

**Supuestos, distancias y apropiación de la tecnología en la atención institucional de la salud**

**Premises, Length and Appropriation of Technology in the Healthcare Process**

**Pressupostos, distanciamentos e apropriação da tecnologia na atenção institucional à saúde**

---

---

SERGIO LEMUS ALCÁNTARA

Doctor en Ciencias Sociomédicas. Es profesor titular de asignatura en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, miembro de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, miembro del Colegio de Antropólogos del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, y jefe del servicio de Psicología del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.



---

## **Supuestos, distancias y apropiación de la tecnología en la atención institucional de la salud**

### **Premises, Length and Appropriation of Technology in the Healthcare Process**

### **Pressupostos, distanciamentos e apropriação da tecnologia na atenção institucional à saúde**

---

Sergio Lemus Alcántara

Universidad Nacional Autónoma de México, México

lemuss.dr24@comunidad.unam.mx (<https://orcid.org/0000-0002-4809-4638>)

Recibido: 01-07-2024 / Aceptado: 29-10-2024

<https://doi.org/10.18800/conexion.202402.002>

---

#### RESUMEN

La atención de la salud es una actividad institucionalizada bajo rectoría del Estado. La política pública actual ofrece beneficios circunscriptos al avance científico y el uso de tecnología por su potencial para resolver problemas de gran complejidad. Sin embargo, en los hospitales públicos, se observa la distancia entre el discurso y la concreción de la atención, cuyo epítome es la praxis humana. Este trabajo se deriva de un proyecto de investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Utiliza el método etnográfico en el contexto clínico. Los hallazgos abren la discusión sobre los alcances y las repercusiones del uso de la tecnología en el contexto clínico. A la fecha, el uso de la tecnología en la atención es

tema de investigación en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM, bajo la coordinación del Dr. Alfredo Paulo Maya.

#### ABSTRACT

Health care is an institutionalized activity under the control of the State. Current public policy offers benefits limited to scientific progress and the use of technology for its potential to solve highly complex problems. However, in public hospitals, the distance between the discourse and the concretion of care is observed, whose epitome is human praxis. This work is the result of a research project of the Master's and Doctoral Program in Medical, Dental and Health Sciences of the National Autonomous University of Mexico (UNAM). Uses the ethnographic method in the clinical context. Findings open the dis-

cussion on the scope and implications of how technology is used in the clinical context. Currently, the use of technology is a topic of research in the Department of History and Philosophy of Medicine of the UNAM, coordinated by Professor Alfredo Paulo Maya.

## RESUMO

A assistência à saúde é uma atividade institucionalizada sob o controle do Estado. A política pública atual oferece benefícios limitados ao progresso científico e ao uso da tecnologia por seu potencial para resolver problemas de alta complexidade. No entanto, nos hospitais públicos observa-se a distância entre o discurso e a concretização do cuidado, cujo epítome é a práxis humana. Este trabalho deriva de um projeto de pesquisa do Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências Médicas, Odontológicas e da Saúde da Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM). Utiliza o método etnográfico no contexto clínico. Os achados abrem a discussão sobre o alcance e as implicações de como a tecnologia é usada no contexto clínico. Atualmente, fazem parte de trabalho ao Departamento de História e Filosofia da Medicina da UNAM, dirigido pelo Dr. Paulo Maya.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS / PALAVRAS-CHAVE

Atención de la salud, tecnología, praxis humana, antropología de la salud /

healthcare attention, technology, human praxis, medical anthropology / atenção à saúde, tecnologia, práxis humana, antropologia médica

**L**a tecnología es el ariete político para el discurso en materia de salud. Es un término polisémico y los esfuerzos para definirlo vuelven a su raíz, τέχνη, quizá en aras de entender mejor esta intrincada actividad, que abrió altos niveles de especialización del conocimiento (Vegetti, 1981). No obstante, hay una distancia grande entre el pensamiento griego sobre la técnica, su enseñanza, sus alcances y su aplicación (Aristóteles, 2004) en comparación con su desarrollo actual, dominado por pocos sectores y grupos (Bourdieu, 1966/2002). A esto se añade la multiplicidad de disciplinas ávidas por el avance de su campo de estudio (Luxton, 2016).

El problema no debe centrarse en el objeto *per se*. El contexto histórico-social es crucial, porque define relaciones e interacciones entre diferentes sectores: productivo, económico, político y de mercado (Leigh, 1949; Payson Usher, 1949; Wright, 1949). Así, aparecen nuevos sistemas de relación en torno al uso de la tecnología y la forma en que la sociedad se apropia de esta. No todas son claras y positivas. De acuerdo con Castoriadis (1990/2008), la tecnociencia propicia relaciones inespecíficas con la autoridad, torna difusa la responsabilidad sobre su desarrollo y

sus aplicaciones, y, además, genera altas expectativas en la sociedad. Por ejemplo, el diseño genético se anuncia como panacea de enfermedades incurables y, al mismo tiempo, la industria libra una batalla para registrar las patentes del ADN humano (Chomsky, 1994/2001).

