

Tecnologías Informáticas en Salud. El caso de la reforma en Chile

Jimena Carrasco¹

Sebastián Medina²

Resumen: En las últimas décadas las tecnologías informáticas han sido incorporadas a la práctica médica para los procesos de registros y seguimientos de pacientes. Esto se ha traducido en sistemas informáticos compatibles con redes de salud que deben integrar a diversos actores. Estas tecnologías suele naturalizarse como una necesidad para avanzar hacia mayores niveles de eficiencia en salud, sin embargo, desde la perspectiva de los Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología (CTS) cabe cuestionarse acerca de las contingencias que han llevado a la creación y adopción de tales tecnologías, así como de sus efectos. Por otro lado, en las últimas décadas el sistema de salud chileno ha sufrido una serie de transformaciones, dentro de las cuales un aspecto clave ha sido el establecimiento de un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) el que ha sido acompañado de la instalación de una nueva tecnología: El Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES). El presente trabajo da cuenta del proceso de implementación y uso del SIGGES. Como principales resultados se evidencia que esta tecnología no es neutral, sino que se alinea con la política, poniendo énfasis en la gestión por sobre los procesos de salud-enfermedad. Así mismo genera e invisibiliza nuevas formas de desigualdad en especial en contextos rurales. Se concluye que el SIGGES tiene cierta agencia política, como parte de una red heterogénea de actores, y por lo tanto, no se puede asumir a priori como un avance; se debe atender a qué nuevas realidades genera.

Palabras-clave: Sistemas informáticos; Políticas; Salud; Chile

Introducción

El proceso denominado genéricamente de reformas neoliberales en los Estados de Latinoamérica ocurrido durante finales de los años 70s y primera mitad de la década de los 80s, tuvo a Chile co-mo uno de sus exponentes paradigmáticos. El golpe militar de 1973 dejó un campo abierto inédito para la realización de modificaciones radicales dentro del Estado y la sociedad en general. Sobre la base de la relación entre modelo económico y modelo político, no sólo se trató de acuñar una alternativa radicalmente

¹ Profesor Auxiliar Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile, Doctor en Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona.

² Investigador Asociado Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, Magister en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

distinta a la “vía democrática al socialismo” del gobierno anterior, sino también a la totalidad de la institucionalidad vigente hasta entonces.

La ideología neoliberal cristaliza en un cuerpo conceptual que exalta la eficiencia del mercado como el mejor distribuidor de recursos dentro de la sociedad, al tiempo que culpa al Estado y su aparato burocrático de ineficiente, “obeso” y provocador de las 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 (Fleury, 1992; López, 1992; Tetelboin y Salinas, 1984).

Entre las consecuencias del nuevo ordenamiento en las políticas sociales, destaca que tanto el derecho a la salud como otros derechos sociales dejan de ser, conforme a la ideología político-económica que impregna la Constitución de 1980, finalidad del Estado, y son entregados a las contingencias de la economía de libre mercado.

A finales de la década de los 80’s la presión internacional junto con las masivas movilizaciones callejeras en el país, obligaron a los militares y sus aliados a procuraran “democratizar” el régimen mediante un llamado a plebiscito, en función de decidir mediante votación popular, la continuidad de Pinochet en el poder. Para ese efecto se conformó un bloque heterogéneo de partidos políticos en oposición al dictador, bautizado como *Concertación de Partidos por el “No”*, que reunió a partidos de izquierda más el partido Demócrata Cristiano. Así, el rasgo distintivo del término de la dictadura en Chile es su reemplazo por la llamada “transición democrática”, lo que significa que para su realización debió mantenerse dentro de los marcos establecidos previamente por la dictadura. La salida mediante el “consenso”, permitió a las fuerzas que apoyaban a los militares conservar una gran influencia y poder tanto en la esfera económica como en la política.

El plebiscito impidió la continuidad del dictador pero no la de su marco constitucional y legal; la Carta Constitucional de 1980 se mantiene hasta hoy como su máxima expresión (Delamaza, 2005).

