

## **Interacciones sociales que influyen en la elaboración del expediente clínico y la comunicación de la información durante la atención médica**

### **Social Interactions That Influence the Preparation of the Clinical Record and the Communication of Information During Medical Care**

### **Interações sociais que influenciam a elaboração do registro clínico e a comunicação de informação durante o atendimento médico**

---

BRUNO DAVID REYES VELÁZQUEZ

Maestro en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Médico cirujano por la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctorando del Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM. Alumno de Derecho de la Facultad de Derecho, UNAM. Becario del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) con CVU 997380. Profesor de asignatura A del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Sus investigaciones se concentran en políticas públicas sobre factores psicosociales en el trabajo y salud digital.

LIZ HAMUI SUTTON

Doctora en Ciencias Sociales. Profesora de carrera titular C de tiempo completo definitivo. Académica de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México y del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 3.

MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ GUZMÁN

Doctora en Ciencias Antropológicas. Académica de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. Sus líneas de investigación son las siguientes: articulaciones entre antropología, salud mental, psiquiatría y neurología; relaciones de género en el proceso salud, enfermedad y atención; educación médica y violencias en contextos educativos y médicos.

TZEITHEL ATHENEA CASTILLO ALTAMIRANO

Médica cirujana por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Médica especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas por el Instituto Politécnico Nacional. Maestra en Educación por la Universidad Tecnológica de México. Doctoranda en Alta Dirección de Hospitales en el Centro de Postgrados del Estado de México. Jefa del Servicio de Urgencias del turno matutino del Hospital General Regional N.º 2 «Dr. Guillermo Fajardo Ortiz», Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

## CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA

Doctora en Ciencias, campo disciplinario de Humanidades en Salud – Bioética por la UNAM. Doctora en Alta Dirección por el Centro de Postgrados del Estado de México. Máster Universitario en Bioética por el Instituto Borja de Bioética, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España. Médica especialista en Medicina Interna por la Facultad de Medicina, UNAM. Profesora del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Profesora del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina, UNAM. Jefa del Área de Formación Docente, Investigación en Educación y Humanidades en Salud de la Coordinación de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ALFREDO PAULO MAYA

Doctor en Antropología por la UNAM. Investigador nacional nivel I. Antropólogo social especializado en parentalidad (abuelidad) y su relación con el proceso salud, enfermedad y atención; antropología de la salud; enfoque crítico de la interculturalidad en salud; contexto sociocultural de la comunicación médico-paciente; y salud digital. Cuenta con experiencia en planeación y ejecución de programas de promoción de la salud en comunidades indígenas. Docente de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Profesor titular B del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

---

## **Interacciones sociales que influyen en la elaboración del expediente clínico y la comunicación de la información durante la atención médica<sup>1</sup>**

### **Social Interactions That Influence the Preparation of the Clinical Record and the Communication of Information During Medical Care**

### **Interações sociais que influenciam a elaboração do registro clínico e a comunicação de informação durante o atendimento médico**

---

Bruno David Reyes Velázquez<sup>1</sup>, Liz Hamui Sutton<sup>2</sup>, María Alejandra Sánchez Guzmán<sup>3</sup>, Tzeithel Athenea Castillo Altamirano<sup>4</sup>, Carolina Consejo y Chapela<sup>5</sup>, y Alfredo Paulo Maya<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México  
brunoreyes@facmed.unam.mx (<https://orcid.org/0009-0003-9178-3863>)

<sup>2</sup> División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México  
lizhamui@gmail.com (<https://orcid.org/0000-0002-3190-4470>)

<sup>3</sup> División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México  
alesanguz@yahoo.com.mx (<https://orcid.org/0000-0001-6625-8010>)

<sup>4</sup> Hospital General Regional N.º 2 «Dr. Guillermo Fajardo Ortiz», Instituto Mexicano del Seguro Social, México  
tzeithel.castillo@imss.gob.mx (<https://orcid.org/0009-0003-0514-2729>)

<sup>5</sup> Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México  
caronline99@hotmail.com (<https://orcid.org/0000-0001-5155-1679>)

<sup>6</sup> Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México  
alfpaulo@comunidad.unam.mx (<https://orcid.org/0000-0003-4545-8886>)

Recibido: 08-07-2024 / Aceptado: 24-09-2024

<https://doi.org/10.18800/conexion.202402.003>

---

<sup>1</sup> La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Alfredo Paulo Maya, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección: Brasil #33, Centro Histórico, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. CP 060000. Correo electrónico: alfpaulo@comunidad.unam.mx

## RESUMEN

La comunicación de la información en salud garantiza la continuidad de la atención; sin embargo, existen interacciones sociales que emergen por condiciones laborales que afectan esta comunicación, lo que genera una discontinuidad de la atención. El objetivo del estudio es reconocer las interacciones sociales que afectan la comunicación de la información en salud del expediente clínico durante la atención médica. La metodología utilizada es el estudio de caso, el método del caso extendido, la etnografía y la entrevista narrativa en un hospital público de segundo nivel en México. Los resultados exponen que las interacciones sociales emergentes dependen de la escasa infraestructura digital y la sobrecarga de trabajo, lo que afecta la comunicación de la información en salud del expediente clínico. En la discusión, se interpreta que el personal de salud realiza acciones alternativas, como el uso de recursos personales y la elaboración de registros clínicos informales, para intentar tomar las mejores decisiones clínicas.

## ABSTRACT

The communication of health information guarantees the continuity of care; however, there are social interactions that emerge due to work conditions that affect this communication, generating a discontinuity of care. The objective of the study is to recognize the social interactions that

affect the communication of health information from the clinical record during medical care. The methodology used is the case study, the extended case method, ethnography and the narrative interview in a second level public hospital in Mexico. The results show that the emerging social interactions depend on the scarce digital infrastructure and the work overload, affecting the communication of health information from the clinical record. In the discussion, it is interpreted that health personnel perform alternative actions, such as the use of personal resources and the preparation of informal clinical records, to try to make the best clinical decisions.

