

El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario

I¹ Jimena Carrasco, ² Sebastián Medina I

Resumen: En las últimas décadas las Tecnologías Informáticas han sido incorporadas a los sistemas de atención sanitaria, de la mano de la conformación de “redes asistenciales” que deben integrar distintos niveles, instituciones y agentes. En Chile, el régimen de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) se vincula a estas reformas modernizadoras del Estado, cuya meta es mejorar la eficiencia del gasto público. El presente trabajo analiza críticamente el desarrollo e implementación del “Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud” (SIGGES) incorporando metodologías propias de los Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología, y se propone un diseño de “etnografía del dispositivo”. Como principales resultados, se evidencia que esta tecnología informática tiene un rol central en la estabilización de la política modernizadora en salud, que pone la gestión administrativa por sobre la integralidad de los cuidados. El SIGGES actúa como mediador entre múltiples niveles y agentes en salud para medir la productividad del sistema, vinculado al financiamiento, con lo cual modifica actividades clínicas y procesos de subjetivación, haciendo que se privilegien prestaciones curativas sobre preventivas y de promoción, patologías GES sobre No-GES, y conglomerados urbanos sobre zonas rurales.

► **Palabras claves:** sistemas informáticos; salud; modernización del Estado; etnografía del dispositivo.

1 Universidad Austral de Chile.
Valdivia, Chile (jimenacarrasco@
uach.cl).
ORCID: 0000-0002-7073-1592

2 Universidad de Chile, Escuela
de Salud Pública. Santiago, Chile
(sebamed@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-4659-680X

Recibido em: 14/03/2018
Revisado em: 28/09/2018
Aprovado em: 08/10/2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280424>

Introducción

En las últimas décadas las Tecnologías Informáticas en Salud (TIC's) han sido incorporadas ampliamente a los diversos sistemas de atención en Latinoamérica, especialmente en los procesos de registros y seguimientos de pacientes. Para ello, se han creado TIC's compatibles con sistemas sanitarios pensados como “redes asistenciales integradas” que deben vincular a diversos actores, e instituciones a través de los distintos niveles de atención a la enfermedad (CHILE, 2011; 2013; VÁZQUEZ et al., 2009). La incorporación de las TIC's se ha producido asociada a las denominadas “reformas modernizadoras del aparato estatal” cuyos objetivos centrales son el aumento de la eficiencia de las acciones sanitarias estatales y la reducción del gasto público en salud, a través de un reordenamiento institucional, el establecimiento de prioridades asistenciales, la privatización y la descentralización (HOMEDES; UGALDE, 2011; LONDOÑO; FRENK, 1997; TETELBOIN, 2003; 2007). Lamentablemente, son escasas las investigaciones que hayan analizado comprensivamente estos procesos de incorporación tecnológica y transformación de los sistemas de atención sanitaria en América latina desde una mirada crítica. Suponemos que, detrás de esta ausencia de discusiones académicas, se esconde un supuesto: que la incorporación de la tecnología es siempre algo positivo y neutral (HALFORD; OBSTFELDER; LOTHERINGTON, 2010).

En el presente trabajo se pretende un análisis crítico de este tipo de transformaciones, centralizado en una de las TIC's más relevantes para el funcionamiento actual del sistema sanitario en Chile: el “Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud” (SIGGES), el cual se define como “un sistema computacional que funciona en red, donde se capturan los datos de los pacientes y sus atenciones, y que permite monitorear el cumplimiento de garantías, a través de consultas e informes”, para lo cual “se han establecido procedimientos uniformes para la captura, registro e ingreso de datos” (CHILE, 2009, p. 18). Con tal propósito, hemos utilizado un marco analítico-metodológico que articula referentes de los llamados Estudios de la Gubernamentalidad con otros de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (CTS) para observar procesos complejos y dinámicos que vinculan a múltiples agentes humanos y no humanos, en distintos niveles asistenciales.

Consecuente a esta intensión, comenzaremos por introducir el marco de los Estudios de Gubernamentalidad como una herramienta conceptual útil para el

análisis del contexto chileno de reformas al sistema sanitario. Luego, en la estrategia metodológica, veremos cómo este se puede articular con la Teoría del Actor Red. Desde ahí desprendemos los principales resultados y, finalmente, una discusión sobre el proceso de investigación, sus hallazgos y límites.

Análisis de tecnologías de gobierno implicadas en las reformas sanitarias en Chile

Los Estudios de Gubernamentalidad propuestos inicialmente por Barry, Osborne y Rose (1996) surgen a partir del concepto propuesto por Foucault (2006), y otorgan un marco conceptual para el análisis de la mentalidad que, a través de diversos mecanismos, ha configurado nuestro presente; nuestras normas, nuestros imperativos éticos y nuestra subjetividad. Este marco no pretende ser una teoría política ni una propuesta ideológica, sino un enfoque para dar cuenta del conjunto de técnicas que se utilizan para gobernar en el presente.

Rose (1997) realiza una descripción de lo que denomina lógica de gobierno liberal, a partir del análisis del conjunto de técnicas que se implementan en el *Welfare State* en Inglaterra en el siglo XX. Concluye que en el gobierno liberal se caracteriza porque sus acciones se legitiman en el conocimiento experto respecto de cómo gobernar individuos libres.

A partir de la década de 1980, propone el autor, surgen nuevas estrategias liberales llamadas avanzadas. Éstas serían el resultado de procesos de neoliberalización de la economía en Inglaterra durante la década de los 80's y 90's, de la mano de críticas al *Welfare State*. Como resultado, se genera un cuerpo conceptual que exalta la eficiencia del mercado como el mejor distribuidor de recursos dentro de la sociedad, al tiempo que se culpa al Estado y su aparato burocrático de ineficiente. La aplicación de tales preceptos lleva a una desarticulación de las variadas tecnologías de gobierno desarrolladas durante el siglo XX y su mutación a una red de servicios públicos y privados. Así, las nuevas estrategias de gobierno se caracterizan por distanciar las decisiones de las instituciones políticas formales de otros actores sociales, bajo la premisa de que éstos son autónomos. El poder de decisión de los expertos, ahora es transferido a la contabilidad y la gestión financiera a fin de garantizar objetividad y neutralidad a la hora de evaluar las acciones.

