

Chapter Title: CUERPOS DE DATOS Y TECNOLOGÍAS DE DERECHOS: HACIENDO DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA A TRAVÉS DEL APLICATIVO WEB MIPRES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE ALTO COSTO

Chapter Author(s): Sandra Milena Agudelo-Londoño, Oscar Javier Maldonado-Castañeda and Olga Restrepo Forero

Book Title: Ciencia, tecnología y sociedad en América Latina

Book Subtitle: La mirada de las nuevas generaciones

Book Editor(s): Rosalba Casas and Tania Pérez-Bustos

Published by: CLACSO

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvt6rmtj.13>

---

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact [support@jstor.org](mailto:support@jstor.org).

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



This content is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



CLACSO is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Ciencia, tecnología y sociedad en América Latina*

JSTOR

# **SECCIÓN 4**

## **INCLUSIÓN Y DERECHOS SOCIALES**



# **CUERPOS DE DATOS Y TECNOLOGÍAS DE DERECHOS: HACIENDO DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA A TRAVÉS DEL APLICATIVO WEB MIPRES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE ALTO COSTO\***

Sandra Milena Agudelo-Londoño,\*\* Oscar Javier Maldonado-Castañeda\*\*\* y Olga Restrepo Forero\*\*\*\*

## **INTRODUCCIÓN**

—¿Sabe qué es “Mipres”?

No sabía lo que quiere decir, hasta ayer, cuando pregunté qué quería decir este acrónimo que se ha convertido en la pesadilla de los médicos y de los pacientes a nivel nacional. Cuando me lo explicaron no sabía

\* Agradecimientos. Este trabajo no hubiera sido posible sin todas las personas del sector salud que nos permitieron ser parte de sus trabajos, de sus historias, de sus tiempos. A ellas y ellos, gracias infinitas. También, este capítulo es producto de un trabajo colaborativo, de una red inesperada, fértil, inmerecida que le debe mucho a Xenia Vassilakopoulou y a Margunn Aanestad. A la Pontificia Universidad Javeriana a través de su fondo de apoyo para la formación doctoral de sus profesores y a la Universidad Nacional de Colombia con los fondos para estudiantes, estos fueron parte de las materialidades y discursos centrales para que este capítulo viera la luz de las pantallas de sus computadores.

\*\* Gesis, MSc, PhD (c). Profesora e Investigadora del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a Doctora en Salud Pública por la Universidad Nacional de Colombia. <sandra.agudelo@javeriana.edu.co>. Autora de correspondencia. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-8980-6590>>.

\*\*\* Sociólogo, MSc, PhD, PostDoc. Profesor Principal en la Escuela de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario. Colombia. <oscar.maldonado@urosario.edu.co>.

\*\*\*\* Socióloga, MSc, PhD. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Humanas en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. <omrestrepof@unal.edu.co>.

si reírme o ponerme a llorar. Especulaba diciendo que traducía “Mi presión (arterial)”, o “Mi presidente” (el que se inventó la Ley 100), o cualquier cosa que se me ocurriera. Lo que traduce es “Mi prescripción”, es decir, lo relacionado con los medicamentos o procedimientos que debemos ordenar para los pacientes.

Periódico *El Heraldo*, marzo 30 de 2017.

En este trabajo se presenta una experiencia interdisciplinar que considera las reflexiones producidas desde los Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología (ESCyT) y el campo de los Sistemas de Información (SI) en un proyecto informático en la esfera de la Salud Pública. Teóricamente bebe del realismo agencial de la física feminista Karen Barad (Barad, *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*, 2007), (Barad, 2003) junto con los enfoques de sociomaterialidad visitados por Annemarie Mol (Mol, *The body multiple: ontology in medical practice*, 2002) y en sistemas de información, por Wanda Orlikowski, y otros (Orlikowski, *The sociomateriality of organisational life: considering technology in management research*, 2009), (Scott & Orlikowski, *Entanglements in practice: performing anonymity through social media*, 2014), (Cecez-Kecmanovic, Galliers, Henfridsson, Newell, & Vidgen, 2014). Su objetivo es presentar el proceso de constitución o hechura del derecho a la salud en Colombia a través de las prácticas virtual-material-semióticas del Mipres.

El caso empírico se enfoca en las formas cómo el derecho a la salud en Colombia está siendo hecho a través del diseño e implementación de un aplicativo web para la prescripción de tecnologías en salud denominado Mipres.<sup>1</sup> Para situar la propuesta teórico-empírica acá presentada es necesario pensar derecho a la salud como un arreglo heterogéneo de tecnologías de la información, medicamentos, recursos, equipos, leyes, tratados, acuerdos, cortes judiciales, contratos, camillas, edificios, bases de datos, ambulancias, personas, normas, farmacias, etc., que por definición y dinámica, no son estáticas ni inmutables, sino que están en continuo devenir, son fluidas.

Sin embargo, es habitual que quienes estudian el derecho a la salud en Colombia, en América Latina y en el mundo utilicen variados marcos institucionales, normativos y/o políticos (Hernández, *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*, 2002),

---

1 A este tipo de sistemas se les conoce en la literatura como ePrescripción (Rodon, et al., 2017).

(Hernández, 2000), (Castaño, 2005), (Stolkiner, 2010), (Breilh & Muñoz, 2009), (Rumbold, et al., 2017) que asumen el derecho a la salud como un producto terminado, delimitable y pre-existente a los diferentes componentes que -según su amplitud o precisión- lo definan. Algunas definiciones de derecho a la salud son amplias (Hernández, 2000), mientras otras están muy preocupadas por el acceso al sistema de salud (Abadia & Oviedo, 2009), (Gómez-García & Builes-Velásquez, 2018), (Biehl, Petryna, Gertner, Amon, & Picon, 2009), (Møestad, Rakner, & Ferraz, 2011), (Torres-Tovar, 2014) o por la definición de los límites del derecho en función de la disponibilidad de los sistemas (Rumbold, et al., 2017) y, si bien, la literatura sobre el derecho a la salud lo presenta como un concepto en disputa, esta se da en función de los límites de las tecnologías médicas y servicios que el derecho puede “representar” en diferentes contextos (Møestad, Rakner, & Ferraz, 2011) de acuerdo con los tratados y acuerdos que en su nombre han sido firmados por los Estados (United Nations, 2000). En general, estos estudios no consideran la naturaleza híbrida, dinámica y entretejida de los componentes del derecho o del derecho mismo y de cómo este se constituye en medio de ensamblajes prácticos de discursos, datos y materialidades.