## RESUMO

A comunicação da informação em saúde garante a continuidade dos cuidados; no entanto, existem interações sociais que emergem devido às condições de trabalho que afetam esta comunicação, gerando uma descontinuidade dos cuidados. O objetivo do estudo é reconhecer as interações sociais que afetam a comunicação da informação de saúde do registro clínico durante o atendimento médico. A metodologia utilizada é o estudo de caso, o método de caso alargado, a etnografia e a entrevista narrativa num hospital público de segundo nível no México. Os resultados mostram que as interações sociais emergentes dependem da escassa infraestrutura digital e da sobrecarga de trabalho, afetando a comunicação da informação

de saúde no registo clínico. Na discussão, interpreta-se que o pessoal de saúde realiza ações alternativas, como a utilização de recursos pessoais e a elaboração de registros clínicos informais, para tentar tomar as melhores decisões clínicas.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS /  
PALAVRAS-CHAVE

Comunicación de la información en salud, expediente clínico, interacciones sociales, condiciones laborales, acciones alternas, continuidad y discontinuidad de la atención / communication of health information, clinical record, social interactions, working conditions, alternative actions, continuity and discontinuity of care / comunicação de informação de saúde, registo clínico, interações sociais, condições de trabalho, alternativas de ações, continuidade e descontinuidade dos cuidados

La comunicación de la información en salud es un elemento crucial para mantener la calidad y la seguridad de la atención médica (Campos *et al.*, 2021; Organización Mundial de la Salud, 2019; Shortliffe y Cimino, 2001/2021). Se entiende por *información en salud* al conjunto de datos, conocimientos y evidencia biomédica que son relevantes para el proceso salud-enfermedad-atención (Secretaría de Salud, 2012a). Su relevancia radica, principalmente, en que contribuye en el 80 % de la toma de de-

cisiones sobre los diagnósticos y los tratamientos de los pacientes (Shortliffe y Cimino, 2001/2021).

Para estandarizar el manejo de la información en salud a nivel institucional, se utilizan herramientas como el expediente clínico (EC), que es el conjunto único de documentos físicos o digitales que comunica las acciones clínicas realizadas por el personal de salud para mejorar la calidad y la seguridad en la atención médica de cada paciente (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2015; Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Organización Panamericana de la Salud, 2018; Hospital Juárez de México, 2021; Kurczyn Villalobos, 2019; Lupa Nasielsker *et al.*, 2015; Secretaría de Salud, 2012a); asimismo, el EC es un documento médico-legal que se utiliza como prueba en juicios por negligencias y malas praxis médicas (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Inicialmente, el EC tuvo un formato físico (EC físico); con el tiempo, se fueron integrando progresivamente documentos electrónicos (Organización Panamericana de la Salud, 2016). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades del sector salud, a finales de la década de los setenta, dio origen a la salud digital (Weis y Pohlmann, 2023), que alude a todos los conocimientos, las habilidades y las herramientas digitales que optimizan la comunicación de la información en salud respetando la pri-

vacidad y la seguridad de la información de los pacientes, con el fin de aminorar costos y aumentar la eficacia, la eficiencia y la productividad (Lupton, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2021).

Como derivado de la salud digital, surgió el expediente clínico electrónico (ECE). Este es un registro digital estandarizado de la información en salud de una persona, manejado de manera segura y privada por el personal de salud a través de dispositivos digitales como computadoras para brindar atención médica de calidad y de forma continua, eficiente e integral (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

El sistema de salud público mexicano reporta el manejo de 66 sistemas ECE, distribuidos de la siguiente forma: 40 en los Servicios Estatales de Salud, 15 en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, cuatro en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tres en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), uno en Petróleos Mexicanos (PEMEX), uno en Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), uno en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y uno en Secretaría de Marina (Neme Meunier, 2019).

Para que se materialice la función comunicativa del EC, es necesario que las condiciones laborales sean las adecuadas; estas suponen, según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

(2024), un entorno libre de elementos que puedan generar riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo de las personas. En el campo de la salud, las condiciones laborales pueden constituir barreras y comprometer la capacidad del personal sanitario para gestionar las decisiones correctas de diagnóstico y tratamiento (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017; Palumbo *et al.*, 2016; Quinn *et al.*, 2019; Weis y Pohlmann, 2023). En México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017) ha identificado que las condiciones laborales que afectan la correcta elaboración del EC son la falta de capacitaciones útiles, la exposición del personal de salud a sobrecarga de trabajo y las deficiencias en la infraestructura digital; estas dificultan que se brinde una adecuada atención médica.

A su vez, la comunicación de la información en salud es una característica de la continuidad de la atención. El concepto de *continuidad de la atención* remite a un modelo de la relación asistencial clínica, en el que el equipo interdisciplinario de salud y el paciente proporcionan y comparten información para organizar las acciones inherentes a la calidad y la seguridad de la atención médica, tanto individual como colectiva (Brockie y Gair, 2021). En otras palabras, según Bahr y Weiss (2019), es el grado en que los servicios están conectados y son consistentes con las necesidades del paciente (p. 2). La continuidad de la atención es un constructo jerárquico y complejo, ya que implica un

conjunto de profesionales, leyes, instituciones, normas, políticas, instrumentos y prácticas, que van a permitir al personal clínico analizar la información en salud de manera efectiva e interdisciplinaria para desarrollar e implementar estrategias que garanticen la calidad y la seguridad de la atención (Bahr y Weiss, 2019; Brockie y Gair, 2021).

