

Poderes calculativos y performativos en la reforma chilena de salud¹

(Avance de investigación en curso)

Grupo Técnico 1

Yuri Carvajal B.

56-2-9786755

ycarvajal@med.uchile.cl

Escuela de Salud Pública Universidad de Chile

Ingrid Gonzalez T.

ingonzales@udec.cl

Departamento de Enfermería

Universidad de Concepción

Resumen:

Esta investigación explora cuatro procesos que articulan la economización de la salud en Chile a partir de la Reforma iniciada en los años 1990: el rol de FONASA, la modelación micro-económica, la construcción de canastas y el uso de protocolos.

El uso de la expresión “economización” permite una aproximación sociológica a la construcción de mercados en el mundo de la salud colectiva y reconocer una simetría de efectos, tanto de los actores sobre lo económico, como viceversa.

Los protocolos experimentales para drogas anticancerosas en niños devienen en métricas que permiten hacer pruebas de equivalencia y finalmente, condiciones de posibilidad para decisiones colectivas como el rechazo de un tratamiento, éticas y legales, pero a la vez, económicas, políticas y tecnocientíficas.

Palabras Claves: Reforma, Salud, Economización.

1. Introducción

El 14 de mayo del 2009 la Corte de Apelaciones de Valdivia, revocó una medida de protección del 7 de abril que disponía “debe practicarse al niño Robynson Leonardo Gomez Noa, el tratamiento que la ciencia médica aconseja para salvaguardar su vida” (Zúñiga, 2009), referida a un menor “aquejado por una recaída, ahora adicionalmente con cáncer testicular, de una Leucemia Linfoblástica Aguda” (Zúñiga, 2009). La revocación propuso a cambio que “El tribunal de Familia de Valdivia dispondrá las medidas que juzgue convenientes para que la madre del menor sepa con claridad, cuáles son los tiempos y condiciones en que puede retractarse de una negativa inicial a recibir el tratamiento propuesto para su hijo” (Zúñiga, 2009). En cinco semanas, los tribunales pasaron de una confianza plena en la “ciencia médica” a una consideración de “evaluaciones que ni siquiera quienes tienen la experticia científica pueden

¹ Yuri Carvajal agradece el apoyo del Fondecyt al proyecto 3130585 Controversias tecno-científicas en la

hacer con una razonable dosis de seguridad” (Zúñiga, 2009). Y de un derecho a la vida en su más cruda expresión autopoiética, a una asociada a la “vida que cada cual desea llevar, a escoger los valores que le darán sentido, al esfuerzo por desarrollarse en la búsqueda de esos valores, a vivir la vida escogida, e incluso, el derecho a morir por esos valores, derecho del que es titular cada persona” (Zúñiga, 2009)

Comprender este debate jurídico, requiere seguir el razonamiento que interpreta la certidumbre con la cual se ha producido una predicción de sobrevida. Mas aún, implica comprender como ésta se ha traducido en una expresión probabilística, calculada a través de una función de sobrevida y modelada entre 0 y 1, a la expresión porcentual del 40 %. Sin embargo, el debate pasa mas allá de las matemáticas y se adentra en la consideración de si esa sobrevida considera una existencia que merece o no vivirse.

De las probabilidades a la bioética, de los medicamentos a las Garantías Explícitas en Salud (GES), de los protocolos experimentales a las redes de prestadores, de la economía de la salud a las canastas. Tantos desplazamientos para un mismo problema, que permite el gesto disidente y su reconocimiento por la Corte.

Esta ponencia propone adentrarse en una comprensión de esa sentencia, realizando un análisis socio-técnico de la Reforma de Salud, que permita conectar las consideraciones de economía de la salud que la alentaron, con las orientaciones clínicas, las modelaciones matemáticas y los problemas éticos, sin solución de continuidad. El aporte de un enfoque de este tipo no es sólo intentar la inteligibilidad de algo que aparece a primera vista como paradójico, sino proponer perspectivas de acercamiento en salud pública, a los problemas planteados por la masiva presencia de objetos tecno-científicos y la importancia que han tomado las consideraciones micro-económicas en el campo de la salud.

Los métodos y herramientas conceptuales de los estudios de ciencia y tecnología son ensayados como material apropiable por nuestra disciplina, para entender por ejemplo como la Reforma de Salud se articula en la trayectoria de un grupo nacional de pediatras oncólogos constituido a mediados de los años 70, que ha logrado implementar ensayos clínicos protocolizados de etapa III, para probar drogas innovadoras, producir una modelación matemática (Kaplan- Meier) que los haga comunicables e interpretables, usando softwares estadísticos y computadores para obtener esas cifras.

O para comprender porqué el AUGE (como se llamaba en esa época) es puesto en marcha, por el Presidente Ricardo Lagos, un 2 de agosto del 2002 en el mismo hospital de Valdivia de la sentencia de la Corte, garantizando el tratamiento de tres “patologías” bajo régimen de garantía: insuficiencia renal crónica, cardiopatías congénitas y cáncer infantil. Las comillas se justifican pues ninguna de ellas es propiamente una entidad nosológica, sino una condición funcional, un conjunto de patologías y una clasificación anátomo- patológica. Cada una requiere un considerable equipamiento técnico para ser identificada y su abordaje, supone la existencia de una red heterogénea de personas, equipamiento y saberes. La actividad del Presidente Lagos no puede ser interpretada como el resultado de una decisión autónoma del ejecutivo. Es más bien la prueba de que un intenso trabajo de ensamblaje de redes socio-técnicas ha logrado cierta estabilidad.

