UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Herramientas digitales para la gestión pública: una aproximación acerca del uso de Sistemas de Información en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Camila Iglesias Moreira
Tutora: Laura Vecinday

2022

Índice

Introducción 4

Fundamentación 7

Breve reseña acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Programa Salud.uy 9

Capítulo primero
Contexto sociohistórico y principales antecedentes de tecnificación de las estrategias preventivistas 13

Capítulo segundo
Algunas claves para comprender el papel de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y los Sistemas de Información 18

Capítulo tercero
Centralidad de los Sistemas de Información para la gestión preventiva de los problemas sociales 27

Reflexiones finales 35

Bibliografía 39

Fuentes documentales 44

Glosario

AGESIC. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento
APS. Atención Primaria en Salud
ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado
AUD. Agenda Uruguay Digital
BID. Banco Interamericano de Desarrollo
BPS. Banco de Previsión Social
CEAMEX. Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extra Hospitalaria
CEIBAL. Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea
CEPAL. Comisión Económica para América Latina.
CERTuy. Centro Nacional de Respuesta a Incidentes de Seguridad Informática del Uruguay
CIES. Cámara de Instituciones y Empresas de la Salud
CMSI. Cumbre Mundial de Sociedad de la Información
CMU. Colegio Médico del Uruguay
ELAC. Agenda digital para América Latina y el Caribe
FCS. Facultad de Ciencias Sociales
FENF. Facultad de Enfermería
FEPREMI. Federación de Prestadores Médicos del Interior
FING. Facultad de Ingeniería
FMED. Facultad de Medicina
FONASA. Fondo Nacional de Salud
HCE. Historia Clínica Electrónica
HCEN. Historia Clínica Electrónica Nacional
HCEO. Historia Clínica Electrónica Oncológica
IHTSDO. International Health Terminology Standards Development Organisation
INE. Instituto Nacional de Estadística
JUNASA. Junta Nacional de Salud
MEF. Ministerio de Economía y Finanzas
MNUSPP. Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
MSP. Ministerio de Salud Pública
OMS. Organización Mundial de la Salud
ONU. Organización de las Naciones Unidas

PIT-CNT. Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT) y Convención Nacional Trabajadores (CNT)

PNS. Plataforma Nacional de Salud

PSBE. Programa de Salud Bucal Escolar

PSVE. Programa de Salud Visual Escolar

PTRC. Programas de Transferencia de Renta Condicionada

RCE. Registro Clínico Electrónico

RIDI. Red Integrada de Diagnóstico por Imagen

SGHC. Sistema de Gestión de Historias Clínicas

SI. Sistema de Información

SIPS. Sistemas de Información para la Protección Social

SMU. Sindicato Médico del Uruguay

SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud

SNOMED CT. Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms

SS. Servicio Social

SUEIIDISS. Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de Datos e Información de Servicios de Salud

TICs. Tecnologías de la Información y Comunicación

TS. Trabajo Social

TUS. Tarjeta Uruguay Social

UCI. Unidades de Cuidados Intensivos

UMU. Unión de la Mutualidad

Introducción

El documento que se desarrolla a continuación constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, plan 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La monografía pretende reflexionar acerca del uso de Sistemas de Información (SI) en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Puntualmente, interesa cuestionar la delgada línea que existe entre la protección y el control en el sistema de salud uruguayo, para esto se escoge una herramienta digital específica: el Programa Salud.uy.

El tema central de la monografía surge a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas en el marco del Proyecto Integral Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional en distintas policlínicas barriales de Montevideo pertenecientes a la Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y, a su vez, por cursos de grado optativos que han generado un profundo interés en la temática.

El objetivo general de la monografía es problematizar acerca del uso de Sistemas de Información en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
Los objetivos específicos son los siguientes:

- Reflexionar acerca del uso de la herramienta digital Salud.uy y la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Identificar las principales funciones y efectos de los sistemas de información.
- Analizar los efectos de los sistemas de información en el sistema de salud uruguayo y en la gestión de políticas públicas de salud.

Teniendo en cuenta el objeto de estudio y los objetivos propuestos, la presente monografía se corresponde con un enfoque teórico metodológico de carácter cualitativo. Se pretende realizar un estudio descriptivo exploratorio (Batthyany y Cabrera, 2011) en base a una revisión bibliográfica y documental acerca de los temas en curso.

La revisión bibliográfica consiste en una búsqueda de información que "...permita ubicar tanto en términos teóricos como de contexto socio-histórico a las preguntas y temáticas sobre las que se quiere investigar." (Batthyany y Cabrera, 2011, pág. 24). Es así, que se utilizan

distintas fuentes documentales y referencias bibliográficas para fundamentar teóricamente el tema en curso.

El texto se divide en tres capítulos. Antes del comienzo de los capítulos se realiza una breve descripción acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, el cual se establece como tal en 2007 luego de un largo proceso de reforma y el Programa Salud.uy que es creado en 2012 por Presidencia de la República en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC).

En el primer capítulo, con el fin de profundizar en la delimitación del caso se presenta brevemente el proceso de construcción histórica-política del preventivismo como forma de gestión poblacional y modelo de asistencia en Uruguay. Resulta primordial introducir el preventivismo ya que el desarrollo de artefactos como los Sistemas de Información para la Protección Social (SIPS) está genéticamente entrelazado al preventivismo, en otras palabras, los sistemas de información son una herramienta auxiliar para el desarrollo de estrategias preventivistas.

En el segundo capítulo se realiza un primer acercamiento al papel de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y especialmente a los Sistemas de Información. Se analizan sus funciones y efectos más generales.

En el tercer apartado, se profundiza en la centralidad de los Sistemas de Información para la gestión pública. En este punto se identifican funciones y efectos más específicos de los SI y su especial contribución al desarrollo de las estrategias preventivistas: vigilancia poblacional e individual, sospecha categorial, trazabilidad, seguimiento de trayectorias (supervisión individualizada), entre otros.

Por último, se presentan las reflexiones finales y algunas interrogantes que se derivan luego del análisis planteado.

Como se ampliará en el siguiente apartado, es importante destacar que la fundamentación del tema a desarrollar está asociada a la preocupación por cómo las nuevas tecnologías permean las prácticas profesionales, incluyendo la práctica del Trabajo Social, es por esto que se

plantea en esta monografía la importancia de conocer las nuevas herramientas para construir prácticas más autónomas y reflexivas.

Fundamentación

Según establece el Plan de Estudios de la Facultad de Ciencias Sociales (2009), "El Trabajo Social construye su espacio profesional a partir de una problematización de las necesidades humanas, los procesos de colectivización y las formas sociales de satisfacción…" (pág. 42). A su vez, la intervención profesional se construye por tres dimensiones: investigativa, socio-educativa, asistencial, transversalizadas por una dimensión ético política (Claramunt, 2009).

A partir de este punto y tomando en cuenta la experiencia de las prácticas pre-profesionales mencionadas anteriormente, es importante dejar en claro que todo el análisis propuesto en este documento se realiza desde los aportes del Trabajo Social como

> un profesional informado, crítico y propositivo con capacidad para desarrollar procesos de intervención e investigación a través de la integración de componentes teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales y de la disciplina en particular… (Plan de Estudios de la FCS, 2009, p. 43).

En relación a lo anterior y centrándonos en la relevancia académica del tema, interesa aquí pensar en el Trabajo Social como una profesión habituada al registro y uso de información personal, en dónde el uso de las TICs y en la puesta en práctica de determinados sistemas genera una serie de inquietudes profesionales, especialmente en lo que se refiere al control, trazabilidad, confidencialidad y opacidad en el manejo de información personal. En otras palabras, la amplia red de posibilidades que introduce el uso de las TICs en la práctica del TS, al mismo tiempo que genera y facilita un sin fin de cuestiones, también tiene un "lado b" que produce en contrapartida un conjunto de inquietudes para el Trabajo Social.

Dicho esto, la motivación por la cual se elige el tema a desarrollar adquiere relevancia social debido al escaso cuestionamiento que existe acerca del uso de Sistemas de Información especialmente en el área de la salud, puntualmente en la manipulación de lo que generalmente referimos como "datos sensibles". Según establece el Art. 4, inciso E, de la ley N° 18.331 los datos sensibles son "... datos personales que revelen origen racial y etnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e informaciones referentes a la salud o a la vida sexual.". Por su parte, los datos relativos a la salud son informaciones que tratan los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan -o

que hubiesen acudido alguna vez- a los establecimientos sanitarios públicos o privados. Estos datos son tratados por los profesionales de la salud, quienes deben respetar los principios del secreto profesional, la legislación sanitaria y la normativa específica en relación a la protección de datos (Fuente: Art. 19, Ley N° 18.331).

Si bien Uruguay es un país que en materia de protección de datos personales tiene un gran avance, reconoce el derecho a la Protección de Datos Personales como un derecho fundamental amparado en el Art. 72 de la Constitución de la República y en la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales, e incluso en 2012 fue declarado "adecuado" en la Protección de Datos por la Unión Europea[1], aún resta mucho por pensar en relación al tema. Más aún en un contexto de desarrollo tecnológico continuo, cuando las informaciones producidas en la relación cara a cara se desanclan permanentemente del contexto de producción en el que surgieron.

Por lo tanto, en este documento interesa detenerse a pensar en la historia clínica de cada individuo en el sistema de salud. Se parte desde la base que los datos en salud y la historia clínica tienen un rol particular en la vida cotidiana (Heller, 2002) y de ello depende en gran medida la atención en salud, por esta razón se elige el Programa Salud.uy como un disparador para la posterior reflexión teórico-crítica y ético-política.