De hecho, esta relación entre derecho a la salud y Estado Foucault (Foucault, 1976) la sitúa en 1942 con el surgimiento en Inglaterra del Plan Beveridge dirigido a reconstruir la salud de los ingleses en medio de la segunda guerra Mundial. Foucault nos invita a considerar el Plan Beveridge como el punto de giro porque allí:

la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: *el concepto del individuo en buena salud para el Estado, se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud.* (itálicas propias)

Es así como esta tradición contemporánea de la salud como derecho y el Estado como garante, para el caso Colombiano ha resultado en largas disputas jurisprudenciales, financieras y, finalmente, en una colisión en la práctica de dos visiones contrarias del derecho (Hernández-Álvarez, 2018) (AFIDRO, 2018).

Las visiones a las que hacemos referencia son, por un lado, la discusión y descripción normativa desde la Corte Constitucional Colombiana con todo su bloque de constitucionalidad, recogido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, donde se presenta el derecho a la salud

como un narrativa garantista, integralista y como parte esencial de la dignidad humana (Congreso de la República de Colombia, 2015), (Gómez-García & Builes-Velásquez, 2018). Por el otro, el Gobierno Colombiano, en cabeza del Ministerio de salud y demás instituciones del sistema sanitario, entienden y responden al derecho a la salud con un enfoque prestacional, mediado por el acceso a tecnologías y servicios, reduciendo los problemas de su garantía, entre otras, a la desalineación de los incentivos entre los agentes del sistema, a la excesiva judicialización del derecho, a la presión del mercado de tecnologías biomédicas y a problemas para la definición de prioridades de gasto en los sistemas de salud.

Con el ánimo de resolver estos y otros problemas, y en seguimiento al bloque de constitucionalidad (Congreso de la República de Colombia, 2015) y sentencias de la corte (Corte Constitucional de Colombia, 2008), el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia crea en 2016 el aplicativo web Miprescripción (nombre corto Mipres) con el fin de “centralizar y coordinar el proceso de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de Servicios y Tecnologías en Salud”<sup>2</sup> (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) no incluidas en el plan de beneficios de salud —PBS—<sup>3</sup> con cargo a la Unidad de Pago por capitación.

El anterior Ministro de Salud Alejandro Gaviria nos lo presentaba así: “El MIPRES busca la protección individual del derecho [a la

---

2 “Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicio usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud” Resolución 3951 de 2016.

3 “El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución.” Resolución 5857 del 26 de diciembre de 2018. Fuera de este plan existen dos tipos de tecnologías en salud: aquellas que pueden ser prescritas por Mipres porque requieren el análisis particular de cada caso clínico y su costo es objeto de recobro al Estado directamente, pero en cuentas diferentes a las que el PBS usa que se concentran en la Unidad de Pago por Capitación (UPC: monto mensual que el Estado consigna a cada aseguradora —EPS— por cada persona afiliada) y, por otro lado, las tecnologías excluidas, se refieren a aquellas que no hacen parte del PBS ni del Mipres porque son prescritas con fines cosméticos, requieren ser prestadas por fuera del país o no se ha probado suficientemente su eficacia ni seguridad.

salud] por medio de la formulación y dispensación oportuna de tecnologías. Las formulaciones son cubiertas por una bolsa común, por un fondo estatal que sigue creciendo” (Gaviria, 2017). Específicamente, “la protección colectiva del derecho tiene un énfasis utilitarista, está basada en un examen *a priori* de las necesidades de toda la población. La protección individual tiene un énfasis principista, está basado en un examen *a posteriori* de las necesidades de un individuo particular” (Gaviria, 2017).

Ahí, en el examen *a posteriori* es cuando el médico o médica debe decidir basado en las condiciones particulares del paciente si es necesario o no acudir a una tecnología que no es financiada por la Unidad de Pago por Capitación del Plan de Beneficios y a la cual, según la norma, el(la) paciente tiene derecho. Esta relación entre recursos públicos, tecnología y derechos colectivos e individuales ha hecho del Mipres una herramienta en continua disputa e interés para los diversos actores del sistema de salud. Sin embargo, fuera de lo que dicen los documentos legales no se sabe mucho, casi que nada, sobre el funcionamiento del mismo. En la revisión de literatura solo encontramos tres monografías de especialización y una de maestría sobre el Mipres y todas utilizan enfoques que invisibilizan la tecnología o lo simplifican en extremo, a ninguna le preocupa aplicativo (Leyva, Ramírez, Sánchez, & Vélez, 2018), (Alarcón & Rojas, 2017), (Cotes-Castilla, 2018), (Silva-Benavides, 2017)

La fuerte preocupación que existe por el Mipres, fuera de la literatura, se concentra en la inextricable conexión que este tiene con el derecho a la salud (Gaviria, 2017). Sin embargo, esta conexión se entiende en relación con lo que el derecho a la salud representa, como se expresó previamente, dejando de lado lo que el derecho a la salud es en la práctica. Este interés por las prácticas nos permite mostrar, en esta ocasión, una lectura diferente de la relación entre Mipres y el derecho a la salud en Colombia. Para esto, visitando algunos espacios de observación etnográfica, los autores nos proponemos analizar cómo Mipres no sirve para garantizar o vulnerar el derecho a la salud sino, como en sí mismo, el Mipres se constituye por y constituye a, el derecho a la salud. No nos referimos a que lo esté construyendo o representando, sino que, es a través de Mipres que el derecho a la salud está siendo hecho. Así, esta afirmación nos mueve de la preocupación epistemológica del contenido y límites del derecho, a una ontológica sobre cómo está siendo constituido en materialidades, datos y discursos en la práctica (Orlikowski & Scott, 2008), (Barad, 2003: 815), (Scott & Orlikowski, 2014). El ensamblado de Mipres como un híbrido sociomaterial que constituye salud; esto es, la perspectiva performativa de salud acá presentada, no se refiere a una específica

instrumentación digito-material del derecho; sino que, busca ilustrar cómo el fenómeno derecho a la salud es constituido en el ensamblado mismo del Mipres y con el Mipres. En este trabajo utilizamos, también, la expresión ensamblado<sup>4</sup> (Deleuze & Guattari, 1986), como parte del giro material y relacional de los estudios en tecnologías y en ESCyT (DeLanda, 2016). Particularmente, es necesario resaltar que ensamblado acá no se refiere a un arreglo estático, inmutable; sino, más bien, al proceso fluido, agencial y relacional de hechura, de constitución, de estos híbridos sociomateriales. En español se han realizado algunos trabajos con este enfoque como el producido por Restrepo y colaboradores en Colombia (Restrepo, Proyecto Ensamblado En Colombia. Tomo 1. Ensamblando Estados”, 2013).