El discurso político-científico está saturado de argumentos que apelan a la modernidad, el progreso y el poder —casi ilimitado— para resolver los múltiples problemas que enfrenta la sociedad (D’Odorico, 2023), y, como afirmó Foucault (1970/1996), el discurso no revela todo lo que tiene que decir; sobre todo, cuando el desarrollo de la tecnología ha sido un camino sinuoso, plagado de sentidos disímiles que no llegan al punto anunciado (Winter y Taylor, 2001). Con base en esto, pregunto lo siguiente: ¿cómo se usa la tecnología en el contexto clínico?

### **El uso de la tecnología en la atención de la salud y sus supuestos**

El avance del conocimiento científico no guía el uso de la tecnología en la atención pública; es parte de la política nacional de salud y la piedra angular es el derecho administrativo, bastión del Estado moderno (Rodríguez Rodríguez, 2005; Valadés, 1994). Entonces, la primera línea de acción es administrativa, orientada por el compromiso del Estado para mejorar la salud. Castoriadis (1975/2013) afirma que esa forma de funcionar del Estado no resuelve los proble-

mas; solo administra las necesidades de la población.

Las decisiones del Estado en torno al uso de la tecnología parten de supuestos burocrático-administrativos. El primero se ancla en el diseño institucional, en su estructura y en su organización, que son esenciales, mas no garantizan su adecuado funcionamiento (Douglas, 1986/1996). El segundo parte de criterios específicos, como estandarización, eficiencia y productividad en la atención, garantes del más alto nivel operativo (Secretaría de Salud, 2012, 2020). Pero entran en tensión con la praxis humana, piedra angular del funcionamiento, porque los sujetos no aplican llanamente la norma (Kelsen, 1992, pp. 205-212). Su praxis está mediada por la experiencia, las ideas, el conocimiento, los saberes, la biografía, los sistemas simbólicos (Kosik, 1963/1967). De acuerdo con Müller-Rockstroh (2012), los sujetos se apropian de los objetos y encuentran formas diferentes de darles uso, allende los límites indicados por el fabricante o desarrollador. Un tercer supuesto es la factibilidad del uso de la tecnología en las unidades de salud, pues todas las instituciones públicas cuentan con los recursos para hacerlo, de acuerdo con la normativa en salud.

En los tres supuestos, encontramos una carga teórica, poco considerada: el concepto pantanoso de *sistema de salud* (Frenk Mora y Gómez Dantés, 2008). Los autores asumieron que bastaba con jun-

tarlos en dos grandes grupos, lo público y lo privado, en franco soslayo de las enormes diferencias de organización y funcionamiento. A pesar de la pletórica cantidad de producción literaria sobre los problemas del sistema de salud y las propuestas de reforma (Cano Valle, 2010; Carbonell y Carbonell, 2013; Martínez Narváez, 2013; Murayama y Ruesga, 2016), se mantiene la discusión en ese nivel de abstracción. Quizá una aproximación más acertada es la de Cano Valle (2018). En este punto, la antropología de la salud puede contribuir a descifrar cómo se sucede el uso de la tecnología en el contexto clínico, siguiendo la praxis humana.

## **Metodología**

Este trabajo se deriva de un proyecto inicial como parte del posgrado en Ciencias Sociomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objeto de estudio es el proceso de atención enfocado en la atención del parto de mujeres adolescentes. Por lo tanto, el foco del trabajo no se centra en el embarazo ni en el parto, sino en la concreción, el proceso que convoca a distintos sujetos mediante su praxis humana en el contexto clínico.

Los responsables de concretar la atención —los trabajadores de la salud— no dudan de los beneficios de la tecnología, pero esta no se reduce a los estudios de gabinete, ultrasonografía, ecocardiografía fetal, imagenología o laboratorio. Al mismo tiempo, anticipa serios problemas por el

manejo de la información y los criterios técnicos no se ocupan de ello. Las áreas involucradas no consideran seriamente los aspectos bioéticos y éticos en el manejo de esa información (Svenaeus, 2018).

El trabajo de campo duró ocho meses en un hospital público federal de especialidad. La aprobación del protocolo de investigación por la División de Enseñanza e Investigación abrió la posibilidad de acceder a espacios restringidos del contexto clínico. Aunque el método por excelencia fue la etnografía, había que hacer ajustes importantes. Para Hammersley y Atkinson (1983/1994, pp. 122-123), el trabajo de Malinowski es el bastión de la etnografía. Destacan la inmersión total en el campo, esto es, la estancia prolongada que permite al antropólogo pasar como un miembro más de esa comunidad. Hay varias consideraciones: la primera es que la investigación no siempre es la tierra lejana, sino el propio contexto (Peirano, 1998), en el que la proximidad, la cercanía con esos espacios cotidianos, faculta al sujeto que se mueve en ellos para conocer con detalle y profundidad lo que entrañan. La segunda es el tiempo: el investigador no decide libremente; lo ajusta al programa académico que posibilita esa actividad.

