materna.

Palabras clave: toma de decisiones, salud pública, atención materna, información, evidencia evidence base decisión making, maternal care

Introducción:

Se concibe la decisión como el más humano de los actos, resultado de la combinación de las facultades analíticas de observación, conocimiento e intuición de los seres humanos. Dos enfoques clásicos explican las decisiones: de un lado, el determinista, donde las capacidades de decisión son limitadas, elementos estructurales reducen las alternativas y la decisión resulta siendo un impulso de la estructura. Por el otro lado, el liberal, se sustenta en tres pilares: a) lógica lineal basada en la relación causa efecto (Ej. escoger X conlleva a Y); b) racionalidad; ante varias alternativas el camino a seguir está en función de una lógica coherente con un modelo de pensamiento; se habla entonces de racionalidad económica, política, administrativa, entre otras; c) libertad; parte de que todo individuo tiene una dotación natural de atributos, voluntades y capacidades que le permiten elegir entre diferentes opciones. (1)

Los avances en salud desde mediados del siglo XX han sido muy importantes; sin embargo, no se han alcanzado las metas inicialmente propuestas ni el esfuerzo ha resultado barato, a juzgar por la cantidad de recursos empleados. Los análisis sobre políticas en salud sugieren un estilo nuevo de toma de decisiones con “mayor inteligencia”. Esto se traduce en que las acciones se sustenten en un mejor conocimiento de la realidad y en opciones de intervención más efectivas. (2) Hoy existen dos herramientas que abogan por mejores decisiones en salud a partir de la utilización de la evidencia científica: 1) La Medicina Basada en la Evidencia (MBE), ha tomado importancia desde la década de los noventa y se centra en la necesidad de optimizar la práctica clínica a partir de la integración de la mejor evidencia disponible sobre fisiopatología, costo efectividad y preferencias del paciente. 2) La Salud Pública Basada en Evidencia (SPBE), con un auge más reciente que el de la MBE, tiene un enfoque colectivo y se define como la formulación, implementación y evaluación de programas y políticas efectivas de salud pública, a partir de la aplicación de razonamientos científicos, incluyendo el uso sistemático de datos y de sistemas de información. (3) Aunque se reconoce la importancia de que las intervenciones en salud se fundamenten en la evidencia científica, los elementos que influyen en las decisiones y la inclusión de resultados de investigación dentro de las mismas, son aspectos que no se han documentado en los SESA considerados en este estudio. Esto dificulta comprender la relación entre evidencia y toma de decisiones en salud, asunto fundamental para el diseño de estrategias que pretendan fortalecer su vínculo.

Este artículo describe el contexto de toma de decisiones en atención a la salud materna, es decir, de la mujer en edad reproductiva y específicamente de la atención periconcepcional, del embarazo, del parto y del puerperio.

El estudio se desarrolló dentro del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México, en el marco del proyecto INDESES: “Investigación para el Desarrollo de Sistemas de Salud Estatales”, que, desde el año 2005, busca el fortalecimiento de los SESA a partir de la promoción de la utilización de resultados de investigación como apoyo fundamental en la toma de decisiones.

INDESES se desarrolla en el Estado de México (EM), en el Estado de Guerrero (GUE), en el Estado de Oaxaca (OAX) y en el Estado de Veracruz (VE), entidades en las cuales la salud materna constituye un asunto apremiante ya que junto con Nayarit, Puebla, Chihuahua,

Chiapas y Morelos, concentran el 65,5% de las defunciones maternas en el país. (4) El proyecto se dirige a lograr que futuras decisiones en salud estén mejor informadas por la evidencia y utiliza para este propósito, como eje orientador, el tema de la atención materna.

La investigación acudió a fuentes de información primarias, se realizaron entrevistas semi estructuradas a tomadores de decisiones vinculados con la atención materna y se indagó sobre la dinámica que define las acciones implementadas para este tema en los cuatro SESA. La información se analizó con técnicas cualitativas. Se presentan los resultados de la investigación y discusión de los mismos.

Los hallazgos obtenidos servirán para respaldar el diseño de futuras intervenciones que pretendan mejorar la eficiencia en las decisiones sanitarias.

Metodología:

En el contexto del proyecto INDESES, se seleccionaron cuatro SESA, bajo dos criterios: Participación en el proyecto, y el nivel de la Razón de Mortalidad Materna¹. Mediante un muestreo propositivo por conveniencia se seleccionó a 29 tomadores de decisiones e informantes clave, vinculados a los niveles estratégico y programático de instituciones de salud gubernamentales a nivel estatal (Secretarías de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPSS-, Jurisdicciones Sanitarias).

Entre los criterios de selección de los informantes clave se incluyó la permanencia mínima de un año en la labor que realizaban al momento de la entrevista. Con el propósito de recoger las percepciones sobre el proceso de toma de decisiones en salud materna, desde las diferentes perspectivas que conforman un sistema de salud, en cada estado se conformó la muestra de tal manera que se contara con personal tomador de decisiones en diferentes dependencias (Finanzas, Atención Médica, Enseñanza e Investigación, Recursos Humanos, y Planeación).

Las entrevistas siguieron una guía que incluyó los seis componentes para los sistemas de salud, propuestos por el actual marco de acción de la OMS (5): prestación de servicios, personal de salud, información sanitaria, tecnologías médicas e infraestructura, financiación de la salud y liderazgo y gobernanza.

Cada componente incorporó preguntas dirigidas a identificar el origen de las decisiones en atención a la salud materna y sus características, durante el periodo 2009-2010. Por tanto, a partir de decisiones tomadas en el estado durante este periodo se exploró la experiencia vivida por los actores, tratando de identificar los factores que incidieron y el papel de la evidencia científica dentro del proceso de decisión.

¹ Razón de Mortalidad Materna se define como el número de muertes maternas sobre cien mil nacimientos, ocurridos en un año.

Las entrevistas se transcribieron, sistematizaron y analizaron mediante el método de codificación y categorización y se generaron matrices descriptivas y comparativas entre los estados. Se utilizó como apoyo al ordenamiento y sistematización de la información el software ATLAS.ti 5.