No se trata sólo de un cambio en las formas de administración de los servicios. Implica también un cambio en la racionalidad de gobierno, ya que, a través del

despliegue de variadas tecnologías, la teoría económica llega a ser el objeto y el blanco de los programas políticos.

De Marinis (1999) distingue dos elementos fundamentales dentro de la gubernamentalidad: las racionalidades políticas y las tecnologías de gobierno. Las primeras tienen forma de moral y se elaboran en un campo del deber ser como ideales y principios desde los cuales el gobierno debería estar dirigido (libertad, justicia, igualdad, responsabilidad, ciudadanía, etc.). Las segundas, son los elementos que se utilizan para hacer efectivo y perfectible el ejercicio del poder. Ambas, se encuentran unidas en la práctica. Las tecnologías de gobierno serían entonces mecanismos, estrategias y procedimientos, que conectan las aspiraciones de las autoridades y las actividades de los individuos, a fin de producir efectos determinados en las conductas de los otros. Desde esta perspectiva las experticias y técnicas deben ser pensadas, no como una institución, una ideología, una teoría o una filosofía, sino como una forma de hacer pensable y practicable una cierta actividad de gobierno.

Si tenemos en cuenta que Chile fue un exponente paradigmático del proceso denominado genéricamente “reformas neoliberales en los Estados de Latinoamérica” ocurrido a finales de los años 70s y primera mitad de la década de los 80s, este tipo de análisis resulta pertinente: El golpe militar de 1973 dejó un inédito campo abierto para la realización de modificaciones radicales dentro del Estado y la sociedad en general. No sólo se trató de acuñar una alternativa radicalmente distinta a la “vía democrática al socialismo” del gobierno anterior, sino también a la totalidad de la institucionalidad vigente hasta entonces. La ideología neoliberal cristalizó en un cuerpo conceptual que exaltaba la eficiencia del mercado como el mejor distribuidor de recursos dentro de la sociedad, al tiempo que culpaba al Estado y su aparato burocrático de ineficiente, “obeso”, y productor de crisis económicas. En ese marco se modificará la política social, y su papel central como estrategia redistributiva de las riquezas de la sociedad, quedará supeditado a la política económica de crecimiento y acumulación (MERINO, 2016; TETELBOIN; SALINAS, 1984).

En el ámbito sanitario, además de los cambios en las formas de administración de los servicios, a partir de 2002 se comenzó a elaborar una nueva forma de priorizar los problemas de salud, a objeto de poder definir planes de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), es decir, canastas de prestaciones mínimas que debían ser garantizadas por el Estado. En otras palabras, dado que no era posible garantizar todas las prestaciones de salud para todos, la lógica fue establecer prioridades

con base en criterios epidemiológicos y de años de vida productivos perdidos por enfermedad. De este modo se establecieron paquetes de prestaciones garantizadas a ciertos grupos, definidos según diagnóstico, edad y sexo.¹

Cabe mencionar que el sistema de salud en Chile se define como mixto (AEDO, 2001), es decir, hay un fondo de cotizaciones estatal y otros privados, así como centros de atención públicos y privados. Además, los centros privados se integraron virtualmente a los prestadores del sistema público, haciendo parte de una “red asistencial integrada”.

Decimos que los privados se integraron virtualmente, ya que la tendencia monopólica de las aseguradoras privadas (ISAPRES), llevó a una progresiva integración vertical (los mismos holdings agrupan tanto a clínicas privadas como a ISAPRES) y la exclusión unilateral de cotizantes con mayor carga de enfermedad, más edad y más pobre.² De este modo, se configura un “sistema dual” más que mixto, en el cual los privados discriminan de acuerdo a los ingresos económicos, a los riesgos de enfermedad, y al género, y se vinculan con el sistema público apenas cuando este último es capaz de desarrollar formas de pago para la compra externa de sus servicios, generalmente a alto costo (PARADA et al., 2014; TETELBOIN; MORAGA, 2013).

En la presente investigación, intentaremos mostrar cómo el despliegue de esta nueva tecnología resulta un elemento fundamental en un sistema denominado mixto, en la medida en que articula distintas prácticas de atención en salud tanto del sistema público como del privado.

Investigaciones en relación a sistemas informáticos de pacientes se han desarrollado respecto de *fichas clínicas electrónicas*. En estas, se resalta que, a diferencia de lo que parece, estas tecnologías no son neutrales, sino que están directamente vinculados a procesos de cambio organizacional, en específico a la adopción de modelos que estandarizan las acciones que ponen al paciente como un cliente (BERG, 1999). Además, estas investigaciones muestran que la estandarización de las acciones en salud a través de sistemas informáticos, no implican necesariamente una optimización del trabajo, pero si modifican las acciones que realizan los trabajadores del sector, y con ello las rutinas y la organización (HALFORD; OBSTFELDER; LOTHERINGTON, 2010). Pese a lo anterior, el uso de estas plataformas informáticas, se presentan habitualmente asumiendo que toda nueva tecnología es siempre mejor que la anterior, con lo cual se deja poco espacio para una mirada crítica acerca de los efectos que generan (BRUUN, 2005).