Así, este capítulo es, a su vez, un ensamblado que hace parte de una compilación más amplia de materiales alrededor del proceso de emergencia, diseño, implementación y uso del Mipres en el sistema de salud colombiano, producto de la tesis doctoral de la autora principal. Además, al estar situado en un caso de salud pública, donde lo usual es entender los sistemas de información como entidades abstractas, neutrales y objetivas desprovistas de capacidad de agencia, este capítulo se presenta desde una posición ontológica diferente, no esencialista, posthumanista (Barad, 2003; Barad, 2007) para responder una pregunta que no se ha realizado antes, con unos métodos y enfoques que no habíamos considerado. Descentrandolo humano, en este caso, nos interrogamos por ¿cómo se está haciendo el derecho a la salud en Colombia a través de una tecnología de información como Mipres?

Para esto, se presenta la fundamentación teórica del estudio, su metodología, los aportes que se están haciendo a los ESCyT y al campo de sistemas de información en salud; así como, a los interesados en comprender la complejidad del derecho a la salud en medio de ensamblados sociomateriales dinámicos como el que se presenta acá. Finalmente, se despliegan y analizan dos momentos de la observación etnográfica que ilustran cómo el derecho a la salud está siendo constituido a través de Mipres y cómo estos arreglos de prácticas que se presentan en su hechura, performan un derecho a la salud fluido, fluctuante, múltiple.

---

4 La expresión ensamblado, es la traducción literal del vocablo francés *agencement*, que da cuenta tanto del ensamblado como del agenciamiento, por lo que se debe ser cauteloso con el riesgo de perder algunas connotaciones de este agenciamiento en el concepto de ensamblado, especialmente las que indican que este a su vez tiene agencia. Un ensamblado da cuenta de múltiples componentes heterogéneos unidos entre sí para hacer un todo: un ensamblado de relaciones. (DeLanda, 2016) El concepto fue introducido por Félix Guattari y Gilles Deleuze en su trabajo sobre la obra de Kafka (Deleuze & Guattari, 1986).

## 1. ABORDAJE TEÓRICO-METODOLÓGICO

*The only way to find a larger vision is to be somewhere in particular.*  
(Haraway, 1991)

Se acudió a un estudio de caso cualitativo en profundidad (Baxter & Jack, 2008), (Denzin & Lincoln, 2005), desde una etnografía digital multisituada del Mipres (Bruni, 2005) conducida entre enero de 2017 y enero de 2019. Se le denomina, también, etnografía of objetos o *shadowing* digital (Czarniawska, 2014) porque sigue el rastro del artefacto en sus relaciones, constituyéndose en un método privilegiado para conducir un estudio desde un enfoque posthumanista y sociomaterial, permitiéndonos “estudiar la performatividad de la tecnología a medida que emerge en prácticas situadas” (Sisto & Zelaya, 2013), (Cecez-Kecmanovic, Galliers, Henfridsson, Newell, & Vidgen, 2014). Un abordaje etnográfico tiene sentido y utilidad desde los ESCyT que acogen este trabajo (Callon, 1987), (Casper & Berg, 1995), (Berg & Bowker, *The multiple bodies of the medical record*, 1997), (Latour, 1993), (Mol, *The body multiple: ontology in medical practice*, 2002) pues este se ha constituido como una de las vías predilectas de producción de conocimiento situado, reconfigurando la manera cómo se plantea, vive y experimenta el trabajo investigativo (Martínez-Medina, 2016). Con la etnografía digital pudimos acercarnos a una relación mediada por un artefacto informático; a través del seguimiento de las relaciones virtuales y físicas entre los participantes, dejando que estos hablaran de sus experiencias cotidianas con el artefacto en estudio y realizarán sus prácticas cotidianas en relación con el proceso de implementación de Mipres en el sector salud.

El análisis en profundidad del caso se construyó con datos y técnicas que beben de cuatro fuentes distintas: 1) A través de observación etnográfica en instituciones de salud que realizan trámites con Mipres: el hospital con mayor número de camas del país y un servicio domiciliario de la ciudad de Bogotá. Además, participamos en eventos académicos sobre tecnologías de información en salud y, también, en dos eventos de capacitación regional sobre el Mipres con asociaciones de pacientes; 2) se compilaron y analizaron más de 100 documentos normativos, piezas periodísticas, artículos y tesis, relacionados directamente con el Mipres; 3) se realizaron 33 entrevistas con actores clave: médicos, directivos, pacientes, otros prescriptores, técnicos y profesionales de auditoría del Mipres, secretarios técnicos del Mipres, industria farmacéutica, funcionarios públicos, académicos expertos; 4) finalmente, se completó el trabajo con una etnografía virtual que

rescató del internet fuentes de información (videos en YouTube, conversaciones en *Twitter* y post de blogs) relacionadas directamente con el Mipres entre enero de 2017 y enero de 2019. Con el ánimo de contribuir a un análisis rico en descripciones sobre la práctica misma, solo hemos privilegiado una descripción narrativa de dos casos observados en la etnografía que son objeto de posterior análisis. El material adicional será producto de subsecuentes publicaciones.

Este trabajo se sitúa en esa interacción que Lee nos convoca a buscar: “La investigación en el campo de los sistemas de información examina más que solo el sistema tecnológico, o solo el sistema social, o incluso los dos sistemas uno al lado del otro; se preocupa por el estudio de los fenómenos que emergen cuando los dos interactúan” (Lee, 2001). Y, en ese sentido, en la relación entre tecnología, discursos y sociedad se sitúa el enfoque multidisciplinar de este trabajo. Particularmente, recurre al Realismo Agencial (RA) de Karen Barad (Barad, 2003; Barad, 2007) con su concepto de performatividad que, valga aclarar, ha sido objeto de discusión y desarrollo por otras y otros académicos en ciencias sociales, estudios feministas y sistemas de información. El concepto de performatividad lo podemos rastrear en los trabajos de Judith Butler en estudios feministas y teoría *queer*; en el de Andrew Pickering en ESCyT, pero también Donna Haraway, Bruno Latour y Joseph Rouse han acudido a comprensiones performativas de la naturaleza de las prácticas (Barad, 2003).