Bahr y Weiss (2019) han desarrollado un modelo piramidal de la continuidad de la atención, que cuenta con tres dimensiones. En la base, se encuentra la dimensión relacional o interpersonal, es decir, la relación proveedor de salud - paciente (Bahr y Weiss, 2019). Esta incluye cualquier tipo de comunicación verbal y no verbal establecida durante la atención médica (Bontoux *et al.*, 2021). Encima de la base, se sitúa la dimensión informativa, en la que se registra, consulta y comparte de manera óptima la información en salud obtenida durante la comunicación proveedor de salud - paciente para desarrollar estrategias de salud. Finalmente, en el vértice, se ubica la dimensión de la gestión, que se refiere a coordinar e implementar diligencias interinstitucionales e interdisciplinarias para satisfacer las necesidades sanitarias a nivel individual y colectivo (Wei *et al.*, 2023).

La continuidad de la atención, en cualquiera de sus dimensiones, puede obstruirse debido a las condiciones materiales y operativas que conlleva su ejecución, como, por ejemplo, el poco tiempo disponible

y la sobrecarga de trabajo de los médicos (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017; Reyes *et al.*, 2021), así como la infraestructura digital inadecuada para registrar y consultar la información en salud (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2019; Valdemar Díaz, 2021). Dichas condiciones conducen a una discontinuidad de la atención (Simonsen *et al.*, 2021), definida como cualquier elemento o condición que genera una interrupción en la relación proveedor de salud - paciente, en la comunicación y la coordinación de la información, y en las acciones durante la asistencia clínica (Bahr y Weiss, 2019; Muinga *et al.*, 2021; Simonsen *et al.*, 2021).

Entonces, las herramientas de registro y consulta de la información en salud, como el EC, son indispensables para mantener la continuidad de la atención. Sin embargo, se ha señalado que, en algunos casos, se implementan dichas herramientas sin contar con las condiciones necesarias de infraestructura digital ni con evaluaciones o capacitaciones para su manejo (Organización Mundial de la Salud, 2019). Lo anterior representa daños potenciales en los sistemas sanitarios y en el bienestar de los pacientes.

El objetivo de este trabajo consiste en reconocer las interacciones sociales que afectan la comunicación de la información en salud del EC durante la atención médica en un hospital público de segundo nivel de la Ciudad de México.

El artículo se estructura en cuatro secciones: (1) metodología, (2) resultados, (3) discusión y (4) conclusión. En la primera sección, se detalla que la metodología desarrollada en esta investigación es cualitativa; está conformada por el estudio de caso, el método de caso extendido, la etnografía y la entrevista narrativa. En la segunda sección, se presentan los resultados obtenidos del trabajo de campo. Finalmente, en la tercera y en la cuarta sección, se ofrecen las discusiones y conclusiones, respectivamente, acerca de los elementos más significativos que se identificaron en este estudio.

## **Metodología**

### ***Estudio de caso***

El estudio de caso se utiliza para investigar fenómenos socioculturales a profundidad, reconociendo la coexistencia de múltiples realidades y perspectivas de significación (Scholz y Tietje, 2002; Yin, 1984/2014). Dado que trasciende el plano descriptivo, el estudio de caso permite comprender y presentar el sistema de relaciones que configuran el fenómeno; por ello, su representatividad no depende de parámetros estadísticos, sino de criterios cualitativos inherentes a la complejidad del problema y a los alcances planteados para cada estudio en específico (Scholz y Tietje, 2002; Yin, 1984/2014). En este trabajo, se empleó el estudio de caso para investigar las interacciones sociales que afectan la comu-

nicación de la información en salud del EC durante la atención médica.

### ***Método de caso extendido***

El método de caso extendido consiste en la observación, descripción e interpretación de interacciones y acciones reiterativas e inusuales de situaciones etnográficas narrativas, en términos de tramas o conflictos (Burawoy 1998). Esta estrategia permite comprender cómo y por qué funciona un sistema alternativo local, e identificar las acciones que los sujetos realizan para solucionar los conflictos que surgen localmente (Burawoy 1998; Martínez, 2017). Para este estudio, el método de caso extendido se empleó para visibilizar el sistema de prácticas cotidianas derivadas de las interacciones sociales que afectan la comunicación de la información en salud del EC.

### ***Trabajo de campo***

De acuerdo con algunos autores, el trabajo de campo inicia con la intención de los investigadores de abordar una problemática y con las acciones subsecuentes para organizar, discutir y delimitar la futura investigación (Müller, 2021); se plantean diversas interrogantes, se revisan los estudios precedentes y se reformulan las posibles preguntas de investigación (Tsuji, 2012). El presente trabajo se gestó desde 2021, cuando investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS) propusieron la hipótesis de que el EC refleja las interacciones sociales que ocurren durante la atención médica en las instituciones de salud públicas del país. La propuesta se materializó en el protocolo *El expediente clínico como dispositivo cultural en el proceso de atención institucional*, que implicó un trabajo interinstitucional de carácter colaborativo. A la par, se organizó un Seminario Permanente con el mismo nombre para analizar las propuestas teóricas de las investigaciones previas; este constituyó un espacio donde diversos profesionales de la salud compartieron sus perspectivas y experiencias relacionadas con la elaboración y el manejo del EC. Dichas actividades permitieron reconocer problemas asociados directa e indirectamente a la comunicación de la información en salud, como, por ejemplo, las condiciones laborales mencionadas en algunos reportes (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017). Asimismo, se elaboraron los instrumentos de registro para la etnografía.

El protocolo se remitió al Comité de Ética y de Investigación de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM y al Comité de Investigación del IMSS para su revisión. Tras su aprobación por ambas instancias —registros FM/DI/034/2021 y F-CNIC-2021-134, respectivamente—, se inició formalmente el trabajo etnográfico. El inicio de la etnografía hospitalaria fue liderado por una investigadora con especialidad médica, adscrita a la institución. Primero, gestionó el acceso

del grupo de trabajo a las instalaciones, a través de gafetes expedidos por el director del hospital; posteriormente, nos presentó con diversas autoridades, como directivos, jefes de servicios clínicos, personal adscrito, médicos residentes y estudiantes de pregrado. También organizó reuniones y recorridos por el recinto para informarnos sobre el marco normativo y las dinámicas de trabajo de cada área del hospital. El acompañamiento de la investigadora fue crucial, al fungir como enlace o patrocinador —*sponsor*— y como guardián, es decir, la persona que conoce el campo y en quien los investigadores confían para ingresar a este (Müller, 2021). Con ello, se evita que los integrantes de la comunidad o institución —en este caso, trabajadores y estudiantes— reaccionen con hostilidad o, incluso, agresión, como señala el mismo autor.