Estrategia metodológica: Una etnografía de dispositivos

La estrategia de investigación se basa en la propuesta de Brady (2014) respecto de una comprensión de las actuales formas de gobierno como ensamblajes que articulan lógicas heterogéneas, que se van transformando en el tiempo y el espacio por medio de las prácticas. Dicha propuesta pretende evadir la tendencia de la actual investigación social, caracterizada por una comprensión monolítica, determinista, lineal y estática de las actuales formas de gobierno denominadas neoliberales.

Se utilizan elementos de la Teoría del Actor Red (CALLON, 1986; LATOUR, 1987; LATOUR; WOOLGAR, 1986). Esta privilegia una descripción de los elementos que conforman y mantienen la realidad (JARABA, 2015), asignando agencia tanto a sujetos como a objetos, de manera de romper con la distinción dicotómica de la ciencia moderna y en consecuencia, con la atribución de subjetividad a los primeros y de objetividad y neutralidad a los segundos (LATOUR, 2001). Así, los objetos dejan de ser vistos como algo neutral y sin agencia y pasan a ser comprendidos como ensamblajes sociotécnicos³ que pueden ser analizados en términos de su construcción y de los efectos que producen.

Desde esta perspectiva, Sisto y Zelaya (2013) desarrollan lo que han denominado una Etnografía de Dispositivos. Ésta se apoya en las herramientas tradicionales de la etnografía, pero “el énfasis se pone en abordar los ensamblajes sociotécnicos que alinean a sujetos, artefactos y otros dispositivos, en la forma en que se entrelazan y despliegan” (SISTO; ZELAYA, 2013, p. 1.349). Se asume que los mandatos institucionales y sus premisas se hacen realidad por medio de estas interacciones ya que, dichos ensamblajes sociotécnicos, interpelan a los sujetos, en cuanto a sus posiciones y posibilidades de acción.

Los resultados que aquí se presentan corresponden a tres localidades del sur de Chile: Talcahuano, Valdivia y comuna de Cochamó, sin embargo, cabe señalar que los datos recabados inicialmente, hacen parte de un proyecto de mayor envergadura de seguimiento a las transformaciones del sistema de salud Chileno luego de la entrada en vigencia de las leyes GES,⁴ que involucró a más localidades. La investigación tubo dos momentos: el primero, asociado al proyecto antes mencionado y el segundo, donde se pone el énfasis en el SISGES a partir del trabajo de campo realizado en las localidades del sur del País.

En el primer momento, se siguió el diseño formulado en el marco del proyecto de seguimiento al sistema GES: la selección de los centros de salud fue por criterios de factibilidad, bajo un diseño no probabilístico. Los datos fueron recogidos entre octubre de 2012 y marzo de 2013. A continuación, se muestra una tabla con el detalle del trabajo de campo realizado que se consideró luego en el segundo momento.

Cuadro 1. Entrevistas y Observaciones Participantes realizadas por localidad

Localidad	Talcahuano	Valdivia	Cochamó
Entrevistas Realizadas	Directivo Servicio de Salud (1) Encargado de programa Hospital (4) Encargada administrativa GES Hospital (1) Dirigentes gremiales Hospital (3)	Directivo Servicio de Salud (1) Encargado de programa Hospital (3) Encargada administrativa GES Hospital (1) Dirigentes gremiales Hospital (3)	Encargados Posta Rural (2)
Observación Participante	Hospital de Alta Complejidad (1)	Hospital de Alta Complejidad (1) Centro de Salud Familiar (CESFAM) (1)	Posta Rural (2)

Se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves y observaciones participantes en las oficinas GES, y los Servicios de Orientación Médico Estadístico (SOME) de los respectivos centros de salud. Además, se revisaron documentos emanados de dos de las cinco leyes que conformaron la reforma al sistema de salud Chileno:

- 1 - Ley 19.937: Modifica el d.l. n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- 2 - Ley 19.996: establece un Régimen de Garantías en Salud.

Luego, en el segundo momento, durante la primera fase de análisis de los datos, se constata la relevancia de la tecnología SIGGES. Con base en la etnografía del dispositivo (SISTO; ZELAYA, 2013) se identifica a este como el instrumento de

gestión que mayormente interpela el funcionamiento cotidiano de los centros de salud. Así, se incorporan nuevas categorías de análisis de los datos: las relaciones que los trabajadores establecen con la tecnología y las posibilidades de acción que surgen de estas interacciones.

Luego, en junio de 2013 se entrevistó a actores claves que participaron en la elaboración de la herramienta informática a nivel central. Todos los entrevistados firmaron un Consentimiento Informado donde se explicitaba el uso que se daría a los datos.

Resultados:

¿Qué es el SIGGES?

Lo primero que podemos decir, es que el SIGGES se nos presentó inicialmente como una de las tantas siglas que hay en las puertas de las oficinas encargadas de las funciones burocráticas en el sistema de salud chileno; por allá una puerta reza “Dir. CESFAM”, otra al lado “OIRS”, otra más “SIGGES”, otra “SOME”, otra “Of. FONASA”, otra “PRAIS” y así suma y sigue.

Cada una de estas siglas se nos apareció como un bricolaje de distintas agendas, programas y reformas, con una historia de enrolamientos diversos que quedan ocultos bajo un uso operativo y pragmático. No pretendemos trazar una “arqueología” de cada una de las producciones del sistema de salud chileno. Hay varios trabajos que han hablado de ello, y seguramente hacen faltan muchos más para aprehender su complejidad socio-histórica (ILLANES, 2010; MONTOYA-AGUILAR, 2013; 2015). Sí nos interesa pensar el sistema de salud chileno de forma histórica, teniendo en cuenta que desde sus orígenes ha atendido a los más envejecidos, pobres y enfermos (CID, 2011), pese a haber pasado por múltiples nuevos administradores, nuevas tecnologías y nuevas formas de gobierno.