Por esta misma multiplicidad en el concepto y su uso, Barad nos invita a entender la performatividad no como el reino del lenguaje sobre la producción de mundo, “para convertir todo en palabras, incluso los cuerpos materiales” sino; por el contrario, esta noción de performatividad por ella presentada desde el RA entiende lo material como un participante activo en la transformación del mundo (Barad, 2007: 133). Nos advierte, sin embargo, que esto no significa que el mundo sea hecho a cada momento a través de algún proceso de emergencia extrema, sino que su estabilidad se constituye a través de prácticas recurrentes de acción interna, esto es, se constituyen entre y en las relaciones. El término que se usa a menudo para evocar la estabilidad y el dinamismo asociados con esta forma de pensar acerca de la práctica es “haciéndose”. De acuerdo con (Scott & Orlikowski, 2014) esto tiene sentido, en la medida que las prácticas son abiertas y en continuo devenir; pero, no están replicando un mundo que existe haya afuera, sino que, de hecho, están haciendo el mundo. Así, era necesaria una teoría que nos permitiera, a partir de las prácticas, los discursos y las actividades cotidianas, ver cómo de manera relacional y performativa la materia podría ser constitutiva y constituida en estos ensamblados, una ontología relacional. Parafraseando a Taylor, citado

por Orlikowski: “Los cuerpos, espacios y objetos son, en un momento dado, lo que las prácticas los han hecho. En otras palabras, las prácticas son constitutivas del mundo” (Orlikowski & Scott, 2014).

El trabajo de Barad ha sido acompañado con las reflexiones de académic(a)os en estudios de tecnologías de información como Orlikowski and Scott (Orlikowski & Scott, 2008) (Orlikowski, 2009), (Orlikowski & Scott, 2014), con su trabajo sobre la sociomaterialidad, que consideran estos ensamblados sociomateriales como como “enredos en la práctica” (*entanglement*, para ellas o *the mangle of practice* en palabras de Pickering (Pickering, 2010)), buscando superando la idea que “el mundo está compuesto de individuos y objetos con propiedades diferentes que existen por sí mismos”. También, otros académicos en sistemas de información se han preocupado por el rol de las tecnologías y, por cómo estas se insertan en medio de infraestructuras de información más complejas en las organizaciones (Leonardi & Barley, 2008), y cómo se co-constituyen (Østerlie, Almklov, & Hepsø, 2012). Todo esto, en conversación continua ya desde la década del 80 con los trabajos desde los ESCyT, por ejemplo, con los estudios de (Suchman, 1987) sobre interacción humano-computador. En esta rica corriente teórica encontramos útiles, también, los trabajos de AnneMarie Mol, inicialmente con Berg (Berg, Mol, & Eds., 1998) y de este con Bowker (Berg & Bowker, 1997) y posteriormente el desarrollo del concepto de enactuación (*enactment*), en su estudio de las praxiografías (Mol, *The body multiple: ontology in medical practice*, 2002). Con base en esta corta revisión es posible ver que este trabajo, a su vez, está ensamblado, o si se prefiere, constituyendo su propio referente con el fin de mostrar cómo el derecho a la salud está siendo hecho a través del Mipres.

## 2. APORTE AL CAMPO CTS Y RELEVANCIA PARA LATINOAMÉRICA

Por el lugar geopolítico y teórico de enunciación de este trabajo, el capítulo espera aportar en tres vías muy interesantes:

El estudio aporta a la literatura en ESCyT desde un estudio de caso con una propuesta interdisciplinar, sobre la producción del derecho en medio de un denso ensamblado de materia: tecnologías de información y biomédicas; discursos: normas, contratos, pactos y prácticas: procesos, trámites y atenciones en un país Latinoamericano, que puede servir de referencia a fenómenos similares de la región. Y para esto, acude a una lectura de la performatividad de estos ensamblados sociomateriales desde el Realismo Agencial.

Con los crecientes intereses en las disputas y estrategias para la garantía del derecho a la salud en Colombia y lo que está pasando con las políticas de medicamentos en clave de medicamentalización (Meneu, 2018), (Biehl, Petryna, Gertner, Amon, & Picon, 2009)

en América Latina, este se constituye en un insumo relevante para la literatura sobre derecho a la salud y una innovación desde una ontología relacional, porque, además, permite ver diferentes formas en las cuáles el derecho a la salud está siendo hecho en el caso colombiano. Sobre cómo los procesos de gobierno en línea implementados por los estados están performando los derechos sociales, este trabajo también puede constituir un avance.

Finalmente, para los estudios sobre sistemas de información es un aporte más para comprender la performatividad de las prácticas materiales, virtuales y discursivas siguiendo el realismo agencial. Además, partiendo de enfoques sociomateriales y ontologías relacionales los estudios en Latinoamérica son exigüos; y casos de naturaleza parecida (Sistemas de información y performatividad) en el mundo hispano, no fueron identificados.

### **3. ENACTUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD A TRAVÉS DEL MIPRES**

La literatura presenta resultados contradictorios sobre el derecho a la salud en Colombia. Algunos documentos indican la insuficiente respuesta del Estado y del sistema de salud para garantizarlo, especialmente en acceso a servicios y equidad (Jaramillo, et al., 2000). Otros, resaltan los avances en esta protección y la necesidad de extender esta labor (Jiménez-Barbosa, 2009) y algunos indican que, incluso, el sistema de salud de Colombia ha llegado al punto de atentar contra el derecho a la salud y la vida de los colombianos en formas específicas (Uprimny & Durán, 2014), (Hernández, 2000), (Torres-Tovar, 2014). Mipres se despliega ahora en este diverso escenario. De modo que, si superáramos estas constantes angustias sobre qué es el derecho a la salud en Colombia o por qué es cómo es y, nos permitiéramos descentrar lo humano y preguntarnos el cómo ocurre... ¿cómo se hace en la práctica el derecho a la salud en Colombia a través del Mipres? tendríamos una oportunidad invaluable de ver al ensamble hacerse en diferentes espacios, el derecho en realidad emergiendo. De este modo, transitaremos, a continuación, por dos momentos del trabajo de campo que esperan permitirnos ilustrar estas cuestiones sobre el cómo se hace Mipres en el sistema de salud. Primero exploraremos un caso clínico para la provisión de pañales que requieren la revisión por junta de profesionales pares, dado que, de acuerdo con la Legislación colombiana, son servicios sociales complementarios. El otro se desarrolla en la oficina de auditoría del más grande hospital de Colombia en el proceso de revisión y producción de materiales para contestar las glosas o notas de inconsistencia o error que las aseguradoras les hacen a los hospitales en las facturas de los servicios y tecnologías.

