

Análisis político del Consenso Colombiano de Hematología Oncológica

Political analysis of the malignant hematologic colombian consensus conference

Diana Esperanza Rivera¹

¹ Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social, Instituto Nacional de Cancerología, E.S.E, Bogotá, D. C., Colombia

Introducción

El primer Consenso Colombiano de Hematología Oncológica fue convocado por el Instituto Nacional de Cancerología, E.S.E. y por la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Clínica, para que se realizara durante los días 6 a 8 de octubre de 2005, en Villa de Leyva (Boyacá), Colombia.

Mediante una convocatoria nacional, se invitó a todos los especialistas en diversas áreas relacionadas con la hematología de enfermedades malignas, adscritos a la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Clínica, con el fin de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención mediante guías que permitieran el uso racional de medicamentos y de pruebas diagnósticas. Esto se hizo con base en los principios de acceso, equidad, universalidad e integralidad, a través del uso estandarizado de protocolos de atención para cinco entidades patológicas: linfoma folicular no Hodgkin, leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica aguda, leucemia linfocítica crónica y mieloma múltiple. Éstas fueron seleccionadas por su alto impacto económico y social para el país.

Los miembros del Consenso consideraron que sería posible mejorar los procesos de atención en hematología oncológica, si se dispusiere de instru-

mentos técnicos normalizados que facilitarían el manejo de los pacientes con calidad, oportunidad y costos accesibles.

Esta experiencia no sólo presenta un interés académico para los observadores y analistas de acontecimientos y asuntos políticos, sino que se trata de una instancia inédita de diálogo, cuyas propiedades y características presentan simultáneamente un interés político y científico (1).

Esta instancia desembocó en un diálogo ciertamente difícil, pero, a su vez, suficientemente fecundo, y permitió una discusión democrática de las recomendaciones presentadas en la plenaria por los miembros del comité central, con respeto por las opiniones de los participantes. Esto se logró a pesar de que el grupo estaba conformado por 49 profesionales provenientes de las diferentes regiones del país que habían compartido espacios comunes en los escenarios médicos y, además, accedían a dicha instancia cargados de intereses y prejuicios propios de la naturaleza humana. En esta primera experiencia realizada en el país en el campo de la hematología oncológica, otros obstáculos que se superaron fueron los vaivenes generados por su propia dinámica y el entorno científico-político que la rodeaba, en un proceso de concertación y diálogo.

Correspondencia:

Diana Esperanza Rivera, Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, Bogotá D.C., Colombia
Calle 1 No. 9-85 - Teléfono: (571) 3341111 (512)

Correo electrónico: drivera@incancerologia.gov.co

Recibido: 4/11/05; aceptado: 12/11/05

Las discusiones fueron moderadas por los miembros del comité central y los participantes expresaron, mediante voto electrónico, su grado de aceptación de las recomendaciones expuestas (2).

El material esencial utilizado para el análisis, además de la información previa que sobre ellas existía, fueron las sesiones de discusión, cuya observación directa permitió obtener un registro específico de cada una de las situaciones.

Los monólogos, que tuvieron lugar en una primera etapa del Consenso, permitieron transitar hacia diálogos, en la medida en que se construía el clima de confianza necesario para escuchar posturas distintas y tener disposición para la transacción. El conjunto del material recolectado permite disponer de suficiente información para dar cuenta política y metodológica de lo que fue esta inédita instancia de diálogo: una reunión entre actores clave que, al calor de las deliberaciones que tuvieron lugar, volvieron tanto más difícil el retiro de una o de varias de sus partes cuanto mayor era la cuota de cooperación entre ellos.

De esta experiencia se deriva un tipo de dilema muy solicitado en la teoría de juegos, conocido con el nombre de "dilema del prisionero", el cual permite poner en evidencia algunas de las propiedades de este esquema, organizado y permanente, de un diálogo fundado en historias y en intereses divergentes (3).

Análisis

Más allá de los juicios finales que se puedan emitir sobre el desarrollo del primer Consenso Colombiano de Hematología Oncológica y sus resultados tangibles, si el parámetro del análisis situacional es la posición de los actores clave frente a algunas coyunturas, se puede afirmar que las discusiones sobre la implicación que las decisiones pudieran tener en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se dieron sobre los ejes de la validez, justicia y verdad.

La complejidad de la discusión se vio incrementada por las disputas entre los miembros sobre los aspectos específicos relacionados con medicamentos que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y el papel ante el Consejo Nacional de Seguridad Social. Además, el conjunto de dificultades encontradas en el proceso de diálogo explica el enorme esfuerzo político y emocional realizado por los participantes del Consenso, quienes, al final y gracias a su capacidad técnico-científica, lograron generar una serie de recomendaciones que fue la materia prima para un documento final.