La experiencia de trabajos precedentes ayudó a organizar el ingreso al campo. En este caso, se trata de una institución federal. Strauss *et al.* (1985) plantean una aproximación paulatina, *hacer presen-*

cia en las distintas áreas para generar familiaridad. La finalidad es observar y registrar, mas no participar en el sentido histórico del término, a partir de acciones sencillas como, por ejemplo, levantar el respaldo de la cama a una paciente que lo solicita, pero que presenta una hemorragia obstétrica y tiene instalado un balón de Bakri; o bien ayudar a una paciente con diagnóstico de trombosis profunda a incorporarse para ir al baño. La participación del observador en el contexto clínico se acota al registro y el diálogo casual, incluso accidentado, que termina por enriquecer y revela aspectos de la realidad que se estudia (Poulos, 2009).

El valor de la información no está en la cantidad, sino en el contenido que revela el funcionamiento del sistema. Para ello, es importante entender qué es el contexto clínico: es, ante todo, un espacio antropológico en el que las jerarquías funcionan y se ajustan a los espacios físicos donde cobran sentido (Bueno, 1996). No es lo mismo ser adscrito en urgencias que en la unidad tocoquirúrgica; tampoco es lo mismo ser enfermera de la unidad de cuidados intensivos neonatales que del servicio de alojamiento conjunto. Asimismo, las pacientes, siendo adolescentes, no son pasivas, como se cree: fijan expectativas y buscan atención de tipo resolutivo, allende los riesgos derivados de su estado grávido.

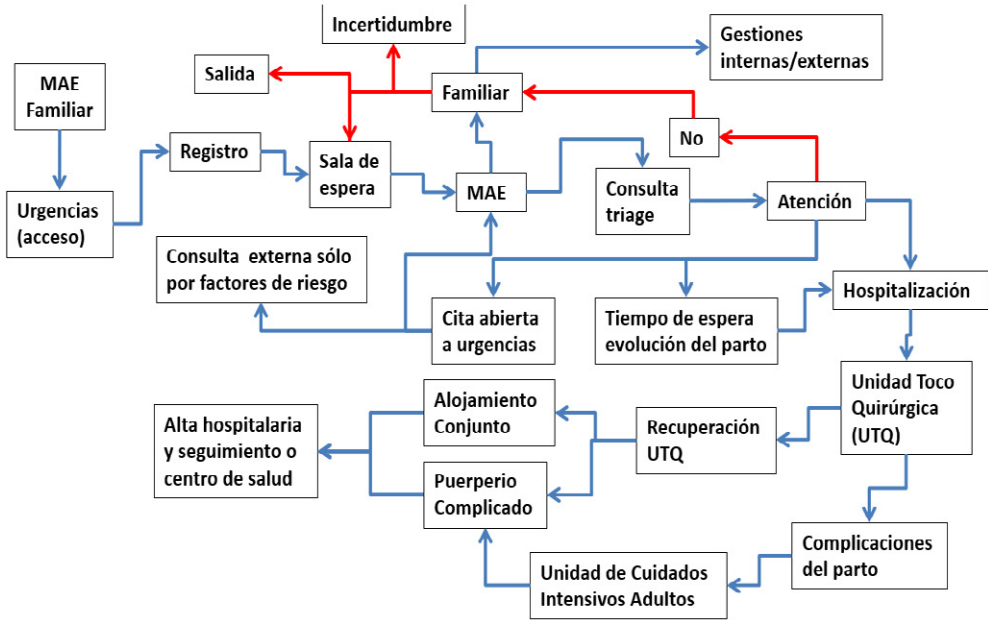
Los primeros recorridos por las áreas hospitalarias permitieron trazar el itinerario

de atención que se observa en la Figura 1. Entonces, ni las pacientes ni los especialistas deciden el momento de dar la atención, aunque esa sea la expectativa de fondo. La institución diseña la ruta que deben seguir todos los involucrados, porque es la base de su funcionamiento. El itinerario da cuenta de las áreas habilitadas para la atención, cubiertas con personal que cuenta con el perfil adecuado. Es el plano formal y, en cierto punto, es acertado, porque la atención institucional está obligada a cubrir variables que la institución debe controlar.

Conviene aclarar que, en el diseño de las guías de observación, no consideré el uso de la tecnología, pero, al volver al cuaderno de notas, en los esquemas en los que registré las interacciones, aparecía el uso de los dispositivos personales dentro de la concreción de la atención. Los trabajadores los empleaban para realizar sus actividades cotidianas. Principalmente, lo hacían por dos razones: una, como medida para abreviar la ruta burocrática de las actividades y otra, no advertida, como respuesta a las inconsistencias derivadas de los criterios mínimos para el funcionamiento de las áreas, plasmados en la NOM 005-SSA3-2010 (Secretaría de Gobernación, 2017).

Como se observa en la Figura 1, el contexto clínico está integrado por varias áreas, no solo servicios clínicos. El criterio para recorrerlo y mantener rigor metodológico se muestra a continuación.

**Figura 1**  
Itinerario de la atención del parto



Nota. Etnografía en el contexto clínico. De *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México], por S. Lemus Alcántara, 2023, Repositorio Institucional de la UNAM, p. 67 (<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000840872>).