Moviéndonos a los casos, la situación es la siguiente:

El médico tiene su computador encendido sobre la mesa, ingresa al Mipres con su clave y contraseña única, selecciona el rol de junta médica donde después ingresará el número del Mipres que debe buscar para registrar su evaluación como par. Mientras tanto, la directora administrativa abre en su equipo portátil un archivo de Word, conteniendo las actas que ellos mismos crearon como formato estándar para hacer la junta médica. Allí, empieza a registrar la N° 83 del 2018. Por su parte, la enfermera pone en la mesa una carpeta con varios paquetes de archivos: historias clínicas impresas con el logo de la IPS domiciliaria donde estamos; plan de manejo domiciliario emitido por la EPS aseguradora; y la prescripción por Mipres (la fórmula) que el médico tratante hizo. Nos mira y dice: hoy solo tenemos dos Mipres; pero ya están autorizados, no son para aprobar sino para levantar acta porque los pacientes no los han recibido. —Quiere decir esto que, el derecho ya fue concedido; pero no por la evaluación previa de pertinencia por parte del médico par evaluador, sino porque la aseguradora ya manifestó su visto bueno sobre la provisión de las tecnologías—. Los dos son casos similares, comentan, fueron atendidos y registrados por la misma médica durante la semana y en ambos casos no se indicó la talla de los pañales prescritos a los pacientes. La directora administrativa selecciona un caso, lee la prescripción del Mipres y empieza a diligenciar los datos en el acta: nombre del paciente, documento de identidad, aseguradora, justificación médica de por qué necesita el servicio social. La construye con base en el Mipres y revisando la historia clínica del paciente. Acá, utilizando un texto pre-escrito ella cambia los diagnósticos código CIE-10, peso, talla, y comorbilidades. —Me explican que en el caso de pañales la última resolución indicó que los pacientes tienen derecho cuando son 120 o menos. Solo se necesita junta cuando una persona requiere más de 120 pañales al mes, esto es, más de cuatro pañales al día. Pero que, como los profesionales olvidan indicar la talla, al paciente se lo niegan en el momento del suministro del insumo porque...— “pues, sin talla no saben qué pañal darle”. Esta paciente, una mujer, se valora mensualmente, de modo que ya lleva dos meses sin pañales (por lo menos). La penúltima vez no se lo aprobaron por no ser “pertinente”, porque este es un insumo social no vital, que muchos están validados por Tutela. En este caso, la médica no había indicado la talla, pero sí la marca exacta y las características del pañal: pañales marca “Tena Slim”, ellos vuelven sobre el tema de las marcas. La directora financiera sentencia: “Nosotros no prescribimos marcas, debe primar por pertinente, si no cumple con los requisitos no me importa que sea tutela, los derechos tienen límites, recordemos

que la instancia jurídica está dirigida por un juez, no por profesional de la salud”. La conversación sobre marcas, tutelas, servicios sociales, derechos continúa un par de minutos. El médico pregunta el peso de la mujer y la talla. Revisa si antes ha tenido pañales en su historia clínica, entra al Mipres, abre el caso y escribe: “la paciente necesita pañales talla M por su condición de salud”, la describe. Eso era todo, poner M en el Mipres para que la paciente ejerza su derecho protegido por tutela. El diligenciamiento del acta sigue, escribir el número del Mipres que están revisando es difícil. Dejan de hablar, quién está escribiendo se concentra: año, mes, día y 12 dígitos más. Para un total de 20 dígitos. —Y yo pienso: a eso que se reduce el derecho a la salud de esta paciente, una M, 20 dígitos, una tutela y unos pañales que este mes por fin tendrá. (Diario de campo de la autora principal, sala de reuniones IPS domiciliaria)

Una vez termina la Junta salgo para mi casa, mañana voy muy temprano para el hospital, el más grande de la ciudad. Tengo cita en la oficina de auditoría, voy a estar con una de las enfermeras auditoras del Mipres.

Ella está en su computador, tiene abierta la base de datos que descargan del Mipres todos los días; también, el aplicativo institucional de historia clínica, el de auditoría, el de facturación, el censo diario de los pacientes en Excel. Además, una ventana de internet con el correo electrónico y en otra pestaña el POS Pópuli, y, en la última, la de la Aseguradora. En la mesa tiene una calculadora, lápiz de colores y papel. Desplaza el puntero del mouse al archivo de Excel con los Mipres prescritos ayer hasta las 12 de la noche. Sube entre las filas de la primera hoja, que solo contiene los medicamentos, escoge un paciente, filtrando por la aseguradora específica que ella tiene asignada, “porque cada aseguradora es diferente en sus procesos y tuvieron que distribuirnos”; luego, escoge el piso que le correspondió. Va al archivo del censo, verifica si la paciente ha sido dada de alta o sigue hospitalizada. Copia el número de la admisión, va a la historia clínica, pega el número, presiona buscar, selecciona la última admisión, encuentra a la paciente y me describe que vamos a buscar cuáles NoPOS<sup>5</sup> le han mandado a esa paciente para contrastar con el Mipres que le hicieron ayer. El puntero del mouse se desplaza, esta vez, al sistema administrativo

---

5 NoPOS quiere decir lo que no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud. De acuerdo con la Resolución 6408 de 2016 el POS ha cambiado, en nombre y estructura y ahora se llama PBS, Plan de Beneficios en Salud. Sin embargo, lo común es que solo los ejecutivos lo llamen así; los funcionarios de los niveles técnicos y operativos lo siguen llamando POS. Lo que no PBS puede ser NoPBS, como las tecnologías que se prescriben por Mipres; pero, también, las exclusiones.

de facturación, allí pega de nuevo el número de admisión del paciente, y se despliega una pantalla con 12 columnas llena de filas y filas de medicamentos, procedimientos, dispositivos, todo lo que se puede facturar. Algunos están resaltados en rojo, tienen una XXX al principio de su nombre. Ella mueve el *scroll* del mouse hacia abajo. Busca las equis, pero también, tecnologías que no tengan la equis y aun así debe hacerse Mipres. Ella me indica que esta notación se creó para ayudar a los auditores a identificar lo que está o no en el Plan de Beneficios, a lo que los pacientes tienen o no derecho y ellos pueden o no cobrar adicional. Allí está en rojo: XXX levonogestrel. Está su precio y la cantidad que utilizaron. Ella dice: “ahhhh, ¿pero por qué me lo estarán glosando si la paciente tiene derecho, sí eso es POS?”. Calla, piensa y sentencia “si el médico lo utilizó para un caso de violación, eso es POS, vamos a buscarlo en la historia clínica”. Vuelve y copia el número de admisión, va a la historia clínica, busca a la paciente. Espera unos segundos, aparece toda la historia clínica. Es una mujer adolescente, de 14 años, ingresó en la madrugada al hospital, fue violada el día anterior. —“Utilizaron el levonogestrel como píldora del día después”, me dice. “Ese es su derecho. Pero ahora, la EPS no me lo está reconociendo y el Mipres ya está hecho, nos toca revisar lo que dice el sistema de autorización de la EPS; para ver por qué nos lo negaron”. (Diario de campo de la autora principal, oficina de auditoría, Hospital de alta complejidad)

En estos dos espacios captados en el trabajo de campo, disímiles en su naturaleza clínica, uno de internación hospitalaria, con un medicamento de prioridad alta, con una menor de edad sujeta de protección especial por su condición y los vejámenes a los que fue sometida y; el otro, con una paciente en su casa, una mujer que parecía tener los recursos económicos suficientes para comprar sus pañales, pero que, por Ley le fueron concedidos en el marco de protección de derecho.