Resultados

Se presentan los resultados de cada componente del sistema de salud. De manera general se identifica la influencia de resultados de investigación en algunas decisiones. Se resaltan las convergencias y divergencias entre los SESA. Se ejemplifica con citas de los entrevistados

Prestación de servicios

El elemento central que orienta las decisiones clínicas para todos los SESA, está representado por la utilización de Guías de Práctica Clínica (GPC) para la atención materna, realizadas y divulgadas por la Secretaría de Salud a nivel federal (SSa). Todos los SESA, con excepción de Guerrero, reconocen que la guía constituye un instrumento flexible, que en ocasiones supone adaptaciones a contextos particulares:

EM *“...tratamos de respetar las guías nacionales... las que ya están avaladas por la SSa y únicamente se hacen las adaptaciones de acuerdo a las condiciones del hospital...”*

OAX *“...se detectan algunas situaciones de protocolo que no aplica ... hicimos una propuesta de reestructuración de flujogramas de atención de las emergencias obstétricas, normalmente lo que nos manda el nivel nacional viene con apego a las tres o cuatro principales causas de morbilidad, nosotros estamos agregándole hasta las diez”*

Para algunos funcionarios de Oaxaca, el adaptar las GPC federales es contrario al “deber ser”:

OAX *“...generalmente se da el cumplimiento pero cuando hay necesidad de hacer cambios si se hacen y claro habrá que enfrentar ahí regañones y gritos y tomatazos... pero bueno se tienen que adecuar a las necesidades del estado...”*

No hay consenso sobre la pertinencia de las GPC, mientras que unos alaban su aplicabilidad, otros las descalifican:

GUE *“... [Las guías federales] son aplicables en cualquier unidad, yo las he revisado... más fácil sería inadecuado... es un documento tan sencillo que se debe de fomentar su aplicación en cualquier unidad médica, ...”*

OAX

“...está asentado en la norma oficial la 007 ¿sí? Aunque también sabemos, se reconoce y no solamente por este nivel sino también niveles superiores que esa guía pues ya está un tanto obsoleta... hay que actualizarla, nos seguimos guiando por ella porque pues es nuestro documento oficial y tomamos de ella lo básico que siga vigente...”

En todos los estados, el análisis sobre la atención materna cuenta con espacios que reúnen a representantes de instituciones y áreas involucradas: Comités de Mortalidad Materna, constituidos a nivel estatal, jurisdiccional y hospitalario y Equipos Cuatro por Cuatro (4x4), adscritos al Programa Federal Arranque Parejo en la Vida -APV- con el propósito de dar seguimiento y evaluación a las acciones derivadas del mismo.

Dentro de estos espacios de análisis y discusión se originan decisiones por consenso, bien sea de carácter innovador o de ajustes y replanteamientos sobre decisiones ya implementadas. Estos comités son el principal escenario de reflexión y evaluación de los sucesos sanitarios que han acontecido en un determinado periodo de tiempo (generalmente un mes o a discreción de cada comité cuando se identifica la necesidad) y buscan reorientar o introducir nuevas decisiones con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, en específico velar por la calidad en la atención materna.

La información con la cual los comités toman decisiones proviene de análisis epidemiológicos. Se identifican los principales indicadores de morbilidad y mortalidad y se analizan las causas asociadas a la muerte materna. Se tiene por tanto, como un insumo fundamental, las estadísticas sanitarias que gestiona cada estado y los resultados que surgen de la aplicación para el análisis de muerte materna a través de metodologías como eslabones críticos y autopsias verbales. Un funcionario describe los Comités como un espacio de toma de decisiones coyuntural:

OAX

“...La toma de decisiones en ese comité es por la circunstancia o por el análisis de lo que sucede en el periodo que están analizando..., un problema de muerte materna que tenga algo que ver con la dotación de sangre por ejemplo, el comité convoca al del centro estatal de la transfusión sanguínea para hacer referencia de por qué no tienen insumos de sangre en ese lugar y él ya hace referencia de que si se hace o no se hace, esas son las decisiones que se toman al interior del comité...”

Personal de salud

Las solicitudes de personal para la atención materna, inicialmente provienen de los jefes de servicios de áreas asistenciales o de los responsables de programas, quienes dirigen sus requerimientos hacia las áreas de gestión de recursos humanos, éstos a su vez se encargan de realizar la convocatoria, la selección y contratación de los funcionarios. El número y el

perfil de los funcionarios, está determinado por la capacidad instalada de las unidades hospitalarias o de las necesidades que demanda cada programa en ejecución según las actividades que desarrolla.

En Guerrero, buena parte de la atención la sustenta el personal de médicos y médicas pasantes en servicio social² y cualquier dificultad con este recurso expone a las unidades hospitalarias a quedar con personal insuficiente y sin la capacidad de responder a las necesidades de salud de la población:

GUE *“... un medico pasante me equivale a cinco médicos... yo de dónde saco dinero para contratar a cinco médicos por unidad, no me alcanza, y yo tengo novecientos trece centros de salud, tengo veintitantos hospitales básicos que son elefantes blancos porque nada más tengo a veces un especialista porque no se quiere ir la gente.”*

Los funcionarios perciben que hay situaciones que obstruyen las decisiones, como acuerdos preestablecidos con el gremio sindical para decidir sobre vacantes laborales, aunque en Veracruz algunos entrevistados opinaron que esta injerencia se mitiga a través de las buenas relaciones con el gremio.

GUE *“...bueno la decisión la toma el área de servicios de salud pero vuelve a ser tamizada por el área administrativa en función de un presupuesto y a veces en función de una presión sindical o de algún interés personal...”*

En tres de los SESA se menciona la influencia de intereses personales y/o políticos en la contratación del recurso humano:

VE *“...he tenido oportunidad de contratar a algunas gentes pero en otros casos pues llega el jefe y dice “mira es el doctor fulano” ni lo conocía, “es que viene a trabajar a partir de mañana” obviamente aquí se manejan aspectos de tipo de orden político y demás...”*

GUE *“...se prefiere entrar en acuerdos muy personales, políticos, sindicales, que tomar en cuenta la necesidad de una jurisdicción...”*

Uno de los principales obstáculos para las decisiones de contratación y distribución del recurso humano, está relacionado con la renuencia del personal asistencial para trabajar en zonas rurales de difícil acceso. Los profesionales prefieren las comodidades y el ingreso que la ciudad proporciona. Las decisiones para enganchar el personal han estado ligadas a mejores estímulos económicos, sin embargo, persisten las dificultades y cuando se consigue,

² El servicio social son actividades teórico-prácticas, de carácter obligatorio y temporal, realizadas por los futuros profesionales de la salud en instituciones prestadoras de servicios de salud. En medicina, los estudiantes realizan el servicio social durante su último año de formación y se denominan pasantes.

la retención es por poco tiempo, rápidamente los profesionales buscan otras alternativas en áreas urbanas:

GUE

“...La toma de decisiones tiene mucho que ver con la disponibilidad del recurso, recurso tanto humano como financiero... yo sé que me hace falta seis ginecólogos en Tlapa... el problema es que nadie se quiere ir para Tlapa, hemos encontrado incluso la doble contratación o sea que se contratan por una fuente de financiamiento y por una alterna, ... entonces el especialista que se queda en una zona suburbana le va muy bien económicamente y tiene satisfactores para su familia, que no tiene la Montaña, aunque yo le pague muy bien, lo más que confió en que se queden es un año ...”