La instalación del consenso, la mesa y el inicio de sus actividades, más allá de las condiciones particulares que los hicieron posibles, supusieron un trabajo paciente y complejo de construcción de confianzas entre actores distantes, equivalente a una atmósfera cooperativa, a partir del cual se creó la posibilidad de llegar, con el paso del tiempo, a algún tipo de acuerdo entre las partes.

Se presentaron diferentes etapas mediante las cuales fue posible la construcción de una atmósfera cooperativa. Los gestores de este primer Consenso, quienes tienen una importante notoriedad en los distintos ámbitos que dieron lugar a la iniciativa, lograron estrechar lazos cooperativos entre dichos ámbitos. Estos lazos de cooperación sirvieron de sostenedores y contenedores de conflictos y dificultades, provocados por el entorno científico, técnico y político, durante todo el proceso del Consenso. La etapa de organización previa consistió en detectar las exigencias de estos sectores para aceptar participar en el Consenso.

En consecuencia, el desarrollo del primer Consenso Colombiano de Hematología Oncológica supuso, desde su origen, la construcción de esquemas de confianza capaces de crear condiciones apropiadas para el intercambio racional de argumentos entre actores con discursos muy consolidados y cristalizados, cuyos intereses los enfrentaban a una situación de controversia. Asimismo, esta primera fase permitió identificar los espacios en los cuales el diálogo era posible, los espacios hacia los cuales era posible avanzar y los espacios completamente cerrados.

Apelando al lenguaje de la teoría de juegos, el principal desafío consistía en transitar desde un esquema de competencia entre actores rivales, en el marco de intereses muy consolidados, históricamente constituidos (cuya mejor ilustración sería una estructura de *chicken game*, característica de las situaciones de escalada), hacia esquemas cooperativos que to-

maran en consideración el carácter consolidado de los intereses de los actores, así como el impacto de un entorno científico (4).

Es un éxito del comité central el haber persistido a lo largo del tiempo hasta llegar a un término natural, cuyo corolario es un documento con recomendaciones. Sus actores, más allá de las diferencias, pudieron mantenerse leales a sus intereses, mediante el reconocimiento recíproco. Este reconocimiento tomaba la forma de la asunción de responsabilidades o la de concesiones en el propio método de trabajo de comité.

Conclusiones

Es elemental destacar que el primer Consenso Colombiano de Hematología Oncológica permitió la consecución de un objetivo científico que asegura un impacto político, por cuanto restaura simbólicamente la legitimidad de las asociaciones científicas. Asimismo, se alcanza un objetivo ético, en cuanto se reconoce la importancia de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención por medio de guías de práctica clínica que permitan el uso racional de medicamentos y de pruebas diagnósticas, con base en los principios de acceso, equidad, universalidad e integralidad, y a través del uso estandarizado de protocolos de atención, Esto tiene como consecuencia inmediata un reconocimiento por parte de la comunidad científica.

Más allá de las luchas y competencias sobre las recomendaciones, este análisis se atiene a un enfoque político y metodológico de la reunión de Consenso, lo que implica abstenerse de emitir cualquier tipo de juicio de valor sobre lo que sus integrantes hicieron o dijeron, o de sus resultados. No obstante, el sólo hecho de que esta reunión haya logrado concluir

su misión original sin quiebres entre sus partes integrantes, refleja un éxito objetivo en lo que se refiere a diálogo entre actores con características muy diferentes.

En tal sentido, en los términos aquí señalados, el estudio de esta instancia puede servir de base de retroalimentación para instancias de características similares, dado que las reuniones de este tipo suponen la construcción de esquemas de confianza susceptibles de servir de ambiente adecuado para el intercambio racional de argumentos entre actores cuyos intereses los enfrentan a una situación de controversia, especialmente, cuando los discursos se encuentran muy consolidados y cristalizados, como fue el caso de los protagonistas del primer Consenso Colombiano de Hematología Oncológica.

Referencias

1. Alge BJ, Wiethoff C, Klein HJ. When does the medium matter? Knowledge-building experiences and opportunities in decision making teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2003;91:26-37.
2. Baker G. The effects of synchronous collaborative technologies on decision making: a study of virtual teams. *Information Resources Management Journal* 2002;15:79-93.
3. McDonnell J, Meijler A, Kahan J, Bernstein S, Rigger H. Panelist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy* 1996;37:139-52.
4. Blinder AS, Morgan J. Are two heads better than one? An experimental analysis of group Vs. individual decision-making. New York: NBER; 2000. p.15.
5. Laughlin PR, Bonner BL, Miner AG. Groups perform better than the best individuals on letters-to-numbers problems. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2002;88:605-20.