### **Etnografía**

El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel de atención del IMSS ubicado en la Ciudad de México. Un establecimiento de segundo nivel es aquel que brinda atención médica ambulatoria y hospitalaria de las cuatro especialidades médicas básicas: cirugía general, ginecobstetricia, pediatría y medicina interna, así como de las especialidades que derivan de ellas (Cámara de Diputados, 2018). Se eligió el segundo nivel debido a que fue donde las interacciones sociales alrededor del EC fueron más numerosas, en comparación con el primer y el tercer nivel.

Dado que la etnografía implica el desplazamiento de los investigadores al espacio físico que enmarca las interacciones sociales (González Rojas, 2019; Marcus, 1995; Müller, 2021), los miembros del grupo de trabajo, externos a la institución, se trasladaron al hospital de septiembre de 2022 a febrero de 2023. En ese periodo, se desarrolló una observación participante en diversos servicios del hospital, en distintos días de la semana y en diferentes turnos, con dos finalidades: la primera, identificar las interacciones sociales y las actividades recurrentes y emergentes del personal de salud respecto al manejo del EC; la segunda, adaptar nuestro trabajo etnográfico a la dinámica propia del contexto para detectar el caso representativo del estudio (Müller, 2021; Tsuji, 2012).

Las interacciones se analizaron bajo la propuesta teórica del *frame analysis* de Goffman (2006, como se citó en Paulo y Taylor, 2022, p. 257), con el fin de reconocer los marcos de referencia que organizan y brindan significado a las relaciones sociales. Los marcos de referencia son «esquemas sociales de interpretación que habilitan a los individuos para ordenar sus vivencias dentro de sus espacios cotidianos de vida» (Paulo Maya y Loza Taylor, 2022, p. 257). Concretamente, el concepto alude a

representaciones sociales con más o menos estabilidad y se traducen en prácticas, creencias, valores que se manifiestan en las preferencias, en los gustos, en las decisiones, en las

estrategias de acción de los agentes. [...] Son impuestos desde fuera y el sujeto se adapta a las limitaciones que se establecen en espacios sociales regulados, como los hospitales (Hamui Sutton *et al.*, 2022, p. 35).

Dichas representaciones sociales ocurren en los espacios cotidianos de vida, denominados *franjas de actividad*; estas refieren a «un conjunto de acontecimientos en un tiempo y un espacio en los que el sujeto reflexiona, se posiciona y actúa» (Goffman, 2006, como se citó en Hamui Sutton *et al.*, 2022, p. 34).

Entonces, la información recabada durante la observación participante fue la base para reconstruir los marcos de referencia en relación con las franjas de actividad, en diferentes servicios del hospital, para encontrar el caso representativo estudiado a profundidad.

### ***Entrevista narrativa***

Una vez identificado el caso representativo, establecimos un diálogo con los interlocutores sobre lo que habíamos observado en ese momento, para informar sobre el estudio y solicitar su participación. Este proceso contribuye a la generación de vínculos de confianza con quienes participan en la generación de las narrativas (González Rojas, 2019; Müller, 2021).

Se entiende por *narrativa* al encuentro dialógico de dos o más personas que in-

tencialmente se esfuerzan por comunicar sus experiencias; es decir, son formas de transmisión de sentidos en un contexto cultural específico (Hamui Sutton *et al.*, 2022; Paulo Maya y Loza Taylor, 2022; Riessman, 1993). La transmisión verbal de una narrativa involucra códigos culturales compartidos que hacen posible que las personas se relacionen, se comuniquen e interactúen en la cotidianeidad; de este modo, las tramas confieren sentido a los acontecimientos experimentados por las personas, y confluyen el pasado, el presente y las expectativas. Al estudiarlas, es posible comprender no solo la manera en que se estructuran las interacciones, sino también cómo operan las formas de comunicación (Hamui Sutton *et al.*, 2022; Paulo Maya y Loza Taylor, 2022; Riessman, 1993).

## Resultados

### *Etnografía*

La observación participante se realizó en los servicios de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Hematología, Nefrología y Urgencias. Las interacciones sociales más frecuentes se observaron entre semana, durante los turnos matutino y vespertino, en la atención de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa, como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y enfermedades cardíacas.

Inicialmente, registramos las interacciones sociales con las guías de observación; sin embargo, el formato escrito del ins-

trumento orientaba hacia una fragmentación de la información, a excepción de la sección destinada a trazar un esquema. Ante dicha observación, revisamos la literatura especializada de los últimos cinco años: se encontró que el registro con representaciones gráficas permite describir la realidad de una manera más extensa al complementar las observaciones realizadas desde distintos ángulos; en contraste, el texto limita el abordaje integral en tanto que representa un orden prefabricado y lineal que clasifica la información mediante denominaciones (Müller, 2021). Entonces, las guías de observación constituyeron un punto de partida para abrir nuestra perspectiva y explorar otros métodos de registro (Müller, 2021).

Al emplear los esquemas para el registro, notamos otras ventajas. Por ejemplo, que consume menos tiempo comparado con la textualización de la información para llenar los formatos de las guías, lo que nos permitió dedicar más tiempo a la observación. También evitó que el personal de salud interpretara nuestra presencia en términos intrusivos (Müller, 2021), o como parte de algún tipo de evaluación laboral o educativa. Como resultado, el uso de esquemas generó confianza hacia el equipo de trabajo y contribuyó a que la investigación se desarrollara de forma cordial y respetuosa (Müller, 2021; Tsuji, 2012).