La violencia que enfrenta en la actualidad el estado de Guerrero agrava la posibilidad de contar con personal de salud:

GUE

“...y si a eso agregamos ahora el factor de la delincuencia organizada menos se quieren ir, acabamos de contratar a unos médicos allá en Tierra Caliente, a la semana de que llegan le roban el carro y lo golpean, pone su denuncia, ahora lo están amenazando de muerte para que quite la denuncia...”

Para los entrevistados, la inestabilidad y la discontinuidad del personal en los programas de salud materna es un factor amenazante para lograr que las decisiones adoptadas se implementen adecuadamente y para lograr continuidad en las decisiones.

Las decisiones sobre las capacitaciones que se imparten al personal de salud se comparten entre los responsables de las áreas de enseñanza e investigación, los coordinadores de las áreas y programas relacionados con la atención materna y los comités de análisis de mortalidad materna. Los criterios que fundamentan los temas de capacitación son principalmente cuatro: 1) Las principales causas de morbilidad y mortalidad 2) Vacíos identificados en los análisis de la muerte materna, cuando las causas han estado asociadas a las habilidades y competencias del personal de la salud 3) Necesidades expresadas por el mismo personal asistencial a partir de solicitudes propias o encuestas realizadas por los encargados de las capacitaciones 4) Programaciones normativas de capacitación que se realizan anualmente por parte de las áreas de enseñanza e investigación. Igualmente, las capacitaciones incluyen recomendaciones emitidas por el grupo AIDEM (Grupo de Acción Inmediata de Mejora para Evitar Defunciones Maternas) y por los equipos de análisis de muerte materna.

Según la temática abordada en las capacitaciones, se convoca al personal y se prioriza la presencia de los funcionarios adscritos a unidades hospitalarias que registran mayores eventos adversos en la atención materna.

VE

“...nos reunimos lo que es el componente 4X4, lo que es Enseñanza, Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Atención Médica y bueno nosotros también llamábamos a Regulación Sanitaria y en base a eso les definimos la necesidad de capacitarse, tenemos otras vías, nosotros aplicamos cuestionarios de necesidad sentida a nuestro personal y de acuerdo a los resultados también se estructura un programa de capacitación anual...”

Los sistemas de salud de Oaxaca, Veracruz y del Estado de México, mencionan los recientes esfuerzos por adelantar capacitaciones en ALSO (Advance Life Support in Obstetrics). Este curso diseñado por la American Academy of Family Physicians (AAFP), está basado en evidencias, simulación con maniqués y nemotécnicas. El curso se enfoca en el desarrollo de competencias y destrezas para clínicos, con el fin de resolver emergencias obstétricas. La razón para capacitar en ALSO es que se ha promovido desde el nivel federal (Ej. los procesos de calidad han exigido contar con personal capacitado en reanimación avanzada) y su contenido responde al enfoque adoptado por la Ssa para la atención materna³.

OAX

“...estamos tratando de que en cada lugar exista un médico capacitado mínimamente en ALSO [Advance Life Support In Obstetrics] o en BALSQ [Basic Life Support in Obstetrics] y otras técnicas..., para que podamos nosotros tener más herramientas, para que la gente atienda una emergencia obstétrica con oportunidad...”

Aunque Guerrero también cuenta con varios profesionales capacitados en ALSO, ha diseñado capacitaciones propias para fortalecer la capacidad de respuesta del personal ante emergencias obstétricas.

GUE

“... diseñamos un proyecto de capacitación precisamente encaminado a dos patologías muy específicas, una que es la enfermedad hipertensiva del embarazo y otra que es la hemorragia obstétrica... ¿qué hicimos?... denominar un curso taller que se llama Manejo Intensivo Integral del Embarazo en Estado Crítico... ese reúne todos los requisitos para el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas... sobretodo formar actitud ante la emergencia obstétrica basados en documentos muy específicos como son los lineamientos técnicos a ETLs, todo lo que la gente escribía sobre emergencias obstétricas...”

La disponibilidad presupuestal es un factor que influye en la posibilidad de que las capacitaciones se ejecuten como se tenían planeadas.

Bajo la premisa de que todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones graves, el énfasis actual para evitar muertes maternas se centra en mejorar el acceso, utilización y calidad de la atención obstétrica de emergencia (AOE),.

VE

“... un grupo de médicos del primer nivel son capacitados teóricamente, ahora necesitan pasar al enfoque práctico, ya saben lo que deben saber, ahora lo que deben saber hacer y ahí entonces no pueden ir porque ya no hay dinero para darle viáticos...”

Se reconoce en Guerrero y Veracruz el apoyo que se obtiene por parte de organizaciones civiles (Ej. IPAS), las cuales imparten y cofinancian capacitaciones dirigidas a fortalecer la calidad en la atención materna.

La única mención hacia el uso de la evidencia científica para el diseño de capacitaciones al personal de salud derivó del estado de Oaxaca, mencionan que sus decisiones se toman a partir de las recomendaciones de la literatura científica; sin embargo, el factor más influyente es el económico. En consecuencia, una decisión propia de las dependencias relacionadas con el componente de recursos humanos, termina siendo definida por una dependencia financiera, aun cuando había sido previamente programado y presupuestado.

“...Yo si tomo la evidencia científica, pongo ahí en donde funcionó, cómo funciona, lo que nosotros manejamos cuál es el resultado, hay estudios bien documentados, hay artículos, hay todo y lo tengo aquí sopesado pero no tengo el impacto ni la respuesta...”

OAX

“...para que la capacitación tenga impacto tiene que tener un mínimo de cuarenta horas o un diplomado de 120 horas, digo si fuera 180 excelente para que de manera continua la gente que está incurriendo en esas circunstancias tenga y adquiera la habilidad y la reconozca y modifique su capacidad pero no me hacen caso ... yo lo presenté al Consejo Interno de Administración, me lo aprueban, está ahí el Subdirector General de Finanzas y dice que sí y cuando yo voy a hacer la gestión para hacer los cursos para traer a la gente capacitada, adiestrar en todo ya no me lo autorizan, y entonces está el proyecto, está el programa y todo el mundo dice que está muy bien, entonces lo que hacen es dar una jornada académica de ocho horas, te traemos a gente de la Academia Mexicana de Cirugía y con eso ya ... porque ellos creen que con eso es suficiente...”

Financiación de la salud

Los recursos financieros para la atención provienen de tres fuentes principales: nivel federal, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), nivel estatal con aportes a distintos programas (Ej. APV) y del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular de Salud-SPS-.Igualmente, en tres SESA coinciden en que los recursos inyectados por el SPS, han fortalecido de manera importante la capacidad financiera para la atención materna.

