

La utilización de evidencias sobre los programas de salud y desarrollo: el caso de México

Miguel Ángel González Block*

Los antecedentes sobre medicina basada en evidencia (MBE) son los trabajos de Guyatt y Sackett; en ellos se define la importancia de tomar decisiones en la medicina clínica con base en la mejor evidencia disponible definida en términos del método científico conocido por todos nosotros y donde es evidente que la investigación, y los resultados de investigación, deben convertirse en evidencia mediante una difusión efectiva que llegue hasta el momento de la práctica de la clínica. No obstante, cuando hablamos de las políticas sobre bases científicas tenemos no sólo que retomar estos preceptos de la metodología científica, sino también debemos enfocarnos en la importancia de la investigación interdisciplinaria y generalizable. Asimismo, es necesario que nos centremos ya no sólo en un enfoque biomédico específico y especializado, sino realmente en todos los temas de ciencias sociales, medicina y biología. Pero es igualmente necesario enfocar la investigación en el contexto local, habida cuenta de la especificidad que tienen los sistemas de salud y los grupos de población. De ese modo podemos percibir que lo que puede ser verdad en un sistema, no lo sería en otro, sin que esto vaya en demerito de la metodología científica. Lo importante es, entonces, poder precisar. Estos son, los retos que tenemos para la aplicación de la evidencia en las políticas públicas. El proceso de implementación de las mejores prácticas basadas en la evidencia a través de las políticas de salud tiende a una brecha; es necesario que pase un tiempo, pero debemos procurar siempre reducir esa brecha al mínimo. Un ejemplo es el desarrollo del enfoque de la atención de la emergencia obstétrica que se dio en 1993, mismo que trascendió el enfoque exclusivamente de riesgo que había sido promovido hasta entonces principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al mostrar que toda muerte materna es precedida de una emergencia obstétrica y que las emergencias obstétricas no se pueden prever como tales. Prácticamente cualquier mujer, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, es susceptible de tener una emergencia obstétrica. No obstante, lo que sí depende en gran medida de esas condiciones es la capacidad de las mujeres para acceder a la atención de la emergencia obstétrica. También tenemos evidencia muy firme de que la atención de las emergencias obstétricas puede evitar la mortalidad materna hasta en un treinta por ciento en algunos contextos, y de que la estructura hospitalaria es un factor determinante de la sobrevida materna. Sin embargo, la pregunta es ¿a qué grado esta evidencia está permeando?

* Instituto Nacional de Salud Pública.

La política implementada en México por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha tratado ya de integrar esta evidencia, en términos de promoción de la planificación familiar, mediante la consejería de la planificación y anticoncepción postevento obstétrico en el hospital, la atención del parto en la unidad médica y la atención propiamente de la emergencia obstétrica como determinantes básicas para reducir la mortalidad materna. En 2008 se estableció una agenda política del más alto nivel, enfocada en el embarazo saludable y en romper las barreras económicas, y de ahí justamente la importancia de los determinantes sociales para establecer redes interinstitucionales y para enfocar esto en un programa de acción –Arranque Parejo en la Vida 2007-2012– que da continuidad a un programa anterior.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos de actualizar las mejores prácticas con base en la evidencia, México se mantiene rezagado en la mortalidad materna; tenemos un indicador de 62 por cada 100 000 nacidos vivos, que nos sitúa a la par de países de menor ingreso per cápita como Nicaragua, Belice o El Salvador. Costa Rica tiene un ingreso per cápita inferior al mexicano, y sin embargo su índice de mortalidad materna es de la mitad precisamente porque tiene un enfoque de accesibilidad universal a los servicios que permite hacer frente a este gran reto.

En México, donde los índices de muertes maternas son mayores, no sólo ha habido una tendencia a estancarse sino que con la pandemia de la influenza dichos índices se incrementaron en el 2009, hecho que plantea enormes retos. Esto quiere decir que en los estados más pobres, habitados por grupos en extrema pobreza, hay un mayor rezago.

Al analizar cómo se da la atención del parto en general en las instituciones, vemos que el IMSS atiende solamente el 62.6 por ciento de los partos de las mujeres afiliadas, mientras que el 13 por ciento utilizan instituciones que están definidas para población no asegurada, sobre todo las de la Secretaría de Salud.

Este hecho deja ver un traslape de la demanda que hemos venido documentando los últimos veinte años y nos habla de la importancia de los determinantes sociales para decidir dónde se realiza la atención del parto, más allá de contar con el aseguramiento. Este traslape se puede ver en diferentes esquemas de asegurados (me estoy enfocando en la seguridad social propiamente, y estoy analizando los determinantes sociales de esta tendencia).