[1] (Diario Oficial de la Unión Europea, 2012).

Breve reseña acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Programa Salud.uy

Para comenzar resulta pertinente realizar una breve descripción acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Programa Salud.uy.

Sistema Nacional Integrado de Salud

Uruguay desde el 2005, luego de la llegada de un gobierno progresista, atraviesa una serie de reformas de distinta índole (educativa, tributaria, laboral, red de protección social, salud, etc). La reforma del sistema de salud produjo la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2008). Esta reforma se inspiró en declaraciones de gran pronunciamiento internacional en salud como la declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.

Dentro de los principales lineamientos de la reforma se proponen cambios en el modelo asistencial, en el modelo de financiación y en el modelo de gestión en busca de asegurar la cobertura de salud para toda la población uruguaya. Al mismo tiempo, se establece que,

> …el sistema funcionará sobre la base de la complementación de los servicios públicos y privados para garantizar la atención integral y de calidad, teniendo como estrategia global la Atención Primaria en Salud. Además, establece que el Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, que contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, empresas públicas y privadas y de los hogares beneficiarios del SNIS (...) El segundo paso es la ley 18131, aprobada en Mayo de 2007, que crea el Fondo Nacional de Salud (Fuente: Gónzalez y Olesker, s/f).

La creación del SNIS determina que tanto las entidades públicas y/o privadas están obligadas a implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia común de políticas, programas, acciones de promoción, protección, prevención, rehabilitación -entre otros- de la salud de sus usuarios. Es por esto que la estructura del sistema se divide en tres niveles: un primer nivel de atención, un segundo nivel de atención y un tercer nivel de atención (Fuente: Gónzalez y Olesker, s/f).

Actualmente, la cobertura de salud en Uruguay se hace mediante la elección de personas a un prestador integral público (ASSE, Hospital Policial, Hospital Militar) o privado (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o Seguro Privado Integral) (Fuente: Gónzalez y Olesker s/f).

Programa Salud.uy

El Programa Salud.uy es una herramienta de salud digital que promueve el uso intensivo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en el sistema de salud uruguayo. Fue creado en 2012 por Presidencia de la República en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) (Fuente: Salud.uy, 2022).

Salud.uy plantea un modelo de gobernanza compartida entre un comité de dirección, un consejo asesor y otros grupos asesores especializados en sistemas de información médica.

El comité de dirección está compuesto por los integrantes mencionados anteriormente y la Junta Nacional de Salud (JUNASA). A su vez, otros organismos participan en el Consejo Asesor en la toma de definiciones estratégicas en el área de la informática médica, instalando así un ámbito de intercambio y cooperación para conformar y consolidar un sistema que articule políticas nacionales de salud entre todos los actores públicos y privados. Entre ellos se encuentran: Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Banco de Previsión Social (BPS), Cámara de Prestadores de Salud (CIES – UMU), Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extra Hospitalaria (CEAMEX), Colegio Médico del Uruguay (CMU), Facultad de Enfermería (FENF), Facultad de Ingeniería (FING), Facultad de Medicina (FMED), Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI), Fondo Nacional de Recursos (FNR), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de Datos e Información de Servicios de Salud (SUEIIDISS), Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), Representantes del Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT) y Convención Nacional Trabajadores (CNT), entre otros.

El comité y el consejo "... tiene como cometidos definir y aprobar la política y la estrategia generales, establecer las prioridades, controlar y aprobar el presupuesto y las inversiones y

validar y dar seguimiento a los diferentes proyectos que integran el portafolio del programa." (Fuente: Salud.uy, 2022).

Por otro lado, los grupos asesores especializados "...se integran con delegados de las organizaciones más directamente vinculadas con el área específica" (Fuente: Salud.uy, 2022). Además, especialmente tienen como cometido colaborar con la estrategia de implementación a nivel nacional de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) y desarrollar herramientas y proyectos específicos con el fin de contribuir a la promoción de salud.

Este programa ha definido lineamientos de informática médica así como ha establecido también los cometidos técnicos y regulatorios para hacer posible y segura la HCEN. La HCEN permite que el equipo de salud pueda acceder a la historia clínica o información de cada persona en tiempo real y desde cualquier punto del país, contribuyendo a una atención de mejor calidad (Fuente: Salud.uy, 2022).

La HCEN tiene como objetivo contribuir al desarrollo de una Plataforma Nacional de Salud (PNS) con el fin de ampliar su soporte de información para dar cumplimiento a los cometidos del SNIS mencionados en el subtítulo anterior. Es decir, Salud.uy y la HCEN son creadas para fortalecer el SNIS y contribuir a mejorar el acceso a la salud de calidad en todo el territorio uruguayo. En otras palabras, interconecta a todos los prestadores de salud del país, es una red clave para el intercambio de información clínica, está disponible y monitoreada las 24hrs y auditada por el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes de Seguridad Informática (CERTuy) (Fuente: Salud.uy, 2022).

Para el intercambio de información permanente, Salud.uy y la HCEN contribuyen a facilitar la calidad del registro de la información asistencial y su nivel de análisis, para esto, articulan y utilizan un diccionario terminológico común a todo el SNIS (Fuente: Salud.uy, 2022).
El diccionario terminológico "...requiere del uso de vocabularios comunes, normalizados y disponibles para los prestadores de salud involucrados dentro de los procesos de interoperabilidad…" (Salud.uy, 2022). En este marco, Salud.uy utiliza la SNOMED CT,

> La SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) es la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. Uruguay es miembro de la International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) desde 2013. La

> IHTSDO es una organización internacional que promueve, actualiza y mantiene el uso de SNOMED CT (Fuente: Salud.uy, 2022)

En síntesis, en la actualidad en la atención sanitaria, la relación médico-paciente y la práctica médica en sí misma se verá permeada -al igual que otras profesiones- por el auge de los sistemas de información. La práctica médica entonces comienza a estar mediada por algunos nuevos -y viejos- recursos fundamentales, tales como: una base de datos de la población identificada en el sistema de salud, un diccionario de medicamentos y terminologías médicas, un catálogo de servicios y prestaciones del sistema de salud, entre otros. Por nuevos y viejos recursos fundamentales nos referimos aquí a que son instrumentos que son de larga data en el ámbito médico pero se han colonizado en cierta forma por el desarrollo de las TICs; hay una tecnificación creciente en los procedimientos.

Capítulo primero

Contexto sociohistórico y principales antecedentes de tecnificación de las estrategias preventivistas

> Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder (Foucault, 1996, p. 172).

Con el fin de profundizar en la delimitación del caso conviene recuperar brevemente el proceso de construcción histórica-política del preventivismo como forma de gestión poblacional y modelo de asistencia en Uruguay.

Resulta fundamental en esta monografía evidenciar cómo el desarrollo de artefactos como los SIPS están genéticamente entrelazados al preventivismo como forma de gestión. Los SIPS son herramientas auxiliares para desarrollar estrategias preventivistas, a través de estos sistemas es posible situar a los individuos en campos documentales y al hacerlo se vuelven visibles, permite la trazabilidad de la información y/o el accionar sobre distintas categorías pudiendo realizar diagnóstico y pronóstico de cada individuo en concreto y/o de un grupo en específico.

Para comenzar, es importante tener presente que la reorientación en la gestión de lo social tiene sus antecedentes en el modelo higienista de mediados de siglo XIX y comienzos del siglo XX. Esto se asocia básicamente a nuevas formas de atender problemáticas sociales desde el saber del campo médico-sanitario. Por campo sanitario se entiende lo que Mitjavila (1998) define como:

> el espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública, medicina social, y otras disciplinas biomédicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud-enfermedad. El estudio de dicho proceso y sus funciones aparece como una forma pertinente de realizar el análisis del surgimiento de profesiones que se encuentran genéticamente ligadas al campo. (p. 16)

Así pues, en esta nueva orientación, la noción de riesgo "...está asociado, no a la indicación de situaciones atribuibles a los individuos, sino como indicador de situaciones poblacionales." (Ortega, 2008, p.42). En este sentido, se recodifican los problemas sociales vinculados principalmente a las condiciones de vida de las familias más pobres en pos de una mirada fuertemente higienista, basada especialmente en el desarrollo de la bacteriología.

A su vez, estos cambios fueron acompañados de la creación de nuevas instituciones de carácter inspectivo para el control de las enfermedades infecciosas (nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, formación de nuevos agentes sanitarios) que funcionaron impulsando un conjunto de medidas sobre la sociedad y principalmente tomando las viviendas, escuelas, fábricas, como un lugar central de intervención. Aquí entonces se instala en el discurso que la higiene es la condición previa a la salud, "La salud fue equiparada con el poder sobre el cuerpo, es decir, con el cuerpo al servicio de una vida laboriosa y larga y no de sí mismo." (Barrán, 1990, p. 50). Esto demostró e implicó una expansión del campo médico-sanitario a distintos ámbitos de la sociedad en los que anteriormente no intervenía (Ortega, 2008).

Posteriormente, a mediados del siglo XX, Uruguay atraviesa una serie de modificaciones en el modelo de intervención social y en el campo de la protección social. Especialmente durante el gobierno batllista (1940-1960) se suceden una serie de cambios en las esferas política-social y económica, que, se vinculan a su vez, con una fuerte impronta de la autoridad médica. En otras palabras, los cambios se acompañan de un gran expansión de los procesos de medicalización de la vida social (Menéndez 1985; Mitjavila, 1992). Además, este período coincide con el proceso de institucionalización del Servicio Social como profesión en nuestro país (Ortega y Mitjavila, 2005).