En el primer caso, la discusión debe desplazarse de si el pañal es pertinente o no, de si la marca debe ser Tena u otra, debe si se debe dar todo lo que diga una tutela, hacia la forma cómo todo el derecho se hizo finalmente con una letra “M” en el Mipres. La mujer ya había tenido la consulta, una médica ya la había valorado y estimado que sí la necesitaba, una Aseguradora había definido que la paciente sí cumplía los requisitos legales para recibir sus pañales<sup>6</sup> y había dado su aprobación que, de por sí es un proceso engorroso y largo, como parte de su ejercicio al derecho a la salud. Así, la mujer ya había superado todas

---

6 Este servicio social como parte del derecho a la salud fue expresado por la Corte constitucional de Colombia en la Sentencia T-552/17: Suministro de pañales.

las barreras discursivas del sistema, todas las instancias representacionales del derecho; pero, nadie había digitado la talla: una letra en el Mipres, en un computador con acceso a internet. Para hacer el derecho a la salud de esta mujer mediado por su acceso a los pañales, los profesionales del servicio domiciliario tuvieron que reensamblar nuevamente todo el caso: proveer toda la documentación clínica y administrativa, revisar toda la historia, imaginarse el cuerpo de la mujer con base en su peso y su talla, discutir sobre si los necesitaba, si los merecía, superar su resistencia a la tutela y la discusión sobre si eran demasiados pañales. Pero, al final, su derecho se hizo solo cuando el médico escribió la talla: M. Así es como Mipres hizo derecho a la salud para esta mujer, en medio de un ensamble de normas, procedimientos administrativos, médicos y administrativos, marcas, tallas y tipos de pañales, tutelas y un bip de teclado.

En el segundo caso, la niña obtuvo el levonogestrel cuando pasó las barreras administrativas del hospital. Allí, el Mipres no participó en la constitución de su derecho en relación con el momento de provisión; pero el Hospital si se vio en la obligación de ensamblar el derecho a la salud de la paciente para garantizar su autorización administrativa y posterior pago, para esto tuvo que configurar toda una coreografía entre todos estos elementos. Veamos cómo lo hizo. El hospital tuvo que desplegar ocho sistemas de información al tiempo; ninguno conectado con el otro. El hospital tuvo que rastrear la paciente y crear, pieza por pieza de información una imagen sobre ella, sobre lo que le pasó. Pero, no era suficiente saber que la paciente estaba hospitalizada aún, su edad, su sexo, su diagnóstico ni el Mipres que le habían prescrito. Era necesario establecer una conexión con el hecho del cual desprendía su derecho: la violación. Acá, cuando la enfermera buscó en la historia clínica hasta que halló la palabra que estaba buscando, el derecho a la salud, mediado por el acceso al medicamento, fue efectivo. El derecho a la salud se hizo *en relación con la palabra exacta* en la historia clínica, la legislación específica que protege a las víctimas de abuso, con el registro en los demás sistemas, con el cuerpo físico y el estado mental de la paciente, con el levonogestrel, con el Mipres que nos permitió re-constituirla a ella y a su derecho.

Estos extractos del trabajo de campo, junto con muchos otros similares o relacionados, nos permiten ver cómo de hospital en hospital, de aseguradora en aseguradora, hasta de médico en médico el proceso del Mipres varía, todos hacen derecho a la salud de forma diferente, el derecho se ensambla todo el tiempo de manera diferente en medio de relaciones de intra-acción específicas. El derecho a la salud es así, hecho de distintas formas a través del aplicativo y todos los otros elementos materiales, digitales y discursivos que se tejen con

este. El derecho a la salud acá presentado no es reproducible de un médico a otro, de un auditor a otro, de un paciente a otro, de un hospital a otro, de una EPS a otra, no es un hecho (*fact*) sino un artefacto (*artifact*) de materialidades y significados, que está en continuo devenir. Esta enactuación múltiple del derecho a la salud con el Mipres, evidencia como los lentes utilizados por Mol con la aterosclerosis (Mol, *The body multiple: ontology in medical practice*, 2002) o con la hipoglicemia (Mol & Law, 2007) son útiles para ilustrar las múltiples formas en que este es constituido, la fluidez del ensamblado, la dinamicidad de la red de relaciones y del producto mismo, inclusive su multiplicidad en práctica.

#### 4. CONCLUSIONES

En este trabajo está implícita la relación entre las tecnologías materiales del derecho, como los pañales, los medicamentos, etc. y las tecnologías informáticas (digitales) del derecho como Mipres, los sistemas de admisiones, la Historia clínica, el POS-Pópuli en medio de complejos ensambles sociomateriales. Este es, en nuestro concepto, uno de los asuntos que los ESCyT deberíamos explorar con mayor detalle, la composición heterogénea, múltiple y fluida de estos arreglos de materia y discursos. Para esto, vale revisar como ejemplo trabajos como el de Østerlie y otros, en relación con la performatividad de lo digital en una planta de producción de petróleo. Allí, muestran las interrelaciones de producción del petróleo en medio de procesos entre sensores, sistemas de monitores y equipos con datos en tiempo real. Esta dualidad en la producción de estos ensambles debe ser explorada, especialmente, porque la tecnología digital se vuelve importante pues “su materialidad juega a papel integral en la creación, no solo en representar, la materialidad de los fenómenos físicos” (Østerlie, Almklov, & Hepsø, 2012: 86). En el caso de Mipres este tema se presenta de manera evidente cuando la mediación del artefacto informacional, con la M de la talla de los pañales, o la palabra “violación” en la historia clínica de la paciente; permiten hacer derecho a la salud, pañales, levonogestrel, plata y más. En nuestro caso no asumimos que derecho a la salud sea una “cosa” en sí misma con propiedades materiales inherentes ni tampoco que es inasible, un concepto abstracto; por el contrario, esperamos haber desplegado en la práctica como este emerge como ensamble a través de la materialización dual de los fenómenos observados junto con los arreglos de las tecnologías de información que lo constituyen.