Luego del triunfo del “No” a Pinochet en el plebiscito del año 1988, los partidos políticos constituyentes de la Concertación de partidos por el “No” conformaron una coalición ahora denominada *Concertación de partidos por la Democracia*, en adelante

la Concertación, que logró ganar 4 elecciones presidenciales sucesivas. Durante los gobiernos de *la Concertación*, Chile entró en un proceso que se ha denominado de *transición*, en el que se mantuvo un discurso que promovía la participación de la sociedad civil, como una estrategia para alcanzar mayores niveles de democracia. En torno a este discurso se han organizado la gestión y la ejecución de las políticas sociales, que a su vez, se presentan como estrategias para disminuir los niveles de desigualdad.

Sin embargo, las principales reformas que tuvieron lugar durante los gobiernos de *la Concertación*, en lo esencial, no implicaron transformaciones significativas en las lógicas mercantiles que en dictadura se apoderaron de muchos ámbitos. Del conjunto de tendencias establecidas durante el gobierno militar, es decir, la reducción del financiamiento, focalización, desconcentración, municipalización y privatización, sólo se modificó significativamente la primera, aumentando el gasto, y parcialmente la focalización, pero no se retomó la orientación universalista que tenían estas políticas hasta el año 1973, y se limitaron a establecer nuevos programas sin alterar la institucionalidad propia de la dictadura militar (Ominami, 2010; Delamaza, 2005).

Pese a lo anterior, la articulación de los discursos sobre participación ciudadana y los espacios de participación promovidos por las políticas sociales, configuran nuevas relaciones entre el Estado, las subjetividades y la sociedad civil. Esto, en el marco de un proceso de organización de los discursos de las políticas sociales universales y las exigencias del discurso neoliberal (Sandoval, 2002), que se estabiliza y legitima luego de la recuperación de la democracia. A partir de este proceso es posible entender la paulatina implementación de transformaciones en las políticas sociales que cuentan con legitimidad en una nueva sociedad democrática: la sociedad de consumo (ibíd., 2009).

En este marco *la Concertación* impulsó la reforma a la salud durante el gobierno de Ricardo Lagos. Ésta inicialmente se planteó como una respuesta a la grave crisis en el sistema de salud, producto de la política neoliberal heredada de la dictadura militar, y que llevó al sistema a un colapso y provocó grandes desigualdades sociales en el acceso (Sandoval, 2004).

Lo paradójico de la reforma a la salud, propuesta por el gobierno de Ricardo Lagos es que no cambia el espíritu o mentalidad neoliberal de las transformaciones hecha al sistema durante la dictadura militar, en tanto que mantienen sus estructuras. Al mismo tiempo, incorpora una serie de transformaciones en la definición del quehacer

del sector salud, en los objetivos sanitarios y en el modelo de atención (Ministerio de Salud 2002). Además conlleva a cambios en la organización de los aparatos estatales y privados que los gestionan.

En definitiva, la reforma a la salud, se tradujo en cinco leyes de las cuales nos referiremos a dos: Por un lado, se plantea una estrategia de priorización de los recursos, basada en una nueva forma de priorización de los problemas de salud, y por otro, se reformulan las estructuras y la organización del sector, tanto en lo público como en lo privado a fin de mejorar la gestión y la eficacia (Erazo, 2004). Es decir, más que una reforma a las políticas de salud heredadas de la dictadura, estas leyes suponen explicitar un cambio definitivo en la lógica de gobierno en el tema salud, ya que significan una reconfiguración tanto del ámbito de gobierno (la salud) como de la lógica que se debe utilizar para gobernar.

Se propuso continuar con la modernización del sistema público chileno, iniciado en dictadura, como una estrategia tendiente a brindar una mayor cobertura y terminar con las desigualdades en la atención. Esta estrategia se centró en garantizar la descentralización, territorialidad y especialización de las funciones, así como la mejora en su fiscalización. Se mantuvieron, por tanto, medidas adoptadas durante la dictadura militar coherentes con esta lógica, como la dependencia de la atención primaria de los municipios (traspasados en 1981 desde el gobierno central) y las Instituciones de Salud Provisional (creadas también en 1981).