Opté por alternar el tiempo de observación —mañana y tarde—, así como los días —de lunes a domingo—. Ajusté el tiempo de permanencia bajo el criterio de la saturación teórica. Una vez que la información comenzó a ser redundante, fue momento de analizarla rápidamente y moverse a la siguiente área (Corbin y Strauss, 1990/2008). Hubo una segunda fase que permitió enriquecer la información: el seguimiento de seis casos, desde su ingreso hasta su egreso.

## Resultados

La atención institucional se concreta en distintos niveles. El primero es el formal y responde al diseño administrativo; se traduce en áreas físicas que albergan distintas disciplinas, pero persiste la idea de la prominencia médica (Pendleton *et al.*, 2003). La Tabla 1 muestra las figuras presentes en el proceso de atención del embarazo de mujeres adolescentes. Las interrelaciones son claves para entender cómo el



**Tabla 1**












*Interrelaciones en el contexto clínico. Sujetos involucrados en la concreción de la atención institucional*

Sujetos involucrados en la concreción de la atención institucional		
Mujer adolescente embarazada (MAE)	Auxiliar administrativo (Aux)	Neonatólogo (NE)
Enfermera de piso (Epi)	Médico residente (MR1-4)	Pediatra (PE)
Estudiante (EE)	Médico ginecoobstreta (GO)	Trabajadora social (TS)
Enfermera de cubículo (Ecu)	Médico interno pregrado (MIP)	Trabajador limpieza (TL)
Cobrador de caja (C)	Médico anestesiólogo (AN)	Familiar
Archivo clínico (AC)	Residente anestesiología (RAN)	Vigilante
Contacto ciudadano (CC)	Médico de pregrado (MP)	Camillero

*Nota.* De *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México], por S. Lemus Alcántara, 2023, Repositorio Insitucional de la UNAM, p. 153 (<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TESO1000840872>).

**Figura 2**

*Interrelaciones en el contexto clínico. Tipos de interrelaciones en el proceso de atención a la salud*

Tipos de interrelaciones en el proceso de atención a la salud				
Sujeto-sujeto			De trabajo	Intermitentes
				
				
				

*Nota.* De *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México], por S. Lemus Alcántara, 2023, Repositorio Insitucional de la UNAM, p. 153 (<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TESO1000840872>).

uso de la tecnología en el contexto clínico se cruza con el proceso de trabajo y el que-hacer de las distintas disciplinas.

Los involucrados en la concreción de la atención institucional tienen tareas específicas de acuerdo con el proceso de trabajo de su disciplina. La paciente se torna en objeto de atención; esa transición no implica cosificarla o despersonalizarla, aunque esto sí llega a suceder (Ferber y Wilde, 2011). El criterio dominante

es el manejo administrativo, que acaba por afectar la praxis humana (Klikauer, 2013). Así lo prueba el siguiente cuadro (Figura 2): muestra el tipo de interrelaciones registradas en el contexto clínico durante el proceso de atención.

El modelo de atención vigente plantea que las acciones deben centrarse en las personas (Secretaría de Salud, 2020), pero el proceso de trabajo establece criterios centrados en la productividad, la eficiencia

y la calidad. Estos modelan las interrelaciones en el contexto clínico. La primera categoría, sujeto-sujeto, se ajusta al modelo institucional, pero el itinerario de la atención propicia la rotación del personal, lo que limita la construcción de relaciones más cercanas, cálidas, más humanas. Los trabajadores conceden mayor peso a su actividad laboral, porque es cuantificable y laboralmente los acredita. Entonces, en sus interrelaciones, privilegian los objetos de trabajo y muchos de estos dependen de la información que proporcione la paciente. Así, «el otro» se convierte en fuente de información. En un sentido, es un aspecto positivo para la administración que busca garantizar la calidad, al disminuir los errores y daños a los pacientes (Kohn *et al.*, 2000); en otro, favorece la despersonalización. En este tipo de interrelaciones está la clave que da entrada al uso de la tecnología como parte del proceso de trabajo, centrado en el manejo de la información.

Presento el siguiente cuadro (Figura 3) para ilustrar cómo se dan las interrelaciones entre los involucrados en la concreción de la atención. Predominan las relaciones de trabajo, es decir, aquellas centradas en la producción de objetos de trabajo; y las intermitentes, para corroborar información.

