

NARRATIVAS EN TORNO AL USO  
*de la huella digital*  
en la salud pública

Javiera Figueroa & Catalina Venegas



NARRATIVAS EN TORNO AL USO

*de la huella digital*

en la salud pública

Javiera Figueroa & Catalina Venegas



Este informe fue realizado por Derechos Digitales

Editado por Vladimir Garay.

Diseño y diagramación por Constanza Figueroa.

Corrección de estilo por Rocío Consales.



Esta obra está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 Internacional (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

*Marzo 2020.*

## Agradecimientos

*Nos gustaría manifestar nuestra gratitud a las distintas personas que han contribuido al proceso y realización de este trabajo. En primer lugar, queremos agradecer a Derechos Digitales por la oportunidad de trabajar en este proyecto y contribuir desde nuestra formación en un área poco tomada en cuenta por los estudios de las Ciencias Sociales. Queremos agradecer especialmente a Patricio Velasco, nuestra contraparte directa en la organización, quien nos enseñó y resolvió nuestras dudas metodológicas. Gracias por apoyar nuestro enfoque y compartir nuestras críticas al sistema estatal. En segundo lugar, agradecemos a nuestros interlocutores e interlocutoras, ya que sin su disposición para realizar las entrevistas este proyecto no existiría. Sus experiencias han sido la base para la escritura de esta investigación y nos parecen experiencias necesarias de contar y problematizar en un contexto de cambios sociales y políticos. En tercer lugar, agradecemos a nuestro profesor guía de Antropología UC, Cristián Simonetti, por sus consejos, interés y confianza en nuestro trabajo. Nos gustaría mostrar nuestra más amplia gratitud y afecto a nuestras familias, amigos y compañeros de carrera por su apoyo y sus consejos durante el desarrollo de este proyecto. Finalmente, agradecemos especialmente a Salem, Chola y Beto, por su protección y amparo en contención emocional durante tiempos de crisis.*

Dedicado a todas las  
personas que han  
sido y son excluidas  
por el sistema de  
salud en Chile.

## CONTENIDOS

Introducción	7
1. Temática y problemática	8
1.1. Sistema de salud en Chile	8
1.2. Tecnologías Biométricas en el sistema de salud	9
2. Pregunta y objetivos de investigación	11
3. Descripción del campo	12
4. Análisis	14
4.1. Acceso a Salud	14
4.2. Manejo del tiempo	18
4.3. Seguridad o Eficiencia	22
5. Reflexión final	26
6. Bibliografía	30
Anexos	33

## INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación analiza las narrativas de los usuarios y usuarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) sobre el uso de la huella dactilar como tecnología biométrica para la identificación, al momento de atenderse en el sistema de salud. A partir de veinte entrevistas, se desarrollaron tres temáticas principales en torno al fallo de la lectura de la huella dactilar con lectores biométricos: el acceso a salud, el manejo del tiempo y la seguridad o eficiencia.

Esta investigación se enmarca en una propuesta de Derechos Digitales, organización no gubernamental fundada en el año 2005, cuyo objetivo es “el desarrollo, la defensa y la promoción de los derechos humanos en el entorno digital” (Derechos Digitales, s.f.). Concretamente, este trabajo busca comprender el efecto que el uso de las tecnologías biométricas puede tener sobre los derechos humanos. Así, el tema de esta investigación es la aplicación de tecnologías biométricas en las instituciones de salud pública en Chile; específicamente, el uso de la huella digital en usuarios y usuarias de FONASA en la ciudad de Santiago.

Esta investigación cualitativa, centrada principalmente en las narrativas de usuarios y usuarias del sistema de salud que deben utilizar la tecnología biométrica para recibir atención médica, se suma a las múltiples investigaciones ya realizadas en torno al marco legislativo en que estas tecnologías se insertan. Los principales hallazgos de la investigación son tres. En primer lugar, se destaca la gran influencia que el uso de la huella digital tiene en el acceso a salud de usuarios y usuarias, muchas veces funcionando como un obstáculo. En segundo lugar, se releva cómo el tiempo se vuelve un factor fundamental y un mecanismo de dominación en el acceso a salud. Por último, la investigación encontró una tensión entre los objetivos de seguridad y eficiencia en la implementación de este sistema.

# 1. Temática y problemática

## 1.1. Sistema de salud en Chile

En los últimos años en Chile, “el derecho a la salud se ha convertido en motivo de una preocupación ciudadana creciente y sostenida” (Allard, Hennig & Galdámez, 2016, p. 96), cuestión que se ha acrecentado desde el 18 de octubre del 2019, al alero de las movilizaciones masivas que se han sostenido por durante ya cinco meses. La discusión sobre temáticas de salud se ha centrado en las obligaciones que tiene el Estado en la protección y garantía del acceso a la salud frente a las progresivas demandas de las personas.

El sentido y alcance de la protección del acceso a la salud tiene directa relación con la definición del rol que el Estado le otorga. La Constitución vigente desde los años 80 estipula en su Artículo 9 “El derecho a la protección de la salud” (Const. 1980), declarando que el Estado “protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud” (Const., 1980, art. 9), estableciendo que es deber del Estado “garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas” (Const., 1980, art. 9). Esta definición se acerca a lo que se entiende por Estado de tipo subsidiario, es decir, con un principio de subsidiariedad concentrado en dos premisas básicas: i) la focalización del gasto social dirigido a los sectores más pobres y desfavorecidos y ii) la privatización de ciertas áreas de la política social, de las cuales el Estado se desliga, dejando en manos del mercado su asignación, tales como la salud (Dávila, 1998).

Desde el retorno a la democracia, el sistema de salud ha presentado deficiencias relativas a la administración privada y a los altos costos de la salud que deben ser financiados por las familias chilenas. Esto ha llevado al Estado a ampliar la cobertura mediante recursos públicos de prestaciones de salud para determinadas enfermedades, a través del llamado Plan Auge. Al mismo tiempo, se ha “extendido el interés público por controlar la incidencia de los privados en el ámbito de la salud, no para limitar su iniciativa, sino para introducir mecanismos que preserven el interés público presente en la tutela de este derecho” (Allard et al., 2016, p. 98). Este cambio y el aumento del involucramiento por parte del Estado a la salud y otras áreas de la política social, han llevado a configurar un modelo que no se corresponde estrictamente con el Estado subsidiario, pero que tampoco se identifica con un Estado social como tal, debido a que, si bien hay una preocupación por la cobertura, no es entendido como un derecho social.

Es bajo este contexto legislativo y normativo que en Chile se ha consagrado un sistema mixto de salud, con aseguramiento público y privado. El primero —que incluye a las fuerzas armadas, cotizantes de FONASA y otras personas no cotizantes— cubre a cerca del 80 % de la población chilena. El 20 % restante cotiza en el sistema de salud privado que está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). En cuanto a la salud pública, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema



Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor del 70 % de la población nacional (Becerril-Montekio, Reyes & Manuel, 2011). Es este el sector de la ciudadanía en que se centra esta investigación.

Independientemente del tipo de cotización de la persona, el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud, principalmente a través de hospitales y del sistema de atención primaria de salud (APS), que es mayoritariamente de administración municipal, pero con supervisión del MINSAL. Los afiliados a FONASA pueden acceder a las atenciones de salud a través de dos modalidades: Modalidad de Atención Institucional y Modalidad de Libre Elección. En la primera modalidad, el pago que deberán efectuar dependerá del grupo de ingreso en el cual se encuentren clasificados, exceptuando la atención en consultorios de atención primaria, que es gratuita. Si se utiliza la Modalidad de Libre Elección, el valor de la atención dependerá del nivel de inscripción del profesional o institución de salud en convenio con Fonasa (Superintendencia de Salud, s.f.).

Para efectos del análisis realizado en esta investigación, es importante destacar los índices de los costos monetarios generales de la salud en Chile. El país gasta 7,6 % del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, en comparación al gasto promedio de 9,3 % de los países de la OCDE. De ese 7,6 %, aproximadamente la mitad es gasto sanitario público y la otra mitad es gasto efectuado por privados. Es decir, el gasto público de Chile en salud equivale al 4 % del PIB, quedando por debajo del promedio cercano al 7 % de países OCDE. Del total del gasto en salud, un tercio viene del bolsillo de las personas, lo que se encuentra muy por encima del gasto particular en otros países de la OCDE (Goic, 2015). A partir de estos datos, se puede afirmar que nuestro país mantiene un bajo gasto público y alto gasto privado en salud. Así, se aleja de los parámetros recomendados por la OMS y OCDE, a pesar de que la mayoría de la población opta por cotizar en FONASA (Goic, 2015).

## 1.2. Tecnologías biométricas en el sistema de salud

El uso de datos biométricos en el sector público de la salud en Chile FONASA y en los servicios de atención primaria, se inició el año 2010. Ese año comenzó la validación biométrica de identidad a través de la huella dactilar de los afiliados al sistema de salud estatal, uso que ha ido en constante incremento en los últimos años (ADC Digital, 2017). Dentro de las múltiples tecnologías biométricas existentes, se optó por el uso de la huella digital, debido a que se le considera una de las más precisas, estables, fáciles de usar y de más bajo costo (OCDE, 2004, p. 25). Actualmente, este sistema se utiliza para la compra de bonos y para la emisión de licencias médicas electrónicas. El sistema realiza escáneres de huella digital proporcionados y administrados por Sonda S.A, I-Med S.A, y Autentia S.A., (la primera administra las otras dos) y, con un porcentaje mucho menor de convenios, por Medipass.

La biometría tiene muchas definiciones, no obstante, este trabajo utiliza como base la definición propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): “la biometría consiste en características únicas y medibles de rasgos en los seres humanos que sirven para automáticamente reconocer o verificar una identidad” (OCDE, 2004, p. 24 en Becker y Garrido, 2017, p. 69). La biometría tiene dos propósitos principales: la verificación, a través de la cual el individuo confirma su

identidad probando que sus datos biométricos coinciden con los que se encuentran en las bases de datos, y la identificación, donde se comparan los datos biométricos del individuo con la base de datos existente para comprobar si sus datos se encuentran registrados (OCDE, 2004, p. 24). En Chile esta tecnología se utiliza principalmente para la verificación. Las tecnologías que se usan para esto son el escáner de huella digital, el reconocimiento facial, el escáner de retina y el reconocimiento de voz, entre otros. Sin embargo, sus usos no han sido incorporados sin controversia; así, por ejemplo, Korja (2016) señala que este tipo de tecnologías, debido a sus avances, puede resultar en una amenaza para “las nociones democráticas más básicas de autonomía individual y privacidad” (p. 197, traducción propia) y que “deberían ser consideradas como tecnologías de vigilancia” (p. 197, traducción propia).