Dicho esto, antes de continuar resulta conveniente traer a colación a Mitjavila (1998) quien afirma que los procesos de medicalización de la vida social son un aspecto central de la modernidad. Rápidamente, estos procesos pueden ser definidos como "...la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos." (Portillo, 1993, pág. 17) en áreas de la vida que anteriormente eran totalmente externas al campo médico. Estos procesos implican la creación de mecanismos de intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia (Ortega y Vecinday, 2009).

Según Freidson (1986) en Ortega y Mitjavila (2005) "...cualquier estudio con pretensiones explicativas sobre el espacio profesional del Servicio Social no debe realizarse en forma aislada de la sociedad de la cual forma parte y de la que constituye una expresión." (p. 212). Por lo tanto, interesa enfatizar que el Servicio Social se encuentra entre los nuevos agentes sanitarios definidos en la época asociadas a estrategias disciplinadoras que se constituyeron como parte del proceso de medicalización y, como se dijo anteriormente, estos procesos participan en la institucionalización creciente del Servicio Social. Al mismo tiempo, los procesos de medicalización de la vida social evidencian "... el inmenso poder de la medicina, demostrado a lo largo de su historia, para determinar el nacimiento de otras profesiones y las condiciones bajo las cuales sus miembros podrán recibir la acreditación del ejercicio profesional." (Starr, citado en Ortega y Mitjavila, 2005, p. 217).

En síntesis, a mediados del siglo XX se configura un cambio en la manera de leer los problemas sociales desde el ámbito de la salud. El saber médico comenzaba a definir un nuevo modelo de intervención social basado en la "individualización" y "familiarización" (Mitjavila y Da Silva, 2004) de los problemas sociales. Nace una nueva idea de concebir los factores de riesgo sanitarios "...caracterizada por la "endogenización" progresiva de los modelos etiológicos tanto en la esfera de la medicina clínica como de la epidemiología y de la salud pública" (Ortega, 2008, p. 77).
Los riesgos comienzan a ser adjudicados a la configuración familiar de cada individuo, las familias se entienden como ejes centrales en la producción de salud y/o enfermedad de sus miembros y, por lo tanto, se comienzan a desarrollar estrategias de intervención educativas y preventivistas, con el fin de fomentar hábitos de vida saludables y de autocuidado (Ortega y Mitjavila, 2005).

De acuerdo a Mitjavila (1999) la medicalización del espacio social encuentra una base importante en el dispositivo de riesgo. Siguiendo a Foucault (1992) el término dispositivo propone

> ...demarcar, en primer lugar un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentadoras, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos (Foucault, 1992, citado en Mitjavila, 1999).

El riesgo como dispositivo medicalizador se vuelve así por condiciones institucionales que la experiencia de la modernidad tardía produce para la colonización médica de la vida social (Mitjavila, 1999).

Al mismo tiempo, Ortega (2011) afirma que en las últimas décadas la codificación de los problemas sociales en clave de términos de riesgo se producen porque la vida social pasa a formar parte de un campo conceptual factible de ser medido y cuantificado. También por la idea de futuro o incertidumbre que se asocia a la idea de prevención.

En este sentido, la gestión del riesgo se configura como un dispositivo individualizador de la protección social, desarrollándose estrategias para detectar, calcular, prevenir y/o reducir el riesgo individualmente pero en base a datos poblacionales (Mitjavila y Vecinday, 2011). En términos de Castel (2003) esta individualización de la protección social refiere a la pérdida de soportes colectivos sobre los que reposa la construcción del individuo moderno.

En la actualidad, y como se ampliará en el siguiente apartado, la noción de riesgo o de factores de riesgo y las relaciones de poder/saber (Foucault, 2008) de la autoridad experta médica, signan las acciones públicas en materia de cuidado y control de la salud (especialmente conducta de riesgo). Esto, acompañado del gran desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación de las últimas décadas, dará lugar al nacimiento de nuevas tecnologías biopolíticas en el campo de la medicina (epidemiología y salud pública) que funcionará como mecanismo de gestión poblacional (para el control de los procesos vitales). En este sentido señala Foucault (1996):

> Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder (p. 172).

En este marco, el Programa Salud.uy descrito anteriormente, demanda distintos saberes expertos que contribuyen al desarrollo de un software en salud que se utiliza posteriormente por un conjunto más amplio aún de disciplinas, incluyendo a la rama de las Ciencias Sociales (trabajadores sociales, educadores, etc).

Este programa así como otros proyectos de salud pública son de larga data. La creación de centros de salud en el período neobatllista y su definición como ámbitos institucionalmente abocados a las tareas de prevención y promoción de salud evidencian un anclaje de la instalación del modelo preventivista en el campo de la salud uruguaya.

Incluso, según Ortega y Mitjavila (2005), desde su creación se definen instrumentos estadísticos que configuran un nuevo campo documental basado en fichas individuales y familiares que, podríamos decir, se componen de datos de lo que hoy conocemos -según el sistema de información digital Salud.uy- como Historia Clínica Electrónica Nacional.

En suma, en la actualidad los SIPS son un instrumento esencial -o al menos auxiliar- para los objetivos del preventivismo, estos artefactos contribuyen a la observación e intervención sobre las conductas de los individuos para el desarrollo de estrategias en el campo médico sanitario. Se logra a través de estas herramientas digitales individualizar los comportamientos y en consecuencia anticipar la probabilidad de ocurrencia de determinados eventos indeseables.

A continuación, teniendo ya presente los principales antecedentes de tecnificación de las estrategias preventivistas y considerando que el desarrollo de artefactos como los SIPS está genéticamente entrelazado al preventivismo, se realizará un primer acercamiento al papel de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y a los Sistemas de Información.

Capítulo segundo

Algunas claves para comprender el papel de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y los Sistemas de Información

> "Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido éste como irrupción de lo imprevisto." (Castel, 1986, p. 232)

En este segundo apartado se realiza un primer acercamiento al papel de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y especialmente a los Sistemas de Información. Se analizan sus funciones y efectos más generales; se pretende dar cuenta de la importancia de las nuevas tecnologías sin descuidar su carácter político.

Desde finales del siglo XX se han desarrollado de manera extraordinaria innovaciones tecnológicas y de la mano con esto se ha consolidado el uso de sistemas de información en el área de gestión pública -gobierno electrónico- y especialmente en el área de la protección social.

En Uruguay se crea en diciembre de 2005 la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento, esta es una unidad ejecutora con autonomía técnica dependiente de Presidencia. Sus objetivos generales son

> … procurar la mejora de los servicios a la ciudadanía utilizando las posibilidades que brindan las TIC, así como impulsar el desarrollo de la Sociedad de la Información y el Conocimiento en el Uruguay con énfasis en la inclusión de la práctica digital de sus habitantes y el fortalecimiento de las habilidades de la sociedad en la utilización de las tecnologías (Fuente: AGESIC, 2022).

A su vez, Uruguay adhiere al Plan de Acción sobre la Sociedad de la Información de América Laina y el Caribe creado también en 2005. Uno de los instrumentos del Plan de Acción es la Agenda Digital para América Latina y el Caribe (ELAC). Según los documentos de la CEPAL y Naciones Unidas, la ELAC

> … pretende ser un instrumento catalizador de los esfuerzos de cooperación regional en materia digital y un mecanismo para promover el diseño de políticas, el desarrollo de capacidades y el diálogo político en torno a los desafíos y oportunidades que representa la transformación digital para la sociedad y la economía. El avance de la tecnología, sumado a los retos de la crisis, requiere una cooperación renovada que facilite la expansión de la economía digital a todos los sectores de la población, pero que también promueva confianza y seguridad en el uso de las tecnologías digitales. (Fuente: ELAC, 2020).

Además de este instrumento a nivel regional, Uruguay tiene su propia política digital que elabora desde 2008 en la Agenda Uruguay Digital (AUD) y que a su vez también incorpora los lineamientos de la Cumbre Mundial de Sociedad de la Información (CMSI). Es decir, la estrategia de la AUD está directamente relacionada con los instrumentos regionales y mundiales en los que Uruguay participa; "...es una estrategia consensuada, continua y evolutiva, que atiende las prioridades y necesidades del país…" (Fuente: AUD, 2022).

Con este breve marco introductorio, aún más si nos detenemos a leer los documentos y planes de acción mencionados, se pretende dar cuenta del interés y los esfuerzos de Uruguay en el desarrollo tecnológico en las diferentes áreas y con diferentes fines en la sociedad. A modo de ilustración se puede destacar el Plan Ceibal en el área de la educación pública y el Plan Ibirapitá, ambos promueven la inclusión digital con el fin de mejorar la inclusión social, la participación y la equidad.

Uno de sus esfuerzos sin dudas ha sido en el sector salud, incluso en 2021 se presentó y aprobó ante el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) un nuevo proyecto para la gestión de gobierno electrónico en este sector.

Precisamente, la AUD incorpora en sus principales metas lograr que todos los prestadores integrales de salud utilicen la plataforma HCEN en al menos tres áreas clínicas, incorporar un Sistema de Gestión de Historias Clínicas (SGHC) en todos los servicios oncológicos y además, que se desarrollen las condiciones (normativas y técnicas) para habilitar la prescripción médica electrónica (Fuente: BID, 2022).

En concreto, el proyecto supone la mejora de la plataforma Salud.uy y la herramienta HCEN. Es así que se propone mejorar la calidad de la prestación y gestión de los servicios de salud (entre ellos las tareas de prevención y atención temprana) incrementando el acceso a la

información médica, aumentando el uso de datos de registros médicos y facilitando una mayor producción e intercambio (interoperabilidad) de información clínica en formato digital por parte de los distintos prestadores de salud (Fuente: BID, 2022).