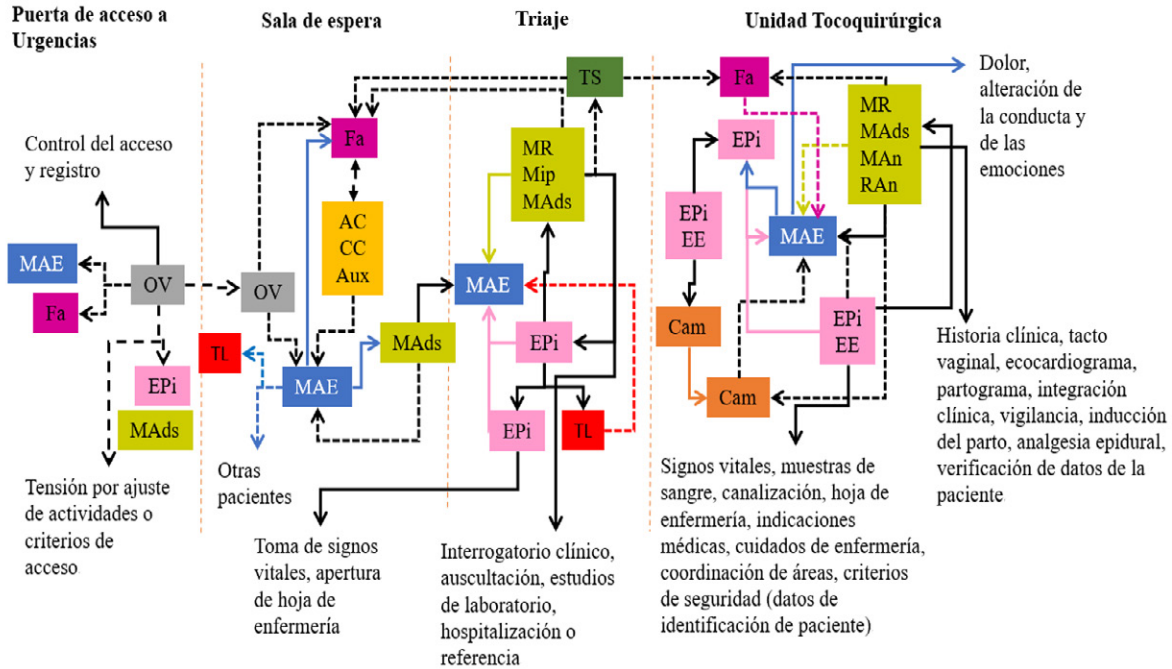
En sentido estricto, todos dependen de la información. La paciente y el familiar necesitan saber si recibirán la atención o no; a veces, la respuesta es una cuestión de tiempo y, en las instituciones públicas de

salud, tiene un sentido negativo (Auyero, 2012). Pero atenderla o no rebasa la competencia del médico: depende de las condiciones estructurales y organizacionales, que pueden generar distancia y tensión entre los sujetos (Auyero, 2001; Flinker, 1991/2001; Hernández Zinzún, 2007). Es un hecho que los trabajadores adscritos al servicio de Urgencias no tienen información actualizada sobre la siguiente área, la Unidad Tocoquirúrgica, aunque dependen de esta para tomar decisiones en cuanto al estado de la paciente.

Lo interesante no es la falta información, sino su producción fragmentada y asincrónica. El diseño administrativo depende de la sinergia, pero deja al margen la falta de infraestructura que permita el acceso a la información en tiempo real, relacionada con la toma de decisiones más adecuada en la atención de la paciente. En la Figura 4, distingo los elementos formales, los cuales, antes de resolver la necesidad concreta de la paciente, justifican el funcionamiento de la institución.

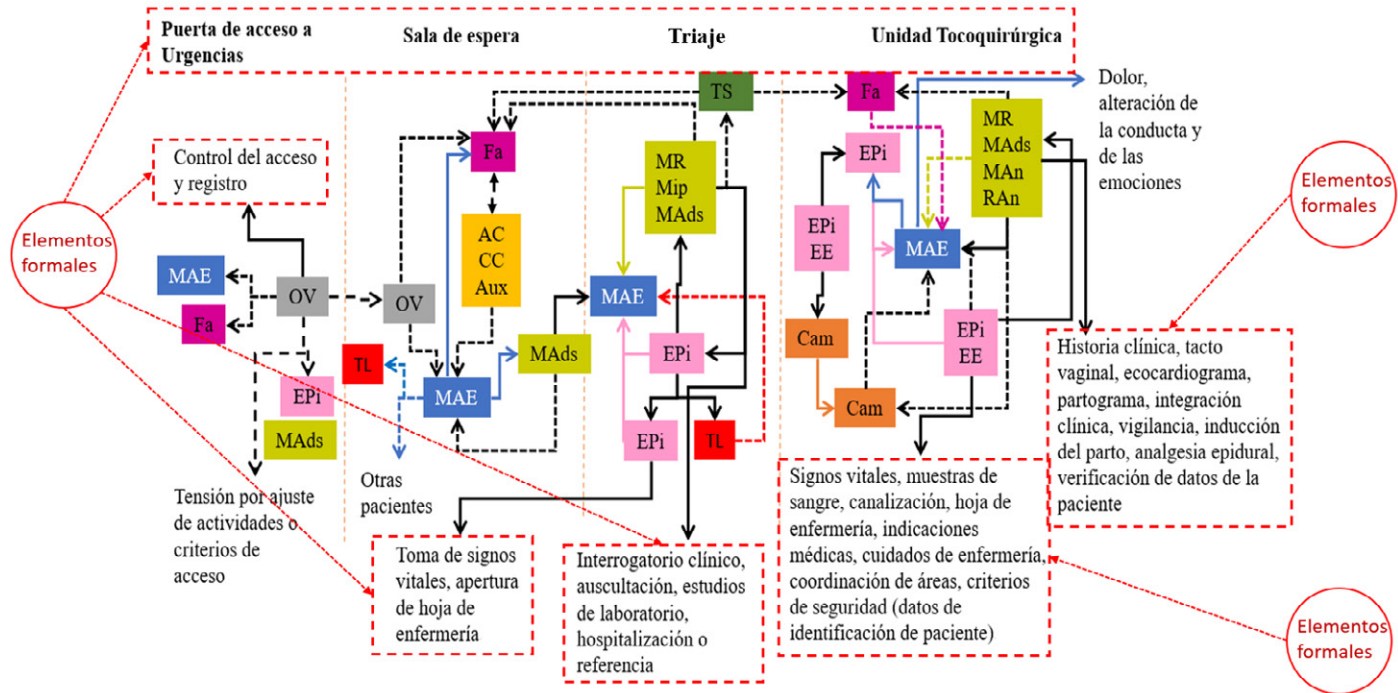
Los elementos formales dan cuenta de la autonomización institucional. Es la primera acción del sistema de salud. Las instituciones funcionan independientemente de las necesidades concretas de la población (Castoriadis, 1975/2013). A pesar de ello, la atención institucional goza de aceptación por el uso de la tecnología, aunque ese no haya sido su propósito original (Bassett *et al.*, 2000; Tancredi y Barondess, 1978; Thompson y King, 1984). El