De las empresas que prestan los servicios de lector de huella digital en Chile, ninguna presenta de manera pública un protocolo de administración o de protección de datos. Las empresas declaran que se rigen por la ley N° 19.628, la cual protege la vida privada de usuarios, pero esta ley jamás hace mención explícita a los datos biométricos y la protección específica que éstos requerirían. Además, Autentia, empresa asociada a Sonda, señala que puede compartir datos a sus empresas asociadas, en acuerdo con la ley 18.045 (Autentia, s.f.). A pesar de exigir a usuarios y usuarias que entreguen sus datos biométricos, ninguna de estas empresas los menciona explícitamente en los documentos que tienen disponibles al público, ni la protección que darían a este tipo de datos.

El extenso uso de este tipo de tecnologías, sumado al hecho de que las empresas que prestan el servicio no son reguladas por la legislación, da cuenta de un vacío legal en lo que respecta los derechos de los ciudadanos y ciudadanas del país en esta materia. En la actualidad, la funcionalidad de la atención en salud requiere de la utilización de este sistema, a pesar de que se ha comprobado que en ocasiones tiene problemas para “leer” la huella de ciertos grupos etarios, específicamente adultos mayores (Silva, Rojas, Araya & Barranza, 2018) y que el paso del tiempo desde el enrolamiento es también un factor que afecta el uso del escáner sin importar el grupo etario (Galbally, Haraksim & Beslay, 2019).

Es en este contexto que se enmarca esta investigación, cuyo objetivo es describir las narrativas de los usuarios del sistema de salud involucrados en el uso de esta tecnología.

## 2. Pregunta y objetivos de investigación

**Pregunta de Investigación:** ¿Cuáles son las narrativas de los usuarios y usuarias en torno al uso de la huella digital como tecnología biométrica en el área de salud pública de Santiago, Chile?

**Objetivo General:** Describir las narrativas que los usuarios y usuarias tienen en torno al uso de la huella digital como tecnología biométrica en el área de salud pública de Santiago, Chile.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar el uso de la huella digital como tecnología biométrica en el área de salud pública de Santiago, Chile.
- Identificar el marco institucional de aplicación de la huella digital como tecnología biométrica en el área de salud pública de Santiago, Chile.
- Identificar las narrativas de los usuarios y usuarias de FONASA en torno al uso de la huella digital como tecnología biométrica en el área de salud pública de Santiago, Chile.

### 3. Descripción del campo

“Es normal, no tiene por qué preocuparse si pasa todo el tiempo. No le debe tomar porque trabaja con las manos”, dice una secretaria a un hombre que por primera vez utiliza la identificación biométrica de la huella digital para inscribirse en un Centro de Salud Familiar (CESFAM). Para él es una situación nueva. Menciona que es tan solo la segunda vez que utiliza este sistema en el sector de la salud. En cambio, para la secretaria es algo aparentemente rutinario. Después de algunos intentos, la huella del hombre es aceptada y puede ser inscrito.

“FONASA, pero no importa, voy a pagar particular, no me toma la huella”, dice un usuario a la secretaria de un centro de salud privado de toma de imágenes. Él sabe el precio elevado de esos exámenes y aun así va resignado. Ya es algo habitual que su huella no pase. A pesar de eso acepta cuando la secretaria le pide tratar de que su huella sea leída, lo cual finalmente no sucede.

Ambas situaciones fueron presenciadas en momentos de observación etnográfica en salas de espera y demuestran que el problema de lectura de huella digital no es algo poco común, ni tampoco asociado solo al sector público, a un grupo etario particular o al trabajo manual. En ambas observaciones se pudo apreciar que las secretarias habían desarrollado prácticas —“pillerías” como les llama una de las entrevistadas— para intentar que la huella pase por el lector: alcohol gel, crema, pasarse el dedo por la frente, por el pelo, secarlo y poner el dedo en distintos ángulos sobre el lector. Estas prácticas a veces funcionan, como sucedió en el primer caso presentado, otras veces no.

La no lectura de la huella digital se muestra como algo persistente independientemente del tipo de centro de salud. A nivel nacional, ya sea en el sistema de salud público o privado, se utiliza el mismo escáner o lector de huella, digitalPersona, provisto por I-Med a través de sus empresas asociadas, Autentia o Medipass. La capacitación para el uso de estos dispositivos, así como del software que es instalado en los computadores, no es realizada por las empresas que proveen el servicio, sino por parte de los mismos funcionarios y funcionarias más antiguas a los y las más nuevas. “. . . Aquí hay gente que ya conoce desde hace mucho rato cómo se hace, entonces lo hacemos nosotros mismos”, explica un contacto en FONASA.

Para el desarrollo de esta investigación se realizaron observaciones etnográficas en salas de espera en dos centros de salud. Uno de ellos fue el CESFAM San Luis de Peñalolén, el cual atiende específicamente a personas cuya previsión de salud es FONASA. Este centro no requiere pago, pero sí utiliza el reconocimiento biométrico para la inscripción de las personas al CESFAM, lo cual es un requisito para acceder a las prestaciones del centro de salud familiar, permitiendo verificar que pertenecen a FONASA, siendo este el único momento en que se utiliza la tecnología biométrica en estos centros. El segundo centro de salud es uno privado de toma de imágenes, ubicado en la comuna de Providencia y que atiende tanto a personas en ISAPRE como en FONASA. Se tomó la decisión de observar centros públicos y privados porque bajo la Modalidad Libre

Elección (M.E.L.), los usuarios y usuarias pueden elegir si atenderse en el sistema público o privado (Superintendencia de Salud, s.f), por lo que la observación de ambos centros fue la mejor manera de abarcar el espectro de experiencias de las personas que utilizan FONASA, sin importar su elección de centro de salud.

Además de estas observaciones, se realizó un total de veinte entrevistas semiestructuradas a diferentes actores involucrados en el uso de los escáneres biométricos de huella digital. De estas entrevistas, diecisiete fueron realizadas a usuarios y usuarias en un rango etario que va desde los veintitrés a los setenta y ocho años. Las entrevistadas eran en su mayoría mujeres. Se buscó explícitamente a personas cotizantes en FONASA que tuvieran problemas de lectura con los escáneres biométricos con miras de acceder a narrativas que pudieran estar más en tensión con el sistema y que pudieran ser potencialmente excluidas de éste, entendiendo las narrativas como experiencias, evaluaciones y expectativas (Ajana, 2013) en torno al uso de la tecnología biométrica en el sector de salud. Además, se realizaron dos entrevistas a administrativas o secretarias de centros de salud privados, ambas mujeres. Finalmente, se realizó una entrevista a un administrativo del área de informática de FONASA.

Las entrevistas no fueron realizadas en centros médicos o en los lugares de trabajo de los entrevistados, sino en lugares previamente acordados con las personas para su mayor comodidad. Siguiendo lo establecido por The Norwegian National Committees for Research Ethics en los “Guidelines for Research Ethics in the Social Sciences, Humanities, Law and Theology” (2016), se les aseguró a las personas que las entrevistas no involucrarían riesgos para ellas. Además, se aseguró la confidencialidad de sus identidades, debido a que las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Siguiendo además los lineamientos de la American Anthropological Association (s.f.), se les entregó a todos los participantes una copia del consentimiento informado que firmaron previo al inicio de las entrevistas, con el fin de obtener su consentimiento oficial. En dicho consentimiento se informó a los participantes acerca de las instituciones asociadas a la investigación, se estableció además que podían negarse a responder cualquier pregunta si así lo deseaban, se entregó la información de contacto de las investigadoras en caso de que los interlocutores tuvieran preguntas después de finalizada la entrevista y, finalmente, se declaró que la información se utilizará para escribir un informe que será posteriormente publicado.

Debido a la temática tratada en la presente investigación, se adoptó una posición que en todo momento tuvo en consideración la dignidad y la integridad de las personas involucradas en entrevistas y observaciones, especialmente en el caso de usuarios y usuarias, pues se trata de un fenómeno relacionado a su acceso y posibilidad de hacer valer el derecho fundamental a la salud, para el cual muchas veces los escáneres biométricos son un obstáculo. En este sentido, a pesar de que la investigación desde un principio tomó en cuenta las narrativas de FONASA, las empresas y los funcionarios de salud, durante la realización de la investigación en terreno y entrevistas se decidió que la prioridad está en las experiencias de las personas que deben utilizar el sistema de lectura de huella digital para acceder a salud. A esta decisión se suman las eventualidades del terreno, que dificultaron el acceso a FONASA y a las empresas que proveen los escáneres de huella digital. Debido a esto, la investigación cambió su orientación, desde un foco más amplio que intentó abarcar a todos los actores involucrados en el uso de la tecnología biométrica en el área de la salud pública (usuarios, administrativos, empresas, entre otros), a uno centrado solo en las experiencias de usuarios y lo que ellos consideraron más relevante sobre su relación con la tecnología biométrica en atención en salud: cómo el uso de huella digital afectaba (o a veces impedía) el acceso a la misma.

## 4. Análisis

### 4.1. Acceso a Salud

*“La vendedora me dijo ‘no te agarra la huella así que no te atendemos’. Quedé impactada. Estaba casi que como echándome. No está funcionando esto y yo como ‘es que tiene que funcionar, porque me tienen que ver. En verdad necesito que me vea’ y ahí en algún momento de magia y milagro, funcionó. Fue como ‘aaah ahora el sistema te acaba de tomar’ y eso fue todo”.*

La primera temática a presentar, el acceso a salud, surge como una de las preocupaciones recurrentes durante las observaciones etnográficas y en las distintas entrevistas que se realizaron tanto a usuarios como a las funcionarias. En ellas se muestra reiteradamente que la experiencia de no poder ser leído o leída afecta el acceso a la atención en el sistema de salud, ya que el sistema biométrico es la única vía por la cual los usuarios pueden comprar un bono. Como se pudo presenciar en el campo y en las entrevistas realizadas, esto trae limitaciones para que las personas puedan desenvolverse en el sistema de salud, tales como gastos que no corresponden, retrasos en la atención, culpa y sentimientos negativos, o la pérdida de la hora médica.