Pasar de nosologías a entidades AUGE, ha supuesto también la aceptación que las enfermedades pueden clasificarse de variadas formas. Una de esas taxonomías heterogéneas, surgida a mediados de los 90 desde el FONASA y tomada por las ISAPRES, ha sido la de enfermedad catastrófica. Ordenamiento que si bien no procede de la clínica, ni a su etapificación en relación al tamaño del sitio primario, de la diseminación linfática y a distancia (TNM), remite a los estudios económicos de costos y efectos financieros sobre los presupuestos familiares, y alude fundamentalmente al precio de los medicamentos. Y que como nueva

paradoja, nos recuerdan que ellos ya han sido probados en forma masiva a partir de esos protocolos y de las evaluaciones estadísticas tenidas a la vista también por el tribunal.

2. Economización de la salud

El devenir Garantías Explícitas de Salud (GES) de las actividades diagnósticas y terapéuticas, coordina una multiplicidad de actores, en un proceso cuyo signo distintivo es la economización de la salud. Usamos la forma verbal “economización” en vez de la forma sustantiva economía”, para denotar el esfuerzo de organizar un colectivo alrededor de reglas económicas. Las cosas no son económicas en sí, sino cuando se las vuelve tales mediante una “economización”. En este caso, el intento de organizar las prestaciones para prevenir, tratar y rehabilitar enfermos bajo reglas micro-económicas, introducidas en el sector a partir de los años 90. La expresión economización tiene algunas ventajas, que justifican su uso, al permitir:

- Estudiar sociológicamente las economizaciones, incorporando la disciplina económica (economics) y su objeto de estudio, la economía misma (economy), en una mirada que respetando sus aportes, agregue desde las ciencias sociales la reflexividad, esto es la interrogación y la consideración de su propio rol y de las dimensiones colectivas no económicas, que están presentes en la formación de precios, demandas y ofertas.
- Usar herramientas de comprensión sociológica de la economía tales como performatividad (Callon, 2007), frame, overflows (Callon, 1998), dispositivos de cálculo (Callon and Muniesa, 2003) y economías de la calidad (Callon et al., 2002), desarrolladas en los estudios de economía y mercados, procedentes de la Actor Network Theory (ANT), para probar su valor heurístico en el estudio de la reforma de salud.
- Dar cuenta de los efectos performativos asociados a la economización. Esta expresión tomada de los actos de habla de la pragmática del lenguaje, considera que las sentencias no sólo dicen algo, sino que además delimitan lo posible y lo imposible, lo viable y lo inviable, lo racional y lo irracional. La economización es performativa toda vez que sus sentencias organizan de un determinado modo y excluyen otros modos. Esta consideración debe dar cuenta además de la capacidad de agencia de los objetos materiales, de los dispositivos de cálculo y de las teorías, sobre la economía y los mercados.
- Recuperar la simetría de lo colectivo con lo económico, esto es re- conocer los efectos que las asociatividades tienen sobre la economía. Usualmente interpretamos lo económico como una esfera semi-autónoma que tiene efectos sobre la vida pública, la vida familiar e íntima, la construcción de subjetividades, en el caso de salud, de los cuidados. Hablar de “economización permite ver la forma en que las personas y las cosas, disputan y “economizan”.
- Y finalmente, una particular ventaja local de este uso, de la expresión economización de la salud, es que permite salir de la dicotomía

privatización/estatización, dilema que marcó el debate sobre la reforma y que limita una comprensión colectiva de la íntima unidad entre producción de mercados, producción de regulaciones, actores humanos y no humanos. Comprensión cuyo mejor sentido puede estar, partiendo de aproximaciones no dialécticas al problema, en buscar soluciones justas sustentadas en una lógica de diferencias y continuidades, más que de oposición y antagonismo.

Una vez explicado esto, procederemos a retirar las comillas de la expresión economización. Cuatro componentes identificados en la economización de la reforma de salud serán examinados. Ninguno de ellos posee un rol determinante ni marcó de manera irreversible el destino actual. Todos ellos son inmanentes, no jerarquizados y sometidos a doble prueba: primera, capacidad de producir una explicación plana de la Reforma de Salud, es decir que señale actores trazables sin invocar fuerzas de un metanivel y anónimas tales como “la mano invisible del mercado” o “el poder del complejo médico-industrial” o “el consenso de Washington”. Y segunda, la reflexividad, en este caso, la posibilidad de aplicar la misma sociología de las ciencias usada en este trabajo, a este artículo.

Los componentes que se estudiarán son:

- El desplazamiento de FONASA hacia un lugar central en la economización en los años 90.
- El rol de la micro-economía en la modelación de la economización
- Las transformaciones en el uso y significado de los protocolos
- Las transformaciones en el uso y significado de las canastas

Finalmente discutiremos la pertinencia de estas cuestiones para una salud pública de lo actual.

3. Manos visibles

3.1. Calcular la oferta

Entre 1994 y 1999 el Fondo Nacional de Salud, realizó una transformación institucional cuyo objetivo estratégico primero era : “Consolidar a FONASA como Seguro Público, colectivo y solidario, dentro del sector salud, con orientación al usuario”(FONASA, 1999, p.17). Dicha orientación implicaba “especificación y el financiamiento del Plan de Salud que se ofrece a los beneficiarios, otorgado a través de dos modalidades de atención, la Modalidad de Atención institucional y la Modalidad de Libre Elección”(FONASA, 1999, p.13).