Volviendo a las oficinas, cuyas puertas dicen “SIGGES” encontramos tres funcionarias frente a sus computadores y teléfonos. Una de ellas se encuentra digitando rápidamente algunos nombres, códigos, diagnósticos y fechas provenientes desde una ruma de papeles. Así “se alimenta el SIGGES” nos dice. Esos papeles son los denominados “Formularios de Constancia de Información al Paciente GES” (Artículo 24°, Ley 19.966) que cada profesional de la salud debería rellenar en el momento en que detecta una patología o condición dentro de la ley sobre Garantías

Explícitas en Salud (GES). Pensado inicialmente para que el paciente esté al tanto de sus derechos, este Formulario fue luego adaptado para otras funciones: como una “prueba oficial” en caso de incumplimiento de los protocolos y una posible demanda, y también, para el uso que acá nos interesa; servir como “insumo” de los datos que el SIGGES precisa para comenzar los protocolos de acciones a seguir.

La carretera de la información

La gran novedad del SIGGES, sin embargo, no tiene necesariamente que ver con ser una herramienta de información para el nivel central. Ya existían antes varios sistemas que hacían esto. La novedad del SIGGES radica en estar estrechamente vinculado a la gestión de la productividad de distintos niveles del sistema, acorde con las reformas descentralizadoras. Existen así distintas “credenciales de acceso al SIGGES” que permite a diversos funcionarios, según su cargo, monitorizar distintas fases de los protocolos del GES que, a su vez, deberían generar distintas acciones por parte de los agentes involucrados en el sistema. No es extraño entonces que, a nivel de directivos regionales, el SIGGES sea considerado como una herramienta fundamental que permite alinear a todo el país bajo una misma forma de concebir los procesos en salud.

[...] el SIGGES es la carretera de la información en salud y todos los servicios de salud están en línea con este sistema computacional, [...] El SIGGES tiene dos bondades, una que es una herramienta para monitorear el cumplimiento de las garantías, que nos entrega las alertas, verdad, y a su vez también tiene un módulo de facturación que nos indica las prestaciones que se realizaron y que nosotros podemos determinar. *Directivo Servicio de Salud Talcahuano.*

Vemos que el sistema además de ser una “carretera de información”, tiene determinadas funciones: alertar sobre el incumplimiento de los protocolos y facilitar los procesos de gestión financiera. De esto se desprende que no se trata de un instrumento para la información clínica del paciente, sino que de un sistema para la gestión administrativa. Así, a pesar de la descentralización que supone la autogestión de los distintos centros, esta carretera logra alinear la red asistencial.

[...] en salud tenemos mucha información, pero muy poca información, tenemos muchos datos y muy poca información para hacer gestión. Esto te permite, ordenarte, porque yo a partir de la información puedo decir “ah ya, estas son mis prioridades”, puedo hacer cosas porque además de ser pensado desde lo clínico, el SIGGES se hizo para los esta-

blecimientos [...] Hubo algunas decisiones de base y esa fue “esto tiene que servir a nivel local porque ellos son los que van a tener que cumplir las garantías, ellos son los que van a atender a los pacientes por lo tanto tienen que tener los elementos que les permita a ellos monitorear, tener alertas, tomar decisiones”[...] *Encargada Desarrollo SIGGES MINSAL*

Cumplimientos, incumplimientos, plazos, ingresos, egresos, altas, costos y facturaciones son incorporados a la retórica del día a día de la burocracia de las distintas entidades del sistema de salud. La gestión de costos y las facturaciones se vuelve especialmente crítica para comprender el actual funcionamiento de todo el sistema de salud y también para comprender la intensidad que ganan los agenciamientos alrededor del SIGGES. Para ello, sin embargo, antes habrá que darse un pequeño rodeo y recordar que la implementación de la reforma GES no fue un proceso simple ni exento de polémicas.

Carreteras del financiamiento

Una de las principales dificultades que presentó la reforma, fue cómo asegurar que dentro de un sistema descentralizado se cumpliera efectivamente con un mandato desde el nivel central, considerando además, que amplios sectores dentro del mismo sistema de salud público se oponían a ella (ARGAGNON, 2011). La respuesta del nivel central fue básicamente en dos órdenes: 1) económico, luego del establecimiento de la denominada autogestión de hospitales y centros de salud (reforzada por la Ley N° 19.937 del 2004), ya que la ley GES prometía pagar con dinero fresco a cada entidad que cumpliera a tiempo con las prestaciones incluidas en los protocolos, es decir, una forma de financiamiento paralela a los mecanismos ya conocidos,⁵ y 2) organizacional, al fomentar la contratación y capacitación de funcionarios administrativos para el trabajo de gestión mediante las tecnologías informáticas. Como resultado de esta medida se generó un nuevo estamento, donde muchos funcionarios se sintieron ascendidos respecto de su tradicional rol subalterno respecto a los profesionales de salud.

De este modo, las patologías y condiciones de las leyes GES, se fueron estabilizando y aumentando de la mano de un gran número de funcionarios administrativos que alimentaban y se alimentaban de los datos del SIGGES, al tiempo que, quienes se desempeñaban en labores asistenciales, fueron relegados a ser sólo prestadores de servicios, sin mayor capacidad de interactuar con los otros niveles de gestión.

En este nuevo estamento las subjetividades están marcadas por el sistema.

[...] el paciente no solamente es AUGE de nombre sino que este modelo de atención está acompañado a una plataforma en una lógica informática [...] este sistema informático de gestión es la base del control, todos los días entro en la mañana y tengo la información de los pacientes [...] es un sistema de información para gestión que es fundamental para las garantías, sino, yo no podría hacer la gestión que hago. *Encargada GES Hospital Base Valdivia*

Entonces, el SIGGES es en primer lugar un instrumento para la gestión, antes que un insumo para la atención en salud. Luego, permite el control, con lo cual cumple con las condiciones de una tecnología de gobierno: es un instrumento que permite que ciertos actores tomen decisiones y actúen de forma de hacer que los fines de gobierno sea alcanzados. Al mismo tiempo el uso continuo de esta tecnología modifica las formas de trabajo en salud. Pero el SIGGES todavía es más, porque hace más.