OAX *“... Tenemos un recurso del seguro popular suficiente, me parece que con esos recursos tendríamos que tener la mitad de muerte materna...”*

La definición de recursos financieros comienza por la realización de un Programa Operativo Anual (POA). Los responsables de los programas relacionados con la atención materna establecen, año tras año, las acciones y metas que se proyectan cumplir, para esto se considera una previa revisión y análisis de indicadores demográficos y epidemiológicos, de la ejecución presupuestal histórica (año anterior), de nuevos proyectos de crecimiento en infraestructura y tecnologías médicas, y de la implementación de nuevos programas o estrategias.

El POA por programa y por IPSS, es enviado a las áreas de planeación y de finanzas de las SESA, quienes se encargan de consolidar en un solo documento la totalidad de los recursos necesarios para la prestación de servicios individuales y colectivos.

Percepciones de tomadores de decisiones de Veracruz y Guerrero, encuentran ineficientes los mecanismos que se utilizan para la programación de recursos financieros. Se menciona un ejercicio de programación que es convocado anualmente por el Gobierno Federal donde participan representantes de las SESA.

VE *“...hemos hecho una reunión [Reunión Nacional para la Integración Programática Presupuestal], nos hacen hacer todo el trabajo y es lo que nosotros siempre decimos “para qué me haces dar el cálculo tan a fin y todo que sale en cuatrocientos millones de pesos si me van a dar los mismos doscientos más un cinco por ciento, ya dame lo que quieras y a ver qué cosa le hago, ¿no?...”*

Esta programación de recursos a partir de presupuestos históricos, implica incompatibilidades con la realidad que obligan a trámites tediosos para ejecutar los recursos según las necesidades.

OAX *“... no se hace una distribución de los recursos con enfoque de riesgo... sino el copy- page del programa operativo del año anterior, le agregas 10% y ya se acabó,... y al final de cuentas le estas quitando a dengue para mantener otros programas ...”*

Los recursos del SPS están originalmente diseñados para que se transfieran a través de subsidios a la demanda (cobros de IPSS por cada procedimiento de atención materna realizado), sin embargo, en el estado de Veracruz, el proceso para acceder a este dinero se

somete a filtros desde el gobierno estatal, y finalmente los recursos que llegan al Hospital quedan a discreción de las autoridades estatales.

VE *“...el SPS todavía está pagando por cada uno de los partos que se hacen en este hospital una cantidad, son tres mil y pico de pesos, nosotros el año pasado realizamos prácticamente tres mil cesáreas, ...son muchos millones de pesos, lo ideal sería que al departamento que los produjo que fuimos nosotros que nos dijeran “... aquí tienes tantos millones de pesos para lo que necesiten... pero el seguro popular le deposita a las cuentas del gobierno del estado o sea a finanzas ... y en ese sentido hay una buena parte de dinero que no llega la Secretaría de Salud [estatal] como debería...”*

Algunos estados reconocen que en la práctica, ante la necesidad de responder a situaciones de emergencia (epidemias de dengue, paludismo, inundaciones) o a la insuficiencia presupuestal de algún programa, los recursos cuentan con algo de flexibilidad. A pesar de que hay un fondo especial para atender situaciones inesperadas, se ha recurrido a presupuestos previamente destinados a otra acción o programa. Sin embargo, se resalta en todos los sistemas estatales el carácter de “inamovible” que tienen los recursos destinados a la atención materna.

GUE *“...ya viene etiquetado y asignado para esa área, sin embargo, hasta donde sé, si en algún momento se requiere de un recurso más se hacen movimientos internos para apoyar esas áreas...”*

Información sanitaria

La información para el análisis de la morbilidad y mortalidad materna y de su atención, surge de estadísticas epidemiológicas y del estudio de caso cuando ocurre una muerte materna, éste estudio se apoya de las entrevistas que se hace a los familiares de la fallecida, llamadas autopsias verbales y del análisis de eslabones críticos en los procesos de atención. La información epidemiológica proviene de distintos sistemas de información como el SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica), Sistema de Información en Salud (SIS) y el SUAVE (Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica). Igualmente se tienen formatos de diligenciamiento obligatorio para el seguimiento y monitoreo de eclampsia y preeclampsia. Los Comités de Estudio y Prevención de Muerte Materna, los equipos del Programa de APV 4X4 y el Grupo AIDEM, constituyen las instancias donde la información es utilizada para la toma de decisiones

Las decisiones que surgen de los funcionarios en los niveles programáticos para la atención materna, responden a circunstancias coyunturales. Las decisiones se orientan a corregir fallas de corto plazo dentro de un conjunto de procesos y procedimientos que han sido preestablecidos. Las decisiones innovadoras o que impliquen cambios estructurales en las políticas de atención se concentran en los niveles directivos de alto nivel como en la SSa o en las Subsecretarías y en las coordinaciones nacionales de los programas.

OAX *“...probablemente las decisiones se toman muy arriba, a niveles superiores y no se toma en cuenta opiniones de gente que está involucrada directamente con el tema ...y sí hay gente que tiene ganas de mejorar esto pero es a la gente que menos se consulta ...”*

La mayoría de entrevistados reflejan desconocimiento sobre el origen y las razones que sustentan las disposiciones que provienen de la SSa. Esta situación genera en algunos funcionarios inquietudes sobre su validez y por tanto manifiestan la necesidad de recibir mayor información sobre las mismas. Por ejemplo, ante la decisión del Gobierno Federal de implementar una estrategia para la prestación de servicios en salud materna, la cual consiste en que todas las unidades hospitalarias cuenten con un caja que contiene unos medicamentos e insumos básicos para la atención de las emergencias obstétricas (caja roja o caja rosa) se tiene la siguiente opinión:

GUE *“... nos dicen “está la caja roja” y esa tiene esos medicamentos hechos para la preeclampsia pero yo que soy un experto en preeclampsia veo que la caja roja no reúne eso... porque tiene cloruro de sodio, no sé para qué lo van a usar... y eso, una cosa es cumplir con el lineamiento, Ok. cumplimos con el lineamiento, pero yo quisiera por ejemplo encontrar y platicar con quien diseñó la caja roja y decirle, oye...necesito que me expliques, debo reconocer que puedo estar en error pero necesito saberlo... yo llevo seis años trabajando en esto en el hospital y recibo a todas las embarazadas... y nunca he tenido necesidad de utilizar los medicamentos que me dices ahí, pero si habláramos en porcentaje probablemente el 80% de los medicamentos que tiene la caja roja son útiles...”*

Un informante alude a un ejercicio favorable de difusión sobre la decisión de centrar el enfoque de la atención materna en las emergencias obstétricas:

OAX *“...el año pasado una política federal se dio a la tarea de difundir el cambio o el enfoque de la atención de las emergencias obstétricas... nos dieron la evidencia científica...nos capacitaron, del enfoque que teníamos de la atención de la muerte materna... hacia la prevención y hacia el control prenatal, y cambiamos esa visión para la atención de las emergencias obstétricas ...que la emergencias no hay que prevenirlas sino atenderlas...”*

Aunque el personal asistencial de los SESA, expresa mayor familiaridad con la generación y utilización del conocimiento científico, en ocasiones se enfrenta a obstáculos de índole financiero para desarrollar investigaciones.