Esta proposición vincula en forma sencilla y explícita una transformación orientada al usuario de FONASA, con una renovada búsqueda de contención de costos. La novedad reside en que la búsqueda de eficiencia se sitúa claramente en el uso de precios y la organización de un mercado. La orientación al usuario implica precisar qué se ofrece a cambio de su prima. FONASA a partir de esta transformación se propone la definición del plan de salud que hasta ese momento ofrecía a sus beneficiarios. La forma de saldar esa deuda, es usar precios de los posibles componentes de esos planes, para calcular qué se puede financiar.

Este planteamiento que parece tradicionalmente micro-económico, refleja una pequeña

modificación respecto al enfoque de los años 80. Por razones prácticas, pero también conceptuales, las ISAPRES concentraron su atención en la mercancía “seguro”. Como ha propuesto Ossandon en su tesis doctoral (Ossandon, 2008), el esfuerzo de la ISAPRES puede ser comprendido como la construcción del seguro en un objeto de mercado con cuatro dimensiones: bien, producto, propiedad y mercancía (good, product, property and commodity). El desarrollo realizado por FONASA a partir de los 90 tomó otro camino. En vez de concentrarse en el seguro, buscó identificar una serie de bienes asegurables. Es posible que estuvieran aquí combinadas la lógica de los bienes básicos y la separación entre bienes públicos y bienes privados trabajados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Muñoz et al., 2000). FONASA buscó precisar qué objetos compondrían su aseguramiento y a qué precios esos objetos se podrían comprar.

La producción de precios ya en marcha, tenía por propósito transferir recursos a los servicios de salud mediante pagos en varias formas: por prestaciones valoradas (PPV), asociados a diagnósticos (PAD), a oportunidad de atención (POA) o por prestaciones complejas. En el decurso posterior, estas últimas transferencias tomarán un rol articulador y primordial en el GES. La proliferación de siglas implica opciones en ciernes, ante un panorama poco especificado. Los PAD por ejemplo tienen un paralelismo notable con los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRDs), que pese a los esfuerzos invertidos, jugaron un magro rol en la Reforma hasta el 2010.

3.1.1. Economía de la calidad, servicios y calificación de productos

La estrategia de especificar un servicio –el bien asegurado– mediante un conjunto de productos agrupados en una canasta de prestaciones, calificados en forma relevante por los actores, es parte de lo que Callon llama cualificación de productos (Callon et al., 2002). Siguiendo a Chamberlain, Callon propone comprender esas pruebas de cualificación de los productos, como un aspecto central de la organización de mercados, especialmente en la economía de la calidad y los controversiales aspectos de tornar equivalentes e intercambiables, servicios. Calificar un producto es someterlo a pruebas o al menos ser capaz de juzgar sistemas estandarizados de pruebas. La vinculación de las canastas con protocolos terapéuticos, asociados a medicamentos estandarizados y con métricas de efectividad, constituye una de esas pruebas. Pero además de ser pruebas asociadas a una multiplicidad de actores, constituyen mercados específicos y concretos: las prestaciones GES organizan y hacen proliferar nuevos mercados.

Los pagos prospectivos buscaban una economización, jugando entre la contención de costos y la eficiencia vía precios: En 1995 un documento oficial del Banco Mundial para Chile, señalaba: “It is imperative that Chile begin implementing strategies now that will contain the escalation of health care cost and mitigate the financial burden of the increased demand for health services. It is recommended that: The Government implement the proposed health financing reforms mechanism to use a prospective payment based on overall treatment of diagnosis at the hospital level and capitated payments for primary health services. These reforms would help link the planning process to resource allocation in the production and delivery of health services. Also, they would positively affect the country’s ability to use health resources more efficiently.” (Bank, 1994, p. 148)

3.2. Calcular la demanda

A la hora de dimensionar el mercado demandante, FONASA no pudo distinguir el perfil epidemiológico de sus asegurados respecto del resto de la población nacional: “Considerando el

gran peso relativo que tiene la población beneficiaria de FONASA en el total de la población, se puede asumir que las características epidemiológicas del país, constituyen una aproximación adecuada de las necesidades de salud de nuestros beneficiarios”.

La producción de precios para estas canastas, a partir de la conformación de contenidos de una prestación estándar y de estimaciones de los precios sacó a FONASA de las lógicas de los seguros y transformó la cualificación del bien “salud”, en una cuestión matemáticamente sencilla. FONASA economiza en los 90 la salud no sólo para el sector público, pues estos precios son tomados por el sector privado para sus cálculos.

3.3. El valor de los precios

El beneficio que estos precios tendrían sin embargo excedería al sector público: “FONASA debería liderar el desarrollo de metodologías de pago por resultados a prestadores, las que debiera ofrecer para su adopción al sector privado. Esto se basa en que mecanismos de pago por resultados requieren del desarrollo, entre otros, de sistemas de clasificación de enfermedades de la estandarización de los tratamientos y del desarrollo de metodologías de cálculo de costos asociados a los tratamientos, Para los aseguradores privados ello significaría una inversión importante de recursos, por lo cual se sugiere que el sector público, que ya ha desarrollado estas metodologías, las haga disponibles al sector privado. Lo anterior es recomendable también para asegurar que se adopte un esquema homogéneo de pago por resultados y para evitar duplicación de esfuerzos en el sector privado.”(Titelman and Uthoff, 2000, 609).