Listas de espera y estados de alerta permanente

Los profesionales y trabajadores que no tienen acceso a los procesos de control por medio de la información que otorga el SIGGES, tienen una mirada diferente. Para ellos el sistema esconde muchos aspectos que en la realidad son problemáticos. Un elemento relevante en este sentido son las Listas de Espera.

El SIGGES además de informar sobre las acciones y derivaciones en la red asistencial, informa sobre las desviaciones del sistema. Una de las más significativas son las Listas de Espera, es decir, el listado de los pacientes que, cumpliendo con los criterios para ser ingresados como GES y por tanto, tener garantizados tiempos para su atención, no la están recibiendo. Estas Listas de Espera generan alertas a las que hay que atender de forma prioritaria y adquieren magnitud en función del número de personas que las componen. Al mismo tiempo son indicadores de éxito o fracaso del sistema de salud en la medida en que se reducen o desaparecen. De esta forma gran parte de las acciones se vuelcan a disminuir o eliminar las Listas de Espera.

Esta dinámica induce un estado de alerta permanente, que causaría angustia y cansancio tanto en administrativos como en profesionales de la salud, quienes además perciben que atender estas alertas puede estar en contradicción con los objetivos propuestos por la política sanitaria.

[...] tu puedes llamar al paciente efectivamente dos o tres veces, y si no está, lo borras [de las listas de espera] [...] uno tiene que creer que llamaron esas veces [...] En Chile somos especialistas para colocarle nombres, son "exceptuados", y significa que si esta-

ban esperando una atención, una operación o un examen, se les llamó y no contestaron por ABC motivo y lo borraron de la lista, por lo tanto la lista se redujo rápidamente.
Directivo Asociación Gremial Valdivia.

Carreteras perdidas, carreteras inexistentes

La idea de una carretera de la información que conecta toda la red asistencial del país, está constantemente presente en las entrevistas, especialmente en los funcionarios más cercanos a los cargos directivos y al nivel central. Hay un ideario panóptico del SIGGES, ya que permitiría a los niveles centrales tener una información a tiempo real sobre la productividad de las distintas entidades de la red, posibilitando, por ejemplo, que los Servicios de Salud provinciales tomen acciones del tipo castigo/recompensa económicas en concordancia.⁶ Sin embargo, el SIGGES refleja sólo una mínima parte del total de actividades asistenciales, y deja fuera las de prevención y promoción del sistema de salud. También el SIGGES produce una red asistencial virtual, dado que hay amplios territorios del país sin conectividad para operar esta plataforma informática que quedan fuera.

Así, en localidades rurales del sur de Chile, ni las carreteras viales, ni las informáticas han llegado y, por lo tanto, el SIGGES sólo visibiliza los centros urbanos, en concordancia con las políticas de salud de los últimos 40 años (MEDINA; MENDONÇA; MANRIQUE, 2015). En ese sentido, la exclusión de los grupos que habitan estos territorios es un modo de inexistencia,⁷ en contradicción con la retórica inclusiva de la reforma:

[...] yo te digo, siendo bien real, que para esos cambios [GES] que se logran en políticas estatales, plantearlos y ejecutarlos en comunas rurales como esta, es difícil [...] Acá te digo, que dependemos mucho de las comunicaciones y lamentablemente te digo que no estamos bien. Es una de nuestras falencias. Por lo tanto, no vamos a dar nunca cumplimiento [a las garantías GES] mientras esto no se regularice. Hay postas de la cordillera que tienen mini centrales eléctricas, o con motor, o a vela como antes... *Encargado Salud Municipal Cochamó.*

Traducciones e híbridos

A partir de las entrevistas con quienes desarrollaron el SIGGES hemos comprendido que, a diferencia de lo se suele pensar, esta plataforma informática fue diseñada a la par con la política, es decir, política y tecnologías se fueron confeccionando mutuamente. La creación de los decretos de ley -donde se explicita

qué será garantizado y en qué términos- fue paralelo al proceso de diseño del software, resultando dos entidades perfectamente complementarias. No es posible comprender la estructura y funcionamiento de una sin conocer a la otra. Durante la fase de desarrollo, los actores institucionales encargados de la creación de ambas, son básicamente los mismos: 1) profesionales de la salud y abogados del Ministerio de Salud, 2) economistas de FONASA y 3) informáticos de la Empresa de TICS que ganó la licitación. En una misma mesa de trabajo, se habría dado un proceso de traducción de los distintos lenguajes e intereses.

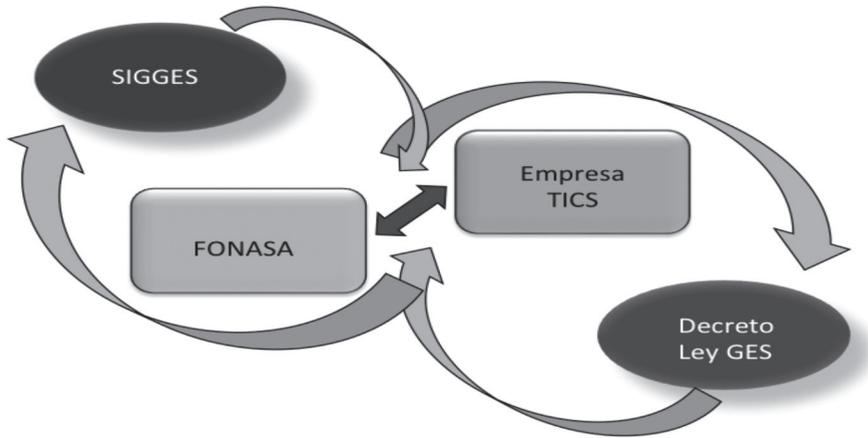
[...]si el paciente puede tener varios problemas, ¿para qué especialista [derivar]? tienes 400 especialistas, ¿pero el podólogo también? O el traumatólogo, ¿o [cuáles] son los especialistas que de alguna manera tienen que ver con el AUGE? Eso no estaba en el decreto [de la Ley GES] pero cuando empezamos a escribir el SIGGES, empezaron a aparecer esas definiciones que eran necesario que salieran del proceso y después se fueron incorporando en el decreto y en las normas técnicas y en las guías, el SIGGES obligó a hacer definiciones [...] *Encargada Desarrollo SIGGES MINSAL*