El sistema se confirmó, como mixto (Aedo, 2001), es decir, se mantuvo un fondo de cotizaciones estatal y otro privado, así como centros de atención públicos y privados. Además los centros privados se integraron a los prestadores del sistema público.

A partir de estas reformas, las entidades estatales definen las acciones o prestación de servicios en salud pública, pero éstas pueden ser otorgadas tanto por centros de atención primaria (municipales), secundaria (dependientes directamente de un Servicio de Salud), como por privados. Además las entidades estatales definen los enfoques y características que deben tener los centros de atención pública. Esta caracterización no excluye a centros de atención privada que pueden otorgar prestaciones definidas por las autoridades estatales, incluso a los beneficiarios del

sistema público de salud, mediante un subsidio a la demanda y en la medida en que se ajusten a las exigencias definidas para las prestaciones.

La autoridad sanitaria debe gestionar la red asistencial de su territorio, haciendo uso de toda la oferta de servicios, tanto público como privado, a fin de asegurar que la mayor cantidad posible de problemas sean resueltos en la atención primaria y sólo los problemas más específicos lleguen a la atención secundaria. Esto supone una reconfiguración del espacio de gobierno: las acciones en salud ya no son propias de órganos del Estado y/o la población, sino que de una red de servicios públicos y privados. Esto haría necesario un mayor nivel de autonomía y flexibilidad tanto de los recursos humanos como financieros.

Todo lo anterior da cuenta de una nueva forma de entender el gobierno en salud; En Chile desde la década de 1940 se habían dado una serie de discusiones en torno a la salud, que giraban en torno a establecer 1) El rol del Estado y 2) el derecho a la salud pública (Parada, 2004). Ahora, estos puntos de tensión han sido subsumidos por una nueva lógica, en la cual el espacio de gobierno se ha convertido en una red, donde es difícil diferenciar qué es el Estado y qué no. Por otro lado, la salud ahora convertida en las condiciones de vida de las personas, hace difícil distinguir qué es lo que compete a las entidades encargadas de brindar atención en salud.

Un aspecto clave en la re definición del rol del Estado, y del derecho a la salud en el nuevo ordenamiento fue el establecimiento de un régimen de Garantías Explícitas en Salud (en adelante GES) el cual establece un paquete mínimo de prestaciones de acuerdo a diagnóstico y variables socio-demográficas, así como flujos de derivación entre los componentes de la red. Su finalidad es asegurar legalmente un protocolo de atención en salud a un determinado número de personas, de acuerdo a mecanismos de priorización de *condiciones de salud*, y criterios expertos y de costo-efectividad de los procedimientos. En este sentido no es universal. Además conjuga fondos de cotizaciones privados con el fondo estatal, así como centros de atención privados y públicos, bajo una misma lógica.

La implementación de este sistema GES ha sido objeto diferentes investigaciones (Olavarría, 2012), sin embargo, no se ha explorado mayormente desde una mirada de Estudios sociales de la Ciencia y la Tecnología, por lo que a continuación se intentará hacer una aproximación en este sentido.

Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) como tecnología de gobierno

Foucault (1979) desarrolla la noción de gubernamentalidad a partir de la premisa, de que las formas de gobierno político y el Estado, tal como los conocemos en la actualidad, son el resultado de un proceso reciente. Éste ha llevado a las sociedades modernas al modelos de Estado-gobierno, en la medida en que la población se ha considerado como sujeto de necesidades y aspiraciones y como objeto de la intervención del gobierno (Foucault, 1978). Desde aquí en adelante, no se trata de imponer leyes, sino de utilizar múltiples tácticas y disponer de las cosas para que una multiplicidad de fines sean alcanzados, lo cual nos lleva a reglas racionales que no tienen su fundamento en ideas cosmológicas, filosóficas o morales.