3.4. Maximizar beneficios

Pero además de considerar la métrica de la condición de salud a través de las estadísticas de salud, era necesario producir una medida de resultados que homologara la utilidad del *homo economicus* y la pusiera en manos de los gestores, quienes tomando esas cifras harían la operación económica de maximizar utilidad sujetos a una restricción presupuestaria. Este análisis de costo-utilidad entre prestaciones requería una medida de costos, que ya vimos estaba en marcha. Por el lado de la utilidad individual, se propuso medir los Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD), traducción de la expresión QALY (Quality Adjusted Years of Life). Operación realizable mediante algunos manejos matemáticos a partir de los registros de defunciones y el recientemente instalado Registro Nacional de la Discapacidad (creado por la Ley 19.284, publicada en el Diario Oficial el 14 de Enero de 1994). La utilidad, así medida permitiría realizar una operación micro-económica de optimización mediante una inspección visual en un gráfico como el mostrado en la figura 1, que considera en el eje de las abscisas los costos y en las ordenadas, los años ganados. El uso de escalas logarítmicas linealiza las tradicionales funciones cóncavas de los economistas, en líneas oblicuas de arriba izquierda abajo derecha que representan utilidades semejantes a un mismo costo.

Desde marzo de 1995 el Ministerio de Salud trabajó construyendo una métrica de este tipo, para poder comparar resultados de prestaciones. La medida nacional fue llamada AVISA (Años de Vida saludable)

3.5. Las anomalías como parte de la existencia

La dirección tomada por FONASA, desde el punto de vista de los mismos micro-economistas que esperaban que la producción de precios sirviera a las ISAPRES, no era acertada. Muchos de los problemas de las ISAPRES eran cargados al disfuncionamiento de FONASA: “Es importante recalcar que muchas de las críticas que recibe el sector Isapres se deben a las distorsiones que

FONASA introduce en el mercado de seguros de salud. En otras palabras, no es que el sistema Isapres sea deficiente en sí mismo sino que parece serlo frente a un sistema redistributivo que actúa como asegurador último de riesgos catastróficos y crónicos, De este modo, se considera fundamental para la viabilidad de largo plazo del sistema Isapres eliminar estas distorsiones introducidas por el sistema FONASA.” (Titelman and Uthoff, 2000, p.579)

Estas polémicas, dentro del propio campo microeconómico de la salud chilena, advierten que no se trata de una disciplina homogénea. Por el contrario, algunos de sus argumentos tienen notables coincidencias con posturas de bandos opuestos. Un caso consignable es el del sistema dual: micro-economistas y antiprivatizadores insisten en definir el sistema de salud como dual o mixto. Definición que propone un amplio espectro de juegos antagónicos. Dos artículos de un libro clásico sobre la Reforma parten de esa dualidad:

“El sistema de salud chileno presenta características únicas en el mundo”(Larrañaga, 2000), “Chile posee un sistema de salud peculiar”(Bitrán and Almarza, 2000), para luego demostrarla como productora de ineficiencia. Este abordaje prescriptivo está presente además en la consideración del mercado de la salud como un objeto anómalo. Más que en el estudio de la forma en que el mercado de la salud funciona, hay un notable énfasis en señalar que NO funciona como tal.