Actualmente, al momento de acceder a la salud, tanto en hospitales, centros médicos o clínicas privadas con libre elección para personas cotizantes de FONASA, existen dos formas para comprar el bono, ambas con huella, por lo que los usuarios y usuarias están obligados a interactuar con la tecnología biométrica. La primera, es el uso de los tótems de autoatención, en los cuales se ingresa el número de RUN, se pasa el dedo por el lector de huella y se compra todo a través de la máquina, sin mediación de un funcionario. La segunda es comprar directamente en los mesones de atención a un funcionario o funcionaria. En este trámite, por protocolo, se le pide el carné al paciente, para verificar que su identidad coincida con la de quien reservó la hora médica; posteriormente se hace la compra del bono según el sistema previsional de la persona. El pago del bono es obligatorio —excepto al momento de atenderse en CESFAM previamente inscrito— y solo puede realizarse mediante la lectura de la huella digital, pues de esa forma se comprueba el sistema previsional. Cuando el lector no reconoce la huella del paciente, las funcionarias llevan a cabo lo que llaman “pillerías”.

*“Intentamos varias formas que tenemos, pillerías, se podría decir. . . cuando no le toma [la huella] le decimos que se pase el dedo por el pelo o por la piel, para que la grasita se lo llene [sic] y ahí funciona, lo otro es pasarse por la ropa también, o ya lo último es como limpiarle el dedo, porque llegan pacientes con el dedo sucio, por eso a veces no toma”.*

A pesar de las distintas técnicas para la lectura óptima de la huella descritas por las funcionarias y usuarias entrevistadas y lo que se pudo observar en el campo, muchas veces esta no puede ser leída y,

por lo tanto, no se puede realizar la venta de los bonos. Para las personas cuya huella no es legible, esto significa que deben dejar una garantía monetaria y volver otro día con el bono —a pesar de que esto está explícitamente prohibido por la Ley N° 20.394— o simplemente pagar el costo real de la atención, sin utilizar una prestación de salud, de la consulta médica o examen. Una usuaria relata que ha perdido horas de exámenes porque no ha tenido suficiente dinero para pagar inmediatamente, ya que “no es lo mismo pagar la consulta del médico que pagas un bono, no sé, 6 mil pesos en FONASA, versus 20 [mil pesos]”. El precio real de las consultas médicas, es decir, sin el uso de la prestación de salud, bordea los treinta mil pesos y varía en función de la especialidad y el centro de atención. Los precios de los exámenes reales son aún mayores. Una de las funcionarias entrevistadas señala que al momento de pagar el costo real de la atención, sin utilizar una prestación de salud, “es donde la mayoría de los pacientes pierde la atención, porque claramente tú vas pensando que un bono, consulta médica, te puede salir 6 lucas [seis mil pesos] y particular te sale arriba de 40 [cuarenta mil pesos] y, claro, ahí pierde la atención”. Esto coincide con el relato de las usuarias.

La no lectura de la huella digital al momento de asistir a una hora médica o examen revela barreras de acceso que se encuentran ocultas por la prestación de salud, como es el valor real de la atención. Pagar “particular”, es decir el costo real sin financiamiento público, resulta problemático, debido a que los precios son elevados. Así, se ha demostrado que los requisitos financieros, usualmente el copago, son una de las vías más relevantes por las que se produce exclusión de salud en Chile (Urriola, 2006; Laurell, 2014). Los precios reales a los que se enfrentan los usuarios al no poder acceder al pago a través de FONASA son una limitante y muchas veces son imposibles de pagar: “si yo no tengo dinero para pagar. . . a veces puede ser muy caro, entonces es problema mío y pierdo la hora, no hay protocolo para atenderme fuera del sistema del uso de la huella”.

Ante un caso de fallo de la lectura de la huella, si la persona no puede pagar el valor real de la atención, el único procedimiento posible es ir directamente a FONASA a comprar el bono. Así, los usuarios que usualmente tienen problemas con el lector de huellas digitales tienen que asegurarse de tener el dinero, el poder monetario, previo a la consulta médica o examen: “Yo ya sé todos los problemas de mi huella, me preparo [monetariamente]”. Las mismas usuarias reconocen cierto acondicionamiento al hecho de tener que preparar su bolsillo, su gasto, porque no cumplen con el prerrequisito que exige el sistema de salud para atenderse: tener una huella digital legible. Cuando a este requisito se suman los requisitos financieros que excluyen a las personas del sistema de salud “la gente que menos tiene recursos es la que claramente queda sin la atención”.

Es importante señalar que las funcionarias administrativas de los centros de salud entrevistadas tienen conciencia de los fallos del sistema al punto de reconocerlo como un fenómeno común e, incluso, identificar a los grupos a los que más les puede suceder: adultos mayores, dueñas de casa y personas que realizan trabajos manuales. Ellas mismas explican que el programa no las deja avanzar sin la huella del paciente, lo que se constituye en una limitante para su propio trabajo, ya que a pesar de tener ellas la disposición de entregar facilidades a las personas cuyas huellas el lector no reconoce, el sistema no se los permite.

En su mayoría, las entrevistadas afirmaron que desde que se empezó a utilizar la verificación de identidad mediante la lectura de la huella digital como dato biométrico, los problemas de ilegitimidad han sido habituales, y que estos han empeorado con el tiempo. Algunos asocian la pérdida de una huella

digital nítida con enfermedades dermatológicas, tratamientos relacionados con diálisis y cáncer. Una de las mujeres entrevistadas menciona que tiene dermatitis en las manos, por lo que se le forman heridas parecida a las llagas que afectan la nitidez de su huella dactilar y, por lo tanto, dificultan su ida al dermatólogo: “tengo que comprar un bono y no me funciona porque no me lee el lector de FONASA la huella, entonces es como que necesito atenderme [con el dermatólogo] para tener huella.” Sin embargo, también hay usuarios jóvenes que no presentaban ninguna enfermedad ni problema cutáneo y que aun así tienen problemas con la huella, cuestión que no pueden explicar.

En el campo pudimos reconocer qué tratamientos médicos van borrando la huella dactilar, al punto de provocar su pérdida, lo cual paradójicamente se vuelve una dificultad al momento de poder acceder a dichos tratamientos. Uno de los entrevistados que asiste a un centro de diálisis semanalmente relata que a la mayoría de sus compañeros del centro se les ha ido borrando la huella dactilar, lo cual se considera normal en el mismo centro. Otra usuaria, que asistió a quimioterapias en otro centro médico, afirma que no se les informa a los pacientes que se van a someter al tratamiento, que se les puede borrar la huella dactilar como efecto secundario. Esto se vuelve una complicación muy grande para quienes deben realizarse intervenciones médicas de manera habitual que, a su vez, provocan que acceder al sistema de salud, mediante el proceso de verificación biométrica, les resulte imposible.

Otros usuarios de FONASA no poseen huellas dactilares al no tener sus extremidades. Es el caso de un hombre de cincuenta años que, debido a una enfermedad, fue amputado de manos y piernas desde hace seis años. Él cuenta que, al momento de atenderse en centros médicos privados, en la modalidad de libre elección, se ha encontrado con que no existen protocolos para la venta de bonos a personas que no tienen huella digital; fuera del trámite de liberación de huella que requiere dirigirse a oficinas de FONASA, no existen protocolos que puedan llevarse a cabo en los centros médicos. El señor fue a un centro médico que utilizaba tótems de atención en los que se pide la huella para poder efectuar el pago. Él no podía usarlo, por lo que tuvo que dirigirse a un mesón de atención donde, junto a su yerno, le explicaron a las funcionarias que atendían que, al no tener manos, no tenía huella digital. Las funcionarias se mostraron complicadas al no tener un protocolo para estos casos, más allá de la opción de pagar el costo total de la atención, lo que estaba fuera de las posibilidades económicas del usuario. Ellas se comunicaron directamente con el médico, quien lo atendió gratis. “Todo me funciona, pero por la buena onda no más, no hay protocolo”, cuenta el usuario, haciendo énfasis en que su acceso a la salud depende de la disposición de los funcionarios que lo atienden, por ser un caso fuera de los márgenes del protocolo.

Las personas que no poseen huella por no tener manos o porque esta no es legible, se encuentran con un sistema de salud de difícil acceso que no los consideró como posibilidad. Esta falta de consideración se traduce en falta de conocimiento por parte de funcionarias sobre cómo proceder sin huella. Gran parte de las entrevistadas, tanto funcionarias como usuarias, entienden que para algunas personas pueden verse favorecidas por el sistema, pero, al mismo tiempo, consideran el proceso como algo “. . . completamente injusto y arbitrario” y creen que “debieran haber alternativas. . . que puede ser más sencillo pa’l sistema. . . pero debería haber la alternativa de poder comprobar tu identidad con un método que sea distinto y que no te culpabilice porque tu huella no funciona, si no es tu responsabilidad”.

En este contexto, el prerrequisito de una huella digital legible se transforma en lo que Acuña (2005) denomina “segmentación” (p. 3), es decir, condiciones impuestas por los sistemas de salud para



el acceso, que solo pueden cumplirse por un grupo privilegiado, convirtiéndose en un obstáculo para el resto de la población; en este caso particular, de aquellos cuya huella digital no puede ser leída. Una usuaria señala:

*“ . . . Si tú vas en verdad porque estás mal. . . si estamos hablando como de derechos sociales como salud, estar poniendo más encima un prerequisite que es la huella, lo encuentro como super elitista. . . hay un montón de gente que trabaja, hace trabajo manual. . . y efectivamente sus huellas digitales no deben ser las más claras posibles, entonces como que creo que establecer un sistema biométrico solo habla de un grupo de personas súper específico. . . ”*

Los requerimientos que solicita el sistema de salud al momento de implementar tecnologías biométricas, es decir, poseer huella digital y que esta además sea legible para los escáneres, no pueden ser cumplidos a cabalidad por toda la población, según lo observado. La compra del bono, como también la emisión de licencias médicas, dependen del prerequisite que asume que todos los usuarios poseen dicha huella digital y define el funcionamiento completo del sistema en torno a la legibilidad de la huella dactilar. Esto da cuenta de una concepción normativa del cuerpo por parte del Estado: todos deben tener una huella posible de identificar, clasificar y almacenar para el correcto funcionamiento gubernamental. El sistema de salud depende de este ideal del cuerpo, lo cual deviene, en la realidad, en que las personas que no cumplen dicho estándar ven dificultada o imposibilitada su atención y se ven excluidos del sistema estatal. “No tengo ninguna alternativa, o pasa mi huella o quedo fuera del sistema . . . No hay protocolo para atenderme fuera del sistema del uso de la huella”.