Durante este proceso, fue necesario parametrizar los cursos de decisiones clínicas para que estas fueran compatibles con los marcos lógicos del software y, al mismo tiempo, con los procesos de seguimiento administrativo e incluso legal. Como resultado, las guía clínicas del GES dejan de ser puramente “clínicas” y se convierten en una suerte de híbrido que combina lógica y semiótica clínica, informática, administrativa y legal.⁸

Si bien, esto es algo común y esperable en todo proceso de desarrollo informático, lo que nos interesa resaltar de este caso particular es que las nuevas entidades combinan / traducen a códigos económicos y de gestión acciones de salud. De este modo, los trabajadores ya no tienen como única meta el logro de la cura / salud, sino que ahora también deben incorporar el logro de metas de gestión y las entidades encargadas de la gestión tienen incidencia en el acto médico y de salud.

En la figura 1 se grafica esta influencia reciproca en el desarrollo del software.

Figura 1. Traducciones sucesivas en el desarrollo de SIGGES y Decretos Ley GES



Nuestros monstruos

El SIGGES alimentó también de forma considerable un par de campañas presidenciales y la retórica de un buen número de ministros de salud. Las Listas de Espera se transformaron en uno de los principales indicadores de salud del sistema.

Para varios de los entrevistados esta tecnología había adquirido una importancia inusitada, una centralidad y poder que, además de marginalizar un gran número de actividades que el sistema de salud realizaba, requería de un gran esfuerzo humano para seguir alimentándola. Para muchos el SIGGES se había transformado en una especie de monstruo, una bestia que había crecido demasiado:

[...] si nosotros le hubiéramos dado más al SIGGES probablemente hubiera sido un monstruo mucho más grande y agresivo [...], es que empiezas a trabajar un poco para la bestia, yo creo que este es uno de los sistemas que llega a más lugares [de Chile...] Poder ver si el paciente está en Calama o donde sea, es el único, es grande, no es una cosa pequeña.
Encargada Desarrollo SIGGES MINSAL.

Discusión

En nuestro proceso de investigación evidenciamos que el SIGGES es una tecnología central no solo para la ejecución del GES, sino para gran parte del funcionamiento actual del sistema de salud chileno en el contexto de una compleja y extensa red que pretende integrar a distintos niveles y prestadores sanitarios diseminados por el territorio nacional. También pudimos apreciar que los múltiples

agenciamientos que ocurren alrededor del SIGGES tienen relación con su gran capacidad para recopilar y entregar información de utilidad sobre la productividad de cada entidad asistencial a tiempo real, permitiendo a los gestores y prestadores tomar decisiones rápidas de priorización de recursos y actividades. Según las entrevistas, el SIGGES generaría estados de alerta permanentes asociados a las consecuencias financieras y organizacionales que los incumplimientos en los protocolos GES traerán a cada entidad autogestionada. Además, el SIGGES invisibiliza áreas rurales y aisladas donde las carreteras de la información no han llegado, y todas las acciones preventivas y promocionales del sistema, además las acciones que se realizan en torno a las condiciones o patologías ahora denominadas “No-GES”. En ese orden la nueva realidad que el SIGGES performa (Mol, 1999) estaría muy lejos de la retórica inicial que dio sentido a las reformas ligadas a las leyes GES, dado que reproduce distintas formas de desigualdad sociosanitaria y brechas de acceso.

Finalmente, proponemos que es necesario realizar nuevas investigaciones sobre las diversas formas en que los múltiples actores negocian, resisten y transforman continuamente con el SIGGES, por ejemplo, cuando ocupan otros criterios para ingresar pacientes y/o cuando prolongan artificialmente los plazos de atención para evadir las alertas de incumplimientos. Creemos que una mirada sobre la heterogeneidad de las tecnologías y sus contextos de aplicación, puede entregar luces sobre la reproducción de lógicas mercantiles en salud, sin dejar de lado las intenciones de equidad sanitaria.⁹

Referencias

- AEDO, C. Las reformas en la salud en Chile. In LARRAÍN, F.; VERGARA, R. (Eds.). *La transformación económica de Chile*. Santiago de Chile: Andros, 2001. p. 605-640.
- ARGAGNON, P. F. *Ciudadanía y Salud: discursos sobre la reforma del Plan AUGE en Chile, 1998-2005*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2011.
- BARRY, A.; OSBORNE, T.; ROSE, N. (Eds.). *Foucault and political reason: liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. London: University College London, 1996.
- BERG, M. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics*, Sao Paulo, v. 55, n. 2, p. 87-101, 1999.
- BRADY, M. Ethnographies of neoliberal governmentalities: from the neoliberal apparatus to neoliberalism and governmental assemblages. *Foucault Studies*. Frederiksberg, v. 18, p. 11-33, 2014.