VE

“...nosotros hicimos aquí una de las tesis de los residentes ...la tesis... demuestra que el uso de carbetocina disminuye el sangrado y la hemorragia obstétrica, pero es un medicamento que no tenemos nosotros, entonces digamos que de manera casi rutinaria cuando tenemos pacientes con riesgo de hemorragia, pacientes con gemelares ,etc., le damos una receta, que nos traiga la carbetocina, de hecho el estudio se hizo así pidiéndole el medicamento a los familiares porque el laboratorio nos regalo diez, no nos quiso regalar más y metimos cien pacientes en una rama y cien pacientes en otra rama, los cien pacientes medicados con la oxitocina normal y los otros pacientes medicados con la carbetocina ...con carbetocina funciona muy bien, de hecho lo estamos utilizando de manera más o menos rutinaria [¿qué tan rutinaria?] Pues si el familiar tiene para comprar la ampolla, vale quinientos pesos, ...”

Las instancias de investigación de las SESA tienen poca injerencia dentro del proceso de toma de decisiones en salud y manifiestan dificultades económicas y en ocasiones resistencia de los profesionales para participar en la generación de nuevo conocimiento. La contribución de estas dependencias queda relegada ante la posibilidad de alimentar con información contextual la toma de decisiones para la salud materna.

GUE

“...Nos ha costado un poquito de trabajo lograr que se realicen proyectos de investigación enfocados a la mortalidad materna...el problema está prácticamente en nuestra falta de recurso... cómo les oferto que los proyectos que ellos realicen se van a financiar cuando no tengo el recurso; hemos buscado fuentes de financiamiento...pero no hemos logrado mucho...”

“... hemos intentado que haya participación, que ellos sientan esa inquietud por realizar investigaciones...no tenemos mucha gente que le guste la investigación, tenemos que capacitar al personal...”

Tecnologías médicas

Las solicitudes para la adquisición de equipos biomédicos y para la adecuación de infraestructura, proviene de tres fuentes: 1) *De los responsables de programas relacionados con la atención materna y/o los jefes de servicios de las IPSS.* Sus solicitudes se basan principalmente en necesidades sentidas que provienen del deterioro y obsolescencia de los equipos, asimismo, del conocimiento sobre innovaciones tecnológicas que proviene de eventos académicos, literatura científica y promoción de proveedores 2) De las áreas de planeación de los SESA, las cuales están sujetas a las directrices que marca la normatividad

federal para infraestructura y equipamiento a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) 3) *De la comunidad o de algunos dirigentes gubernamentales.* En ocasiones existen presiones hacia las autoridades para la construcción o adecuación de IPSS, incluso, la misma comunidad hace aportes económicos para adelantar la ejecución de obras o conseguir los recursos físicos sanitarios que reclaman.

OAX

“...en esta administración se dio mucho eso... muchas presiones políticas y se tuvieron que construir, centros de salud en zonas que son área de influencia del IMSS Porque la misma localidad decía “bueno a mí ya no me satisface el servicio que me da el IMSS y yo quiero que tú me atiendas a mí aunque yo tenga IMSS” y entonces ellos mismos empezaron a construir unidades...”

En uno de los SESA, por decisiones de altos dirigentes, se construyó nueva infraestructura sanitaria sin contar con los criterios técnicos que la fundamentaran. Esto ha generado IPSS en las cuales los recursos humanos asignados son insuficientes con respecto a la capacidad instalada.

“...se ha ampliado mucho la infraestructura en los últimos años, de ser un estado con 23 hospitales subimos ya a 32 y tenemos en puerta otros 40...”

“...Ahí fue una decisión política...nosotros decimos “pero ¿por qué? si ahí no se deben de hacer ... yo vislumbro, es de donde hay cariño para hacer, de dónde soy o a dónde voy, o a dónde estoy yo más bien...por la cuestión de afinidad propia de estas gentes colaboradoras, dicen “no, yo quiero aquí porque aquí vivo yo”...”

Las áreas de planeación, adscritas a las SSE, son quienes finalmente canalizan las solicitudes de infraestructura y equipo, tienen el deber de gestionar con distintas instancias federales y estatales la apropiación de los recursos financieros necesarios y los permisos para la construcción y/o remodelación de las obras.

Existe consenso al opinar que las decisiones sobre el equipo están fuertemente vinculadas a la disponibilidad de recursos económicos. En Guerrero, se percibe como un obstáculo un lineamiento federal que obliga a una selección por precios mínimos. Las características de insumos y equipos solicitados pueden derivarse de análisis técnicos y provenientes de la literatura científica, sin embargo, se opta por las alternativas más económicas sin consultar con los usuarios finales, circunstancia que pudiera suscitar descontentos o rechazo hacia las decisiones.

VE

“...lo que pedí son monitores cardíofetales ...es obvio que esos no van a venir del mismo modelo ni me los vayan a comprar pero si el hecho es que yo tengo gente que los sabe utilizar, tengo pacientes que lo requieren, existe el apoyo técnico científico en la bibliografía, en los que están indicados, pero no cuento con el recurso económico para poder adquirirlo y a veces es una situación meramente burocrática, será que un día ellos estén convencidos de que necesitamos tener cuando menos una o dos camas monitorizadas...”

La rivalidad política entre partidos es otro factor que interfiere negativamente en las decisiones de infraestructura. Las comunidades afectadas son aquellas presididas por partidos opositores a los dirigentes actuales.

VE

“...las corrientes ideológicas afectan también... tuvimos la amarga experiencia de tener, bueno fue un gobierno de corte panista que simple y sencillamente ellos eran los que tenían que definir dónde, y si ellos no definían pues simplemente no se hacía nada, y tuvimos una experiencia en la cual una escuela nos había donado un terreno y llegaron de ese ayuntamiento, ... nos pusieron una placa de concreto y reunieron a la gente y dijeron que iban a construir canchas para que jugaran, la colocaron realmente en el área que nos había donado para construir...”

Entrevistados de Oaxaca y Guerrero identifican problemas con el uso de las ambulancias. En ocasiones el contar con ambulancias es producto de la gestión de los ayuntamientos municipales, a través de convenios de cofinanciación con el Gobierno del Estado. La posibilidad que una comunidad cuente con ambulancia está frecuentemente ligada a la capacidad de gestión o de presionar de los líderes municipales. En Oaxaca es frecuente su uso para fines distintos a la atención sanitaria, en tal sentido se convierte en un vehículo más de la comunidad donde el presidente municipal es quien concentra el poder de decisión sobre la misma.