Durante el periodo de investigación, empezó una campaña en la ciudad de Chillán que exigía la no utilización de la huella digital en el sistema de salud en personas que no cuenten con esta. A través del hashtag “#YoQuieroSinHuellas” se compartía el caso de una mujer que no tenía ambas manos y se había visto enfrentada a distintos problemas al momento de atenderse en el sistema público de salud por no poder comprar bonos. A pesar de que la campaña se vio paralizada por las movilizaciones a nivel nacional, el diputado de la Democracia Cristiana Jorge Sabag, propuso como medida llevar a cabo la propuesta de ley para reemplazar la huella dactilar por otra tecnología biométrica en caso de personas que no cuenten con este requisito corporal (Crónica Chillán, 2019). El diputado planteó utilizar el reconocimiento facial, lo que demuestra la imposibilidad de pensar el acceso a la salud sin asociarlo a algún tipo de tecnología biométrica.

Como se mencionó al comienzo de esta sección y como hemos abordado a lo largo de la misma, las consecuencias de la falla de lectura de la huella son la falta de acceso a la atención médica, gastos monetarios no considerados o que no corresponden, culpabilización de los pacientes, humillación y “anormalidad”. En cuanto a la culpabilización, una usuaria relata:

*“ . . . es una cosa super desagradable porque de alguna manera yo tuviera la culpa de lo que me está pasando, si yo no tengo huella es problema mío. . . me trasladan la culpa de una situación que es completamente ajena a mí, yo no tengo la culpa que el sistema tenga una sola modalidad de cobro, no es que yo no quiera pagar o algo, es que no tienen otra modalidad”.*

Como se puede apreciar en el relato de la usuaria, el sistema culpabiliza a los y las pacientes que

no cumplen con el tener una huella legible y esto, a su vez, puede ocasionar que las personas se sientan reacias a buscar atención médica debido al agobio y largo trámite que implica para ellas ir al doctor: “Para mí es incómodo. Como te digo, yo lo pienso cinco veces antes de ir a un médico, o sea, yo me tengo que sentir ya muy mal para ir al médico”.

Esta culpabilización tiene consecuencias negativas en la percepción que los pacientes tienen de sí mismos y de cómo se enfrentan al proceso de validación de su huella. Algunos relatos dan cuenta de esto: “A mí, del terror, yo cada vez que veo que aparece esa cosita para poner la huella, oh. . .”; “cuando veo aparecer la maquinita ya me empiezo a poner nerviosa, porque yo sé que voy a tener problemas”. El lector de huella digital se vuelve algo percibido como dañino. Esta percepción, siguiendo a Ahmed (2013), depende de evaluaciones realizadas corporalmente, es decir, “involucran analizar el contacto que tenemos con los objetos” (p. 6, traducción propia). En este caso el contacto fallido que se tiene con el lector que no es capaz de analizar la huella y, por ende, niega la atención médica, afecta las emociones que los usuarios tienen respecto de las máquinas.

Resulta relevante pensar desde cuándo se genera esta relación afectiva con la máquina. Según nos cuenta una usuaria, inscribir a un hijo o hija a FONASA —trámite necesario para tener previsión de salud— es un proceso simple, que hoy en día ni siquiera requiere la presencia del paciente en alguna sucursal: “se habilitó para que lo hicieras por internet, ahora último cuando yo tuve a la bebé, llamé a FONASA y me pidieron solamente los datos de ella y me la inscribieron por teléfono”.

La inscripción de la huella digital comienza a partir de los siete años; antes de esto, los padres utilizan su propia huella para comprar bonos de atención para sus hijos e hijas. Aquí pueden comenzar los problemas, no solo porque el paso del tiempo afecta la lectura de la huella de los niños (Galbally et al., 2019), sino porque al atenderse los niños a la edad en que pueden enrolar la huella muchas veces hay confusión y “queda enrolada la huella del papá o de la mamá o de la persona que andaba en ese momento con él”. El proceso en sí es rápido y se hace en los mismos centros de salud, ya que en muchos casos ni siquiera es necesario ir a FONASA para inscribir la huella, a menos que se presente algún problema con ella. A pesar de esto, se hace necesario dimensionar cómo un trámite que se realiza en un tiempo acotado, y que generalmente es olvidado por los usuarios después de realizarlo, puede tener efectos tan importantes como los descritos, a saber: retrasos en la atención, gastos que no corresponden, pérdida de la hora médica reservada y sentimientos negativos asociados a la mala experiencia con la máquina o con la culpabilización por parte de servicios médicos a aquellas personas cuya huella no es legible.

## 4.2. Manejo del tiempo

*“Entrevistadora: Entonces dirías que planeas tu día al médico considerando que no te va a tomar la huella.*

*Usuaria: Absolutamente, considerando que no me va a pasar la huella y también considerando que tengo que llevar dinero extra. . . porque puede que no pueda comprar el bono; y después tengo que comprar el bono y después tengo que hacer el reembolso, es un tremendo show”.*

La no identificación de la huella por parte de los escáneres significa seguir intentando las veces que sean necesarias, por los minutos que sean necesarios y aplicando distintas técnicas para

que esto suceda. En las distintas entrevistas realizadas se observa el tiempo como un factor importante a considerar al momento de planificar la ida al médico. Los usuarios del sistema de salud que reconocen que tienen un problema de lectura de su huella han experimentado situaciones en las que tienen que poner a disposición más tiempo del que consideran normal para acceder a la atención. Es decir, después de muchas experiencias en que los escáneres no les reconocen la huella dactilar, las y los pacientes generan prácticas en que pronostican y dedican un tiempo más extenso en favor de su atención médica.

Este fallo de lectura de huella significa disponer de tiempo extra tanto para intentar que la máquina la lea —lo cual muchas veces implica que las personas tengan que llegar hasta 40 minutos antes de la hora de atención— como para realizar distintos trámites o pagos para acceder a la atención médica. La opción que FONASA da a las personas que tienen problemas con la lectura de su huella es el trámite de liberación de huella. Este consiste en que los usuarios compren sus bonos sin necesidad de usar la huella digital por un determinado tiempo, generalmente tres meses. El contacto en FONASA definió dicho tiempo como uno “prudente”, sin especificar exactamente qué duración se considera prudente en el caso de que el problema sea recurrente. Una de nuestras entrevistadas comenta: “[tengo] que ir cada tres meses, entonces si te enfermas mucho. . . tengo que ir constantemente y acordarme esos tres meses de que tengo que ir a FONASA. Y son en ciertas oficinas de FONASA. . . es perder toda la mañana, son tres o cuatro horas, está lleno”. Efectivamente, aunque FONASA ofrece una solución, esta implica un trámite largo, por lo que para los y las usuarias una ida al médico se convierte en una gestión que puede llegar a ocupar todo un día. “Tengo que tener tiempo extra. . . para poder recuperar lo que es la garantía que yo dejo, tengo que darme el tiempo de ir a FONASA para que te liberen la huella” explica otra usuaria. Lo que para algunos es un trámite de un par de horas, se vuelve mucho más largo para otros, debido a la exigencia de la validación biométrica.

Así, FONASA dispone del tiempo de los y las usuarias. Dicha disposición, especialmente de quienes tiene una huella ilegible, puede asociarse al trabajo del sociólogo Javier Auyero, quien en su investigación “Pacientes del Estado” (2011) observó salas de espera para la entrega de beneficios sociales en Argentina y dio cuenta de que la espera es un mecanismo esencial en el ejercicio de la dominación, en este caso del Estado por sobre las personas. Esto, puesto que se impone un tiempo de espera, se dispone del tiempo de las personas a cambio de la entrega de algún beneficio. En el caso de esta investigación se trata del “beneficio”, según las concepciones del Estado, de acceder a la salud.

“Retrasar sin destruir la esperanza” (Auyero, 2011, p. 5, traducción propia) menciona el autor, haciendo alusión al trabajo de Pierre Bourdieu, ya que la espera tiene un final; la esperanza de lograr acceder a los beneficios jamás desaparece, en algún momento la espera debe terminarse. En el caso de esta investigación, los usuarios deben someterse a la espera no solo mientras intentan repetidas veces que su huella sea leída, sino que también se ven sometidos a ella en las largas filas de las oficinas de FONASA cuando hacen el trámite para la liberación de huellas.

Los usuarios muchas veces piensan que, cuando sus huellas fallan, la venta de bonos queda a disposición de la ya mencionada “buena onda” de las administrativas o secretarías. Esta “buena onda” se traduce en que, a falta de protocolos, los doctores en ocasiones atiendan gratis para que la venta de bono no impida acceder a la salud o se les permita a las personas dejar garantías, a pesar de ser esto ilegal. Sin

embargo, existe también la percepción por parte de algunos usuarios de que a las secretarias “les da lo mismo, casi no te miran [cuando te atienden]”. Es decir, sienten apatía hacia la posibilidad o no de atenderse de los usuarios. No obstante, en entrevistas a las secretarias nos revelan que ellas también están a merced de los escáneres: “el sistema no te deja pasar si la huella no entra”. Auyero (2011) afirma que los usuarios “aprenden que, si quieren los beneficios, deben ceder a los deseos o mandatos (arbitrarios, inciertos) de agentes y/o máquinas estatales” (p. 22, traducción propia) y en este caso las máquinas estatales parecen ser quienes tienen el poder.