En este punto, conviene destacar las funciones y efectos más generales de los sistemas de información.

En primer lugar, es posible afirmar que los SI son fundamentales para focalizar y optimizar el uso de recursos. Gran parte del desarrollo de los SI en la última década ha estado asociada al desarrollo de programas de transferencia de renta condicionada (PTRC) y a la estrategias de protección social en general. Según Azevedo, V.; Bouillon, C.; Irarrázaval, I. (2011) son herramientas eficaces para lograr un mejor manejo del riesgo social y pueden realizarse intervenciones desde distintas áreas o iniciativas, desde transferencias monetarias, seguridad alimentaria, acceso a la salud, acceso a la educación, entre otras.

Para operar los SI necesitan de un registro único de participantes/beneficiarios centralizado que facilite el intercambio de información, un sistema de integración de bases de datos, un índice de focalización (definición de variables e instrumentos) y un sistema de monitoreo y evaluación. Todas estas condiciones permiten, sin lugar a dudas, producir y registrar información para la gestión pero también son un fundamento para el desarrollo de tareas de vigilancia y control; los avances tecnológicos han permitido mejorar los sistemas de clasificación, control, evaluación y monitoreo.

Sin embargo, más allá de la gran cantidad de virtudes de las transformaciones introducidas por el uso de tecnologías y sistemas de información en el siglo XXI, interesa cuestionar también los posibles efectos no deseados. Según Alston (2019) y Vecinday (2020) debemos analizar críticamente los efectos que la expansión de las nuevas tecnologías de información producen sobre la vida de los sujetos.

De acuerdo a Vecinday (2020) la literatura acerca del tema generalmente enfatiza la contribución de las operaciones de diseño, monitoreo y evaluación de la política pública, más prematuras son las controversias y efectos colaterales de estas transformaciones. Es finito el material que cuestiona la dimensión política y efectos no deseados sobre las poblaciones y, sobre las prácticas profesionales. En este sentido, interesa traer a colación a Morozov (2016) quien afirma,

> ...el problema es el siguiente: por pensar que la innovación tiene únicamente efectos positivos, pocos están preparados para examinar sus consecuencias no deseadas, se supone que como tales, es evidente que la mayoría de las innovaciones son positivas (...) revelando el "prejuicio a favor de la innovación que se detecta en la mayoría de la literatura académica sobre el tema" (Morozov, 2016, p. 194).

En este punto, resulta interesante introducir los planteos de Winner (1985) quién se cuestiona acerca de si los artefactos técnicos tienen cualidades políticas. Es decir, Winner estudia cómo determinadas tecnologías pueden encarnar en sí mismas ciertas formas de poder y autoridad específicas; relaciona los aparatos técnicos con el sistema social y/o económico en el que se encuentra. En otras palabras, las tecnologías ejercen su propio poder político; encarnan las intenciones políticas de sus creadores, son inherentemente políticas y las decisiones de adoptar una tecnología u otra sobre las ya existentes generan cambios profundos con efectos deseados y no deseados.

Aquí un claro ejemplo es el Programa Salud.uy y la HCEN, estos fueron creados en un determinado contexto sociohistórico con una intención política, a pesar de esto, recientemente ha sido aprobado un nuevo proyecto (mencionado anteriormente) que apunta dentro de sus principales objetivos a flexibilizar y facilitar la interoperabilidad de bases de datos, así como también aumentar la prescripción médica digital, incrementar la subida de datos a la plataforma, entre otros.

Posiblemente ya se podría haber facilitado y avanzado en estos elementos pero quizás no estaba la intención política o el contexto para hacerlo. Este tipo de tecnologías requieren de un ambiente o gobernanza específico, determinadas instituciones como la AGESIC por ejemplo u otras normas específicas relacionadas al tema (ley de protección de datos, sistemas de información o software propiamente desarrollados, etc). Conjuntamente, no se debe dejar de lado que la decisión de optar entre una tecnología u otra supone distintas distribuciones de poder, autoridad y privilegio (Winner, 1985).

Por otro lado, otra de las funciones de los sistemas de información, puntualmente en el sector salud y en relación a las herramientas escogidas para el análisis, es la combinatoria de factores de riesgo. Lo que hacen los SI es automatizar o sistematizar las combinatorias de factores de riesgo.

Al igual que se mencionó en el apartado anterior, las acciones se desarrollan en nombre de la prevención y promoción en salud; el proceso de intervención recae "...en la construcción de un flujo de población a partir de la articulación de factores abstractos que son susceptibles de producir un riesgo." (Castel, 1986, p. 219).

Con el avance tecnológico, los SI permiten que ante la presencia de un conjunto de determinados factores de riesgo se desencadene automáticamente una señal, siendo los criterios o definiciones generales establecidos anteriormente como parte de las políticas preventivas. Por lo tanto, ahora ya no se dará necesariamente la relación cara a cara o médico-paciente, sino que mediante la telemedicina o mediante la lectura de la historia clínica electrónica de una persona se podrá sospechar y/o accionar sobre determinadas categorías. Incluso la señal de alarma podrá activarse de forma automática por estrategias configuradas y preestablecidas en el sistema de información correspondiente.

En otras palabras, Castel (1986) dirá que las políticas preventivas por lo tanto promueven una nueva modalidad de vigilancia; "la detección sistemática" (p. 230). Una vigilancia que incluso puede ejercerse sin ningún tipo de contacto o representación directa porque ya no hay sujeto; "… no existe una relación de inmediatez respecto a un sujeto porque ya no hay sujeto." (Castel, 1986, p. 231). Por lo tanto Castel (1986) afirmará qué,

> Lo que tratan estas políticas preventivas ante todo, no son ya a los individuos, sino factores, correlaciones estadísticas de elementos heterogéneos. Descomponen al sujeto concreto de la intervención y reconstruyen una combinatoria de todos los factores susceptibles de producir riesgos (p. 231).

En el marco de Salud.uy y la HCEN esto está bastante claro, incluso en el nuevo proyecto de reforma se apunta a categorizar aún más los datos acerca de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles a saber, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

Vecinday (2017) afirmará en la misma línea que Castel (1986) que la existencia de un registro único por cada individuo y su inscripción en un campo documental "... no sólo es una forma de producir y registrar información para la planificación oportuna y pertinente de las políticas. También es un principio para el desarrollo de tareas de vigilancia y control…" (Vecinday, 2017, p. 60).

Como ya fue mencionado en el primer capítulo de esta monografía, estas formas de registro no son nuevas, sino que es el auge de las nuevas tecnologías de la información y comunicación las que posibilitan su institucionalización.

> Un desarrollo tecnológico que permite desanclar la información de su contexto de producción y cuya circulación no es ni conocida y, menos aún, controlada por los partícipes de la relación en la que esa información se produjo. Los operadores tienen un papel central pues son responsables de aportar la información y, por lo tanto, deben lidiar hoy más que nunca con el sentimiento de inquietud que genera el hacer públicas ciertas palabras que, muchas veces, son "confidencias" recogidas en un vínculo de confianza (Bourdieu, 1999). (Vecinday, 2017, p. 60).

Estas nuevas formas de vigilancia desvinculan a controladores y controlados, ya no demandan la copresencia del vigilante y el vigilado, no desaparecen estas viejas prácticas sino que más bien se combinan con nuevas estrategias. En este marco, Castel (1986) plantea que "Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto…" (p. 232). Un control absoluto y prevención perfectos sobre las poblaciones e individuos que hoy se desarrolla con más facilidad gracias a las innovaciones tecnológicas.

Sin embargo, siguen siendo una ensoñación, pues los procedimientos continúan siendo opacos incluso para los mismos individuos. El psicoanálisis ya lo adelanta con la existencia del inconsciente, este último "...designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión…" (Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, 1996, p. 193). Así pues, la obra Freudiana anticipa que el propio individuo es opaco para él mismo; son oscuros sus deseos, fantasías y represiones. Por lo tanto, de cierta forma también es una ensoñación que los dispositivos de poder y saber ejerzan un control y prevención absoluto en las trayectorias biográficas de los sujetos.

Así es que también, en nombre de la erradicación total de riesgos se construye un sin fin de nuevos riesgos (Castel, 2004) que vuelve fantasiosa la pretensión del control total. Ahora, entran en juego no solo los riesgos adheridos al interior del sujeto, "...sino también las

amenazas exógenas, las tentaciones exteriores, de las cuales no ha sabido librarse: el alcohol, el tabaco, los malos hábitos alimenticios…" (Castel, 1986, p. 232).

Por último, volviendo sobre los planteos de Winner y sin dejar de considerar los planteos de Robert Castel (1986) y Vecinday (2017) expuestos anteriormente, interesa también deternos a pensar no solo en los efectos políticos sobre las poblaciones sino también sobre las prácticas profesionales.

Alston (2019) ya advertía acerca de las preocupaciones de los sistemas de información en distintos países y los efectos que las alteraciones tecnológicas provocan en las prácticas profesionales de distintos campos, tales como la medicina y las Ciencias Sociales (trabajadores sociales, sociólogos, politólogos, entre otros). Sin dudas, el uso de complejos sistemas de información se ha expandido por diversas áreas de la vida social y por lo tanto ha contribuido también al desarrollo de las prácticas profesionales. En concreto, Alston (2019) menciona que la "...era de la gobernanza digital ya ha llegado." (p. 4), esto se observa en nuevas cotidianidades como

> ...el voto electrónico, la vigilancia y el control por medios tecnológicos, incluso con programas de reconocimiento facial, la vigilancia policial predictiva (...) la digitalización de los sistemas de justicia e inmigración, la presentación de las declaraciones de impuestos y la realización de pagos en línea… (Alston, 2019, p. 4).