**Figura 3**  
 Concreción de la atención del parto



Nota. Adaptado de *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México], por S. Lemus Alcántara, 2023, Repositorio Institucional de la UNAM, p. 156 (<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000840872>).

**Figura 4**  
Elementos formales de la atención



Nota. Adaptado de *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México], por S. Lemus Alcántara, 2023, Repositorio Institucional de la UNAM, p. 156 (<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TESO1000840872>).

problema es que se pierden los detalles, y escapa a la conciencia cómo el uso de la tecnología se relaciona con la producción de la información y su manejo.

En la Figura 5, detallo cómo la concreción de la atención toma diferentes sentidos, no advertidos en el marco normativo. Uno de ellos es la apropiación de la tecnología por parte de los involucrados en el proceso de atención.

Distinguir los tipos de objetos que se construyen a partir del tipo de interrelaciones dentro del contexto clínico permite mostrar que el uso de la tecnología es disímil en las instituciones públicas, porque los objetos técnico-científicos no van a la par de las directrices del Estado en materia de salud; son constructos del hacer disciplinar, no del diseño administrativo, y no dependen necesariamente del uso de la tecnología, como, por ejemplo, en el caso de la lactancia. Enfermería desarrolló una técnica que detalla cómo hacerla correctamente; entra en competencia con los procesos vitales, pero ayuda a generar actividades cuantificables y definir si la atención es de calidad o no. No obstante, la desarrolla con recursos rudimentarios, material didáctico hecho a mano, esquemas y donaciones de bombas extractoras. Medicina, de igual forma, trabaja siguiendo los criterios mínimos marcados por la norma. Centra su atención en los productos biológicos y construye su objeto con base en el razonamiento que acredita con el uso de instrumentos (Vegetti, 1981). En ninguno

de los casos, se observa el impacto de la tecnología como ese recurso brillante de la modernidad (Castoriadis, 1990/2008).

La lejanía del discurso respecto a la realidad social alienta a seguir presentando el uso de la tecnología como panacea de los hondos problemas que enfrenta la atención de la salud, específicamente la pública. En esos claroscuros, se abre otro hueco a partir de las prácticas no normativas, elemento dinámico en el funcionamiento de las instituciones y que cubre múltiples propósitos. Algunas veces, resulta útil para modificar el trabajo, para «hacerlo más fácil», sea por comodidad o por desinterés (Bierschenk y Olivier de Sardan, 2014; Olivier de Sardan, 2005); otras veces, para ser resolutivos, pero esto coloca a los trabajadores en una zona de riesgo.

La producción de información y de datos, y el flujo de estos, han llevado a los trabajadores a buscar atajos, porque saben que seguir las rutas administrativas ralentiza el proceso de atención. Esto tiene implicaciones no solo para las pacientes y sus familiares, sino también para los trabajadores, porque genera los «eternos pendientes» que propician serias tensiones en el cambio de turno. Entonces, la alternativa es que usen sus dispositivos personales. La decisión no sucede por impulso: el hospital cuenta con pocos equipos y carece de una red interna para facilitar el trabajo. Por ejemplo, el censo de camas disponibles se hace de forma artesanal a distintas horas, de acuerdo con el personal con que



se cuente en el área administrativa. Pasa algo similar con los fármacos, las soluciones o los equipos. Para recibir la información, hay que llenar un formato, buscar la firma del responsable y darle trámite. Los procedimientos administrativos no se ajustan con procesos vitales como el parto. A veces, el especialista debe tomar una decisión, pero los resultados de laboratorio están retrasados por falta de papel o tóner. La situación se repite cuando la paciente presenta datos de preclampsia y el médico necesita saber si en farmacia tienen el fármaco para indicar ese tratamiento. Lo que tiene a la mano para ambos casos es su dispositivo y sus contactos en áreas clave. Entonces, la información comienza a fluir al margen de toda la normativa que regula el uso de la información, pues queda almacenada en diferentes dispositivos.