Durante la observación participante, se identificó que las interacciones sociales dependen de las condiciones laborales,

las cuales afectan la comunicación de la información en salud en el manejo del EC durante la atención médica. Las clasificamos en dos rubros: infraestructura digital y carga de trabajo.

En cuanto a la infraestructura digital, todos los equipos de cómputo institucionales consistían en computadoras de escritorio con un sistema operativo desactualizado —Windows 7—, lo que generaba retrasos para consultar y registrar la información en salud. Además, resultaban insuficientes, considerando la cantidad de médicos y el trabajo que se debía realizar. Otra condición importante es la conexión a internet, imprescindible para el funcionamiento del sistema operativo mencionado. La conexión a menudo presentaba inestabilidad durante la atención médica; el personal de salud refería que «se cae el sistema a cada rato». Ante ello, los médicos dedicaban tiempo para tratar de arreglar la falla o esperaban a que se restaurara la conexión. En otras palabras, la caída del sistema es una condición de trabajo que afecta significativamente las interacciones sociales y la comunicación de la información en salud del EC durante la atención médica.

En cuanto a la carga de trabajo, se encontró que el personal médico realiza simultáneamente diversas actividades durante la atención médica. En la consulta externa, la carga de trabajo se exagera, debido a que la atención médica se limita a 15 minutos por cada paciente. Entonces, en consulta externa, los médicos deben interrogar al

paciente, resolver sus dudas, explicarle las indicaciones médicas y explorarlo en menos de 15 minutos; además, desarrollan actividades de enseñanza para estudiantes de medicina de diferentes semestres del pregrado y posgrado, todo durante seis horas continuas. Dado que en ese servicio deben emplear exclusivamente el ECE, la carga de trabajo se intensifica debido a la infraestructura digital deficiente.

Las condiciones laborales mencionadas, tanto en infraestructura digital como en carga laboral, ocasionan que los médicos realicen acciones distintas a las normadas para registrar y consultar la información en salud. Entre ellas, se observó el registro y la consulta de información en salud en registros clínicos físicos y digitales informales. Otro ejemplo es el uso de infraestructura propia, especialmente mediante dispositivos digitales como celulares, *laptops*, tabletas, así como conexión a internet.

Como resultado de la etnografía, el equipo decidió conocer la experiencia hablada del personal clínico en la consulta externa que atiende personas con enfermedades crónico-degenerativas.

### ***Elección del caso representativo***

Entre los servicios médicos, identificamos que el personal de nefrología, pese a que debía emplear exclusivamente el ECE en la consulta externa, tenía en esta área múltiples EC físicos y registros clínicos informales. Nos acercamos a ellos para explicar-

les el propósito del estudio y solicitar sus consentimientos informados, aclarando que no se trataba de una evaluación y que los datos particulares de personas físicas y morales que mencionaran serían confidenciales. Entre los profesionales de la salud, está una médica (Nefróloga) y un enfermero (Enfermero), ambos especialistas en nefrología, quienes aceptaron cordialmente y expresaron su disposición para contribuir al estudio.

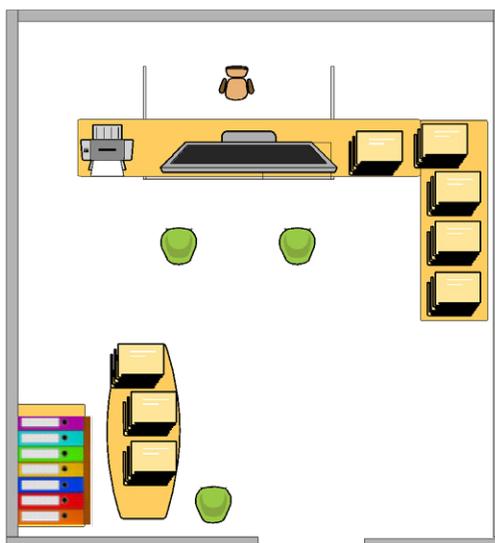
Para contextualizar, la nefrología es una subespecialidad de medicina interna que diagnostica y trata las patologías renales (Will, 2020). El nefrólogo cuenta con título de médico general, además de título profesional y certificado vigente de la subespecialidad. Brinda atención médica en establecimientos de segundo o tercer

nivel de atención (Secretaría de Salud, 2010); a través de interrogatorios y exploración física, formula el diagnóstico, propone el tratamiento y da seguimiento a la evolución de los pacientes con patologías renales (Secretaría de Salud, 2012b).

### **Narrativas**

El consultorio externo de nefrología era una habitación de cuatro paredes, sin ventanas y con un solo acceso de entrada y salida. Al fondo, había un escritorio y, sobre este, una computadora institucional, una impresora y varios EC físicos. A la izquierda del acceso, se encontraba una mesa de exploración universal, con múltiples EC físicos; sobre la pared, una repisa con carpetas tamaño carta, como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1**  
*Distribución espacial del mobiliario en el consultorio*



Al preguntar el motivo por el que se tenía muchos EC físicos en los escritorios, a pesar de que el servicio únicamente empleaba ECE, mencionaron lo siguiente:

Cuando no hay sistema pongo «no hay sistema» y lo tengo que hacer... De repente no hay [sistema]; es una *lata* [algo que es molesto]... Básicamente como unas dos veces a la semana ocurre. Que de repente se vaya eso es enfadoso. Cuando me toca trasplante, que tengo que hacer recetas al por mayor, es horrible estar haciendo recetas... cuando se supone que el sistema [ECE] lo agiliza. Aquí, no (Nefróloga).