OAX

“...no la podemos utilizar... se fue y no están las llaves” o ha habido lugares en los que dicen que las usan para acarrear gente y andan haciendo otras cosas ...”

En Guerrero los inconvenientes se enfocan principalmente en la incapacidad presupuestal para garantizar su operación.

GUE

“...no hay choferes para esas ambulancias, no hay presupuesto para esas ambulancias...hay un presupuesto para gasolina pero solo alcanza para el 25% de las unidades medicas... ni alcanzó el recurso para el mantenimiento... y cuando la ambulancia se descompuso en el primer barranco, en la primera montaña ya no hubo para su reparación inmediata...”

Liderazgo y gobernanza

Los entrevistados de los cuatro SESA afirman que la mayoría de decisiones se generan en el ámbito federal. No obstante, también surgen decisiones del nivel estatal, que al igual que las derivadas de la federación, son formuladas desde los niveles altos de dirección (Gobernador, Cámara de Diputados y Secretarios).

Aunque hay poco conocimiento sobre los elementos que sustentan las decisiones para la atención materna, es clara la obligación de adherirse a lineamientos dictaminados por instancias decisionales superiores. Sin embargo, se reconoce que en ocasiones es necesario realizar adaptaciones. Por ejemplo, para la utilización de GCF se realizan revisiones por parte de los profesionales asistenciales, quienes definen si se requieren cambios o nuevas incorporaciones. En el caso de Oaxaca, los programas y proyectos también ameritan reflexión, algunos entrevistados señalan que por convocatoria del Secretario(a) de Salud se generan espacios para discutir las directrices que se reciben del Gobierno Federal, a partir de estas discusiones se orientan las acciones y adaptaciones que permitirán la implementación.

GUE

“...normas son normas y se respetan, pero sí, digamos que subrepticamente a veces hacemos nosotros nuestros propios acomodados, un ejemplo Iguala... el hospital no debe tener cuidados intensivos pero el Director dijo “yo voy a traer mi área de cuidados intensivos porque no, se me están muriendo” y lo hizo, a mi ya esa actitud es activa ¿eh? Tiene mucho que ver también el liderazgo y la capacidad de cada director...”

Frente a la idea de aplicar estrictamente la normatividad federal, se encontró la siguiente opinión:

OAX

“...el estado como tal una política pública no la tiene y considero que efectivamente el lineamiento que se marca en el nivel federal...te da la pauta de lo que tienes que hacer, pero hay muchas cosas que no son aterrizables, y yo discuto cuando me quieren aplicar el lineamiento tal cual, cuando mi necesidad no es esa ... yo como estado tengo que crear mi propio lineamiento, que realmente satisfaga mi necesidad y eso genera políticas públicas estatales, obviamente sin salirte de lo que marca el federal pero si cubriendo tu necesidad y eso no se da...”

La capacidad de involucrar a la comunidad o a otros actores en las decisiones para la atención materna es limitada. En el Estado de México y Oaxaca, funcionarios entrevistados coinciden en que una manera de incluir a la comunidad en las decisiones es a través del aval ciudadano, el cual es un mecanismo de participación ciudadana, promocionado por la SSA con el propósito de que grupos organizados de la sociedad civil, ONG's, universidades, centros académicos, asociaciones profesionales y otras instituciones participen en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la atención. De este modo se convierte en el enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud. Otra forma de diálogo con el ciudadano es a través de las áreas de calidad de las unidades asistenciales, las cuales sistematizan la información proveniente de los buzones de quejas y sugerencias.

EM

“...hay las encuestas o los buzones para las quejas y sugerencias de los familiares y también se hace un programa que se llama Aval Ciudadano en el que se lleva estadística mensual de las opiniones, entonces sí se están haciendo encuestas pero no sé hasta qué punto lleguen...”

Una manera de fortalecer la participación de la ciudadanía en los procesos de atención a las maternas se ha dado a partir de iniciativas federales como el transporte AME (traslado de mujeres embarazadas con vehículos de la comunidad,) y la estrategia de “Madrinas Obstétricas” que consiste en que cada embarazada cuente con el apoyo de una mujer voluntaria de la comunidad, con la capacidad de acompañar el proceso de embarazo y de identificar signos de alarma para responder a los mismos. No obstante, Guerrero ha identificado problemas financieros para la ejecución de esta propuesta.

GUE

“...con el proyecto de madrinan obstétricas, que a partir del año pasado se implemento aquí en dos municipios, este año lo intentamos implementar en diez municipios, sin embargo ha habido muchos inconvenientes de dinero, de diferente tipo, y a mí me parece que este es un buen proyecto...”

Para el traslado de mujeres, funcionarios de Oaxaca y Veracruz reconocen el aporte que constituye la participación de las OSC, éstas llegan a lugares de difícil acceso y trasladan a mujeres que requieren ser atendidas en unidades hospitalarias de mayor nivel de complejidad. Para Veracruz, esta relación de cooperación es retribuida en ocasiones por la SSE a través de donaciones, por ejemplo de medicamentos.

Uno de los obstáculos para desarrollar el enfoque intercultural es la resistencia del personal de salud al cambio.

OAX *“...aquella partera que se acerque con nosotros y guste atender el parto de su parturienta dentro de la instalación... pero esto es muy difícil..., hay médicos que dicen “no a mí eso no me gusta” y hay parteras que dicen “pues no yo también no quiero” y ha parturientas que dicen “no pues yo también no quiero” entonces la apertura esta, pero no se ha dado del todo...”*

Se suma a las dificultades para lograr mayor gobernanza en salud, la percepción de algunos profesionales sobre la importancia de incluir a la ciudadanía en el proceso de la atención a la salud. Un directivo tiene la siguiente opinión:

EM *“...nosotros, el tercer nivel no pregunta que quiere la población, tal vez la interculturalidad y el acercarse a la población hasta segundo nivel pudiera ser pero el tercer nivel no...”*

La mayor capacidad de las mujeres para exigir y decidir sobre la manera en la cual desean parir a sus hijos ha sido un factor en contra de las decisiones técnico científicas para la atención clínica de la materna, situación que probablemente contribuye a que en la actualidad, México registre altas tasas de cesáreas con respecto a los estándares y recomendaciones internacionales.

VE *“...las mujeres llegan y te dicen “yo no quiero parto eh!” a mí me opera”... y se presta a todo tipo de discusiones porque si el Grupo Prochoice dice que la mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo pues también en un momento dado puede decir “oye yo no quiero parto, a mí me operan” “oiga pero es que no es necesario” “no digo que sea necesario pero yo quiero que me opere...”*

El grado en que se adoptan o la fuerza y dinamismo con la cual se implementan las decisiones depende de la voluntad política e interés de los decisores en el nivel estratégico estatal.