Sin embargo, al mismo tiempo, frente a la estandarización y automatización de algunas prácticas profesionales también se presentan resistencias por parte de los distintos colectivos. Tanto en la medicina, como también en las áreas sociales, se comienzan a utilizar mecanismos probabilísticos basados en modelos computacionales y que resultan en una heterodeterminación de la toma de decisiones que, en principio, le correspondería al médico (o al trabajador social).

Castel (1986) ya nos adelantaba acerca de la subordinación de los técnicos a los administradores, planteaba que está relación se volvería aún más compleja y conflictiva con el desarrollo de las nuevas tecnologías preventivas. Según Castel (1986), sucede que,

> La administración recibe una autonomía prácticamente total, puesto que controla casi absolutamente la nueva tecnología. El práctico aparece entonces como un simple auxiliar del gestor al que proporciona informaciones sobre la base de esta actividad de

> diagnóstico-examen pericial (...) Los prácticos están completamente subordinados a los objetivos de una política de gestión, y no controlan el uso de los datos que producen (p. 240).

En la misma línea, según María Mercedes Chá Ghiglia (2020) la implementación de la HCE a nivel nacional constituye una alteración tecnológica en el sistema de salud, un cambio de paradigma que se ve acompañado de resistencias en su utilización que "...involucra desde la alta gerencia hasta las áreas administrativas y asistenciales." (p. 164).

No obstante,

> La sustitución del papel por el registro clínico electrónico (RCE) implica que la historia clínica deja de ser un registro de información con un fuerte componente de propiedad por parte del médico y de la organización, e incorpora la integración de la información, el trabajo en equipo, la multidisciplinariedad, las reglas y normas no propias, el acceso ampliamente distribuido al servicio de diversos fines legales y legítimos (Chá Ghiglia, 2020, p. 163).

En relación a lo anterior, es importante enfatizar que el verdadero propietario de los registros de información es el paciente. Más allá de los cambios que pueda o no haber producido el cambio de los registros escritos al registro clínico electrónico.

Por su parte, Chá Ghiglia (2020) realizó una investigación para identificar los factores de resistencia por parte de los médicos en el uso de la HCE en las instituciones de atención en salud. En su análisis observa que existen distintas resistencias, pero, las principales se pueden agrupar en "...la interferencia en la relación médico-paciente, la mayor demanda de tiempo en el inicio, el temor a lo desconocido, la inadecuación del sistema de trabajo, los intereses de los profesionales médicos." (Chá Ghiglia, 2020, p. 163).

En conclusión, Chá Ghiglia (2020) destaca las funcionalidades de la HCE como un soporte tanto para los profesionales como para los pacientes. La herramienta "...consiste en un empoderamiento de los ciudadanos con mayor accesibilidad a la información sobre su salud." (Chá Ghiglia, 2020, p.167). Además a través de esta plataforma se agilizan la toma de decisiones, se generan reportes, se facilita la conectividad y la comunicación electrónica (Cha Ghiglia, 2020).

Sin embargo, también enfatiza la idea de que las resistencias por parte de los profesionales médicos suelen estar relacionadas con la pérdida de autonomía y privacidad en su accionar.

Dentro de los testimonios que Chá Ghiglia incorpora en su análisis evidenciando la resistencias a la implementación de la HCEN y Salud.uy destacamos los siguientes. El primer entrevistado afirma que "Los pacientes pueden leer claramente… pueden entender y pueden ver y saber lo que uno ha escrito sobre ellos. Pro y contra, pro porque entienden, en contra porque a veces malinterpretan lo que uno escribe." (Chá Ghiglia, 2020, p. 166). En el mismo sentido, otro de los entrevistados agrega "Yo creo que en los últimos 10 a 15 años los médicos somos menos autónomos y cada vez trabajamos más en equipo, tenemos que tener una visión más global del paciente" (Chá Ghiglia, 2020, p. 168).

Si nos detenemos sobre los cometidos de Salud.uy o analizamos los porcentajes de incorporación de la HCE a nivel nacional, se evidencian las reflexiones de los autores mencionadas anteriormente. Todo parece indicar entonces que asistimos a una pérdida de autonomía en algunos campos profesionales debido a la sustitución del trabajo vivo por el trabajo muerto (Netto, 1992).

En cierto punto, tanto la práctica profesional del Trabajo Social como la práctica médica son igual de asalariadas. Ni que hablar que, de acuerdo a Mitjavila (1999), la medicina tiene otro prestigio social y goza de otra autonomía (Freidson, 1978) pero, si bien presentan otro tipo de reglas para organizar y evaluar su trabajo, también son clínicos como el Trabajo Social.

Por lo tanto, las resistencias que pueden haberse presentado en la introducción de los sistemas de información al campo de la salud -puntualmente en lo que refiere a Salud.uy y la HCEN- se podría decir que se generaron debido a que, entre otros factores, estos sistemas interfieren con la autonomía profesional de la autoridad médica (Freidson, 1978).

Recapitulando, es posible afirmar que los sistemas de información tienen sus funciones más positivas y/o prácticas y otras quizás más negativas u opacas, ambas conllevan diferentes análisis. Sin embargo, aquí interesa detenernos a cuestionar los efectos no deseados que sin dudas suponen formas de intrusión excesivas en la vida de las personas que no deben descuidarse. Sobre esto se profundizará en el siguiente apartado.

Capítulo tercero

Centralidad de los Sistemas de Información para la gestión preventiva de los problemas sociales

> (...) las diversas formas modernas del saber, especialmente científicas y técnicas, tienen una participación decisiva en la articulación del biopoder -esto es, individual y poblacional, a través de diferentes dispositivos que convierten al cuerpo humano en un espacio socialmente estratégico. El saber médico es un componente esencial de este tipo de configuración moderna del poder (Mitjavila, 1998, p. 31).

En el siguiente apartado se profundiza en la centralidad de los sistemas de información para la gestión de políticas públicas con especial énfasis en aquellas que despliegan estrategias preventivistas. En este punto se identifican funciones y efectos más específicos de los sistemas de información: vigilancia poblacional e individual, sospecha categorial, trazabilidad, seguimiento de trayectorias, supervisión individualizada, entre otros.

En estas funciones se evidencia el anclaje de los sistemas de información y el modelo preventivista, los SIPS y sus efectos más específicos que permiten trazar la información de los individuos y/o grupos en concreto, pudiendo así establecer un diagnóstico y pronóstico para su ciclo de vida, realizar lecturas acerca de su biografía, rastreando cosas del pasado en el presente y sugiriendo cosas para su futuro. A través de estas funciones se puede emitir una serie de alertas, como puede ser vencimiento de las vacunas, curva de glucemia, presión arterial, pulsaciones, estado del sueño, peso y demás.

En efecto, según Lyon (1996) en Carracedo (2002) la vigilancia "...refiere a la monitorización, seguimiento y supervisión de poblaciones concretas con objetivos específicos." (p. 445). Muy similar al tradicional Panóptico de Bentham hoy en día la información acerca de los sujetos es recogida "inocentemente" y, debido al auge de los sistemas de información, la vigilancia puede ser informatizada y utilizada para sacar conclusiones sobre la vida de los sujetos (Carracedo, 2002).

En este punto, Carracedo (2002) sostiene el hecho de que la vigilancia sobre los sujetos no es un hecho novedoso, siempre ha existido pero en la modernidad adquiere otro nivel de relevancia.

En concreto, tomando los aportes de Castel y Haroche (2003) es posible afirmar que el advenimiento de la modernidad trajo consigo la libertad individual. Puntualmente, ante el derrumbe del Feudalismo, modo de producción anterior al capitalismo que fue una forma de organización política, social y económica basada en un sistema de relaciones de dependencia entre diferentes individuos (propietarios de la tierra vs campesinos), nace el individuo moderno.

Por lo tanto cabe preguntarse, ¿qué es el individuo moderno? Según Castel y Haroche (2003) es el individuo libre y responsable de su propio destino. A diferencia del modo de organización anterior ahora el individuo tiene la libre disposición sobre sí mismo, eso les permite existir como individuos, es la propiedad de sí, el gobierno de sí, dominio de sí. Los individuos devienen propiedad de sí mismos a través de la propiedad privada. La sociedad moderna es la

> ...primera formación social en la que el individuo ve que se le atribuye la responsabilidad de su destino, pero en la que al mismo tiempo las determinaciones objetivas, el dinero, el nacimiento, los diferentes tipos de "capitales" en el sentido de Bourdieu, continúan evidentemente pesando sobre ese destino - de una u otra manera, según el lugar que uno ocupe en la estratificación social (Castel y Haroche, 2003, p. 45-46).

Sin embargo, la libertad individual coloca también la necesidad sistémica de orientar los comportamientos. La modernidad supone una forma de vida socialmente instituida. He aquí la necesidad de una mayor vigilancia por parte del Estado.

El Estado como instancia de lo colectivo debe intervenir para mantener la cohesión social, evitando así las rupturas que puedan provocarse por las nuevas dinámicas y procesos del individuo moderno. De acuerdo a Dubet (2002) será a través de instituciones y agentes profesionales que se intentará preservar el orden social.

En este contexto, según Foucault (1986) el poder político ocupándose de los intereses de la comunidad desarrollará acciones para conducir los comportamientos individuales. A través de

dispositivos de poder y saber intervendrá para controlar y/o modificar los procesos de vida de los sujetos en su campo de acciones posibles.