Desde esta perspectiva, Barry, Osborne y Rose (1996) proponen un marco conceptual para el análisis de la razón política o la mentalidad que, a través de diversos mecanismos, ha configurado nuestro presente; nuestras normas, nuestros imperativos éticos y nuestra subjetividad. Éste marco no pretende ser una teoría política o una propuesta ideológica, sino un enfoque que permita dar cuenta del conjunto de técnicas que se utilizan para gobernar en el presente, tanto en el cómo se ejerce el poder, como en el desde qué medios se expresa (De Marinis, 1999).

Rose (1997) describe las formas de gobierno de las décadas pasadas en Inglaterra, como propias una lógica de gobierno liberal, que corresponde a aquella destinada a gobernar a sujetos dotados de derechos reformulados en torno al libre mercado. Centrando su análisis en el *Welfare State* en Inglaterra del siglo XX propone que el gobierno liberal se caracteriza por una relación entre el gobierno y el conocimiento, y una definición del sujeto de gobierno: el conocimiento positivo sobre la conducta humana legitima acciones de gobierno, a través de diversos dispositivos. Éstos a su vez deben generar conocimiento acerca de cómo gobernar individuos libres. Por su parte, el sujeto de gobierno liberal asumirá de forma voluntaria obligaciones, y acciones de expertos sobre él, a fin de obtener un mayor provecho para sí.

Luego, el autor propone que a partir de las críticas al *Welfare State* en la década de 1980, surgen nuevas estrategias liberales llamadas avanzadas. Los expertos que

formaban parte del gobierno fueron cuestionados por hacer parte de “la máquina ideológica del estado”. Estas críticas darán forma a nuevas estrategias de gobierno que 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 debe ser transferido a la contabilidad y la gestión financiera ya que éstos pueden garantizar objetividad y neutralidad a la hora de evaluar las acciones. El sujeto de gobierno se configura como un ser libre y autónomo, que debe procurar maximizar sus capacidades y bienestar, por medio de elecciones en un mercado libre.

Lo anterior se traduce una desarticulación de las variadas tecnologías de gobierno desarrolladas durante el siglo XX y su mutación a una red de servicios públicos y privados, lo cual lleva a la configuración de una nueva forma del objeto de gobierno (lo que se gobierna), y con ello, del espacio de gobierno (desde dónde se gobierna). En este sentido, las formas de gestión de la vida, propias del *Welfare State*, o lo que Foucault (1977) denominó la *Biopolítica* se ha transformado. Es decir, la gestión de la vida de la población ha sufrido un dislocamiento que ha llevado a un cambio en la propia noción de vida (Hart y Negri 2001): ya no sólo se trata de procesos biológicos de la especie, sino de hacer vivir y controlar las condiciones de vida de los individuos. Para esto se requiere de nuevas formas de control que involucren nuevas formas de subjetivación. A partir de esta nueva lógica se deben entender también las transformaciones en el ámbito de la Salud.

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 unidos en la práctica.

Los principios a seguir en una sociedad se entienden dentro de las racionalidades políticas y la comprensión de las tecnologías de gobierno se centra en su polimorfismo, con lo que se puede acceder a formas menos evidentes de ejercicios de poder. Las tecnologías de gobierno son mecanismos, estrategias y procedimientos, que conectan las

aspiraciones de las autoridades y las actividades de los individuos, ya que se orientan a producir efectos determinados en las conductas de los otros.

Foucault propone que para comprender las experticias y técnicas que operan en la actualidad, es necesario pensarlas desde una perspectiva de racionalidad de gobierno, es decir, 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.

Las múltiples tácticas de gobierno que emergen de este nuevo discurso político son reunidas en un sólo pensamiento, lo que les otorga una coherencia lógica. Para Rose esta coherencia la ha otorgado el liberalismo, es decir, la idea de que el sujeto libre sólo es posible en cierta condición social y cultural. Así la economía habría llegado a ser el objeto y el blanco de los programas políticos, no sólo como una teoría, sino que como el despliegue de tecnologías de gobierno.