Por lo tanto, el escáner o “huellero” —y la falla de este para detectar la huella dactilar— viene a dictaminar el tiempo del cual disponen las personas, quienes planean su día en torno a esta falla. “Cuando tenía que ir al médico, tenía que planificar todo un día en función de que sé que no me va a funcionar la huella”, cuenta una usuaria. Se puede observar que la máquina pasa a ser no solo una tecnología inerte pero necesaria para el funcionamiento del Estado, sino que en la práctica el escáner se convierte en un actor con poder sobre las vidas de las personas, determinando si acceden o no a la salud. La interacción que se tiene con los administrativos de cada centro de salud es, entonces, una de “despersonalización extrema” (Auyero, 2011, p. 19, traducción propia), todo parece ser culpa del huellero o escáner, incluso si la atención por parte de administrativas no es percibida como mala, finalmente la decisión, por así decirlo, es de la máquina y no de las personas.

Siguiendo esta línea acerca de cómo el Estado dispone del tiempo de los pacientes, resulta necesario introducir el concepto del manejo del tiempo y la planificación del mismo. Will Atkinson (2018) analiza el tiempo con relación a la teoría del sociólogo Pierre Bourdieu y la expande. Su principal hallazgo es lo que denomina “tiempo impuesto”. Para entender este concepto es necesario, en primer lugar, entender lo que Bourdieu definió como “campos”. Según Bourdieu, los individuos realizan su vida social en distintos campos, los cuales son entendidos como “sub-espacios dentro del espacio global. . . cada uno dedicado a un tipo de actividad en específico” (Hilgers & Mangez, 2014, p. 5, traducción propia). Dentro de cada campo las acciones de los individuos son en cierta medida determinadas por el nivel de capital que ellos posean, ya sea económico, social o cultural. A su vez, estos distintos capitales hacen que ciertos cursos de acción sean más posibles de seguir para algunas personas más que para otras (Atkinson, 2018). Hay que entender, además, que cada campo tiene su propia doxa, es decir un “conocimiento que se da por sentado acerca de lo que sucede en el campo (quién es quién, qué hace cada uno, etc.)” (Atkinson, 2018, p. 3, traducción propia) y también su propio *illusio*, esto es la “creencia acerca de la importancia de los riesgos del campo” (Atkinson, 2018, p. 4, traducción propia), ambos afectando también a los individuos en tanto se mueven por un campo u otro.

Es dentro de esta teoría que Atkinson (2018) elabora la noción de “tiempo impuesto”. El autor define el concepto como “elementos de la disposición y la práctica que no son producidos por la experiencia en el campo en que se está inmerso” (p. 8, traducción propia), siendo muchas veces el campo burocrático el cual impone sus tiempos y sus prácticas en otros campos. Esto se vuelve muy relevante para esta investigación, cuando se considera que las personas que no pueden ser leídas deben someterse a los tiempos del campo burocrático de los trámites de FONASA, los cuales muchas veces no tienen en cuenta la urgencia que puede haber en la necesidad de una hora médica. Esto se da porque la importancia de un cierto riesgo no es el mismo en el campo burocrático y en el campo de la salud, lo que genera problemas

si los tiempos burocráticos se imponen.

El problema de la imposición de tiempos puede ser ilustrado con el siguiente relato de una usuaria:

*“Me tenía que hacer una mamografía. . . tengo que hacerme chequeos cada seis meses porque tengo unos nódulos mamarios y tengo que cuidarlos, porque es eventualmente peligroso, podría desarrollar cáncer. Y conseguir esa hora primero es super complejo, y la tengo que anticipar muchísimo y fui a la hora y no pasó mi huella y esto se tardó tanto que iba a perder la hora. . . hubiera perdido la hora que tuve que tomar como con cuatro meses de antelación. . . fue dramático, porque si pierdo examen. . . tengo un seguimiento, un médico que es la persona que me hace el examen y que sigue, me controla, y voy a tener que esperar no sé cuánto tiempo más, y es una cuestión que tiene que ver con que yo podría desarrollar cáncer si no me hago el examen en la fecha que corresponde.”*

Ella finalmente logró ser atendida, nuevamente gracias a la “buena onda” de los administrativos del centro médico, quienes también hicieron lo posible por trabajar fuera del protocolo para atenderla, ya que el procedimiento impuesto por el tiempo burocrático hubiera significado que la paciente no fuera atendida. La importancia que el tiempo burocrático le dio al problema de la venta de este bono no fue capaz de contemplar los riesgos que un problema médico podría tener, y que habitualmente tiene, para esta usuaria.

Las acciones de las entrevistadas están determinadas en gran medida por tres factores: el tener una huella legible, tener dinero para poder pagar el costo total de la atención, sin utilizar una prestación de salud o dejar una garantía y disponer del tiempo que requiere FONASA para realizar los trámites para liberar la huella. Para muchas de las personas entrevistadas los primeros dos factores quedan completamente fuera de la negociación en el campo, ya que saben que sus huellas no son leídas y que el precio total o la garantía que se debe dejar para la atención son muy altas, por lo que solo les queda dejar su tiempo a disposición de la burocracia. Esto limita una acción que puede ser crucial para su calidad de vida, es decir, la acción de ir o no al médico. Una entrevistada compara el problema de la huella en el sector privado y en el público. Así, mientras que en su antigua ISAPRE “la chica me dijo ‘oye, por qué no te enrolamos el otro dedo, pasa allá’ y listo”, en FONASA “me tramitaron hartito. . . hasta que llegué a una secre [secretaria] que estaba a cargo de eso y ella me enroló los dedos”. Esto se condice con lo establecido por Auyero (2011), respecto de que los tiempos de espera rara vez son iguales para las personas, ya que usualmente esto se corresponde al poder que ellas tienen para enfrentarse a lo impuesto por el Estado y al capital que tienen a su disposición, usando los términos de Bourdieu. Esto se suma al hecho de que las salas de espera son lugares donde “te sientas y esperas” (Auyero, 2011, p. 21, traducción propia) y no dan cabida a la negociación.

En este sentido, el tiempo se vuelve una manera en que los y las usuarias experimentan el poder que el Estado tiene sobre ellos al introducir la validación biométrica y obligarlos a pasar por un trámite burocrático muy largo en el caso de que el sistema no los legitime. El hecho de que esto suceda dentro de FONASA —el sistema de salud público, que tiene por objetivo que toda la población, en especial los sectores más vulnerables, accedan a la salud— implica que el huellero se vuelva no solo un actor, sino también una de las “modalidades en las que el Estado aparece en la vida de los grupos más relegados” (Damin, 2014).

El huellero se vuelve una de las modalidades en las que el Estado ejerce su poder sobre las personas mediante la espera en el caso de no ser leídos.

### 4.3. Seguridad o Eficiencia

La última temática a discutir tiene relación con el objetivo mismo de la aplicación de los escáneres biométricos de huella digital para la venta de bonos. En primera instancia, en las entrevistas a usuarios y administrativas de centro médico se ve una tendencia a pensar que la aplicación de esta tecnología tiene como primer objetivo el atender de forma más rápida a las personas: “[La huella digital] les da más facilidad [a los usuarios], porque antes había que ir a FONASA a comprar el bono y era muy engorroso el proceso”, señala una administrativa, agregando que “es mucho más fácil para uno como trabajador y más rápido para poder atender a la persona”. Una usuaria explica cómo era el trámite de la compra de bono previo a la instauración de los llamados huelleros: “Antes había que ir a comprar el bono directamente a una oficina. . . te tenías que planificar, pedías la hora y preguntabas cuál era el código de atención, el código del centro médico, y de ahí tenías que ir a comprar el bono para llegar a la consulta con el bono”. Efectivamente este trámite requería de más tiempo para todos los usuarios y usuarias de FONASA, por lo que existe la percepción general de que la aplicación de tecnologías biométricas es utilizada para darle más agilidad al trámite y que este objetivo falla en el caso de las personas cuya huella no es legible.

La percepción de que el sistema biométrico fue implementado para darle más facilidad a usuarios y usuarias no es algo que proviene solo de ellos. Cuando el sistema de lectura biométrica fue implementado de manera extensa y sistemática el año 2010 en el sector de salud pública, el ex director de FONASA, Mikel Uriarte, lo presentó como “un sistema seguro, rápido, confiable y moderno, que permitirá simplificar los trámites” (La Tercera, 2010). El énfasis puesto por Uriarte en la velocidad del trámite explica por qué el público, es decir, los usuarios y usuarias tienden a asociar la lectura de huella digital con velocidad y eficiencia.

Sin embargo, esta perspectiva con énfasis en la agilidad del trámite al parecer no es compartida por parte de administrativos de FONASA. Al ser preguntado por el objetivo de la validación biométrica, un administrativo del área de informática descartó tajantemente el objetivo de la velocidad: “Más que rapidez es seguridad respecto de que quien compra, es quien compra. . . es la mejor forma que se encontró en ese momento, o la forma más adecuada para identificar que quien hace la compra del bono es quien dice ser”. Por parte de FONASA, entonces, existe una preocupación por la suplantación de identidad de sus usuarios y usuarias. Así, para ellos el factor “seguridad” es el más importante al considerar la aplicación de este tipo de tecnologías.

Esta posibilidad de que sus identidades sean suplantadas no es algo que los usuarios no tengan en cuenta. Una usuaria entrevistada menciona que luego de hacer el trámite de liberación de huella en las oficinas de FONASA le “advierten que si mi huella está liberada cualquier persona podría comprar bonos con mi nombre”. Sin embargo, la suplantación de identidad no es percibida como una amenaza real para ella, ya que “no es que cualquier persona va a ir y se va a hacer pasar por mí para hacer uso de asistencia de salud” y “¿quién va a querer suplantar tu identidad si vas al médico?”. Para ellos no hay una posibilidad muy alta de que alguien los suplante, al menos no en el área de salud.

Esta tensión entre velocidad-eficiencia y seguridad no es nueva dentro de la discusión sobre tecnologías biométricas. Jonathan Bright (2011) explica que esta tensión responde a que los usos de la biometría son muy parecidos, si es que no idénticos, independientemente de si su objetivo es resguardar la seguridad o agilizar un trámite. Bright (2011) además da cuenta de que, si bien a primera vista la biometría pareciera existir en relación con la seguridad, la velocidad siempre surge como un uso alternativo. Debido a que en su implementación ambos objetivos son similares, una clave para indagar acerca de cuál es el objetivo principal de una tecnología biométrica en un contexto particular son las acciones que se toman en caso de que la validación biométrica falle. Esto se debe a que “un sistema diseñado para la velocidad no está obligado a hacer el segundo chequeo más seguro” (Bright, 2011, p. 242, traducción propia).