- BRUUN, C. An Experiment in performative history: electronic patient records as a future-generating. *Device Social Studies of Science*. Kingston, v. 35, n. 2, p. 241-267, 2005.
- CALLON, M. Some elements of a Sociology of Translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. In: LAW, J. (Ed.). *Power, action and belief: a new sociology of knowledge*. London: Routledge, p. 196-233, 1986.
- CHILE. *Manual de procedimiento SIGGES*. 4ª versión. Ministerio de Salud, Chile: Gobierno de Chile, 2009. Disponible en: <<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/30.pdf>>. Acceso en: 30 mayo 2014.
- _____. *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Ministerios de Salud, Chile: Gobierno de Chile, 2013. Disponible en: <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfb48e0400101650154ea.pdf>>. Acceso en: 20 jun. 2014.
- _____. *Redes Asistenciales Integradas de Salud*. Ministerios de Salud, Gobierno de Chile, 2011. Disponible es: <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>>. Acceso en: 30 mayo 2014.
- CID, C. Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de Agenda Pública*. Santiago de Chile, Centro de Políticas Públicas UC, v. 6, n. 49, p. 1-19, 2011.
- CID, C.; BASTÍAS, G. Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. *Revista Médica de Chile*, Santiago de Chile, v. 142, 2014, p. 161-167.
- DE MARINIS, P. Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos. In. RAMOS-TORRES, R.; GARCÍA-SELGAS, F. (Eds.). *Globalización, riesgo y reflexividad*. Tres temas de la teoría social contemporánea. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, p. 73-103, 1999.
- DONOSO, C. et al. *Seguimiento de las transformaciones de los sistemas de salud de Chile, después de la reforma del AUGE-GES*. Un análisis del discurso de los actores claves del Sistema Público de Salud en la Región del Bío-Bío en torno a la Integración Público-Privada. En CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, XXIX, 2013, Santiago de Chile. *Acta Científica*. Santiago de Chile: Asociación Latinoamericana de Sociología, Disponible en: <http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_DonosOrellana_BustosIbarra.pdf> Acceso en: 15 ene. 2014.
- FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- HALFORD, S.; OBSTFELDER, A.; LOTHERINGTON, A. T. Changing the record: The inter-professional, subjective and embodied effects of electronic patient records. *New Technology, Work and Employment*. Medford, v. 25, n. 3, p. 210-222, 2010.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Health reform and equity in Latin America. *Ciencia & Saude Coletiva*. Río de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2690-2693, 2011.

ILLANES, M. A. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia social de la salud pública en Chile (1880-1973)*. 2ª ed., Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2010.

JARABA, B. Introducción : saberes y prácticas psicológicos desde los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. *SUMMA Psicológica UST*, Santiago de Chile, v. 12, p. 5-7, 2015.

LATOURET, B. *La esperanza de Pandora*. Barcelona: Gedisa, 2001.

_____. *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge: Harvard University Press, 1987.

LATOURET, B.; WOOLGAR, S. *La vida en el laboratorio*. Madrid: Alianza, 1986.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. Berlín, v. 41, n. 1, p. 1-36, 1997.

MEDINA, S.; MENDONÇA, M.; MANRIQUE, D. *De discursos y exclusiones: una mirada a las zonas rurales del Sur de Chile*. En: V REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, V., 2015, Porto Alegre, *Anais da ReACT*. Campinas: Unicamp. Disponible en: <<http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1354/706>>. Acceso en: 21 dic. 2016.

MEDINA, S.; TETELBOIN, C. *Reforma GES en zonas rurales: la mirada de los actores en una comuna rural y aislada del Sur de Chile*. En: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, XXIX, 2013, Santiago de Chile. *Acta Científica*. Santiago de Chile: Asociación Latinoamericana de Sociología, Disponible en: <http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_MedinaGay_TelboinHenrion.pdf> Acceso en: 19 ago. 2014.

MERINO, C. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile*. Una aproximación histórica desde los Cuadernos Médicos Sociales 1960-1998. Puerto Montt: PEDCH-Ulagos, 2016.

MOL, A. Ontological politics. A word and some questions. En LAW, J.; HASSARD, J. (Eds.). *Actor Network Theory and After*. UK: Blackwell, 1999. p. 74-89.

MONTOYA-AGUILAR, C. *¿Dónde está y para adónde va nuestra salud? Ilusionismo y verdad en salud. Chile 2010-2014*. Santiago de Chile: CEIBO, 2015.

_____. *La salud dividida*. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación. Santiago de Chile: CEIBO, 2013.

OLAVARRÍA, M. (Ed.). *El Plan AUGE y la reforma a la salud*, 1ª Edición. Santiago, Editorial Universitaria, 2012 Colección (¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?).

- PARADA, M. et al. Informe de Salud en Chile. En: GONZÁLEZ, R.; BARRIA, S.; SENGUPTA, A. (Eds.). *La lucha por el derecho a la salud en América Latina*. El Salvador: Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Movimiento por la Salud de los Pueblos, 2014. p. 31-51.
- PARADA, M. et al. *Seguimiento de las transformaciones del sistema de salud público en la Región de Valparaíso-Chile, post reforma del AUGE-GES*. En: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, XXIX, 2013, Santiago de Chile. *Acta Científica*. Santiago de Chile, Asociación Latinoamericana de Sociología. Disponible en: <http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_Parada_Reyes.pdf>. Acceso en: 9 ago. 2015.
- ROSE, N. El gobierno de las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo. Archipiélago. *Cuadernos Crítica de La Cultura*, España, Verano, p. 25-40, 1997.
- SANTOS, B. D. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. En: SANTOS, B. D. S. (Ed.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: "um discurso sobre as Ciências"* revisitado. Porto: Edições Afrontamento, 2003. p. 735-775.
- SISTO, V.; ZELAYA, V. La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica*, v. 12, n. 4, p. 1345-1354, 2013.
- SILVA, P. Tecnócratas y política en Chile: de los Chicago Boys a los monjes de CIEPLAN. In: ARIZTÍA, T. (Ed.), *Produciendo lo social*. Usos de las Ciencias Sociales en el Chile reciente. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales, p. 73-100, 2012.
- TETELBOIN, C. *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973-1990 reformas de primera generación, 1ª Ed., México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2003.
- TETELBOIN, C. Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En: JARILLO, E. C.; GUINSBERG, E. (Ed.). *Temas Y Desafíos En Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. p. 49-75.
- TETELBOIN, C.; SALINAS, D. Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. *Estudios Sociológicos*, México D. F., v. 11, p. 2-3, 1984.
- TETELBOIN, C.; MORAGA, F. *La política de salud y el sistema público de salud post AUGE/ GES y otras reformas*. En: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, XXIX, 2013, Santiago de Chile. *Acta Científica*. Santiago de Chile, Asociación Latinoamericana de Sociología. Disponible en: <http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_Tetelboin_Moraga.pdf>. Acceso en 9 de ago. de 2015.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 26, p. 360-367, 2009.