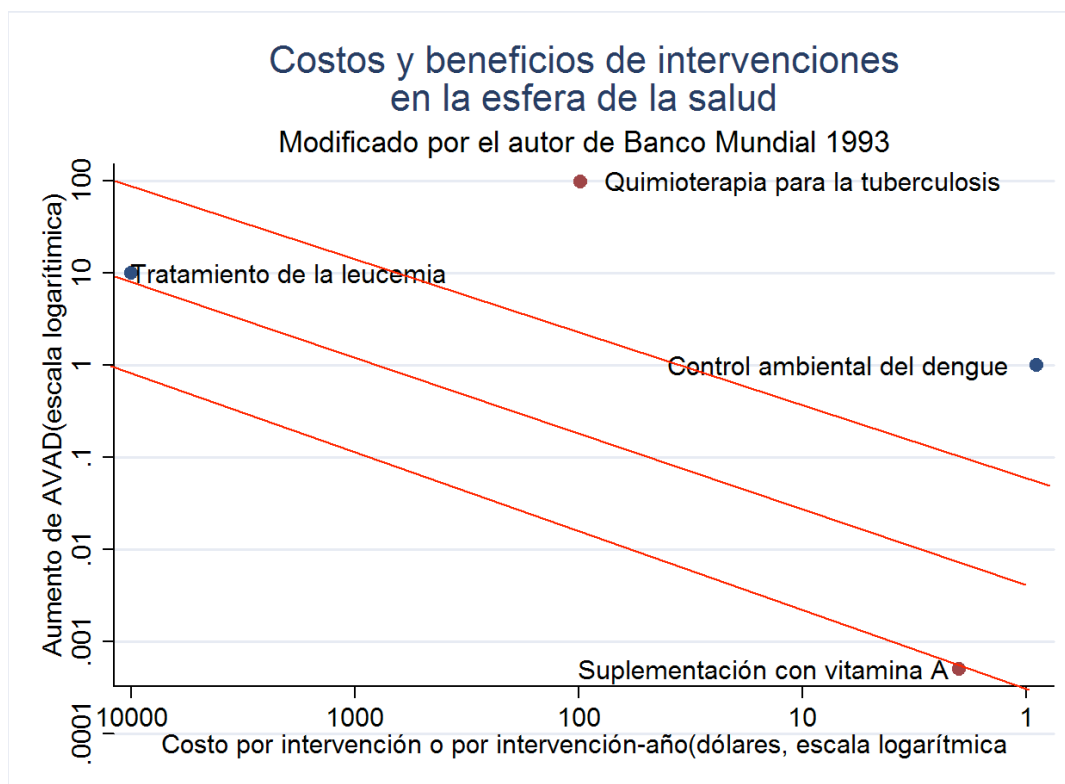


Figura 1: Versión modificada del gráfico del Informe Banco Mundial 1993

4. Tribulaciones y virtudes de una “dismal science”

El discurso de las agencias internacionales y de los economistas para justificar la reforma es contención de costos y mejoría en eficiencia. Pese a los cálculos de DALY (AVISA) y trabajos de priorización, el efecto neto de la reforma ha sido un aumento del gasto fiscal y público en salud, como lo muestran las propias cifras oficiales en figuras 2 y 3. Las perspectivas examinadas por la OCDE y las propias ISAPRES son que esa tendencia continúe. Aunque el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) ha sido mayor que el incremento del gasto en salud, es posible que el gasto de los consumidores esté subestimado. La determinación de este gasto a partir únicamente de la encuesta de hogares introduce un sesgo, asociado además al período retrospectivo considerado y la cantidad de preguntas sobre el rubro (Lavado et al., 2013). En esta expansión del gasto, los fundamentos de la economización de la salud, basados en la escasez y la amenaza de penurias no ha funcionado. El fantasma de economías de opulencia y bienestar sigue rondando a estos “imperfectos” mercados de la salud. En esta fallo podemos ver dos problemas: sentido de realidad y desatención a la técnica.

4.1. Una dismal science

Por una parte, de sentido de realidad. Peter Sloterdijk ha enfatizado la confusa ceguera de los argumentadores de una existencia contemporánea marcada por la pobreza: “Pero ¿y si la represión decisiva de nuestro tiempo se refiriera en verdad al propio bienestar? ¿Si la negación de las comodidades efectivas constituyera el leitmotiv de todos los discursos públicos en el mundo de la superabundancia? ¿Si el secreto industrial de de la “sociedad” actual consistiera en la actualización permanente de fantasías de penuria para la “amplia clase media”? Esto no tiene porqué significar que la civilización contemporánea sepa proteger a todos sus miembros de accidentes, enfermedades, infortunios, pobreza y experiencias de fracaso; esto sería una perspectiva infantil de la relación entre renta y destino. Los dramas del presente, sin embargo, siguen la mayoría de las veces guiones que ya no pueden remitirse a la vieja representación “Sufrir bajo la sociedad”, ni en su versión de teoría de la explotación ni en su versión de teoría de la alienación”(Sloterdijk, 2009, p. 518)

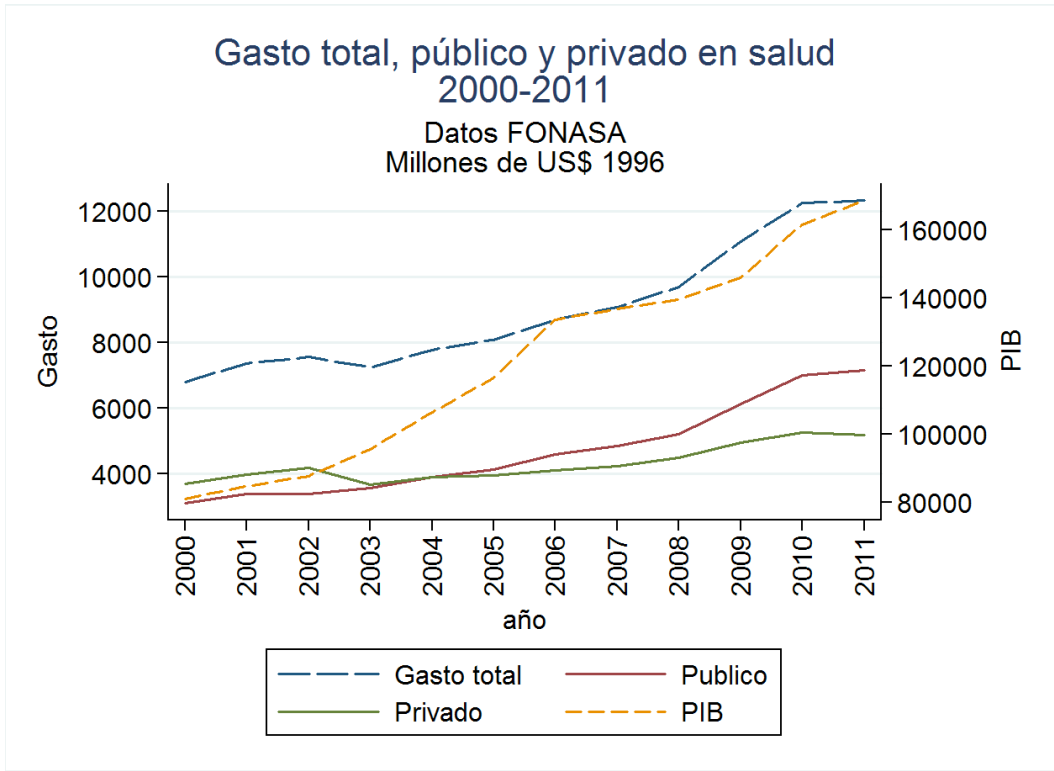


Figura 2: Gasto absoluto en salud (fuente: FONASA)