En el caso de que el objetivo sea la seguridad, entonces, el segundo chequeo después del fallo de la validación biométrica será muy riguroso, cosa que no pasará si el objetivo es la velocidad. En el caso de FONASA se puede argumentar que el objetivo es la seguridad, ya que el protocolo que se sigue cuando un usuario tiene huella ilegible es largo y requiere que vayan a la oficina de FONASA y comprueben, usando los huelleros que están disponibles ahí, que realmente tienen problemas con sus huellas. Este trámite, que muchas veces toma horas, debe además repetirse de forma habitual, cada dos o tres meses, en el caso de las personas cuyo problema con las huellas es recurrente. A esto se suma el hecho de que los y las administrativas de los centros de salud también deben poner a disposición sus huellas para la venta de bonos. Según un entrevistado en FONASA: “quien inscribe [el administrativo], al ingresar la huella hace una especie de ministro de fe [de que la persona es quien dice ser]”. Estos factores apuntan a que el objetivo del uso de la tecnología biométrica de escáneres de huella digital es la seguridad, más que la eficiencia.

Esta preocupación por la seguridad, sin embargo, implica la dificultad de definir qué seguridad resguardan: ¿la de la institución o la de los usuarios? El entrevistado de FONASA destacó en gran medida el problema de la suplantación de identidad, pero las y los entrevistados rechazaron esta amenaza. De hecho, algunas personas recordaban esa “suplantación de identidad” más como una práctica de solidaridad: “las personas que estaban fuera del sistema le pedían un bono a un amigo o amiga. . . era super fácil incluso prestar bonos, había una cultura de usar la ISAPRE o el sistema previsional de otro”. De acuerdo a la percepción de los usuarios, entonces, la seguridad que se está resguardando sería la de la institución de FONASA. En palabras de una usuaria: “el sistema cuida sus recursos”.

Al preguntar sobre la seguridad a usuarios y usuarias, no solo reflexionan sobre el hecho de que el sistema se protege a sí mismo, sino también sobre el hecho de que sus datos, una vez que entran a la base de datos, de cierta manera dejan de pertenecerles y pasan a pertenecer a FONASA o a quien sea que los controle —tampoco tienen claro quién lo hace. “No es información que maneje el Estado, la maneja un tercero” menciona una entrevistada. Otra usuaria sospecha sobre el hecho de que esta información sea manejada por un tercero: “La huella claramente es un dato más que se puede comercializar”. Los huelleros usualmente informan que el hecho mismo de utilizarlos da autorización a la compañía (I-med, Autentia o Medipass) para que pueda enrolar y almacenar los datos personales de la persona (ver anexo). Asimismo, el entrevistado en FONASA confirma que toda la información asociada a una huella es almacenada por las compañías, no por FONASA.

Una usuaria reflexionó: “hay una cantidad de datos biométricos nuestros que nadie nos pregunta si queremos darlos o no, pero yo creo que efectivamente ahí se están vulnerando una serie de derechos

acerca de qué ocurre con nuestros datos”. Esto es similar a lo planteado por Marianne Díaz (2018), quien establece que, si bien la misma extracción de datos no vulnera a la persona, pues es relativamente simple, especialmente en el caso de la huella digital, lo que sucede posterior a esta extracción sí puede implicar “una afectación clara al control sobre el propio cuerpo” (p. 9). La información que se extrae implica una “informatización del cuerpo” (p. 9), lo cual puede conllevar riesgos que no se encuentran regulados por la legislación chilena, en tanto no contempla expresamente los datos biométricos ni sus implicancias (Garrido & Becker, 2017; Muñoz, 2017). Esto se condice con la sensación de pérdida de control sobre sus datos de muchos de los y las entrevistadas: “cuando uno está enfermo, no necesariamente quiere compartir con el resto del mundo que está enfermo y estás obligado porque te toman la huella y te obligan a pasar por ese trámite. . . aunque uno se rehúse”. En este sentido, algunas usuarias sienten que más que resguardar su privacidad con el uso de la huella digital, el sistema la está violando, especialmente al no darles la oportunidad de negarse a esta recopilación de datos en caso de querer acceder a servicios de salud.

La posibilidad de triangulación de datos o de que compañías puedan compartir datos personales sin la autorización de sus usuarios es algo de lo que algunas de las entrevistadas sospechan. “Me llamó un vendedor que sabía toda mi ficha clínica. . . me dio rabia que me preguntara cosas que son privadas”, cuenta una usuaria, recordando la inseguridad que sintió en ese momento. El hecho de que su huella esté presente en instituciones en las que jamás se han enrolado, como en casas comerciales, es algo que les llama mucho la atención: “Yo cuando fui a sacar una tarjeta de crédito, por ejemplo, a La Polar. . . me aparecían todos mis dedos registrados, siendo que yo nunca había ido a registrarme ahí”. Ninguno de los usuarios y usuarias podía definir con claridad exactamente de qué manera sus datos pasaron a estar registrados en otra empresa cuando solo habían autorizado su uso para la compra de bonos de salud.

En lo que respecta a la legalidad de las acciones de las empresas para el resguardo de los datos de usuarios y usuarias, ninguna de las empresas asociadas a Sonda presenta un protocolo de administración y protección de datos que esté disponible para el público general. No obstante, Autentia —en los términos y condiciones de su aplicación para dispositivos móviles— establece que se rigen por la Ley N.º 19.628 y mencionan la protección a la vida privada de los usuarios (Autentia S.F.), aunque la empresa da cuenta de que puede compartir los datos de sus usuarios con “empresas relacionadas con la compañía en los términos señalados en las letras a), b) y d) del Artículo 100 de la Ley 18.045” (p. 5). Por otro lado, Medipass (2006) también establece que se rige por la Ley N.º 19.628, señalando que la información sobre las licencias médicas “no podrá divulgarse o compartirse de modo alguno” (p. 69). Ninguna de estas empresas declara los datos biométricos como datos sensibles, ni tampoco hacen mención sobre ellos en los documentos disponibles al público. A pesar de esto, el entrevistado en FONASA asegura que los protocolos de seguridad existen y que las empresas los presentan al momento de postular a la licitación de los escáneres biométricos.

Es necesario mencionar que, a pesar de que algunas usuarias sienten una gran desconfianza frente al sistema de lectura biométrica de sus huellas digitales, en general existe una naturalización de este. Muchas veces es la propia entrevista, específicamente la pregunta sobre la seguridad de sus datos, la que motiva la reflexión en torno a este tema. El sistema se acepta como algo a lo que no se pueden negar, sin importar las dudas que puedan tener al respecto. Una usuaria menciona que “no te puedes oponer a ello porque para hacer ciertos trámites necesitas la huella digital”. Otra menciona que “todo funciona con el



dedo”. Al preguntarle a una usuaria si alguna vez había pensado en negarse ella responde: “ahí [al poner el dedo en el huellero] estás dando acceso a. . . toda tu vida y que ellos pueden dejar el registro y eso es todo lo que sé, que era lo que leía y era como ‘ok, será’ si no había otro método”. El único momento en que algunas de las entrevistadas mencionaron que cuestionaron en cierta medida el sistema fue cuando sus huellas aparecieron registradas en lugares que no habían autorizado, como ya se mencionó anteriormente. Pero, incluso en estas ocasiones, reconocen que no hay otra manera disponible para comprar bonos en el área de salud, por lo que se ven efectivamente obligadas a usar sus huellas digitales.

Este proceso de naturalización de la biometría es abordado por Bright (2011), quien analiza el proceso de aplicación de tecnologías biométricas en el Reino Unido. Según Bright (2011) la legitimación de estos sistemas viene, por un lado, de “la idea de que son controlados democráticamente” (p. 233, traducción propia) y, por otro, de que su uso siga algún tipo de “proporcionalidad” (p. 236), es decir, que su uso se vea como necesario para cumplir una función y que tenga más beneficios que costos, en comparación a las otras tecnologías disponibles para cumplir la misma función. En el caso de esta investigación, la legitimación por vías del control democrático de la biometría no parece tener mucho peso, ya que la legislación chilena no aborda la biometría, y el manejo y almacenamiento de datos recae casi por completo en las manos de empresas privadas. Por lo tanto, en este caso la legitimación de la biometría se realiza a través de la proporcionalidad.

Bright (2011) establece que la proporcionalidad no es algo objetivo o dado que pueda ser medido, sino que es el resultado de un “proceso de construcción” (p. 238, traducción propia), realizado en paralelo a la implementación de la tecnología. Entonces, si la biometría es implementada en “circunstancias normales, lejos de aeropuertos y de conexiones con el terrorismo” (p. 238, traducción propia) —el uso más común tras el atentado terrorista a las Torres Gemelas en septiembre del año 2001—, esta tecnología puede llegar a verse como algo mundano, necesario y característico de la vida diaria. Al poner en funcionamiento la tecnología biométrica a través de la lectura de huella digital, un proceso simple y rápido, en un área que se usa muy seguido por parte del público, como lo es la salud, se construyó la proporcionalidad de su uso. Los usuarios no lo ven como algo extraordinario, sino como algo común que ya permeó otras áreas de sus vidas, como lo son los gimnasios o las entradas a sus propios departamentos. La posibilidad de que pudiera existir otra opción no es algo que vean como posible o necesario, incluso si tienen problemas con la lectura de sus huellas.

Así, podemos entender que si bien la seguridad parece ser el objetivo primario de la biometría en salud, esto no es aceptado sin cuestionamientos. La expectativa del uso de rapidez, la naturalización y posterior cuestionamiento del sistema, son todos factores que median la relación que usuarios y usuarias tienen con la tecnología biométrica. Es importante destacar que la instauración del sistema biométrico, tal como se estableció anteriormente, no es algo fijo, sino que se va construyendo en la medida que se utiliza.