Igualmente existe una demanda de servicios para la atención del parto por mujeres que, a pesar de no ser derechohabientes afiliadas a instituciones de seguridad social, logran acceder a los servicios; ésta es otra de las características del traslape del que hablamos.

La escolaridad juega aquí un papel fundamental: mientras mayor es su nivel educativo, las mujeres pueden acceder con más facilidad a una institución de seguridad social. Así mismo tenemos que, mientras más alto es el nivel socioeconómico, la posibilidad de acceder es mayor, debido al tipo de localidad urbana y al índice de desarrollo humano. Sin embargo, se muestra una relación paradójica en el ámbito de los estados. Vemos así que los factores o determinantes sociales son importantes para determinar el acceso a los servicios de atención del parto, más allá de si se es o no derechohabiente.

En la figura 1 vemos un trabajo que está en desarrollo, pero ya listo para presentarse; es de Sergio Meneses, alumno de doctorado. Se observa allí la tasa bruta de egresos hospitalarios totales del Instituto de Servicios de Salud de Chiapas, según categoría de composición étnica-municipal. La línea azul indica aquellos municipios que tienen menos del 20 por ciento de población indígena, y en la línea de hasta abajo se encuentran aquellos municipios que tienen hasta un 80 por ciento o más de población indígena; por tanto unos y otros municipios se ven afectados por diferentes determinantes sociales.

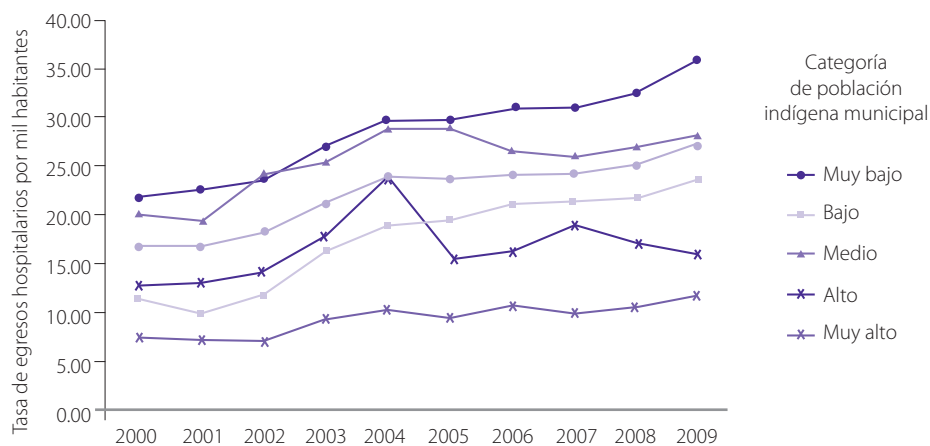
En el año 2000 ya había una brecha importante en el acceso hospitalario en general, medido a través del egreso hospitalario. Por una parte tenemos el lado positivo: se están incrementando para todos los grupos los egresos hospitalarios. Eso indudablemente es resultado de políticas efectivas de protección social en salud, o bien del Programa Oportunidades y otras políticas que tienden a enfocarse en los grupos de pobreza. Sin embargo, la brecha entre la tasa bruta de los egresos hospitalarios en los municipios con mayor y menor población indígena se incrementa en la atención; por ejemplo, en la atención del parto.

Mientras más se fortalecen los servicios de salud, más se incrementa la brecha, y por lo tanto la inequidad entre los grupos. ¿Por qué? Porque se está mejorando la infraestructura hospitalaria, pero no se modifica el patrón de atención; no se hace más intercultural, no se hace más sensible a las necesidades de los grupos no indígenas, de tal suerte que quienes mejor aprovechan esta mejoría son los grupos menos indígenas. La buena noticia es que en los egresos para atención de la emergencia obstétrica, específicamente, esa brecha no se ha incrementado, aunque tampoco se ha reducido específicamente en estos grupos. Esto habla de cierto éxito del Programa de Arranque Parejo en la Vida, de las redes sociales y de la capacidad para darle acceso a la mujer en estado de emergencia obstétrica, pero todavía no hay indicios claros de que se esté comenzando a cerrar esa brecha.

Con la implementación de prácticas efectivas basadas en la evidencia, en el Instituto Nacional de Salud Pública pusimos en práctica un Proyecto de Gestión del Conocimiento en los estados de mayor pobreza, que también reflejan la mayor tasa de mortalidad materna. La finalidad de este proyecto es establecer comunidades de práctica, de decisores, de trabajadores de la salud, fundamentalmente, que estén en la mejor posición de conocer la evidencia y de saber cuáles son las mejores soluciones para sus regiones. Es decir, su objetivo es aprovechar y desarrollar el conocimiento disponible para agilizar y facilitar la resolución de problemas.