Yo no manejo electrónico [ECE]. No tengo ni la más mínima idea [de cómo se utiliza el ECE y cómo se incorpora la información en salud física a lo electrónico]. Este, no hacemos ningún control [formato electrónico]; obviamente, cuando el paciente viene a la primera consulta de diálisis ya incorporado al programa de diálisis, pues el médico hace un pequeño resumen ahí [ECE], en donde dice que se está incorporando al programa de DPA [diálisis peritoneal automatizada] (Enfermero).

Nos comentaron que, al no disponer de la infraestructura digital permanente en condiciones óptimas, no pueden utilizar exclusivamente el ECE. Entonces, para registrar y consultar la información en

salud de los pacientes, siempre solicitan el EC físico al área de Archivo, aunque en varias ocasiones no lo entregan, como se testimonia a continuación:

Equipo.— ¿Este expediente [EC físico] está en el Archivo?

Nefróloga.— Sí... en teoría debe de llegar antes de que yo vea al paciente. Casi siempre empiezo [la consulta] y nunca hay nada [de EC físicos]. Hay un mensajero [del Archivo] que, cuando olímpicamente [descaradamente] me dicen «no hay mensajeros», nadie los trae; hay semanas que no tenemos expedientes [EC físicos]. Y, entonces, ¿qué hago? Plan B, como ahorita [...]. Por ejemplo, tengo una carpeta para los trasplantados y lo meto [una nota médica] en la carpeta de los trasplantados. Cuando viene [el EC físico], lo saco y lo meto a su expediente, pero sí implica tener más papelería y cosas que no debería de tener. [...] Hay veces que hago plan B. Le engrapo una tarjetita de estas y le digo a mi paciente: «Tráigamelo a la siguiente cita para que yo lo agregue». Y ya me lo trae y ya lo agrego, ya que voy corta de tiempo.

Entonces, la nefróloga ha tenido que realizar acciones distintas a las normadas; en este caso, registros clínicos informales. El tener que elaborarlos le ha generado sobrecarga de trabajo, como lo menciona en el siguiente testimonio:

Equipo.— ¿Esta información [de EC físico y registros clínicos informales] a la vez se repite en el ECE? ¿Usted tiene que vaciarlo?

Nefróloga.— No es que se repita. Tú la generas. Por ejemplo, esta nota [médica], de este paciente, no la he puesto allá [en el EC físico], porque está hecho un desorden. Entonces, hasta que yo la acomode, ya la pongo para que se lo lleve el archivo. Si me da tiempo, al final, por eso lo puse aquí [registro clínico informal], porque tengo muchos pacientes. Por ejemplo, este... es la nota de hoy. Esta [nota] fue doble [la imprimió dos veces]... Entonces, esta es la misma que va a aparecer allá [registro clínico informal]... Cuando no me dan hojas, pudiera prescindir de esto... Pero lo ideal es que exista allá [registro clínico informal] y exista acá [EC físico]. Porque, si el día que no hay sistema y viene la paciente y solo tengo este [EC físico incompleto], y no la grabé o no la hice impresa, no me entero qué cambios hice [de diagnóstico o tratamiento], porque el paciente casi nunca se acuerda.

Equipo.— Entonces ¿también depende de que le den hojas blancas, doctora?

Nefróloga.— Hojas, impresora, que la chica que se encarga de las cosas del sistema de cómputo llegue, porque

la llamas hoy y llega en cinco días. Y olímpicamente [descaradamente] te dice: «Es que tengo mucho trabajo».

Equipo.— Y, doctora, ¿usted ha tenido que hacer notas a mano?

Nefróloga.— Sí. Pero, al tener computadora, ya la hago mejor ahí. Ya vio mi esquema [registro clínico informal], eh. ¿Por qué? Ahí le va: a mano incluso sería más rápido para mí. Pero no voy a ser tan precisa como cuando la hago en el sistema. ¿Por qué? Porque ya tengo un machote. Entonces, nada más voy cambiando, quitando, cambiando, quitando, cambiando, quitando. Si lo hiciera a mano... me canso más, la verdad. Con el machote, cambio y pego, cambio y pego, corrijo y ya. Aunque mi letra digo yo que no es tan... mala, obvio, se deforma con la velocidad. Pero no: ya no hay manera de hacerla a mano.

Equipo.— Si llegara a hacer una nota [médica] a mano, ¿después usted la tiene que pasar al sistema [ECE]?

Nefróloga.— No, ya no. Se hace aquí [EC físico] y ya no se hace [en el ECE].

Equipo.— ¿Y esa información se queda en el expediente [EC físico]?

Nefróloga.— Solo en el expediente [EC físico] de aquí. Tal vez en la futura cita puedo poner «la cita anterior no

había sistema». O le ponemos —hay veces cuando me ha tocado que está fea la cosa [es decir, que hay mucho trabajo] y que no hay sistema— y solo está [escrito] «ver nota en sistema». Para que, cuando yo tenga oportunidad, la voy a imprimir. Pero yo no me voy a gastar [o sea, a cansar] en hacerla allá [en el ECE] y luego cuando venga que aparezca aquí [EC físico]... O sea, la idea es, para el chorro [la gran cantidad] de pacientes que nos ponen, tenemos que hacernos de mañas [estrategias].

Como podemos apreciar en la narrativa, llaman «plan B» a las acciones distintas a las normadas, ya que las condiciones laborales no favorecen la comunicación de la información en salud a través del ECE durante la consulta externa.

Igualmente, enfermería realiza registros clínicos informales que resguardan con carpetas tamaño carta en el área de enfermería del servicio de consulta externa de nefrología, como testifica el Enfermero:

Nosotros tenemos el expediente [registro clínico informal] dividido en dos: en la parte superior [de la repisa del área de enfermería], tenemos pacientes que están en el programa de PCA, continua ambulatoria, y, en la parte de abajo [de la repisa del área de enfermería], está la automatizada... Nosotros [enfermería] le abrimos un expediente [registro clí-

nico informal]... nombre completo, nada más por abecedario, y, pues, abrimos el documento. En su expediente [registro clínico informal] de aquí [enfermería del servicio externo de nefrología], tiene, pues, el formato que regresó [reingresos del paciente], que fue el primero que hicimos al inicio, la prescripción que llegara a tener de eritropoyetina, la hoja de enfermería con la primera valoración, el formato de capacitación, o sea, el registro de la capacitación que se le dio al paciente.