El flujo de la información facilita el trabajo y agiliza el proceso de atención, pero, al mismo tiempo, funciona sin ninguna regulación, excepto el manejo discrecional. Este es un aspecto incierto, porque la información queda bajo el criterio de quien la posee. El uso de la tecnología es una acción que oscila entre un beneficio inmediato de intención resolutoria y los riesgos legales derivados de su manejo. Aun así, el discurso político mantiene su énfasis en seguir presentando la tecnología como panacea de la atención (Lemus Alcántara, 2024). Buena parte se debe al funcionamiento del sistema, que es de tipo vertical, es decir, unidireccional y altamente jerárquico (Rossi Batista, 2018).

En consecuencia, la posibilidad de modificarlo queda lejos de la praxis humana en el contexto clínico. No obstante, estudiarlo, aportar datos y generar evidencia contribuye a entenderlo, y nos acerca a la posibilidad de cambio a partir de la comprensión (Castoriadis, 2010).

## Conclusiones

Pensar el uso de la tecnología como panacea de los grandes problemas de salud es falaz. Cuando se habla de introducirla en las instituciones públicas, se soslayan los problemas de tipo estructural, en franca obstinación por mantener los criterios mínimos de funcionamiento, establecidos por el marco normativo que define su organización. Le sigue lo funcional, expresado por las prácticas no normativas. Estas adquieren diversos sentidos y no siempre buscan resolver situaciones concretas en beneficio de las pacientes y sus familiares; también se realizan para aligerar la carga de trabajo y hacerlo más fácil mediante atajos que generan huecos en el proceso, a pesar de que se trata de una actividad altamente regulada. Es un hecho que el contexto clínico produce, diariamente, grandes cantidades de información y que su manejo, poco regulado, deja expuestos a los sujetos, no a la institución. Mientras no se discuta el tema en los espacios clínicos y se mantenga en el imaginario la idea de hacerlo en beneficio de las pacientes, lo único que se garantiza es el encubrimiento de las fallas del sistema y su lejanía con la realidad social.

## REFERENCIAS

- Aristóteles. (2004). *Poética* (Trad. A. Villar Lecumberri). Alianza Editorial.
- Auyero, J. (2001). *Poor people's politics: Peronist survival networks and the legacy of Evita*. Duke University Press.
- Auyero, J. (2012). *Patients of the State: The politics of waiting in Argentina*. Duke University Press.
- Bassett, K. L., Iyer, N. y Kazanjian, A. (2000). Defensive medicine during hospital obstetrical care: A by-product of the technological age. *Social Science & Medicine*, 51(4), 523-537. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00494-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00494-3)
- Bierschenk, T. y Olivier de Sardan, J.-P. (2014). *States at work: Dynamics of African bureaucracies*. Brill.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Montessor. (Trabajo original publicado en 1966)
- Bueno, G. (1996). *El sentido de la vida. Seis lecturas de filosofía moral*. Pentalfa Ediciones.
- Cano Valle, F. (2010). *Derecho a la protección a la salud en América Latina*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Cano Valle, F. (2018). Prospectiva del sistema de salud en México. En F. Cano Valle (Coord.), *La posición de la Academia ante el Sistema Nacional de Salud. La salud universal... una entelequia* (pp. 15-28). Academia Nacional de Medicina de México; Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Carbonell, J. y Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: una propuesta para México*. Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Castoriadis, C. (2008). *El mundo fragmentado* (Trad. R. Páez). Terramar Ediciones. (Trabajo original publicado en 1990)
- Castoriadis, C. (2010). *A society adrift. Interviews & debates. 1974-1997*. Fordham University Press.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad* (Trad. A. Vicens y M.-A. Galmarini). Tusquets Editores. (Trabajo original publicado en 1975)
- Chomsky, N. (2001). *Cómo mantener a raya a la plebe*. Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1994)
- Corbin, J. y Strauss, A. (2008). *Basics on qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3.ª ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452230153> (Trabajo original publicado en 1990)
- D'Odorico, G. (Coord.). (2023). *El sueño de lo real. Nuevos realismos y tecnología digital*. Teseo. <https://doi.org/10.55778/ts877233896>
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1986)
- Ferber, S. y Wilde, S. (2011). The body divided in time and place: An introductory essay. En S. Ferber y S. Wilde (Eds.), *The body divided: Human beings and human 'material' in modern medical history* (pp. 1-8). Ashgate Publishing.