## 5. Reflexión final

A lo largo de esta investigación, identificamos que las tecnologías biométricas, específicamente el reconocimiento de la huella dactilar, son actualmente parte fundamental de la funcionalidad del sistema de salud público de Chile. En particular, el reconocimiento de huella dactilar se considera la tecnología más adecuada para la verificación de previsión. Un funcionario de FONASA al hablar sobre los inicios de la implementación de la huella digital para venta de bonos cuenta que “es la mejor forma que se encontró en ese momento o la forma más adecuada para identificar que quien hace la compra del bono es quien dice ser”. La biometría se convierte así en un candidato popular para la identificación y autenticación, debido a su habilidad de unir el cuerpo a una identidad (Ajana, 2013). El escáner de la huella digital establece, mediante una lectura sobre el cuerpo de la persona, si es parte o no del sistema previsional de FONASA, en base a la idea de que los cuerpos son fijos. Esto implica un “acto de condicionamiento que lleva a aceptar esta tecnología, confiar en esta tecnología y finalmente normalizar su uso” (Ajana, 2013, p. 126, traducción propia). La biometría es considerada como la única opción viable para un correcto funcionamiento del sistema público de salud.

Al ser el sistema de validación dactilar una parte fundamental del sistema de salud, no se puede entender la tecnología biométrica como algo separado del contexto donde es aplicada o de los actores con los que interactúa. Esta tecnología debe ser entendida como un actor más dentro de las redes del sistema de salud chileno. En este sentido, nos apoyamos de la teoría del actor-red (Actor-Network Theory o ANT) desarrollada por Bruno Latour, la cual se enfoca en investigar la relación entre lo social y la tecnología, específicamente lo relacionado con “la creación y mantención en extensas redes de elementos humanos y no humanos” (Walsham, 1997, pp. 466-467, traducción propia). Por tanto, al momento de investigar el uso de las tecnologías biométricas, no podemos dejar fuera ninguno de los posibles elementos que afectan su aplicación.

Como afirma Bright (2011), las tecnologías en sí forman parte de una red de actores al capturar huellas digitales o patrones biométricos en general. Estas tecnologías se forman a partir de una relación entre las mismas personas que ocupan estas máquinas y el ambiente en el cual se encuentran. El conocimiento involucrado en la creación, transformación y mantención de la biometría también forma parte de esta red de actores. El conocimiento con el cual este tipo de tecnologías son creadas se sostiene en una noción normativa del cuerpo: todos tenemos una huella dactilar legible para identificar a una persona y categorizarla (Murray, 2007). Estas ideas de cuerpo fijo son un actor más en esta red de actantes en tanto definen cómo se entiende y se clasifica al humano.

Por consiguiente, la creación de una tecnología biométrica que tiene esta noción de “cuerpos codificados” (Diaz, 2018, p. 10) como espacio de información necesariamente genera “cuerpos biométri-

cos ilegibles” (Murray, 2007, p. 348). Estos serían los cuerpos que no cumplen con los sesgos presentes en la misma tecnología, como sucede con adultos mayores, trabajadores de construcción, entre otros, ya que la biometría depende de “los cuerpos idealizados en una cultura, produciendo como ‘anormales’ a todos quienes no corresponden al modelo idealizado” (Murray, 2007, p. 351). Podemos afirmar que esta tecnología relega a un estado de “otro” a quienes desbordan su capacidad de lectura. Esta relegación a la categoría de “otro”, de persona “ilegible” eventualmente tiene implicancias en las vidas diarias de las personas, quienes se ven negativamente afectadas por esta clasificación impuesta por el sistema. Este proceso de creación de información a partir del cuerpo no consiste solo en recolectar información biométrica sobre las personas, sino también, como plantea Van De Ploeg (2003) en la construcción y reforzamiento de identidades sociales a través del “registro y procesamiento digital de características físicas” (Van De Ploeg, 2003, p. 5, traducción propia). Para muchos usuarios, entonces, el hecho de ser ilegibles no es información sobre ellos, sino que se vuelve su identidad.

Como se mencionó anteriormente, debido a que la tecnología biométrica está intrínsecamente unida al ambiente donde es implementada (Bright, 2011) no puede separarse de este en el análisis. Los cuerpos ilegibles, así como los factores que pueden provocar que la huella digital se vuelva más difícil de leer, deben ser tomados en cuenta cuando se piense en la red de actores en la que la tecnología biométrica se inserta en Chile. Asimismo, se deben tener en cuenta las percepciones de los actores humanos involucrados, así como las prácticas y sentimientos que puedan surgir a partir de complicaciones en la aplicación de la biometría. Las emociones que comunicaban los entrevistados no solo residen en los sujetos u objetos, sino que se construyen en una interacción entre los distintos cuerpos y los objetos —en este caso la máquina—, como propone la filósofa Sarah Ahmed (2004; 2013).

En este sentido, se puede entender al tiempo como un actor más en esta red, en tanto es un factor importante para considerar no solo en relación al sistema biométrico, sino también dentro del sistema de salud en general. Como se analizó anteriormente, la implementación de la tecnología biométrica en el sector de la salud pública empezó, entre otras razones, por el ahorro de tiempo que significa no tener que ir a comprar el bono directamente a FONASA. Esta idea, sin embargo, fue cambiando desde lógicas administrativas hacia lógicas de seguridad. El no cumplir con el prerequisite de tener una huella legible tiene un impacto en el tiempo que las personas entrevistadas dedican a su atención en salud y, por ende, tiene agencia en su cotidianidad, al forzarlos a entrar a un espacio de burocracia para poder acceder a su atención médica. Se entiende, entonces, que las organizaciones burocráticas no simplemente utilizan la tecnología biométrica, sino que han pasado a ser lo que Kafka (2009) define como instituciones objetos (object institutions), es decir, “colectivos de personas y artefactos, particularmente artefactos gráficos” (p. 348, traducción propia). La tecnología biométrica ha pasado de ser simplemente un instrumento a ser una parte vital de la burocracia, la cual comienza a formarse en torno a dicha tecnología y también en torno a sus fallas, disponiendo arbitrariamente del tiempo de los usuarios y administrativos. Como fue analizado anteriormente, este tiempo que se tiene que poner a disposición con el fin de poder atenderse en el sistema de salud, se entiende como una forma de tiempo impuesto (Atkinson, 2018) que se experimenta como un tipo de dominación (Auyero, 2011). Se puede afirmar, entonces, que el tiempo se vuelve una manera en que los y las usuarias experimentan el poder que el Estado tiene sobre ellos. Es el Estado el que introduce la validación biométrica y los obliga a pasar por un trámite burocrático arduo que no es

percibido de forma neutral o pasiva por las personas no validadas por el sistema, las que no tienen huella legible o aquellas que directamente no poseen huella.

El que exista la cuantificación de los individuos a través de los datos corporales obtenidos y entendido como una “verdad objetiva” es posible en un contexto en que el gobierno tiene como objetivo principal la regulación de la vida a través de distintos medios, tales como tecnologías y prácticas. Foucault (2008), en su libro “Historia de la sexualidad”, afirma que en los últimos siglos han surgido nuevos mecanismos de poder con el objetivo de administrar las vidas de las personas como un todo. Autores como Didier Fassin (2009), han definido biopoder como el poder para “hacer vivir y dejar morir” (p. 47, traducción propia). Fassin (2018) complementa las ideas de Foucault afirmando que el biopoder va a decantar en una biopolítica, la que como tal “no es una política de la vida, sino una política de la población entendida como una comunidad de seres vivientes” (p. 27). Por lo tanto, las sociedades contemporáneas se caracterizan por una política de la vida, y especialmente, por las desigualdades que estas políticas crean, a lo que Fassin (2018) llama “biodesigualdades”. Las temáticas presentadas anteriormente son un ejemplo de esto. Es en este sentido que la biopolítica, por tanto, el biopoder, no se relacionan solo con el poder de hacer vivir en tanto “normalización de la vida” (Fassin, 2018, p. 32), sino que “también con la decisión sobre el tipo de vida que estas pueden (o no) vivir” (Fassin, 2018, p. 32). En el contexto de esta investigación, son fundamentales para ello las barreras de acceso impuestas por las tecnologías biométricas.

La implementación de la biometría como forma de identificación, verificación y clasificación de los cuerpos dentro del sistema público y como elemento necesario para acceder a éste, funciona como una forma de legitimar este poder sobre el tipo de vida que se puede (o no) vivir y su normalización. Fassin (2009) denomina este fenómeno biolegitimidad, es decir, “la construcción del significado y los valores de la vida” (p. 52). El proceso de transformar el cuerpo en dato biométrico es un ejemplo de la construcción de biolegitimidad que deviene en biodesigualdades cuando existen cuerpos que no pueden ser leídos. El tiempo del cual tienen que disponer estos usuarios, el poder monetario que tienen que poseer para atenderse y el prerrequisito de una normativa corporal que no siempre se cumple, son barreras dentro del sistema que legitiman el poder del Estado sobre la vida de las personas. En este caso particular, los requisitos corporales no solo funcionan como forma de biolegitimidad sino que tienen un potencial de constituirse como biodesigualdad. Al establecer la validación biométrica como un requisito necesario para acceder a la salud, inevitablemente se establece también qué tipo de acceso a la salud, es decir, qué tipo de vida van a tener las personas con huellas ilegibles a quienes en este contexto se les impone esta biodesigualdad.

Es necesario también preguntarse si al implementar estas tecnologías se tuvo en cuenta a este sector de la población y el tipo de vida que serían forzados a llevar al no poder interactuar de la manera esperada con la tecnología, o si se trata de un daño colateral no cuantificado o si estuvo considerado desde un inicio. Al preguntar sobre los inicios de esta tecnología en el sector de salud, muchas usuarias mencionaron que se sintieron poco consideradas en la planificación de su implementación, especialmente aquellas que sabían desde muy jóvenes que tenían problemas de piel que afectan su huella digital: “Nadie me dijo ‘vamos a usar tu huella’, porque si me hubieran dicho yo hubiera dicho que no. . . prefiero el sistema antiguo, u otro sistema, el bono electrónico (. . .) porque obvio que no tengo huella”. La pérdida de la huella digital, incluso en procesos médicos cada vez más comunes como lo es la quimioterapia, ha sido un

tema relegado a segundo plano, percibido como no relevante para el sector de salud (Al-Ahwal, 2012). En Chile esto se evidencia en la falta de protocolos adecuados para los usuarios sin huella digital y sin huella legible, lo que los obliga una y otra vez a pasar por largos trámites en FONASA.