Hemos enfocado este proyecto en la gestión de dos tipos de conocimiento: el conocimiento explícito que es el que está directamente fundamentado en el método científico, pero también en el conocimiento tácito, que es aquel que forman los actores, los trabajadores de la salud y los funcionarios con base en su experiencia, en su práctica y en su propia capacidad inductiva. El

Figura 1
Tasa bruta de egresos hospitalarios totales del ISECH, según categoría de composición étnica municipal



conocimiento tácito no siempre está regido por un método científico; sin embargo, es un conocimiento válido y, sobre todo, es un conocimiento que tiene que mejorarse, fortalecerse e integrarse con el conocimiento explícito.

Estas acciones fortalecerán nuestra capacidad de toma de decisiones sobre bases científicas. Por ende, nos enfocamos en establecer comunidades de práctica y de gestión de conocimiento entendidas como grupos de personal que se reúnen para compartir ideas, encontrar soluciones e innovar en un área específica del conocimiento siguiendo a Wenger, uno de los principales pensadores del tema de las comunidades de práctica.

Dichos grupos proceden con base en la explicitación y formalización de la transferencia del conocimiento, la cual permite adquirir más conocimiento. Comparten ideas y experiencias y tienden a formar una masa crítica necesaria para producir nuevo conocimiento y para utilizar y refinar políticas de salud, evidencia y experiencias de manera colectiva.

Partimos así de una situación de alta pobreza, de gran fragmentación entre sistemas de salud, de condiciones laborales malas para la salud. Sin embargo, reconocemos que estas personas son actores pensantes, son actores con deseos de innovación, son seres humanos creativos y por ende procuramos estructurar estas comunidades de práctica para que conjunten sus ideas y las reflejen en mapas conceptuales y en formas de acción más integradas, más coordinadas, de tal suerte que primero se obtenga un nuevo conocimiento tácito en el momento en que la comunidad de práctica comparta sus ideas y las sistematice. Sobre esa base se podrá entonces proceder a hacer la revisión sistemática de la literatura especializada a fin de avanzar en ese conocimiento y tener así un mejor manejo de los determinantes sociales.

En las comunidades de práctica trabajamos con un total de 94 individuos con esos perfiles y en estos estados; utilizamos una metodología cualitativa —el mapeo conceptual— para aclarar, dar objetividad y mostrar gráficamente las ideas de un grupo de personas. La primera etapa se centra en el conocimiento tácito para obtener una mejor comprensión de las relaciones, identificar las necesidades más relevantes y plantear una pregunta de enfoque para la discusión y la sistematización, en términos de los problemas para la implementación de las mejores prácticas en salud materna. El mapa que se produce con esa metodología (figura 2) permite a los actores establecer los campos de acción con base en su importancia, la cual radica en el número de etapas en cada una de estas regiones en donde, como vemos, los temas de infraestructura y recursos financieros quedan claramente reflejados por la comunidad de práctica como enfoque principal, de gran importancia. Las tres regiones que están a la izquierda son justamente aquellas donde los determinantes sociales inciden en la dificultad de contratación del personal, en virtud de la dificultad del medio al que se les está solicitando acudir, pero sobre todo en la posibilidad de establecer redes sociales y la interculturalidad y participación comunitaria. Se perciben estas últimas dos como de baja prioridad, y se considera que tienen pocas probabilidades de ser atendidas. Se priorizan tanto los aspectos estructurales, en la parte superior, como aspectos de procesos en los sistemas de salud internos al sector. Nuestro reto, entonces, es facilitar el conocimiento y las intervenciones para que los determinantes sociales puedan ser integrados de manera clara y efectiva. En conclusión, la utilización de evidencia en la toma de decisiones en salud ha aportado frutos importantes, pero persiste una importante brecha entre el conocimiento y la acción. El mapeo conceptual y la gestión del conocimiento permiten integrar el conocimiento tácito y la evidencia científica. El fortalecimiento del sistema de salud mediante la implementación de políticas basadas en la evidencia enfrenta retos importantes, como reforzar la utilización de resultados de investigación entre los tomadores de decisiones, específicamente en la temática de los determinantes sociales de la salud; incrementar

los recursos para la gestión del conocimiento; fomentar vínculos entre la investigación y la toma de decisiones; y dar mayor consideración a la investigación en la toma de decisiones.

Figura 2
Funciones del sistema de salud materna