Para aportar contexto en este ejercicio, tratamos de identificar investigaciones similares en otros sistemas de ePrescripción en el mundo (Rodon, et al., 2017) pero, al parecer, este es el primer trabajo

que se pregunta esto. Esto puede deberse en parte a que, si bien todos los sistemas nacionales de ePrescripción tienen como finalidad mediar en el proceso de obtención de medicamentos y tecnologías en salud, el caso colombiano es particular en producir distinciones o categorías del derecho de las personas —colectivo, individual y exclusiones— (Bolívar, Gaviria, & Colombia., 2017), (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018; Gaviria, 2017), (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018). Creando, para esto, un software centralizado solo para una de estas tipologías del derecho; pero no para las otras, que funcionan en plataformas diversas y ensamblados inexplorados en cada arreglo específico de *paciente-aseguradora-prestador*. Este arreglo es una expresión que utilizamos para indicar que cada paciente está asegurado en una organización de salud diferente que, a su vez, contrata con cualquier hospital o puesto de primer nivel de atención de manera azarosa, por lo cual, las posibilidades de atención para un paciente son diversas, difícilmente rastreables y también, lo son las lógicas desde las cuales opera Mipres en estos arreglos específicos. Todo esto pareciera un contrasentido en la medida que Mipres tiene un diseño y operación centralizada; pero, lo que el trabajo de campo evidenció es que los diferentes actores del sistema: pacientes, médicos y médicas, aseguradoras, hospitales y demás servicios de atención en salud operan en lógicas que superan en todos los casos las rutas descritas originalmente por la norma, produciendo y reproduciendo versiones diversas, situadas, maleables del derecho a la salud en cada caso.

Finalmente, en la creciente preocupación en todo el mundo por los fenómenos de judicialización de la salud (Biehl, Petryna, Gertner, Amon, & Picon, 2009) y de medicamentación (Meneu, 2018) del derecho a la salud vale la pena incluir en esta relación la capacidad creadora de nuevas realidades de las tecnologías de información, que nos permitirán avanzar hacia comprensiones más complejas y completas del panorama actual de disputa y constitución de los derechos. Así, para futuras reflexiones y estudios en la materia, es necesario seguir avanzando en América Latina en estudios que permitan descentrar lo humano, rescatando la materialidad de los fenómenos y la performatividad de las prácticas. En este espíritu y bebiendo de una “perspectiva sociomaterial demarcada por una ontología relacional, una performatividad posthumanista y una visión no esencialista de la materialidad” este capítulo muestra cómo Mipres, de hecho, está haciendo algo más, constituyendo el derecho a la salud en ensamblados sociomateriales complejos mediados por tecnologías de información (Orlikowski & Scott, 2008) (Orlikowski, 2009) (Scott & Orlikowski, 2014).

**BIBLIOGRAFÍA**

- Abadia, C.; Oviedo, D. 2009 "Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems" en *Social Science & Medicine* N° 68(6), pp. 1153-1160.
- AFIDRO 2018 *¿Por qué Afidro demandó el artículo 72 del plan nacional de desarrollo?* Disponible en: <<https://www.afidro.org>: <https://www.afidro.org/opinion/%C2%BFpor-qu%C3%A9-afidro-demand%C3%B3-el-art%C3%ADculo-72-del-plan-nacional-de-desarrollo-190>>.
- Alarcón, A.; Rojas, E. 2017 *Mipres y la implementación en el sistema de salud en Colombia. Monografía de grado para optar el título de Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud* (Bogotá: Universidad Santo Tomás).
- Barad, K. 2003 "Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter" en *Signs Gender and Science: New Issues* N° 28(3), pp. 801-831.
- Barad, K. 2007 *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning* (North Carolina: Duke university Press).
- Baxter, P.; Jack, S. 2008 "Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers" en *The Qualitative Report* N° 13(4), pp. 544-559.
- Berg, M.; Bowker, G. 1997 "The multiple bodies of the medical record" en *The Sociological Quarterly* N° 38(3), pp. 513-537.
- Berg, M.; Bowker, G. 1997 "The multiple bodies of the medical record: Toward a sociology of an artifact" en *Sociological Quarterly* N° 38(3), pp. 513-537.
- Berg, M.; Mol, A. 1998 *Differences in medicine: Unraveling practices, techniques, and bodies* (Durham and London: Duke University Press).
- Biehl, J., Petryna, A., Gertner, A., Amon, J.; Picon, P. 2009 "Judicialisation and the Right to Health in Brazil" en *The Lancet* N° 373, pp. 2182-2184.
- Breilh, J.; Muñoz, Y. 2009 *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal* (Quito: Univ. Andina Simón Bolívar).
- Bruni, A. 2005 "Shadowing software and clinical records: On the ethnography of non-humans and heterogeneous contexts" en *Organization* N° 12(3), pp. 357-378.
- Callon, M. 1987 "Society in the making: the study of technology as a tool for sociological analysis" en Bijker, W.; Hughes, T. & Pinch, T. *The social construction of technological systems* (Cambridge: MIT Press), pp. 83-103.

- Casper, M.; Berg, M. 1995 "Constructivist Perspectives on Medical Work: Medical Practices and Science and Technology Studies" en *Science, Technology, & Human V* N° 20(4), pp. 395-407.
- Castaño, L. 2005 "El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral" en *Revista Panamericana de Salud Pública* N° 18, pp. 129-135.
- Cecez-Kecmanovic, D., Galliers, R., Henfridsson, O., Newell, S.; Vidgen, R. 2014 "The sociomateriality of information systems: current status, future directions" en *MIS Quarterly* N° 38(3), pp. 809-830.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social 2016 Resolución N° 003951 (Bogotá).
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social 2017 Resolución N° 000532 del 28 de febrero de 2017 (Bogotá).
- Congreso de la República de Colombia 2015 Ley Estatutaria N° 1751 del 16 de febrero de 2015 (Bogotá).
- Corte Constitucional de Colombia 2008 Sentencia T-760/08.
- Cotes-Castilla, Z. 2018 "Efecto de la implementación del MIPRES en los costos de salud de los afiliados de una EPS del nororiente colombiano entre abril y julio de 2017". Tesis para optar al título de Magíster en Gestión de Servicios de Salud (Bucaramanga: Universidad de Santander).
- Czarniawska, B. 2014 "Why I think shadowing is the best field technique in management and organization studies" en *QROM* N° 9(1), pp. 90-93.
- De Landa, M. 2016 *Assemblage theory* (Edinburgh: Edinburgh University Press).
- Deleuze, G.; Guattari, F. 1986 *Kafka: Toward a Minor Literature* (Minneapolis: University of Minnesota Press).
- Denzin, N.; Lincoln, I. 2005 "Introduction: the Discipline and Practice of Qualitative Research" en Denzin, N.; Lincoln, I. *Handbook of Qualitative Research* (SAGE), pp. 1-32.
- Foucault, M. 1976 "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en *Educación Médica y Salud* N° 2, pp. 152-70.
- Gaviria, A. 2017 "Estadísticas descriptivas MIPRES: uso de la Somatropina (hormona de crecimiento)". Disponible en: <<https://agaviria.blogspot.com/2017/08/estadisticas-descriptivas-mipres-uso-de.html>>.
- Gómez-García, C.; Builes-Velásquez, A. 2018 "El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015" en *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas* N° 48(128), pp. 135-167.