Entonces, todos esos documentos son los que guardamos dentro del expediente [registro clínico informal]. Hacemos la hoja de enfermería y, cada vez que [los pacientes] vengan por alguna situación, ya sea por dificultad renal... infección del orificio de salida, vienen [los pacientes], sacamos su expediente [registro clínico informal], le tomamos signos vitales, llenamos nuestra hoja de enfermería y, pues, es como se va juntando el expediente [registro clínico informal]... Aquí mismo [en el registro clínico informal], guardamos la indicación de la eritropoyetina; si el paciente tuvo un evento peritoneal, hacemos el registro y, cada vez que viene el paciente a administrar dosis de medicamentos y lo manejamos ambulatorio, hacemos el registro [registro clínico informal] y el documento lo guardamos al final del tratamiento.

Equipo.— ¿Todo esto [información en salud] no va al expediente formal [EC]? ¿La carpeta [EC] esa que está en archivo [la zona oficial donde se almacenan y resguardan los expedientes clínicos físicos]?

Enfermero.— Por la norma oficial del expediente [Secretaría de Salud, 2012a], pues, debería ir todo eso [información en salud] en un solo expediente [EC]... Sin embargo, una supervisión que tuvimos acerca del servicio nos dijo que deberíamos de tener una hoja o un expediente individual [registro clínico informal] por cada paciente dentro del servicio. Eso fue la indicación de la supervisión. Por eso fue que decidimos hacer el expediente [registro clínico informal] por paciente. Este... pero sí: definitivamente debería de ir en el expediente [EC].

Equipo.— ¿Y cómo haces para integrar todo eso [información en salud], todo esto en el otro [EC], el que está en el archivo?

Enfermero.— La realidad es que ya cuando tenemos la hoja de enfermería llena, porque eso dura tres días, es que anexamos el resto de los expedientes [registros clínicos informales]. O sea, ya en ese momento decimos: «Bueno, aquí está el expediente de [omite nombre de paciente]. Toma: te lo dejo y ya llé-

nalo»... Sobre todo, porque no tenemos como... o sea, no está como protocolizado el hecho de que yo tenga ese expediente [registro clínico informal] y a quién se lo voy a entregar. Porque las asistentes dicen que no es algo que a ellas les corresponda; entonces, este... No, pues no lo hacen [es decir, no se integra la información en salud al EC]. Aquí lo tengo todo.

En la etnografía, describimos que los profesionales de la salud realizan acciones distintas a las normadas, como el uso de recursos propios, principalmente dispositivos electrónicos personales. Si bien la nefróloga no utilizó dispositivos digitales propios, sí creó otro registro clínico informal, que ella denomina «tarjeta», empleando recursos propios:

Nefróloga.— Así me tarde a lo mejor una hora más, no importa, pero prefiero que el paciente se vaya bien explicado. No sé si... ¿escuchó su tarjeta de medicamentos [registro clínico informal denominado *tarjeta*]?

Equipo.— Sí.

Nefróloga.— Yo lo invento porque... si usted le pone en su receta «una cada 24 horas», el paciente se lo toma en el momento que más le place, se le antoja o le vino bien. Si usted le explica cuál es el horario perfecto, el porqué de la pastilla, porque a veces

[piensa] «ay, esta no debe ser importante; y estoy harto».

Equipo.— ¿Pero esto usted lo inventó?

Nefróloga.— Sí.

Equipo.— ¿Esto es para el paciente?

Nefróloga.— Sí. Para él y para mí. ¿Por qué para mí? Para la siguiente [consulta]: «A ver, échame [déjame revisar] tu tarjeta [registro clínico informal]». Entonces, ya nada más modifico, cambio... y es más rápido, a que: «¿Y cómo te la tomas [medicamentos]? ¿Y cuál es [la tableta]? Ay, es que es la redondita, la que lleva una raya en medio». O sea, yo todo eso... a través de los años, aprendes a pensar esos recaditos que les pongo para que me traigan... O sea, finalmente, es en beneficio mío para agilizar la atención y que quede bien claro.

Equipo.— Y esto lo imprime usted, ¿verdad? ¿Lo manda a hacer?

Nefróloga.— Yo lo mando a hacer.

Equipo.— ¿Su propio control?

Nefróloga.— Sí. De mi *lana* [dinero]. Que no me importa gastar si va a ser para el beneficio del paciente. Mis broches Baco [broche metálico para integrar documentos] yo los compro.

La trama de la narrativa resalta que existen condiciones laborales que dificultan la comunicación de la información en salud en el EC durante la atención médica, de tal manera que los profesionales de la salud suelen realizar acciones distintas a las normadas, como la elaboración del EC físico, el ECE y los registros clínicos informales, en este caso, carpetas y el sistema de «tarjetas de medicamentos». Lo anterior conlleva exponerse a una carga extra de actividades y emplear recursos propios para las actividades asistenciales. Sin embargo, pese a las condiciones laborales adversas, destaca la reflexión ética que los lleva a brindar el mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico a los pacientes, en la medida de sus posibilidades.

## Discusión

En los resultados del estudio, se identificó que las interacciones sociales son directamente dependientes de las condiciones laborales, de la desactualizada infraestructura digital y de la sobrecarga de actividades, las cuales afectan la adecuada elaboración del EC durante la atención médica en un hospital público de segundo nivel de la Ciudad de México, lo que coincide con las investigaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017).