Foucault (1986) identificará que las nuevas características del Estado moderno integran una "vieja técnica de poder" que se denomina poder pastoral, observando en el Estado "...una doble imposición política consistentes en la individualización y la totalización simultáneas de las estructuras del poder moderno." (Foucault, 1986, p. 36). El poder pastoral para su despliegue se apoyará en múltiples instituciones, entre ellas, la familia, educación, medicina, psiquiatría (Foucault, 1986).

Recapitulando, entonces se puede definir el término modernidad como,

> um conjunto de condições sociais de alcance sistêmico (diferenciação estrutural, racionalização,universalização) e de caráter multidimensional (econômico, político, cultural, psicossocial, etc.), baseados no desenvolvimento de saberes e práticas instituídas e instituintes de novos parâmetros espaço-temporais (AUGUSTO, 1993) para a produção e a reprodução da vida em sociedade (Mitjavila y Da Silva, 2004, p. 70).

Por lo tanto, estas condiciones sociales supondrán nuevos procesos, aquí interesa pensar sobre todo cómo, a pesar de la libertad de los individuos en las elecciones personales, surge la necesidad de orientar los comportamientos de los sujetos. En efecto, las trayectorias biográficas y los estilos de vida de los individuos serán permeados por el papel que desempeñan algunos expertos y agentes sociales profesionales (Mitjavila y Da Silva, 2004).

Foucault (1991) entiende que los estilos de vida son parte del desarrollo más amplio de lo que define como "tecnologías del yo".

> (...) tecnologías del yo, que permiten a los individuos realizar, por sí mismos o con la ayuda de otros, un cierto número de operaciones en su cuerpo y alma, pensamientos, comportamientos o cualquier forma de ser, así obteniendo una transformación de sí mismos para alcanzar un cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (Foucault, 1991, p. 48)

Así es que, Mitjavila y Da Silva (2004) acuerdan que el conocimiento científico y técnico juega un papel clave en la construcción y difusión de los estilos de vida. En esta línea,

mencionan el caso de la medicina clínica o salud pública como claros ejemplos de una creciente producción discursiva con respecto a la noción de estilo de vida. Esto sucede,

> Principalmente através de campanhas e outras ações de educação para a saúde, observa-se uma progressiva ênfase no papel etiológico das escolhas feitas pelos indivíduos em matéria de estilo de vida quanto aos danos à saúde (Mitjavila y Da Silva, 2004, p. 76).

Esta misma lógica se observa en la relación entre el modelo preventivista y los sistemas de información que han sido mencionados y se continúan desarrollando en este documento. Tanto el papel de los agentes técnicos (médico, trabajador social) y, puntualmente destacando aquí el desarrollo de los sistemas de información, se tornan fundamentales "...para a vigilância e socialização dos indivíduos nos processos de adoção de estilos de vida avaliados como "saudáveis" e "corretos", segundo os padrões dominantes." (Mitjavila y Da Silva, p. 77).

Siguiendo con el análisis, otra de las funciones del uso extensivo de sistemas de información en la gestión de la acción pública es la idea de "sospecha categorial" (Carracedo, 2002).

La información de la datavigilancia es utilizada para cotejar y/o desagregar en distintas categorías a la población según determinados criterios de clasificación establecidos con anterioridad. La sospecha categorial es posible dado que, como ya fue mencionado, hoy en día todos portamos un identificador único y de esa forma es posible intercambiar datos entre distintas instituciones con el fin de trazar nuestras acciones, de esta forma se "...seleccionan objetivos, clasifican y segmentan individuos y grupos sobre las bases de los modelos, suposiciones y orientaciones estratégicas que demandan la optimización del beneficio y la minimización del riesgo." (Carracedo, 2002, p. 449).

Por consiguiente, Foucault (1976) afirmará que la clasificación es un proceso ligado íntimamente al ejercicio de poder;

> La información personal facilita la asignación de individuos a grupos, que son vistos como "tipos" al compartir una serie de características. Esta agrupación, o asignamiento de grupos, es muy similar al aislamiento disciplinario que Foucault observa en los objetivos de las prácticas de formación de escuelas, prisiones, hospitales, y cuarteles (Carracedo, 2002, p. 449).

En resumen, Carracedo (2002) afirmará que en las sociedades de vigilancia se puede observar como las relaciones de poder se filtran desde las instituciones normativizadoras hasta permear todas esferas de la vida social. Con el desarrollo de las TICs,

> (…) asistimos al despliegue de todo tipo de aparatos electrónicos para el control de espacios y monitorización de individuos. Es el retorno al protagonismo del uso de medios materiales, corpóreos, arquitectónicos, en suma no discursivos, para ejercer la vigilancia y el control social. La vigilancia física, la mirada clasificadora, recobra importancia (Carracedo, 2002, p. 452).

A su vez, "Las bases de datos permiten un control capilar de la sociedad, una especie de poder burocrático basado en el conocimiento detallado de la población a la que se vigila, que permite mantener el orden sin rupturas." (Carracedo, 2002, p. 452).

Por otro lado, si bien en este documento los procesos de vigilancia constituyen una inquietud profesional, no se debe dejar de lado que también permite eficiencia y rapidez en la administración de las distintas esferas de la gestión pública. De acuerdo con Lyon citado en Carracedo (2002) "...la vigilancia permite la coordinación de diversas actividades sociales en tiempo y espacio, proporciona inestimables elementos de análisis para la percepción, producción y evaluación de riesgos, temática clave en las sociedades modernas." (p. 452).

De la mano con las estrategias de vigilancia, también resulta importante traer el concepto de Dante Avaro (2017) acerca de la trazabilidad ciudadana. Esta categoría se utiliza para referir al seguimiento de los beneficios y/o seguimiento de la cobertura de la red de protección social, diseño de políticas, monitoreo y/o evaluación de distintos programas. El caso más concreto de la política socioasistencial uruguaya es la Tarjeta Uruguay Social (TUS) que permite la trazabilidad de las compras que realizan los destinatarios. Al mismo tiempo, la TUS incorpora otra estrategia de control: está cifrada para adquirir productos vinculados únicamente a determinados rubros.

La "trazabilidad" se utiliza generalmente también en la órbita de la ganadería para referirse al ganado y los movimientos que realiza un animal en concreto. Incluso, antes de los censos de población se hicieron censos agropecuarios (INE, 2022). Sin embargo, esta función también se puede asociar a las estrategias de control social, especialmente aquí nos detendremos en lo que refiere al área de la salud y su relación con las estrategias preventivistas.

En la actualidad, en el sistema de salud, es posible realizar el seguimiento de distintas categorías en virtud de las posibilidades que traen consigo los sistemas de información y las distintas herramientas tecnológicas. Como fue mencionado páginas atrás es posible trazar el control de presión arterial, glucemia, peso, altura, hábitos alimenticios, estado del sueño, entre otros. Incluso hoy en día los teléfonos celulares se pueden configurar y enlazar con relojes pulsera inteligentes que pueden monitorear las pulsaciones, contar la cantidad de pasos/km que realiza una persona por día.

Sin ir más lejos, ¿por qué no mencionar también algunas herramientas que han estado presentes en el debate actual de los últimos dos años a raíz de la pandemia por Covid-19[2]? ¿la creación de la aplicación Coronavirus.uy[3]? ¿el hilo epidemiológico? ¿la agenda de vacunación? Si. Todos estos elementos fueron parte de la estrategia digital que elaboró el gobierno Uruguayo frente al Covid-19, estrategia que sirvió para recolectar información de interés tanto para población como para los distintos prestadores de salud del país. En cuanto a la App Coronavirus.uy, toda la información recogida estaba amparada por la Ley N° 18.331, para su uso simplemente bastaba con que el prestador de salud validara el número de celular de cada usuario[4], permitiendo además que toda la información quedará registrada en la plataforma HCEN y disponible para la consulta por parte del usuario o equipos de salud. Dentro de las varias funcionalidades de aplicación digital se destacan: visualización de información sobre el estado de la pandemia en Uruguay, el reporte de síntomas, consulta por telemedicina, alerta de exposición (monitoreo y respuesta por la aparición de focos de contagio específicos), información, agenda y certificado digital de vacunación, entre otras[5].

En relación también al sector salud, se puede mencionar en particular todo lo que tiene que ver con el tercer nivel de atención, intervenciones médicas especializadas y procedimientos de alta tecnología, como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Todo está monitoreado segundo a segundo, minuto a minuto, cualquier dato fuera de los estándares preestablecidos

[2] Enfermedad infecciosa causada por el virus conocido como SARS-CoV-2 (OMS, 2022).
[3] Coronavirus.uy es una aplicación móvil informática diseñada para ser ejecutada en teléfonos inteligentes, se puede integrar a las características del móvil como su cámara o sistema de posicionamiento global (GPS). A través de esta app en Uruguay se accede a información, atención médica y alertas de exposición a COVID-19 (MSP, 2022).
[4] Además, para el uso de algunas funcionalidades como las alertas de exposición se requería un permiso explícito del usuario de cada teléfono móvil.
[5] De todos modos, más allá de lo eficaz que pudieron ser estas funcionalidades y conectividades tecnológicas de la app Coronavirus.uy, hay que destacar también que el contacto entre personas fue imprescindible para el desarrollo de estas herramientas. No sólo se observa un esfuerzo técnico sino también la participación activa de la ciudadanía.

surge como alerta para el equipo de salud, interfiriendo por lo tanto en las prácticas médicas desde el primer al tercer nivel de atención.