EM *Yo creo que ahí si son decisiones políticas del gobierno estatal sobre todo, que de repente dicen “bueno vamos a apoyar más al Hospital para el Niño o al Hospital de Gineco y vamos a dar de presupuesto extra cantidad” ¿no?*

OAX *“Si al directivo no le interesa, no se promueve”*

Discusión

La relevancia de los hallazgos de este estudio residen en que constituyen una de las pocas aportaciones descriptivas de la dinámica que configura la toma de decisiones en atención a la salud materna en lo SESA. Es obligatorio citar una posible limitante y es que las respuestas de los entrevistados estuvieran moduladas por su intención de salvaguardar el buen nombre de las instituciones a las que representaban. Sin embargo, por lo que se traduce en los textos citados, la impresión es que se expresaron con bastante libertad, señalando con claridad las contradicciones entre lo que debe ocurrir y lo que realmente ocurre en el proceso de toma de decisiones.

Dentro de los seis componentes del sistema de salud analizados, la utilización de la evidencia científica tiene mayor presencia dentro de la atención clínica. La necesidad de revisar y adaptar las GPC a contextos particulares favorece un mayor acercamiento a los resultados de investigaciones. Esta situación es coherente con una mayor historia y consolidación de la MBE. En contraste, el personal vinculado con el diseño y formulación de las políticas, en pocas ocasiones menciona la evidencia científica como insumo para apoyar las decisiones. Este escenario corresponde a la introducción más reciente del concepto de SPBE y a la dificultad que conlleva su consolidación, bajo los complejos contextos políticos y sociales en los que se desarrolla la administración pública en países latinoamericanos como México. Se señala que “hacer uso de la evidencia científica en la cotidianeidad de la toma de decisiones, no es un asunto fácil ni usual. Generalmente, la toma de decisiones se respalda en el buen juicio de los decisores, que a su vez responden a los intereses de ciertos grupos con más poder, al instinto político, a las posiciones ideológicas, a los valores, etc.” (6)

Los comités para el estudio de la mortalidad materna constituyen el espacio principal de toma de decisiones para la atención materna, por tanto, son un buen escenario de influencia para próximas estrategias que quieran fortalecer el uso de la evidencia científica en los actores que están vinculados a las políticas maternas.

Las decisiones relativas a la gestión del recurso humano, corresponden por norma a criterios estipulados según la capacidad instalada de las unidades hospitalarias; sin embargo, para todos los estados cumplir dichos criterios es difícil. Factores económicos, geográficos, políticos y educativos generan que la decisión se ajuste a las circunstancias que se presentan. La escasez en la oferta del recurso humano para el área rural, es un elemento de suma preocupación que impide que la atención materna sea otorgada por el personal más

competente, incluso, frecuentemente los centros de atención de zonas rurales o alejadas, enfrentan la ausencia permanente del mínimo de profesionales necesarios.

Para el componente de financiación, las decisiones derivan de programaciones anuales que incluyen las metas propuestas por programa y/o por unidad hospitalaria. Aunque se menciona la utilización de datos epidemiológicos y demográficos para su elaboración, la influencia de las vigencias financieras anteriores tiene un peso importante en los recursos que finalmente reciben los estados, lo cual resulta en desajustes que dificultan la ejecución de dineros acorde a las necesidades.

La información sanitaria que debe alimentar la toma de decisiones es generada por reportes epidemiológicos de los sistemas de información en salud y los resultados de análisis de los fallecimientos maternos, realizados a través de distintas metodologías. Esto coincide con un estudio sobre salud materna, el cual muestra que la evidencia que soporta la toma de decisiones está dada principalmente por las herramientas que proporciona la epidemiología descriptiva de tiempo, persona y lugar, en términos de definir los grupos y personas en mayor riesgo de sufrir un evento no deseado. (7)

Ante el evidente cambio de paradigma en la gestión sanitaria, que aboga por un modelo de atención centrado en los Determinantes Sociales de la Salud, la reflexión consiste en establecer hasta qué punto la información sanitaria que se utiliza actualmente para tomar decisiones en salud (epidemiología descriptiva), sigue enraizada en un modelo biologicista, centrado en la enfermedad, sin darle espacio al análisis de los factores que permiten a las personas conservar su salud. Sin desmeritar la ineludible necesidad de contar con información estadística y epidemiológica, para algunos el reto es transitar de la “información en salud” hacia la “información para la salud”.

Existen en México parámetros para orientar las decisiones sobre tecnologías médicas. Aunque los decisores reflejan conocimiento sobre los mismos, los resultados de este estudio reflejan que este componente es el más influenciado por factores socio-políticos. Definir nueva infraestructura hospitalaria (cantidad y ubicación), frecuentemente subroga los criterios técnicos a la posibilidad que tienen los gobernantes de turno de generar una imagen positiva frente a los ciudadanos, la cual se adquiere fácilmente con la visibilidad que genera la ejecución de nuevas obras civiles. Las comunidades ejercen presión ante un deseo natural de contar con unidades hospitalarias cercanas a sus residencias. Situaciones de este tipo interfieren negativamente la planeación sanitaria que debe sobreponerse a intereses particulares, y condicionan los intentos que propenden por una mayor equidad y eficiencia en la distribución de los recursos.

Aunque a partir de la década de los noventa México ha procurado establecer esquemas descentralizados para optimizar la gestión de las políticas públicas(8), el componente de liderazgo y gobernanza demuestra que las decisiones en salud, en todos los estados, se enmarcan principalmente dentro de un modelo centralizado. La interacción entre los distintos actores relacionados con la salud materna se produce de una manera normativa. La toma de decisiones responde a un esquema vertical, donde el Gobierno Federal emite la mayoría de decisiones y van introduciéndose para su aplicación, a través de las dependencias sanitarias estatales hasta llegar a los niveles más operativos del sistema de salud, conformados por las

IPSS. Un estudio reciente sobre este tema y en los mismos estados, resalta que los SESA se enmarcan en un sistema fragmentado y altamente centralizado, donde se toman las decisiones federales y factores políticos y sindicales tienen una importante influencia, sobre todo en recursos humanos e infraestructura. (9)

La razón principal para optar por la descentralización radica en que las decisiones centralizadas tienden a carecer de la pertinencia e información sobre los rasgos particulares de las entidades, municipios o localidades, de tal manera que suelen plantearse soluciones homogéneas a problemas heterogéneos. (8) Esto contrasta con que la mayoría de decisiones provengan de la SSA y se comprende con la relevancia de la prevención de la mortalidad materna. México firmó el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, por tanto, su desempeño en este tema es internacionalmente observado, para asegurar el avance en las estrategias que redunden en la disminución de las muertes maternas en todos los estados. Sin embargo, esta situación no se acompaña de un incentivo de conocimiento sobre las razones que sustentan las políticas en salud materna, lo cual limita la participación proactiva de actores estatales que se ven obligados a aplicar las políticas y estrategias definidas centralmente. Esto, inferimos, genera poca motivación, ya que puede no comprenderse la importancia de las decisiones e incluso, que tengan que aplicarlas a pesar de estar en desacuerdo.