- Flinker, K. (2001). *Physicians at work, patients in pain: Biomedical practice and patient response in Mexico* (2.<sup>a</sup> ed.). Carolina Academic Press. (Trabajo original publicado en 1991)
- Foucault, M. (1996). *El orden del discurso. Genealogía del poder* (Trad. A. González Troyano). Ediciones de la Piqueta. (Trabajo original publicado en 1970)
- Frenk Mora, J. y Gómez Dantés, O. (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. NOSTRA Ediciones.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación* (Trad. M. Aramburú). Paidós. (Trabajo original publicado en 1983)
- Hernández Zinzún, G. (2007). *La práctica médica en el Hospital General de México. ¿Científica y ritual?* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TESO1000620325>
- Kelsen, H. (1992). *Compendio de teoría general del Estado* (Trad. R. Recaséns y J. de Azcárate). Colofón.
- Klikauer, T. (2013). *Managerialism: A critique of an ideology*. Palgrave MacMillan.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. y Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto (estudio sobre los problemas del hombre y el mundo)* (Trad. A. Sánchez Vázquez). Editorial Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1963)
- Leigh, R. (1949). The mass-communications inventions and international relations. En W. Fielding Ogburn (Ed.), *Technology and international relations* (pp. 126-143). The University of Chicago Press.
- Lemus Alcántara, S. (2023). *Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TESO1000840872>
- Lemus Alcántara, S. (2024). El Estado moderno y la dialéctica de la atención de la salud. Entre normas y prácticas sociales. En M. Bermúdez Vázquez, A. Chaves-Montero y J. Otero Santa María (Coords.), *Las fronteras del conocimiento: perspectivas y aplicaciones en la era digital* (pp. 190-213). Dykinson.
- Luxton, D. D. (2016). An introduction to artificial intelligence in behavioral and mental health care. En D. D. Luxton (Ed.), *Artificial intelligence in behavioral and mental health care* (pp. 1-26). ELSEVIER. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420248-1.00001-5>
- Martínez Narváez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. Fondo de Cultura Económica.
- Müller-Rockstroh, B. (2012). Appropriate and appropriated thecnology: Lessons learned from ultrasound in Tanzania. *Medical Anthropology*, 32(3), 196-212. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.639105>

- Murayama, C. y Ruesga, S. M. (Coords.). (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México. Una propuesta integral a partir de experiencias internacionales*. Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Belisario Domínguez.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2005). *Anthropology and development: Understanding contemporary social change* (Trad. A. Tidjani). Zed Books.
- Payson Usher, A. (1949). The steam and steel complex and international relations. En W. Fielding Ogburn (Ed.), *Technology and international relations* (pp. 58-85). The University of Chicago Press.
- Peirano, M. G. S. (1998). When anthropology is at home: The different contexts of a single discipline. *Annual Review of Anthropology*, 27, 105-128. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.27.1.105>
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. y Havelock, P. (2003). *The new consultation: Developing doctor-patient communication*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780192632883.001.0001>
- Poulos, C. N. (2009). *Accidental ethnography: An inquiry into family secrecy*. Left Coast Press, Inc.
- Rodríguez Rodríguez, L. (2005). La explicación histórica del Derecho Administrativo. En D. Cienfuegos Salgado y M. A. López Olvera (Coords.), *Estudios en homenaje a don Jorge Fernández Ruíz. Tomo I. Derecho Administrativo* (pp. 293-315). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rossi Batista, I. (2018). La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? En L. Hamui Sutton, A. Paulo Maya e I. Hernández Torres (Eds.), *La comunicación dialógica como competencia médica esencial* (pp. 38-57). Manual Moderno.
- Secretaría de Gobernación. (2017, 20 de enero). Proyecto de modificación de la norma oficial mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para quedar como norma oficial mexicana NOM-005-SSA3-2016, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. *Diario Oficial de la Federación*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- Secretaría de Salud. (2020). *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*. Gobierno de México; Secretaría de Salud; Instituto de Salud para el Bienestar.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. y Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. The University of Chicago Press.

- Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological bioethics: Medical technologies, human suffering, and the meaning of being alive*. Routledge.
- Tancredi, L. R. y Barondess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(26), 879-882. <https://doi.org/10.1126/science.644329>
- Thompson, M. S. y King, C. P. (1984). Physician perceptions of medical malpractice and defensive medicine. *Evaluation and Program Planning*, 7(1), 95-104. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(84\)90029-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(84)90029-6)
- Valadés, D. (1994). *Constitución y política*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Península.
- Winter, S. J., y Taylor, S. L. (2001). The role of information technology in the transformation of work: A comparison of post-industrial, industrial, and proto-industrial organization. En J. Yates y J. Van Maanen (Eds.), *Information technology and organizational transformation: History, rhetoric, and practice* (pp. 7-34). SAGE Publications.
- Wright, Q. (1949). Modern technology and the world order. En W. Fielding Ogburn (Ed.), *Technology and international relations* (pp. 174-198). The University of Chicago Press.

**Autor correspondiente:** Sergio Lemus Alcántara  
(lemuss.dr24@comunidad.unam.mx)

**Roles de autor: Lemus Alcántara, S.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, borrador original; escritura, revisión y edición; visualización; supervisión; administración del proyecto

**Cómo citar este artículo:** Lemus Alcántara, S. (2024). Supuestos, distancias y apropiación de la tecnología en la atención institucional de la salud. *Conexión*, (22), 45-64. <https://doi.org/10.18800/conexion.202402.002>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](#), que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.