En Chile, tal como se esbozó en el apartado anterior estos cambios se expresan en los nuevos criterios para priorizar los problemas en salud. A partir de 2002 se comenzó a elaborar un plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que finalmente resultó en una nueva forma de priorizar los problemas de salud basada en un nuevo indicador (AVISA), que se establece en relación a los años de vida productivos saludables, y por tanto, considera no sólo la mortalidad, sino que además todo aquello que pueda ocasionar pérdida de años productivos de una persona (Arrau, 2002). Se prioriza la atención de ciertos sujetos, según su diagnóstico, edad y sexo en pro de maximizar sus años de vida productivos saludables. Es decir, el criterio económico no sólo está presente en la forma de administración del sistema de salud, sino que en la definición misma de lo que es el ámbito a intervenir, que ahora se define en términos de productividad de las personas.

Al mirar cómo esta política se ha implementado, desde un acercamiento etnográfico, resulta evidente que un elemento fundamental ha sido el despliegue de nuevas tecnologías de gobierno que permitieron darle seguimiento al cumplimiento de los protocolos. En el siguiente apartado se da cuenta de las bases metodológicas que guiaron la presente investigación y cómo el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (en adelante SIGGES) emergió en el proceso como un elemento clave para articular la lógica neo liberal con las prácticas en salud.

La etnografía del dispositivo y los sistemas informáticos en salud

En un orden neo liberal los modos de organización del trabajo se encuentran fuertemente controladas por una serie estrategias de gestión (Pulido, 2007; Sisto, 2009; Soto, 2009) no solo en el campo de lo privado, sino que también en la administración pública (Ascorra, 2010; Spink, 2009; Thomas & Davies, 2005).

A fin de facilitar el desarrollo de un modo concreto y empírico de acercamiento a las tecnologías de gestión, y su análisis como prácticas de gobierno, Sisto y Zelaya (2013) desarrollan lo que han denominado *Etnografía de Dispositivos*. Ésta perspectiva de investigación se inscribe en la tradición etnográfica, y busca abordar los dispositivos de gestión y su devenir como mecanismos estratégicos para disponer de las cosas de manera de alcanzar determinados fines de gobierno. Como propuesta adopta algunos de los aportes recientes de los estudios de la gubernamentalidad y la sociología económica inspirada por la Teoría del Actor Red (TAR) (Mackenzie, Muniesa & Su, 2007; Muniesa, Millo & Callon, 2007). En relación a lo primero ya hemos enunciado los aspectos centrales en el apartado anterior. Respecto de lo segundo haremos una breve referencia:

En la etnografía tradicional el foco está puesto en la relación entre personas en un contexto y en los significados que el grupo comparte. A diferencia de esto, la TAR propone un cierto desplazamiento de la mirada hacia los heterogéneos modos en que los agentes humanos y no humanos se conectan, definiéndose mutuamente, estableciendo posiciones y generando acciones. Entonces más que poner atención a los “significados culturales compartidos por un grupo social” (Hammersley & Atkinson, 2005, p. 15) se debe analizar “una textura de conexiones en acción” (Keevers et al., 2012, p. 118).

El énfasis se pone en los ensambles sociotécnicos que alinean a sujetos, artefactos y otros dispositivos, y en cómo estos se entrelazan y despliegan. Esto requiere entender la agencia como una propiedad distribuida entre humanos y no humanos, además de un abandono a la idea dicotómica que ha perfilado la relación entre el mundo social y material.

Por otra parte, desde las ciencias vinculadas al cuidado en salud, también se han desarrollado acercamientos en esta línea, en específico en relación a sistemas

informáticos de pacientes, o lo que se conoce como *fichas clínicas electrónicas*. Éstas nuevas tecnologías en salud, a diferencia de lo que se cree, no son neutrales, sino que están directamente vinculados a procesos de cambio organizacional, en específico a la adopción de modelos que estandarizan las acciones y ponen al paciente como un cliente (Berg 1999). Además la estandarización de las acciones en salud a través de sistemas informáticos, no implican necesariamente una optimización del trabajo en salud, pero si modifican las acciones que realizan los trabajadores del sector, y con ello las rutinas y la organización (Halfors, 2010). Pese a lo anterior, el uso de nuevas tecnologías en salud, en este caso, de plataformas informáticas, se presentan habitualmente en el marco de un pensamiento teleológico, de manera 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).