Aquí en este punto, incluso, se puede sumar otra categoría al análisis: no solo estas cuestiones pueden ser monitoreadas sino que también pueden ser georreferenciadas en tiempo y espacio. Emitiendo así otro tipo de información a las bases de datos, aún más amplia y compleja, que permite otra lectura de la situación de cada individuo. No solo se puede leer en la historia clínica los últimos controles en salud de una persona, sino que incluso puedo identificar en dónde se los realizó, a qué policlínica concurre, qué estudios le indicaron, por quién fue atendido, y no solo eso, sino que también puede fácilmente acceder a los resultados y/o tratamientos indicados para el paciente.

En este marco, otras de las herramientas de la plataforma digital Salud.uy, también complementaria a la HCEN, es la Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO). En la HCEO es fundamental la característica de la georeferenciación del lugar físico en que la persona consultó y/o se atendió, la cantidad de estudios que le realizó (permitiendo hacer disponible la información clínica del usuario de salud ante un evento asistencial, independientemente del lugar geográfico y del prestador de salud donde se esté atendiendo).

En otras palabras, es un sistema de información de alcance nacional que contribuye puntualmente a mejorar la atención médica del paciente oncológico, integrando toda la información y datos clínicos de las diferentes organizaciones que participan en el proceso asistencial, independientemente de su localización geográfica. En este sistema se incorporan protocolos, pautas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas definidos por los departamentos de Oncología Clínica y Radioterápica de la Facultad de Medicina y avaladas por el organismo de mayor competencia, MSP.

Además, bajo estos mismos propósitos, también Salud.uy está integrado por el aplicativo RIDI (Red Integrada de Diagnóstico por Imagen). RIDI complementa los servicios de imagenología y facilita el acceso a los estudios requeridos en todo el país. El sistema registra el proceso completo de un estudio imagenológico, desde la solicitud hasta las imágenes obtenidas durante el estudio e informe médico con el diagnóstico correspondiente.

Bajo la órbita también de Salud.uy, coexisten otros programas de Presidencia de la República como el Programa de Salud Visual Escolar (PSVE) y el Programa de Salud Bucal Escolar

(PSBE), que, tienen determinados objetivos que involucran o consisten en ser acciones públicas para la prevención en salud. El PSVE es una iniciativa que tiene como finalidad

> ...detectar patologías que dificulten la enseñanza (...) favorecer los estilos de vida y entornos saludables, disminuir los factores de riesgo, disminuir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad con una mirada integral, mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida. (Fuente: Salud.uy, 2022).

Por su parte, el PSBE "... tiene como objetivo generar avances teóricos-prácticos hacia la creación de un Subsistema Nacional de Salud Bucal para escolares de todo el país, basado en la preservación, restauración y conservación de la salud bucal". (Fuente: Salud.uy, 2022). Incluso desde 2017 existe esta plataforma en donde se intercambia información con el prestador de salud de cada niño, facilitando así la continuidad de atención odontológica.

En síntesis, todas estos aplicativos de Salud.uy al mismo tiempo que consisten en ser una respuesta para la mejora de atención en salud, están fortaleciendo -o al menos alimentando- continuamente al sistema de información que unifica los datos en salud en Uruguay y es a través de estos datos que el Estado, define sus estrategias en materia de promoción, prevención y atención en salud.

Incluso, se evidencia en los cometidos de los programas el modus operandi de las estrategias informáticas: las funciones más específicas de los sistemas de información tienen un anclaje con el modelo preventivista y viejas estrategias del área de la salud pública y epidemiología. Esto no es lo novedoso. Lo novedoso es el aparente sin fin de posibilidades y combinaciones que se pueden realizar a través de las nuevas alteraciones tecnológicas. Sobre esto se profundiza en las reflexiones finales.

Reflexiones finales

Este documento pretendió realizar una primera aproximación acerca del uso de herramientas digitales en la gestión pública, puntualmente la reflexión se orientó al uso de Sistemas de Información en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En otras palabras, se ha intentado reflejar en esta monografía la delgada línea que existe entre el acceso a la protección y el control en el sistema de salud uruguayo. Por lo tanto, con el objetivo de identificar algunas funciones y efectos específicos de los SI en la gestión de políticas públicas de salud, se escogió la herramienta digital Salud.uy y sus distintos componentes para orientar la reflexión teórico-crítica y ético-política.

Por consiguiente, este trabajo evidencia, a mi entender, las principales características de los sistemas de información y su uso en el sistema de salud. En particular, se describe cómo ciertas innovaciones tecnológicas participan en la gestión pública actual con permanentes modificaciones, produciendo al mismo tiempo una serie de efectos deseados y no deseados que signan la gestión y política pública y, en consecuencia, también la calidad en la atención médica-sanitaria.

Ahora bien, interesa aquí señalar una vez más que a pesar de la inquietud que producen estas nuevas tecnologías en el campo del control y la protección social, también se reconocen sus efectos deseables y/o esperados. Es central entender que las herramientas tecnológicas participan de un campo lleno de efectos contradictorios, en donde la protección supone garantizar derechos y el control se utiliza como una estrategia para efectivizar que esos derechos se cumplan. Esta es la lógica de las estrategias preventivistas. Entonces, la pregunta es ¿cuáles son los límites del avance del poder político sobre la vida (individual o social) que se realiza en nombre de la protección, prevención y cuidado? Finalmente, es en base a estos saberes que se fundamenta la inspección en las diferentes esferas de la vida privada por parte de la gestión pública.

En este sentido, se procuró aportar a la problematización del uso de los SI, analizando los efectos prácticos que conllevan de forma global, es decir, considerando tanto sus efectos deseables como también los más controversiales. Especialmente en el caso de Salud.uy y la

HCEN no se puede dejar de lado el rendimiento que ha traído su implementación a nivel nacional. Sin embargo, resulta igualmente importante analizar también el lado “b”.

Asimismo, es importante destacar que no solo en el ámbito de la salud ha proliferado el uso de herramientas digitales, sino que, en la actualidad, en diversos campos de la política pública se utilizan sistemas de información como parte de las estrategias de acción. Por lo tanto también, gran parte de los espacios socio ocupacionales del Trabajo Social se encuentran atravesados por el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación.

Es fundamental reflexionar desde el Trabajo Social acerca del desarrollo de sistemas de información en el ámbito de la protección social. Es generalmente sobre el TS que recae la implementación de las herramientas o es a través de quiénes la información es generada. Es por esto que es importante detenerse a pensar acerca de las informaciones personales y familiares que se registran en el accionar profesional, no se debe descuidar el ejercicio de repreguntarse en qué medida aportan determinados datos a la intervención que se está desarrollando en el aquí y ahora.

Sin dudas, “La construcción de un sistema de información capaz de situar a los individuos en un sistema de codificación preestablecido se apoya en un cuerpo de saber que suministra insumos para la tarea de codificación.” (Vecinday, 2012, p. 168).

Dicho esto, se considera necesario cuestionar y repensar las herramientas digitales desde otras disciplinas también. Precisamente refiriéndonos al ámbito de la política pública como es el caso de Salud.uy, es necesario incorporar la mirada de los distintos actores que participan e interactúan con el sistema, ya sea desde diferentes profesiones, organizaciones e instituciones como también desde el punto de vista del usuario, que en definitiva es a quién los datos pertenecen.

A saber, el estudio de los SI permitió observar las principales características de las innovaciones tecnológicas en un campo específico -el sociosanitario- y su repercusión en las prácticas profesionales de la medicina. De modo que, este análisis también podría ser un aporte para continuar pensando el papel de los SI y las alteraciones tecnológicas en otros campos, pudiendo observar cómo se alteran en cada uno de ellos las prácticas profesionales. Como se mencionó anteriormente, por ej en el caso del TS, específicamente respecto a la

política de protección social, se observa una práctica cada vez más estructurada en torno a los sistemas de gestión de la información.

En síntesis, reafirmo una vez más la idea de que los sistemas de información en el sistema de salud uruguayo y el ámbito de la gestión pública, involucran en el acceso a la protección nuevas estrategias de vigilancia y control social, que en definitiva conviven y forman parte de las clásicas estrategias de vigilancia. Así es que, el riesgo se configura como un dispositivo central en la vida contemporánea (Mitjavila, 1999).

Como ya fue mencionado, las funciones más específicas de los sistemas de información tienen un anclaje con el modelo preventivista y viejas estrategias del área de la salud pública y epidemiología. Esto no es lo novedoso. Lo novedoso es el aparente sin fin de posibilidades y combinaciones que se pueden realizar a través de las nuevas alteraciones tecnológicas, alteraciones que aparecen continuamente como posible respuesta a los nuevos riesgos que puedan surgir. Esto sumado a su vez a la posibilidad de individualizar o más bien customizar la política pública según las necesidades del usuario[6].

Acerca de los sistemas de información, sin dejar de lado que son herramientas específicas para el seguimiento de trayectorias (mal o bien) y para la hipercomunicación, me pregunto, ¿hasta dónde? ¿existe un límite entre la fluidez de la comunicación y la vigilancia y/o supervisión individualizada? ¿cuál es? ¿hasta dónde se van a reducir los comportamientos de las personas en simples datos que migran de un sistema a otro?

Respecto a Salud.uy, la HCEN es una red clave para el intercambio de información clínica, está monitoreada las 24hrs y su objetivo es contribuir a mejorar el acceso a la salud de calidad en todo el territorio uruguayo. Sin embargo, surge la siguiente interrogante y se plantea como posible línea de investigación a futuro: ¿qué institucionalidad da soporte a los sistemas de información en el campo sociosanitario?

[6] A modo de ejemplo se puede mencionar la tendencia que se discute a nivel regional acerca del "IVA personalizado". Incluso en el presente año ya hubo un anuncio de este tipo de estrategia por parte del MIDES (La Diaria, 2022).