A lo largo del trabajo de campo no se pudo acceder a información que, de acuerdo con la ley de transparencia, debía ser pública, como las licitaciones con las empresas que prestan servicios al sector de salud con los lectores de huella digital. Además, no se pudieron realizar entrevistas a tales empresas, ya que no respondían las llamadas a los números de teléfono que tenían disponibles para el público o no tenían disposición para ello. Tampoco se pudo acceder a los protocolos de seguridad informática que dichas empresas tienen sobre los datos biométricos que poseen, más allá de lo enunciado en sus páginas web, a saber, que se rigen por la Ley N.º 19.628 que garantiza la protección a la privacidad. No se clarifica el cómo se lleva a la práctica esto y si produce o no triangulación de la información obtenida. A esto se suma la dificultad de poder realizar entrevistas a altos cargos dentro del sistema de salud, lo que hizo imposible profundizar en las narrativas de estos en torno al uso de la huella digital. Estas dificultades son reconocidas como un hallazgo más de esta investigación, ya que dan cuenta de que no todos pueden acceder a información sobre el uso que se le da a la huella dactilar. Esta nebulosa de información desconocida se encuentra entrelazada con relaciones de poder y deja la protección de los datos biométricos en un terreno poco claro. El modo en que la biometría está implementada hoy desborda la legislación chilena actual, ya que no se encuentra considerada o definida por la constitución política de Chile.

Debido a todo lo descrito en este trabajo, se puede afirmar que la biometría, o al menos los efectos que la aplicación de esta tecnología tiene en la vida de las personas, no han sido realmente investigadas más allá del área de lo legislativo. Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de cómo una tecnología que en apariencia no es intrusiva, para muchos puede llegar a tener un gran impacto en sus vidas, llegando a coartar el ejercicio de sus derechos fundamentales. Sin embargo, este trabajo es exploratorio, por lo que es necesario continuar la investigación no solo de la biometría en el área de la salud, sino que en todo sector en el que esté siendo aplicada este tipo de tecnología. Como ya se mencionó anteriormente, el acceso a las empresas que proveen muchos de los servicios biométricos son difíciles de contactar, lo que hace que se haga más necesario investigarlas. Resulta especialmente necesario poder acceder de manera clara a las políticas de protección de datos biométricos de estas empresas, de modo tal que se pueda indagar más acerca de la posibilidad de triangulación de datos a la que este trabajo aludió.

El reconocimiento por parte del Estado hacia la ilegibilidad de la huella dactilar y sus implicancias para las personas en el sistema de salud es limitado y mínimo. Debido a esto, resulta imprescindible visibilizar las experiencias de las personas para mejorar su acceso a la salud y mejorar la calidad de vida de sectores de la población no considerados actualmente. Este trabajo sienta una base para futuras investigaciones en el área de las tecnologías biométricas, ya que aún quedan muchas aristas sobre las que se debe indagar, tales como los protocolos de atención o las políticas de protección de los datos biométricos de la población.

## 6. Bibliografía

- ADC Digital (2017). Cuantificando Identidades en América Latina. Disponible en: <https://adcdigital.org.ar/portfolio/cuantificando-identidades-en-america-latina/>
- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS.
- Ahmed, S. (2004). Affective Economies. *Social Text*, 22(2), 117-139.
- Ahmed, S. (2013). *The cultural politics of emotion*. NY: Routledge.
- Ajana, B. (2013). *Governing through Biometrics: The Biopolitics of Identity*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Al-Ahwal, M. S. (2012). Chemotherapy and fingerprint loss: beyond cosmetic. *The oncologist*, 17(2), 291-293.
- Allard, R., Hennig, M., & Galdámez, L. (2016). El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95-138.
- American Anthropological Association. (2012). AAA Ethics Blog: Principles of Professional Responsibility. Recuperado de <http://archaeologicaethics.org/code-of-ethics/american-anthropological-association-aaa-ethics-blog-principles-of-professional-responsibility/>
- Atkinson, W. (2019). Time for Bourdieu: Insights and oversights. *Time & Society*, 28(3), 951-970.
- Autentia S.A. (s.f.). Términos y Condiciones de Privacidad: Políticas de Privacidad Aplicación Móvil Autentia ID. Recuperado de [https://web.autentia.cl/Terminos\\_y\\_Condiciones\\_Políticas\\_Privacidad.pdf](https://web.autentia.cl/Terminos_y_Condiciones_Políticas_Privacidad.pdf)
- Auyero, J. (2011). Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. *Latin American Research Review*, 46(1), 5-29.
- Bright, J. (2011). Building Biometrics: Knowledge construction in the democratic control of surveillance technology. *Surveillance & Society*, 9(1/2), 233-247.
- Crónica Chillán (2019, octubre 15). Proyecto de ley beneficiaría a chillaneja que no tiene huella digital. *Cronicachillan.cl*. Recuperado de <https://www.cronicachillan.cl/impres/2019/10/15/papel/>
- Dávila, O. (1998). Estado y políticas sociales: del Estado protector al Estado subsidiario. *Última Década*, (9), 1-9.
- Derechos Digitales América Latina. (s.f.). Quiénes somos. Recuperado de <https://www.derechosdigitales.org/quienes-somos/derechos-digitales/>
- Díaz, M. (2018). El Cuerpo como Dato. *Derechos Digitales*. Disponible en [https://www.derechosdigitales.org/wp-content/uploads/cuerpo\\_DATO.pdf](https://www.derechosdigitales.org/wp-content/uploads/cuerpo_DATO.pdf)

- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, culture & society*, 26(5), 44-60.
- Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo: Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad* (2ª. ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Galbally, J., Haraksim, R., & Beslay, L. (2019). A Study of Age and Ageing in Fingerprint Biometrics. *IEEE Transactions on Information Forensics and Security*, 14(5), 1351-1365.
- Garrido, R. & Becker, S. (2017). La biometría en Chile y sus riesgos. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología*, 6(1), 67-91.
- Goic G, Alejandro. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887201500060001>
- Hilgers, M., & Mangez, E. (2014). Introduction to Pierre Bourdieu's theory of social fields. In M. Hilgers & E. Mangez (Eds.), *Bourdieu's Theory of Social Fields: Concepts and Applications* (pp. 1-36). Oxon: Routledge.
- Kafka, B. (2009). Paperwork: The state of the discipline. *Book History*, 12(1), 340-353.
- Korja, J. (2006). "The privacy risks of biometric identification". En Ahti Saarenpää y Aleksander Wiarowski (editores), *Society trapped in the network, does it have a future?* Rovaniemi: University of Lapland.
- La Tercera (2010, agosto 18). Fonasa Inicia Venta de Bonos en Sucursales Usando Huella Digital. *LaTercera.com*. Recuperado de <https://www.latercera.com/noticia/fonasa-inicia-venta-de-bonos-en-sucursales-usando-huella-digital>
- Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, 38, 853-871.
- Ley N°19.628. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 18 de agosto de 1999.
- Ley N°20.394. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 20 de noviembre de 2009.
- Medipass. (2016). Anexo N° 2. Condiciones Generales y Uniformes de Contratación. Recuperado de [http://www.medipass.cl/WebPublic/pdf/Circular\\_2338\\_Anexo\\_2.pdf](http://www.medipass.cl/WebPublic/pdf/Circular_2338_Anexo_2.pdf)
- Muñoz, S. (2017). *Datos biométricos y derechos fundamentales*. (Licenciado). Universidad de Chile, Santiago.
- The Norwegian National Research Ethics Committees. (2016). Guidelines for research ethics in the social sciences, humanities, law and theology. Recuperado de [https://www.etikkom.no/globalassets/documents/english-publications/60127\\_fek\\_guidelines\\_nesh\\_digital\\_corr.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/english-publications/60127_fek_guidelines_nesh_digital_corr.pdf)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2004). "Background material on biometrics and enhanced network systems for the security of international travel". Recuperado de <http://www.oecd.org/internet/ieconomy/34661198.pdf>.
- Superintendencia de Salud (s.f.). Modalidad de Libre Elección o M.L.E. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2383.html#recuadros\\_articulo\\_4933\\_0](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2383.html#recuadros_articulo_4933_0)

- Silva, J., Rojas, M., Araya, C., & Barraza, N. (2018). Pérdida del dactilograma durante la senilidad. *International Journal of Morphology*, 36(1), 258-261.
- Urriola, R. (2006). Chile: protección social de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20, 273-286.
- Van der Ploeg, I. (2003). Biometrics and the body as information. Normative issues of the socio-technical coding of the body. En D. Lyon (Ed.), *Surveillance as Social Sorting: Privacy, Risk, and Digital Discrimination* (pp. 57-73). London and New York: Routledge.
- Walsham, G. (1997). Actor-network theory and IS research: current status and future prospects. En A. Lee, J. Liebenau, & J. DeGross (Eds.), *Information Systems and Qualitative Research* (pp. 466-480). London: Chapman & Hall.



## Anexos



### Escáner de huella digital *digitalPersona*.

Lector de huella digital *digitalPersona*, bajo el cual se encuentra el logo de Autentia S.A. El lector está inserto en un letrero que dice lo siguiente: «Autorización. Al colocar el dedo sobre el lector de huella autorizo expresamente a I-Med S.A. y Autentia S.A para enrolar y almacenar en sus registros mis datos personales: Nombre, RUT, fecha de nacimiento, género y patrón de huella dactilar\* (\*El patrón de huella dactilar es una representación matemática de los puntos característicos de una huella dactilar). A cotejar esos datos contra aquellos que ya están almacenados en dichos registros, con la finalidad de verificar mi identidad. Dichos datos no serán comunicados a terceros. Autorizo expresamente a I-Med S.A. a enviar mis datos personales contenidos en este bono de salud a mi Compañía de Seguros para los fines de bonificación automática».



Lector de huella digital *digitalPersona* sobre una mesa.

*Ningún tipo de información disponible sobre el lector o sobre la compañía que los provee.*