Notas

¹ El “Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud”, AUGE (actualmente “GES”) es parte de las Reformas post-dictadura al sistema de salud chileno y “consiste básicamente en la priorización de enfermedades e intervenciones, de acuerdo a la carga de enfermedad, mortalidad, la capacidad instalada para tratarlas y otros factores socioeconómicos [...] lo que ha implicado la segmentación de la población de acuerdo a si tiene o no los requisitos para ser beneficiado por este programa. Por otra parte, para los establecimientos públicos, especialmente hospitalarios, las atenciones AUGE-GES son completamente financiadas, generándose así un incentivo para que la producción de servicios esté fundamentalmente orientada a las patologías AUGE-GES” (PARADA et al., 2013, p. 2-3). Para mayor información, ver Tetelboin (2003), Tetelboin y Moraga (2013) y Olavarria (2012).

² Actualmente las ISAPRES benefician a la población más rica del país, apenas un 15-20% del total.

³ Se refiere a las asociaciones entre humanos y no humanos que dan vida y mantienen lo social. Se definen como inestables ya que pueden variar generando cambios en lo social.

⁴ Este proyecto reunió a investigadores de tres universidades del país y su propósito fue dar cuenta de los cambios vinculados a la reforma a nivel regional y nacional. Algunos de sus resultados pueden verse en: Donoso et al. (2013); Medina y Tetelboin (2013); Parada et al. (2013); Tetelboin y Moraga (2013).

⁵ Algo de las intrincadas y siempre insuficientes formas de traspaso de dineros desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA, la entidad administradora de los recursos monetarios del sistema de salud) hacia los hospitales públicos pueden leerse del estudio de Cid y Bastías (2014).

⁶ Estas dinámicas se observan con claridad, por ejemplo, al momento en que se negocian los compromisos de gestión de los Centros de Atención Primaria con sus respectivos Servicios de Salud. Una mirada al respecto en contexto rural se puede ver en Medina y Tetelboin (2013, p. 249-257).

⁷ Según Boaventura de Sousa Santos (2003), la racionalidad moderna sería productora activa de modos de no-existir. Es decir, grupos humanos, entidades, saberes, prácticas y objetos que, a través de distintos dispositivos de exclusión, son considerados como “alternativas no-creíbles a lo que existe” (p. 743).

⁸ Por ejemplo, la Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 (Ministerio De Salud, 2010).

⁹ J. Carrasco e S. Medina participaron en la concepción del proyecto de investigación, recolección y análisis de datos, redacción y formato del artículo

Abstract

The Computer System of the GES Reform in Chile: ethnography of health governance devices

In the last decades, computer technologies have been incorporated into health care systems, through the conformation of "healthcare networks" that must integrate different levels, institutions and agents. In Chile, the system of "Explicit Guarantees in Health" (GES) is linked to these modernizing reforms of the State, whose goal is to improve the efficiency of public spending. This work critically analyzes the development and implementation of the "Information System for the Management of Guarantees in Health" (SIGGES) incorporating methodologies from the Social Studies of Science and Technology, and proposing a "device ethnography" design. As main results, the evidence shows that this information technology has a central role in the stabilization of modernizing health policy, which places administrative management over the integrity of care: SIGGES acts as a mediator between multiple levels and agents in health to measure the productivity of the system, linked to financing, with which modifies clinical activities and processes of subjectivation, privileging curative benefits on preventive and promotion, pathologies GES on No-GES, and urban conglomerates on rural areas.

► **Keywords:** information systems; health; modernization of the State; device ethnography.

Resumo

O sistema de informática na reforma do GES no Chile: uma etnografia dos dispositivos de governança em saúde

Nas últimas décadas, as tecnologias da informação foram incorporadas aos sistemas de saúde por meio da criação de "redes assistenciais", que devem integrar diferentes níveis, instituições e agentes. No Chile, o regime de "garantias explícitas em saúde" (GES) liga-se a essas reformas modernizadoras do Estado, cujo objetivo é melhorar a eficiência dos gastos públicos. Este trabalho analisa criticamente o desenvolvimento e implementação do "Sistema de Informação para a Gestão de Garantias em Saúde" (SIGGES), incorporando metodologias dos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia, e propõe um desenho de "etnografia do dispositivo". Como principais resultados, fica evidente que esta tecnologia da informação tem papel central na estabilização da política de saúde modernizadora, que deixa a gestão administrativa acima da integralidade do cuidado: o SIGGES atua como um mediador entre vários níveis e agentes em saúde para medir a produtividade do sistema, vinculada ao financiamento, com o qual modifica atividades clínicas e processos de subjetivação, privilegiando serviços curativos em vez de preventivos e de promoção; patologias GES em vez de No-GES, e centros urbanos em detrimento de áreas rurais.

► **Palavras-chave:** sistemas de informática; saúde; modernização do Estado; etnografia do dispositivo.