A su vez, en relación a lo expuesto anteriormente, surgen otras inquietudes, ¿todos accedemos a nuestros datos de la misma forma? ¿qué pasa con la brecha digital[7]? ¿todos estamos en conocimiento acerca de nuestros derechos en materia de datos personales? Si bien existe una ley de protección de datos y ya hace algunos años se habla acerca de Ciudadanía Digital[8], ¿no debería el Estado invertir más recursos para educar en esta materia?

[7] Según Rivoir (2015) la brecha digital es una nueva desigualdad específica que se articula con otras desigualdades (económicas y sociales) preexistentes. Sin desconocer el gran avance que existe desde larga data en Uruguay en materia de educación y políticas de inclusión digital, en este documento se sostiene que el acceso a las TICs y su aprovechamiento está desigualmente distribuido entre sectores de la población.

[8] Ciudadanía digital refiere principalmente a nuestros usos de las tecnologías en los entornos digitales y, al mismo tiempo, a derechos, obligaciones, capacidades y formas de interactuar que se reconfiguran constantemente (Fuente: AGESIC, 2022).

Bibliografía

Alston, P (2019) La extrema pobreza y los derechos humanos. Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos.

Avaro, D (2017) "Trazabilidad ciudadana y democracia: una aproximación desde la experiencia argentina", Revista Mexicana de Ciencias Sociales y Políticas, 62, 231.

Azevedo, V.; Bouillon, C.; Irarrázaval, I. (2011) Sistemas Integrados de Información Social. Su rol en la protección social. Capítulo I Sistemas integrados de información social: La experiencia latinoamericana, pp 17-58. Chile: Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Barrán, José Pedro (1990) El nacimiento de una sensibilidad civilizada y su entorno, en Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: "El disciplinamiento (1860-1920)". Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.

Batthyány, K.; Cabrera M. (coord.) (2011) Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. FCS-UDELAR Montevideo.

Bourdieu, P. (1999) La miseria del mundo.Buenos Aires, FCE.

Carracedo, J. D. (2002). La vigilancia en las sociedades de la información. ¿Un panóptico electrónico? Política y Sociedad. Vol 39 Núm. 2. Madrid (pp. 437-455).

Castel, R. (1984) La gestión de los riesgos (De la anti psiquiatría al post-análisis). Barcelona, España: Anagrama.

Castel, R. (1986) De la peligrosidad al riesgo en: Materiales de sociología crítica. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.

Castel, R. (2003) Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno. Homo Sapiens Ediciones, Buenos Aires.

Castel, R. (2004) La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial.

Castel, R y Haroche, C (2003) Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno (Capítulos I y II). Santa Fe : Ediciones Homosapiens.

Castiel, LD; Álvarez Dardet, C. (2007) La salud persecutoria. En: Rev Saúde Pública 2007;41(3):461-6. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/6212.pdf.[9]

Castiel LD; Álvarez Dardet C. (2005) Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. Rev Esp Salud Pública. 2005;79(3):331-7[10].

Chá Ghiglia, M (2020) Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. Revista Médica del Uruguay. 2020; 36(2):163-170 https://doi.org/10.29193/rmu.36.2.6

Claramunt, Adela (2009) El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. En Revista Fronteras N°5. Departamento de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales - UDELAR. Montevideo, Uruguay.

Dubet, F (2002) El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado (Introducción y capítulo I). Barcelona: Gedisa.

Foucault, M. (1976): Vigilar y castigar. Madrid. Siglo XXI

Foucault, M. (1996) La vida de los hombres infames. La Plata, Argentina. Editorial Altamira.

Foucault, M. (2008) Vigilar y Castigar. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI

Foucault, M (1986) Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto. En: VVAA, Materiales de sociología crítica. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M (1991) Tecnologías del yo. Y otros textos afines. Barcelona: Paidós.

[9] Si bien no se si citó en el cuerpo del documento es un antecedente de lectura y se considera que es un autor que influencia el análisis propuesto.
[10] Idem.

Foucault, M (1992) Microfísica del poder. Ediciones de la piqueta.

Freidson, E. (1978) La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Ed. Península. Barcelona.

Heller, A. (2002) Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península.

Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis (1996) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós.

Menéndez, E (1985) El modelo médico dominante y las posibilidades de los modelos antropológicos. Desarrollo Económico, Revista de Ciencias Sociales, Buenos Aires, v. 24, n. 96.

Mitjavila, M; Da Silva, C. (2004) Globalizaçao, modernidade e individualizaçao social. Revista Katálysis, vol. 7, Nº 1.

Mitjavila, M.; Vecinday, L. (2011) El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social En Belén Lorente Molina. (Ed.), "Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social Iberoamérica". Buenos Aires, Argentina: Niño y Dávila Editores.

Mitjavila, M (1992) Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización. Cuadernos del CLAE, Montevideo, n. 62. p. 37-45.

Mitjavila, M (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo Nº 33. UDELAR. FCS. Departamento de Sociología, Montevideo.

Mitjavila, M (1999) O risco e as estratégias de medicalização do espaço social: Medicina Familiar no Uruguai (1985-1994), tesis de doctorado en sociología, San Pablo: Universidade de São Paulo.

Morozov, E. (2016). La locura del solucionismo tecnológico. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Netto, J. P. (1992) Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Cortez Editora, São Paulo. Capítulo 1. Las condiciones histórico-sociales del surgimiento del Servicio Social.

Ortega, E. (2003) El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Tesis de maestría, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

Ortega, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo, Uruguay: Editorial Trilce.

Ortega, E y Vecinday, L. (2009) De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. En: Fronteras Nº 5. Montevideo, Uruguay.

Ortega (2011) Medicina, religión y gestión de lo social: Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973). Montevideo, Uruguay. Universidad de la República.

Ortega y Mitjavila (2005) El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica. Revista Katálysis, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 211-224. Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

Portillo, J; Rodríguez, J (1993) La medicalización de la sociedad. Nordan, Montevideo.

Rivoir, A. (2015) Desigualdades y estrategias para la inclusión digital en la educación. Elementos de la experiencia uruguaya. ALAS, Volumen 7, No 12 Pág. 247-260.

Valles, M (1999) Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Vecinday, L (2014) Protección social en Uruguay : transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay : el caso del Plan CAIF 2003-2009. Montevideo : Universidad de la República.

Vecinday, L (2017) Alteraciones institucionales y tecnológicas de la política de asistencia social en el Uruguay del siglo XXI ¿Hacia un nuevo modelo de gestión social de la pobreza? Laura Vecinday.

Vecinday, L (2020) Sistemas de información y prácticas de vigilancia en la protección social: controversias, tensiones y desafíos para el Trabajo Social. Revista Plaza Pública de la Facultad de Ciencias Humanas de la UNCPBA.

Winner (1985) ¿Tienen política los artefactos? Publicación original: "Do Artifacts Have Politics?" (1983).

Fuentes documentales

Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Presidencia de la República [online] Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/ > [acceso 5/03/2022]

Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento [online] Disponible en: <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web > [acceso 5/03/2022]

Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento - Programa Salud.uy [online] Disponible en: <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy > [acceso 5/03/2022]

Agenda digital para América Latina y el Caribe [online] Disponible en: <Agenda digital para América Latina y el Caribe (eLAC2022)> [acceso 5/03/2022]

Agenda Uruguay Digital [online] Disponible en: <Agenda Uruguay Digital | Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento > [acceso 5/03/2022]

Banco Interamericano de Desarrollo [online] Disponible en: <https://www.iadb.org/es > [acceso 5/03/2022]

Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 95/46/CE. 23 de agosto de 2012 [Archivo PDF] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012D0484&from=en

González y Olesker (s/f). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.

Informe Ejecutivo Salud.uy (2013) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2013> [acceso 26/07/2022]

Informe Ejecutivo Salud.uy (2014) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2014> [acceso 26/07/2022]

Informe Ejecutivo Salud.uy (2015) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2015> [acceso 26/07/2022]

Informe Ejecutivo Salud.uy (2016) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2016> [acceso 26/07/2022]

Informe Ejecutivo Salud.uy (2017) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2017> [acceso 26/07/2022]

Informe Ejecutivo Salud.uy (2018) [online] Disponible en: <Informe Ejecutivo 2018> [acceso 26/07/2022]

Instituto Nacional de Estadística Uruguay [online] Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/inicio> [acceso 26/03/2022]

La Diaria (2 de agosto de 2022) Comenzó el IVA personalizado para hogares de menos ingresos: "una tendencia" a la que Uruguay se suma, según consultor fiscal. [online] Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/economia/articulo/2022/8/comenzo-el-iva-personalizado-para-hogares-de-menos-ingresos-una-tendencia-a-la-que-uruguay-se-suma-segun-consultor-fiscal/ >

Ley N° 18.331 de 2008. Protección de Datos Personales. República Oriental del Uruguay. Publicada D.O. 18 de agosto de 2008 - Nº 27549. [online] Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Ministerio de Salud Pública [online] Disponible en:<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/informacion-sobre-aplicacion-coronavirus > [acceso 8/10/2022]

Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre el Covid-19 [online] Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19 > [acceso 7/10/2022]

Organización Mundial de la Salud (2018) Es hora de actuar. Informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles.

Plan Ceibal [online] Disponible en: <https://www.ceibal.edu.uy/es> [acceso 7/10/2022]

Plan de Estudios de la Facultad de Ciencias Sociales (2009) [online] Disponible en: <https://cienciassociales.edu.uy/plan-de-estudios-2009/ > [acceso 26/03/2022]

Plan Ibirapitá [online] Disponible en: <https://ibirapita.org.uy/ > [acceso 26/03/2022]