Siguiendo a Bruni (2005), para el diseño de la presente investigación se consideró situaciones organizacionales tales como reuniones y rutinas de actividad, y relaciones interpersonales desarrolladas en ámbitos cotidianos del trabajo en salud en tres localidades del sur de Chile. Además se realizaron entrevistas con actores clave.

En esta primera etapa se determinó un nivel regional y uno comunal y se consideraron redes asistenciales de Talcahuano, Valdivia y Cochamó, dentro de las cuales, en los primeros casos se tomaron en cuenta hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar y Comunitaria (CESFAM), administrados por la municipalidad. En el tercer caso se consideró una posta rural. Además se entrevistó a directivos del nivel regional: Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) y Servicio de Salud.

Del universo de profesionales de la salud, se seleccionó informantes que fueron clasificados en directivos institucionales, directivos gremiales, trabajadores y profesionales. Además se entrevistó a usuarios.

Así fue posible identificar un instrumento de gestión en particular, el SIGGES. Éste se consideró relevante, dado que se encontraba presente en la mayoría de las conexiones que demandaban ciertas acciones para los actores y/o prohibían otras, haciendo que determinadas relaciones fuesen mantenidas y/o modificadas. Actualmente la investigación se encuentra en un abordaje del SIGGES como un dispositivo propiamente tal, y se espera continuar poniendo atención a cómo se articula con otros

objetos y sujetos, y a las conexiones y negociaciones que se desarrollan en estos procesos.

El SIGGES es una plataforma electrónica que articula múltiples actores: postas rurales, centros de salud familiar (CESFAM), hospitales, Superintendencia de Salud, FONASA, entre otros. Incluso los usuarios, a través internet, pueden acceder al Sistema. Así, permite seguir la trayectoria de atención de los usuarios desde que son notificados como beneficiarios del GES, y monitorear el cumplimiento de los tiempos máximos de espera definidos por ley.

Resultados preliminares

En el presente trabajo surge de un proyecto que buscaba conocer, desde una perspectiva crítica, el proceso de implementación de las Reforma a la Salud en Chile, iniciada entre los años 2002 y 2004. En este proceso surge la necesidad de incorporar las tecnologías de gestión en especial aquellas relacionadas con una plataforma informática que articula a los diferentes actores en torno al aseguramiento de protocolos de acción garantizados.

En las observaciones de campo se constató cómo estos protocolos cobran existencia en la medida en que están vinculados a un sistema informático y cómo las acciones en salud son modificadas a partir de la interacción con dicho sistema. Luego, durante las entrevistas con diferentes actores, esto cobra aún mayor importancia.

A nivel de directivos en el nivel regional, el SIGGES es 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.

Del extracto anterior se puede rescatar 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 de gestión de la información clínica del paciente, sino que de un sistema hecho para un proceso de gestión: provisión de servicios, costos, facturación, etc. Pero además, esta tecnología impacta en las prácticas y en las rutinas de los encargados de llevar a cabo la implementación de la política:

[...] 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, 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 como 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.

Por otra parte, 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, genera información sobre lo que está fuera del marco, es decir, las desviaciones del sistema. Una de las más significativas son las *Listas de Espera*, es decir, el listado de todos los pacientes que, cumpliendo con los criterios para tener Garantías de atención en determinados plazos, no lo están siendo. Estas listas de espera son por lo tanto un indicador de las 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 logro en la medida en que se reducen o desaparecen. De esta forma gran parte de las acciones en salud se vuelcan a disminuir o eliminar las *Listas de Espera*. En este proceso los trabajadores y profesionales de la salud encuentran que el SIGGES no ayuda al logro de los objetivos propuestos por la política.