El diseño y formulación de las políticas desde instancias centralizadas, si bien pueden corresponder a criterios técnicos, donde la evidencia científica es un elemento importante, limita la creatividad que puede generar el pensamiento local y la visión de los problemas desde una realidad mucho más cercana y cotidiana. Al respecto, un escrito sobre este tema señala que frente a la elaboración de las intervenciones, las necesidades de los usuarios finales por lo general no son tomadas en cuenta y por tanto existen enormes dificultades a la hora de implementar recomendaciones globales en contextos locales. (10)

Los resultados muestran una pasividad generalizada frente a la posibilidad de establecer iniciativas a nivel local, en tanto que la participación de distintos niveles territoriales y de distintos representantes de la sociedad en la generación de políticas podría contribuir con el mejoramiento de la política sanitaria y por ende fortalecer la gobernanza, bajo una amplia participación de sectores y actores en el proceso de toma de decisiones.

En términos generales, los hallazgos de este estudio respaldan argumentos que destacan la poca influencia de la evidencia científica en apoyo a la toma de decisiones en salud. “La realidad de los países en desarrollo, señala que las decisiones en salud responden a factores no técnicos: presión de grupos con intereses políticos, el efecto de la inercia de vigencias anteriores o las agendas de terceros como agencias internacionales u ONGs”. (11). En contraste, un artículo publicado por Hanney y González-Block en el año 2008, revisó el impacto que tiene la investigación en el diseño de políticas sanitarias a partir de una serie de programas de investigación y encontró que el número de investigaciones que son consideradas para la toma de decisiones en salud es importante, especialmente en países como el Reino Unido y Canadá; además, se observó que la mayoría de la investigación utilizada está relacionada con la evaluación de tecnologías y de investigación sanitaria aplicada. (12)

Una investigación sobre el uso de evidencia en salud pública en una entidad territorial de salud en Colombia, concluye que los resultados de la investigación no formaron parte de las decisiones en salud pública y que los obstáculos para usar los resultados de investigación, están relacionados con la falta de una política y estructura clara que favorezca la gestión del proceso investigativo.(13). En Costa Rica, específicamente sobre los mecanismos que están detrás de la elaboración de una política de salud materna, se encontraron aspectos muy relacionados con las características de los estados analizados en este estudio: “Los miembros del Comité de Mortalidad Materna analizan, pero quienes deciden son los políticos. Los análisis concluyen e identifican fallas en el sistema (preventivo, curativo) que son reportadas, pero el ojo del político lo ve de otra forma y por eso los indicadores se mantienen estancados”, se reitera sobre el poder de los políticos para decidir a dónde se dirigen los recursos aunque ahí no esté la solución. (14)

Conclusión

Las decisiones a nivel estatal corresponden más a procesos reactivos que a procesos previamente programados o anticipados, es decir, para el tema de la salud materna las decisiones están generalmente dando respuesta a situaciones que van sucediendo en el día a día. La posibilidad de ser proactivos se ve limitada y esto puede estar relacionado con dos escenarios, el primero es que los estados analizados aún presentan altas tasas de mortalidad materna y sus decisiones se ven involucradas en una cotidianidad que presiona por ordenar, verificar y establecer correctivos a las estrategias ya implementadas y el segundo es que la alta concentración de las decisiones en el nivel federal, promueven un estancamiento en el pensamiento local en cuanto a la capacidad de buscar y establecer sus propias soluciones. Bajo el supuesto de que la SSa es quien decide, las entidades federativas quedan a la espera de ejecutar directrices y realizar las respectivas adaptaciones en caso de que se requiera.

De todo lo anterior, surge entonces el desafío de continuar con esfuerzos para garantizar un mayor acercamiento- por parte de los distintos actores involucrados en el diseño y formulación de políticas de salud materna- a las Políticas Basadas en la Evidencia (PBE). La necesidad de reducir la mortalidad materna en México, indiscutiblemente respalda intervenciones encaminadas a mejorar los procesos de toma de decisiones y a incluir los resultados de investigación en los análisis que orientan los cursos de acción. Se identifican dos espacios estratégicos para lograr este objetivo: los Comités de Mortalidad Materna y las áreas de investigación adscritas a los SESA. Otro aspecto importante es la necesidad urgente de consolidar una mayor gobernanza en la toma de decisiones, la SSa podría establecer mecanismos más participativos y socializadores para próximas decisiones, lo cual generaría una mayor adherencia de las instituciones y de los profesionales a los esfuerzos por mejorar.

Bibliografía

1. Curzio L. Toma de decisiones. Cuadernos de Orientación Metodológica 3. México: Instituto Federal Electoral; 1998.
2. Figueras J. Evidencia para la toma de decisiones inteligente; reflexiones desde el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Seminarios de innovación sanitaria. Madrid, 2010.
3. Brownson R, Gurney J, Land G. Evidence-Based Decision Making in Public Health. Public Health Management Practice. 1999;5(5):86-97.
4. Secretaría de Salud de México. Panorama de la muerte materna. Presentación de la Reunión Nacional APV 2010. Disponible en: maternidadsinriesgos.org.mx/.../Panorama%20de%20Muerte%20Materna%20APV%20DICIEMBRE%2020.
5. OMS. Marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud. 2007.
6. Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras del sistema de salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo; 2010.
7. Mejía J, Jaramillo M. Modelo de gerencia para toma de decisiones en salud perinatal. Estudios Gerenciales. 2006;Universidad ICESI (098).
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. El Ramo 33 en el desarrollo social en México: evaluación de ocho fondos de política pública, México, D.F. CONEVAL, 2010.
9. González-Block MA, Rouvier M, Becerril V, Sesia P. Mapping of health system functions to strengthen priority programs. The case of maternal health in Mexico. BMC Public Health 2011, 11:164.
10. Hill S, Pang T. Leading by example: a culture of change at WHO. Lancet 2007;369:1842-4.
11. Castaño R. Análisis de costo-efectividad: una herramienta para la toma de decisiones de política del sector salud. CES Medicina. 1997 Jul-Dic;11(2).
12. Hanney S, González Block M. Evaluación del impacto de la investigación en la política sanitaria: conceptos y casos concretos. Medicina Clínica, Volume 131, Issue null, Pages 81-86
13. Mosquera J, Gómez O, Méndez F. Uso de los resultados de las investigaciones en salud pública en una entidad territorial de salud en Colombia. Colombia Médica. 2005;36(1).
14. Venegas EM. La política y la mortalidad materna. Enfermería en Costa Rica. 2006;27(1).