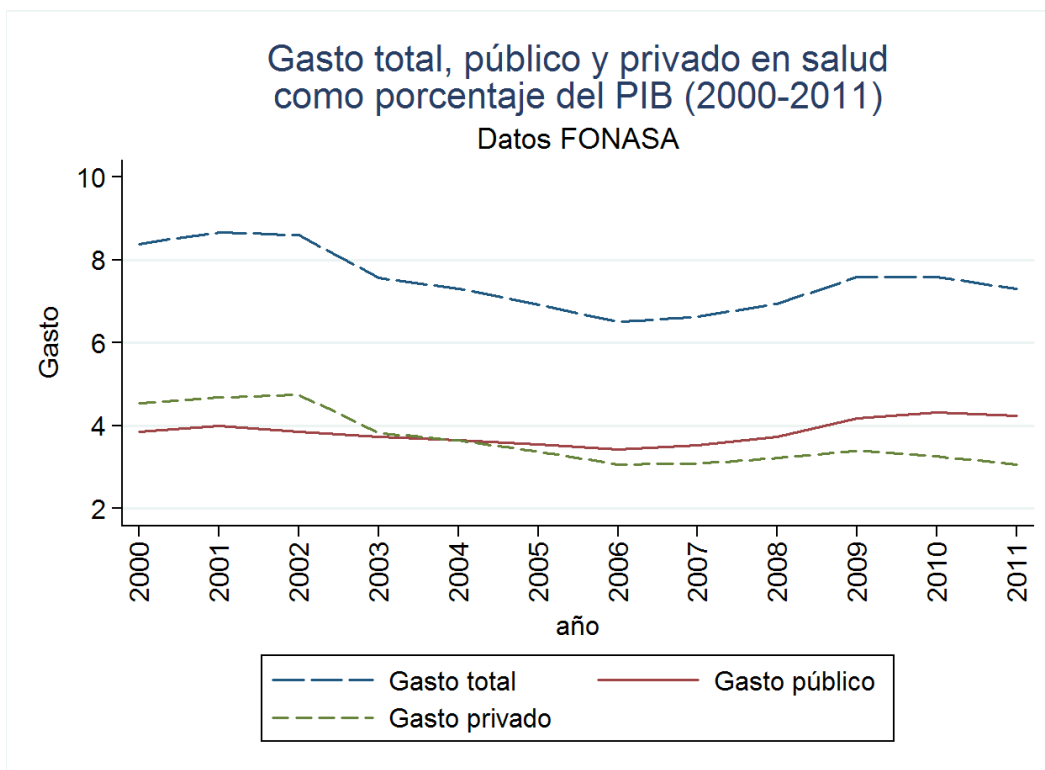


Figura 3: Gasto en salud como proporción del PIB (fuente: FONASA)

Uno de los principales sustentadores del culto a la pobreza, pero de ningún modo el único, en medio de la opulencia y el bienestar, ha sido la economía, esta dismal science según Thomas Carlyle. “La expresión fue cautivadora mientras la teoría, todavía poco popular, sobre la “riqueza de las naciones” parecía ser, a la vez, la ciencia de los motivos insuperables de la precariedad económica, perdurable para siempre, de las grandes “masas” . . . Como “ciencia triste”, la economía política es una escuela de la crueldad esclarecida, dado que educa a sus adeptos en la resignación ante las supuestas legaliformidades de la pobreza de masas” (Sloterdijk, 2009, p. 513)

El dramatismo y la urgencia de la economía respecto de la reforma preconizado a mediados de los 90, nos suena hoy de un histrionismo destemplado: “In the hemispheric configuration, therefore, failure to effectively address health reform would constitute economic and political suicide”

Christopher Thomas Assistant Secretary General Organization of American States (OAS) en (OPS, 1996, p.2)

4.2. Tristeza y tecnología

El otro factor relevante en el análisis de la contención de costos, ha sido el relegamiento del cambio tecnológico a una mera cuestión accesoria. El rol de las nuevas tecnologías en la expansión de los costos ha sido introducido como algo anecdótico, absolutamente ajeno a las condiciones de bienestar y opulencia sugeridas por Sloterdijk. Para Bitran por ejemplo, la introducción de tecnologías en el campo de la salud está primeramente asociada a una molición médica:

“Los médicos tienen los siguientes incentivos para ”sobreprescribir” prestaciones: 1) interés económico: mientras más prestaciones otorgue el médico mayores ingresos recibe; 2) comodidad y seguridad: por ejemplo, con un mayor número de exámenes es más segura y descansada la labor del médico, aunque estos no tengan un alto rendimiento de diagnóstico; se sustituye la labor médica por otras prestaciones, y 3) bienestar del paciente”(Bitrán and Almarza, 2000, p.508)

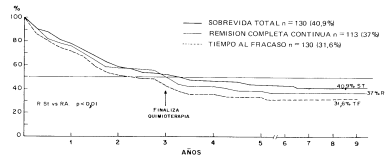
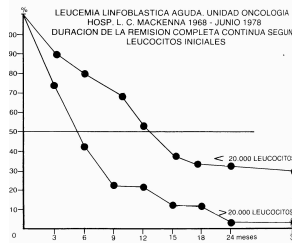
En esta referencia, la modelación de la tecnología como una decisión del médico actuando como un purificado *homo economicus*, impide comprender a la técnica como un actor por sí mismo, capaz de producir efectos reales y de organizar la producción de salud. Como veremos a partir del cáncer infantil, buena parte de la economización de la salud, ha sido un efecto de nuevas herramientas diagnósticas, nuevos medicamentos, nuevos diseños de ensayos clínicos y nuevos roles de los pacientes y sus familiares.