- Haraway, D. 1991 "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective" en Haraway, D. *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature* (Nueva York: Routledge), pp. 183-201.
- Hernández, M. 2000 "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización" en *Revista de Salud Pública* N° 2, pp. 121-144.
- Hernández, M. 2002 "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia" en *Cadernos de Saúde Pública* N° 18, pp. 991-1001.
- Hernández-Álvarez, M. 2018 "Dos años de Ley Estatutaria: avances y desafíos para la garantía del derecho a la salud. Debates en Salud Pública. Doctorado Interfacultades en Salud Pública" en *Debates en Salud Pública del Doctorado Interfacultades en Salud Pública* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia), pp. 1-9.
- Jaramillo, I., Martínez, R., Olaya, S., Reynales, J., Uribe, C., Castaño, R.; Angarita, J. 2000 "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud" en *Revista de Salud Pública* N° 2(2), pp. 145-164.
- Jiménez-Barbosa, W. 2009 "El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana" en *Revista EAN* N° 67, pp. 107-120.
- Latour, B. 1993 "Etnografía de un caso de 'alta tecnología': sobre Aramis" en *Política y Sociedad* N° 14/15, pp. 77-97.
- Lee, A. 2001 "Challenges to qualitative researchers in information systems" en Trauthm E. *Qualitative Research in IS: Issues and Trends* (Hershey: Idea Group), p. 240.
- Leonardi, P.; Barley, S. 2008 "Materiality and change: Challenges to building better theory about technology and organizing" en *Information and organization* N° 18(3), pp. 159-176.
- Leyva, T., Ramírez, L., Sánchez, Y.; Vélez, D. 2018 "Caracterización de glosas, clínica los Rosales de Pereira, enero-septiembre de 2017". Tesis de posgrado para optar al título de especialista en auditoría en salud (Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina).
- Martínez-Medina, S. 2016 "Etnografía y Estudios de la Ciencia y la tecnología: encuentros, inspiraciones y posibilidades conectadas" en *Antípoda* N° 26, pp. 8-14.
- Meneu, R. 2018 "Life medicalization and the recent appearance of 'pharmaceuticalization'" en *Farmacia Hospitalaria* N° 42(4), pp. 174-179.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2018 *Rendición de cuentas: Informe de gestión 2017* (Bogotá).
- Moestad, O., Rakner, L.; Ferraz, O. 2011 "Assessing the impact of health rights litigation: a comparative analysis of Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, India and South Africa" en Yamin, A.; Gloppen, S. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health systems?* (Cambridge: Harvard University Press) pp. 273-303.
- Mol, A. 2002 *The body multiple: ontology in medical practice* (London: Duke University Press).
- Mol, A.; Law, J. 2007 "Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia" en Burri, R. D. *Biomedicine as culture: Instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life* (Nueva York: Routledge), pp. 87-108.
- Orlikowski, W. 2009 "The sociomateriality of organisational life: considering technology in management research" en *Cambridge Journal of Economics* N° 34(1), pp. 125-141.
- Orlikowski, W.; Scott, S. 2008 "10 sociomateriality: challenging the separation of technology, work and organization" en *The academy of management annals* N° 2(1), pp. 433-474.
- Orlikowski, W.; Scott, S. 2014 "Exploring Material-Discursive Practices" en *Jour of Manage Stud* N° 52(5), pp. 697-705.
- Østerlie, T., Almklov, P.; Hepsø, V. 2012 "Dual materiality and knowing in petroleum production" en *Information and organization* N° 22(2), pp. 85-105.
- Pickering, A. 2010 *The mangle of practice: Time, agency, and science* (Chicago: University of Chicago Press).
- Restrepo, O. 2013 *Proyecto Ensamblado En Colombia. Tomo 1. Ensamblando Estados* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).
- Restrepo, O. 2013 *Proyecto Ensamblado en Colombia. Tomo 2. Ensamblando Heteroglosias* (Bogotá: Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia).
- Rodon, J.; Hanseth, O.; Bygstad, B.; Vassilakopoulou, X.; Marmaras, N.; Hibberd, R.; Schellhammer, S. 2017 "Part II E-Prescription Infrastructures" en Aanestad, M.; Grisot, M.; Hanseth, O.; Vassilakopoulou, P. *Information Infrastructures within European Health Care. Working with the Installed Base* (Cham: Springer), pp. 55-172.
- Rumbold, B.; Baker, R.; Ferraz, O.; Hawkes, S.; Krubiner, C.; Littlejohns, P. 2017 "Universal health coverage, priority setting, and the human right to health" en *Lancet* N° 390, pp. 712-714.
- Scott, S.; Orlikowski, W. 2014 "Entanglements in practice: performing anonymity through social media" en *MIS Quarterly* N° 38(3), pp. 873-893.

- Scott, S.; Orlikowski, W. 2014 “Entanglements in Practice: Performing Anonymity Through Social Media” en *MIS Quarterly* N° 38(3), pp. 873-893.
- Silva-Benavides, L. 2017 *Análisis de la implementación del sistema mipres para la dispensación de medicamentos no POS. Monografía para optar al título de especialista en alta gerencia* (Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada).
- Sisto, V.; Zelaya, V. 2013 “La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local” en *Universitas Psychologica* N° 12(4), pp. 1345-1354.
- Stolkiner, A. 2010 “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” en *Medicina social* N° 5(1), pp. 89-95.
- Suchman, L. 1987 *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Torres-Tovar, M. 2014 “Acción de tutela en salud: piedra en el zapato en la consolidación de las reformas de mercado” en *Revista Gerencia y Políticas de Salud* N° 27, pp. 363-369.
- United Nations 2000 *General Comment No. 14 (2000)* (Geneva: Comitee on economic, social and cultural rights). Disponible en: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/34/PDF/G0043934.pdf?OpenElement>>.
- Uprimny, R.; Durán, J. 2014 *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia* (Santiago de Chile: CEPAL: Naciones Unidas).