[...] tu puedes llamar al paciente efectivamente dos o tres veces y si no está lo borras. (...) uno tiene que creer que llamaron esas veces, y lo borraban, (...). En Chile somos especialistas para colocarle nombres, son "exceptuados", y significa que si estaban 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.

Por otra parte, en los sectores de la población, donde la red asistencial no cuenta con los medios para ser parte de esta plataforma informática, toda la política se ve como algo lejano e imposible. En este sentido la estrecha vinculación entre la implementación de la política y la tecnología, hace que la primera pierda consistencia cuando no hay acceso a la segunda.

[...] 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 Posta Rural Cochamó.

Además de este distanciamiento de la política de ciertos contextos, mediada por la falta de acceso a la tecnología, la política en sí misma aparece como algo que no se ajusta a los contextos rurales, ya que asume condiciones materiales propias de un contexto urbano. En este sentido, la lógica de gobierno no sólo asume la tecnología del SIGGES, sino que ésta es una más de muchas otras que se han instaurado como algo dado a la hora de pensar cómo gobernar a la población.

Yo tendría que ir a la ciudad a hacerme un chequeo y no me cobran por esa atención, porque ya está declarado que yo me tengo que hacer chequeos de por vida (...) [gastaré] los pasajes y la comida. Y dormir quizá. Me gasto como 100 mil pesos. Usuario Posta Cochamó.

Por último, a partir del ejercicio propuesto por Bruni (2005), nos encontramos actualmente recogiendo información de actores claves que participaron en el diseño e implementación del SIGGES. En este proceso hemos descubierto que, a diferencia de lo que se suele pensar, el desarrollo de esta plataforma fue a la par del diseño de la política, es decir, política y tecnologías se fueron confeccionando mutuamente. En este sentido, la tecnología y la política están imbricadas la una con la otra.

Para finalizar, un extracto de entrevista que deja entre ver cómo el SIGGES tiene agencia en las políticas en salud, a tal punto que se le ve como una entidad con poder en sí mismo.

[...] 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.

Conclusiones preliminares

Se evidencia que el SIGGES es central para la ejecución del GES, en el contexto de una compleja y extensa red que integra a distintos niveles y prestadores de servicios de salud diseminados por el territorio. Al mismo tiempo, se evidencia que su debilidad está en su incapacidad para llegar a los usuarios y establecimientos de salud de las zonas de mayor aislamiento que no tienen acceso a Internet. Con esto se reproduce su condición de exclusión social, lo que es contradictorio con uno de objetivos de la reforma: lograr un estándar nacional de atención que supere las brechas de acceso. Sin embargo, esto mismo permite que la política sea cuestionada e incluso se ponga en duda.

Por otra parte, un hallazgo que queda aún por desarrollar es que los distintos actores negocian los criterios de incorporación al SIGGES prolongando los plazos de atención.

A modo de conclusión proponemos que es necesaria una mayor comprensión del SIGGES como una tecnología política cuya finalidad es configurar listas de espera priorizadas para usuarios GES. Esto requiere considerar la heterogeneidad de las tecnologías y sus contextos de aplicación, es decir, entendiendo que son el resultado de una gran diversidad de actores y realidades donde ninguno tiene el control completo sobre el otro.

Referencias Bibliográficas

Aedo, C. (2001). Las reformas en la salud en Chile. En Larraín, F. y Vergara, R. (ed.) La transformación económica de Chile (pp. 605-640). Santiago de Chile: Andros.

Arrau, F. (2002). Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), eje de la actual reforma a la salud de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Comité de Estudios de Anticipación.

Ascorra, P. (2010). Aportes de las ciencias sociales al Nuevo Management. *Psicoperspectivas*, 9(1), 1-6.

Barry, A.; Osborne, T. & Rose, N. (1996). Introducción. En Barry A.; Osborne T; y Rose N. (eds.), *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government* (pp. 1-18). London: University College.

Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics* 55 (1999) 87–101

Bruni, A. (2005). Shadowing software and clinical records. *Organization*, 12(3), 357-378.

Bruun, C. (2005) An Experiment in Performative History: Electronic Patient Records as a Future-Generating. *Device Social Studies of Science*, Vol. 35, No. 2 (Apr., 2005), pp. 241-267

Delamaza, G. (2005). *Tan Lejos tan cerca: Políticas públicas y sociedad civil en Chile*. (1° ed.). San-tiago: LOM.

De Marinis P. (1999). Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos. En Ramos, R; Torres, F; García, S. *Globalización, riesgo y reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea* (pp. 73-103). Centro de Investigaciones Sociológicas.

Erazo, Á. (2004). La reforma de la salud: una obligación social. *FORO*, septiembre, 8-10.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

_____ (1978). *La gubernamentalidad*. Madrid: La Piqueta.

_____ (1979). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Halford, S., Obstfelder, A, & Lotherington, A. T. (2010). Changing the record: the inter-professional, subjective and embodied effects of electronic patient records. *New Technology, Work and Employment*. 25:3

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2005). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- Hardt, M. y Negri, A. (2001). *Império*. Sao Paulo: Record.
- Keevers, L., Treleaven, L., Sykes, C. & Darcy, M. (2012). Made to measure: Taming practices with resultsbased accountability. *Organization Studies*, 33(1), 97-120.
- Mackenzie, D., Muniesa, F. & Sui, L. (2007). *Do economists make markets?* Princeton: Princeton University Press.
- MINISTERIO DE SALUD (2002). *Objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010*. Gobierno de Chile.
- Muniesa, F., Millo, Y. & Callon, M. (2007). An introduction to market devices. En M. Callon, Y. Millo & F. Muniesa (Eds.), *Market devices* (pp. 1-12). Malden, MA: Blackwell.
- Olavarría, M. (2012). Ed. *¿Cómo se formulan las Políticas Públicas en Chile? Tomo 2. El plan AUGE y la reforma de la Salud*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
- Ominami, C. (2010). Chile: una transición paradójica. Notas para un examen crítico. En Y. Quiroga y J. Ensignia (Eds.), *Chile en la Concertación (1990 - 2010): Una mirada crítica, balance y perspectivas* (1° ed., Vol. II, pp. 21-63). Chile: Friedrich Ebert Stiftung. Recuperado el 6 de Julio del 2013 de: <http://www.fes.cl>.
- Parada, M. (2004). *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico*. Disertación (Doctorado) Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid.
- Pulido, H. (2007). Produciendo trabajadores modernos: conocimiento psicológico y el mundo del trabajo en el sur. *Universitas Psychologica*, 6(1), 27-38.
- Rose, N. (1997). El gobierno de las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo, *Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura*, verano. p. 25-40.
- Sandoval, J. (2002) Ciudadanía, “gobierno” de la subjetividad y políticas sociales. *Última Década* 17, 161-177.
- Sandoval, H. (2004) El proceso de reforma de la salud en Chile, en HARDY, C. (ed.), *Sociedades latinoamericanas y políticas sociales. Equidad y protección social* (pp. 179-198). Santiago de Chile: LOM.

Sisto, V. (2009). Cambios en el trabajo, identidad e inclusión social en Chile: desafíos para la investigación. *Universum*, 24(2), 192-216.

Sisto, V. y Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1345-1354. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.edha

Soto, A. (2009). Formas y tensiones de los procesos de individualización en el mundo del trabajo. *Psicoperspectivas*, 8(2), 102-119.

Spink, P. (2009). Los psicólogos y las políticas públicas en América Latina: el big mac y los caballos de Troia. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 8(2), 12-34.

Tetelboin, C. y Salinas, D. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. *Estudios Sociológicos*, 11(2-3).

Thomas, R. & Davies, A. (2005). Theorizing the micropolitics of resistance: New public management and managerial identities in the UK public services. *Organization Studies*, 26(5), 683-706.