Este abordaje económico de la técnica, no permite hacer una verdadera tecnología, un logos de la técnica, que partiendo de la especificidad del modo técnico de los objetos, los conecte con los ámbitos organizativos, financieros y políticos. La introducción de tecnologías, el cambio técnico masivamente liderado por los médicos, posee una particular dimensión, que es tan o más relevante que los precios o la demanda. Reducir una de ellas a la otra, oculta la cara clínica de la reforma, agente colectivo que produce su relevancia económica, a partir de sus propios efectos técnicos.

5. Protocolos

La terapia contra leucemias, linfomas y otros tumores sólidos empieza a ser implementada en los años sesenta, en los Hospitales Roberto del Río y Luis Calvo Mackenna. En 1975 este Hospital inicia su trabajo protocolizado. En 1976 el número de Enero-Febrero de la Revista Chilena de Pediatría es íntegramente dedicado a Oncología. Allí confluyen pediatras oncólogos de ambos hospitales junto con un radio-oncólogo de la Fundación A. Lopez Pérez. En abril de 1978 se constituye el GOPECH, con los Hospitales Exequiel Gonzalez, Roberto del Río, San Juan de Dios, Sótero del Río y Enrique Deformes, homologando experiencias corporativas internacionales como las del Pediatric Oncologic Group (USA), Children Center Study Group (USA), United Kingdom Acute Leucemia (Reino Unido), Berlin, Frankfurt, Münster (Alemania), Grupo Argentino para el Tratamiento de Tumores y Leucémicas (GATTLA) y el Grupo cooperativo de radioterapia y quimioterapia EOR-TEC (Europa).

En 1979 el equipo del Luis Calvo Mackenna publica su experiencia entre 1968 y 1978 con 134 pacientes (Mardones et al., 1979), la medida de evaluación es la remisión completa. Los medicamentos usados son vincristina, prednisona y antraciclinas (Adria o Daunomicina). En 1984 se adaptan a las condiciones locales los esquemas terapéuticos y se produce el primer protocolo nacional para Leucemia Linfoblástica Aguda (el cáncer infantil más frecuente).



(a) Duración remisión completa en Mardones 1979 (b) Curvas de Sobrevida en Quintana 1987

Figura 4: Graficando la eficacia terapéutica entre 1979 y 1987

En 1987 el GOPECH presentó cuatro experiencias en las XXII Jornadas de investigación pediátrica, mostrando 878 pacientes tratados y el resultado del protocolo BFM 83 para leucemia aguda linfoblástica (53 pacientes), Tumor de Wilms y enfermedad de Hodgkin. Ese mismo año, uno de los miembros del GOPECH editorializó en la Revista Chilena de Pediatría sobre la importancia de los protocolos: “Pero tal vez uno de los hechos más determinantes en las mejores perspectivas para estos enfermos ha sido la aplicación del método experimental en el diseño de los protocolos de tratamiento”. Ese mismo año (Quintana et al., 1987), la producción de cifras de supervivida y la representación gráfica del éxito terapéutico se modelan mediante Kaplan-Meier, logrando una ponderación de la supervivida y una comparación sencilla de la eficacia. La fig. 4 muestra dos momentos de su evolución.

Esta actividad coordinada y protocolizada logra obtener financiamiento ministerial en 1988, bajo la denominación PINDA. Las transformaciones de FONASA ya reseñadas, le darán cabida a partir de 1998 como parte de las POA y luego serán una de las primeras tres patologías en incluirse en GES en agosto del 2002. En 1999 son publicados en forma conjunta en Medical and Pediatric Oncology y en la Revista Chilena de Pediatría los resultados del protocolo nacional (Campbell et al., 1999). Ese mismo año el Ministerio de Salud publica una monografía de 282 páginas sobre los éxitos del programa (MINSAL, 1999), reeditada en 1991.

Sin esta intensa actividad de construcción de redes socio-técnicas, comunicación científica, estandarización de equivalentes, no habría paso desde el ensayo de medicamentos a la práctica clínica, a la política, la economía y a las personas, que hoy se preguntan si su enfermedad es GES y si los medicamentos son parte de la canasta. No como un conglomerado mínimo de prestaciones costo efectivas, priorizadas mediante estudios con el cuan

tificador DALY (1993, version chilena AVISA 1997), sino como “un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ambitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional” (MINSAL, 2013) o en términos mas concretos, 80 paquetes de exámenes, cirugías y medicamentos.

5.1. El ensayo clínico como inteligencia distribuida

La operación de calificar un producto para producir su equivalencia y hacerlo intercambiable en mercados mediante precios, ha sido articulada por un protocolo terapéutico, que se ha transformado en un hecho económico, ético, legal y tecno-científico. Esta multidimensionalidad no ha sido posible como proceso de un agente, sino como un acto de cognición distribuida, esto es, en una acción colectiva, en la cual los objetos físicos (cámaras de flujo laminar, computadores, programas estadísticos) como intelectuales (modelación de Caplan Meier, técnicas de gráficos, comunicación científica) se les debe reconocer su membresía, del mismo modo que a los autores humanos.

6. Canastas

Solo reconociendo la futilidad de la amenazas por penurias, es posible entender cómo la política de una salud de la pobreza, constituida de canastas de cuidados maternos y pediátricos para los pobres, ha llegado a ser -bajo el mismo nombre- la de pequeños cuernos de la abundancia, con lujos y sofisticaciones tales como cirugía cardiovascular, escáner, radioinmunoensayos o drogas bajo propiedad intelectual (ADPIC 1993, OMC 1994).

Los esquemas micro-económicos de Arnold Habegger, paquetes básicos para apenas empinar la línea de pobreza, se han tornado Garantías de Salud, canastas cada vez más llenas de objetos técnicos y con una presencia también creciente de los pacientes, asociados en organizaciones identificadas muchas veces por el mismo membrete de algún GES.

7. Discusión

La economización de la salud será un proceso aún mas relevante en los años venideros. Su comprensión es un desafío para la salud pública. Entender los mercados como un hecho social, como un proceso indeterminado, irreductible a una mera lógica económica, individual, maximizadora de utilidades, exige incorporar nuevos conceptos a nuestra disciplina. Comprender que los mercados no son una manera de acabar con los agenciamientos colectivos, sino simplemente nuevos terrenos para la acción, la organización y la negociación. Como ha señalado Viviana Zelizer, pensar que la economía y la vida íntima (en donde se sitúan los cuidados) son esferas separadas o que una no es *nada-mas-que la otra*, no es el enfoque más adecuado. Su propuesta intenta comprender cómo el dinero y las relaciones mercantiles son a la vez que sujeto, también el objeto de recomposiciones y re significaciones:

“... las vidas conectadas muestra que, en una amplia gama de relaciones íntimas, de prestaciones de servicios de salud y en la complejidad de la vida familiar, la gente maneja la mezcla de actividad económica y la intimidad, creando, imponiendo y re-negociando numerosas diferenciaciones entre lazos sociales, sus límites y su adecuada combinación con los medios económicos y las transacciones de producción, consumo y distribución” (Zelizer, 2009)

Cuando un paciente y su familia, como los que citamos al inicio de este artículo dice “preferiría no hacerlo” está creando, imponiendo y negociando. Explorando y tratando de redibujar su existencia en las potencialidades abiertas por la economización de la salud. Su actitud de alguna manera ha ido más lejos de lo que la propia salud pública es capaz de considerar. Que al menos este análisis sirva para considerar la existencia de ese rezago.

Referencias

- Bank, W. (1994). Chile The Adult Policy Challenge. The World Bank, Washington.
- Bitrán, R. and Almarza, F. X. (2000). ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Los casos de Estados Unidos-Canadá Argentina-Chile-Colombia, volume II, chapter LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRES) EN CHILE, pages 463–570. Fondo de Cultura Económica.
- Callon, M. (1998). The Laws of the Market, chapter An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology, pages 244–269. Blacwell Publishers/The Sociological Review, Massachusetts.
- Callon, M. (2007). Do economist make markets?, chapter What does it mean to say that economics is performative? Princeton University Press, New Jersey.
- Callon, M., Méadel, C., and Raberihaoa, V. (2002). The economy of qualities. *Economy and Society*, 31(2):194–217.
- Callon, M. and Muniesa, F. (2003). Les marchés économiques comme dispositifs collectifs de calcul. *Réseaux*, 21(122):189–233.
- Campbell, M., Salgado, C., Quintana, J., Becker, A., Vargas, L., Cabrera, M. E., Beresi, V., Rojas, J., Paéz, E., Tapia, S., Zolezzi, P., and Advis, P. (1999). Mejoría en el pronóstico de la leucemia linfoblástica aguda en niños de un país en desarrollo: Resultado del protocolo nacional chileno pinda 87. *Rev. Chil. Pediatr.*, 70(5):405–414.
- FONASA (1999). Una mirada a fondo a la modernización de FONASA 1994-1999. FONASA, Santiago.
- Larrañaga, O. (2000). ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA

- SEGURIDAD SOCIAL Los casos de Estados Unidos-Canadá Argentina- Chile-Colombia, volume II, chapter EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO, pages 415–462. Fondo de Cultura Económica.
- Lavado, R., Brooks, B., and Hanlon, M. (2013). Estimating health expenditure shares from households surveys. *Bull World Health Organ*, 91:519–524.
- Mardones, P., Marchevsky, S., Walter, T., Beresi, V., Quintana, J., and Pozo, H. (1979). Leucemia Linfoblástica aguda del niño. *Revista Chilena de Pediatría*, (6):12–17.
- MINSAL (1999). *Cáncer Infantil en Chile*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- MINSAL (2013). Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE). (disponible en http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.html) accesado el 15.8.2013.
- Muñoz, F., Lopez-Acuña, D., Halverson, P., de Macedo, C. G., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., and Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. 8(1-2):126–134.
- OPS (1996). Reunión Especial sobre Reforma del sector salud 29-30 de septiembre de 1995- Washington, D.C. OPS, Washington.
- Ossandon, J. (2008). *The Enactment of Private Health Insurance in Chile*. PhD thesis, Centre for Cultural Studies Goldsmiths, University of London.
- Quintana, J., Beresi, V., del Pozo, H., Schuh, W., del Borgo, P., Koporcic, M., Avayú E. y Montero T. (1987). Leucemia Linfoblástica Aguda. *Rev. Chil. Pediatr.*, 58(3):219–224.
- Sloterdijk, P. (2009). *Esferas III. Espumas. Esferología plural*. Ediciones Siruela, Madrid.
- Titelman, D. and Uthoff, A., editors (2000). ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Los casos de Estados Unidos-Canadá Argentina-Chile-Colombia, volume II, chapter LA COMPETENCIA ADMINISTRADA Y REFORMAS PARA EL SECTOR SALUD DE CHILE. Fondo de Cultura Económica.
- Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Zúñiga, Y. (2009). Medida de protección terapéutica a favor de un menor (sentencias del tribunal de familia y de la Corte de Apelaciones de Valdivia) comentario de Yanira Zúñiga. *Revista de Derecho*, XXII(1):279–290.