Dichas condiciones conducen a los médicos a realizar acciones distintas a las normadas, lo que Olivier de Sardan (2015) llama *normas prácticas*, es decir,

regulaciones latentes de las prácticas de los servidores públicos cuando estas no siguen las normas oficiales (Olivier de Sardan, 2015, p. 3).

Para mantener la continuidad de la atención médica, la narrativa institucional suele resaltar la estandarización y la eficacia de los procesos (Lorkowski y Pokorski, 2022), entre ellos la comunicación de la información en salud, a través de herramientas institucionales como el EC físico y el ECE. No obstante, no se reflexiona acerca de que, en un hospital, existen múltiples interacciones, condiciones, valores, creencias, acciones y normas entre el equipo interdisciplinario en salud sobre el manejo del EC durante la atención médica (Hamui Sutton *et al.*, 2022); esto modifica el orden oficial dictado por la institución (Olivier de Sardan, 2015).

El estudio de las interacciones sociales acerca de la elaboración del EC permite visibilizar que el registro y la consulta de la información en salud es complejo, problemático y heterogéneo, ya que, para que el EC se utilice como un medio óptimo de comunicación continua, se necesita la participación coordinada del equipo interdisciplinario en salud, y que se garantice que este registro clínico y sus recursos físicos y digitales estén disponibles durante la atención médica al paciente.

En esta investigación, se observaron situaciones recurrentes en las que el médico es el principal responsable por intentar

mantener la continuidad de la atención, porque, al no contar con el apoyo de compañeros —como el mensajero del archivo y el técnico en informática— que les suministren los recursos físicos y digitales necesarios y óptimos, así como con mayor tiempo de consulta para elaborar el EC, los médicos deben guiar la atención clínica siguiendo normas prácticas, como el uso de dispositivos digitales personales y registros clínicos informales para registrar, consultar y analizar la información en salud de los pacientes.

A pesar de las mejores intenciones de los médicos al intentar mantener la continuidad de la atención en beneficio de los pacientes, a través del uso de registros clínicos informales y de dispositivos digitales propios, estas normas prácticas generan una discontinuidad de la atención en la dimensión informativa, debido a que la información en salud se halla fragmentada en el EC físico, el ECE y los registros clínicos informales físicos y digitales, lo que dificulta al equipo interdisciplinario analizar de manera integral la información en salud, y ocasiona una discontinuidad de la atención en la dimensión de gestión de los diagnósticos y tratamientos expresados a los pacientes; igualmente, la fragmentación en la información en salud desfavorece legalmente al personal de salud ante una queja por negligencia o mala práctica médica.

A su vez, estas normas prácticas forman parte de las condicionales laborales de

carga de trabajo y generan una reorganización de trabajo; exponen a los profesionales de la salud a riesgos y a sufrir daños laborales y de atención médica. Además, estas normas prácticas vulneran la privacidad y la seguridad de la información de los pacientes.

En este estudio, se analizó que el servicio de consulta externa de enfermedades crónico-degenerativas es la franja de actividad (Hamui Sutton *et al.*, 2022) con mayor representatividad (Scholz y Tietje, 2002; Yin, 1984/2014) de las interacciones sociales que afectan la comunicación de la información en salud del EC durante la atención médica. Esto se debe a que, en este lugar, la atención médica debe ser más eficiente, eficaz y productiva, debido a que el personal de salud tiene un tiempo máximo de 15 minutos por paciente para realizar todas las actividades clínicas; para ello, utilizan exclusivamente el ECE, el cual, en la narrativa institucional, mejora la continuidad de la atención (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Sin embargo, en las situaciones observadas en esta franja de actividad (Hamui Sutton *et al.*, 2022), se demostró que las condiciones laborales de inadecuada infraestructura digital y sobrecarga de trabajo en un tiempo limitado de atención médica llevan a que los proveedores de la salud actúen de una forma flexible para solucionar los problemas en torno al registro y consulta de la información

en salud del EC; ello origina que los profesionales de la salud reproduzcan interacciones alternas a lo planteado por las normas oficiales.

Se trata de un marco de referencia (Hamui Sutton *et al.*, 2022) caracterizado por una ambigüedad respecto a los valores que deben guiar las interacciones durante la atención médica. Por un lado, está el valor del interés público (Secretaría de la Función Pública, 2022), según el cual el personal de salud debe realizar las acciones necesarias para brindar el mayor beneficio a los pacientes; y, por otro lado, está el principio de la legalidad (Secretaría de la Función Pública, 2022), el cual se refiere a que estos profesionales deben actuar exclusivamente como establezcan las normas oficiales. Aunque estos dos valores deben guiar al mismo tiempo el proceder de los trabajadores sanitarios, las condiciones laborales inadecuadas de infraestructura digital y la sobrecarga de trabajo impiden que esto suceda.

Entonces, los profesionales de la salud, principalmente los médicos, enfrentan situaciones reiterativas de incertidumbre, pues, al priorizar la comunicación en la atención médica y el registro de la información en el EC, se ven obligados a usar recursos digitales propios y a realizar registros clínicos informales. Eso los hace susceptibles de enfrentar sanciones jurídicas, así como riesgos o daños laborales y de atención médica.

El mismo marco de referencia se expresa en una escasa confianza del personal de salud hacia las normatividades de la institución, ya que no en todos los casos permiten resolver las necesidades de comunicar la información en salud en el EC durante la atención médica. De hecho, al realizar el trabajo de campo, el equipo registró que el personal y los estudiantes de la salud solían identificarnos como una autoridad evaluadora, lo que ocasionaba que algunas personas no desearan estar en el mismo espacio ni mucho menos dialogar con nosotros; es decir, se vivía un ambiente de vigilancia punitiva.

Para finalizar, no conocemos estudios cualitativos relacionados con las condiciones y situaciones laborales que influyen en la comunicación en salud en el manejo del EC durante la atención médica. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (2016) menciona que, en Latinoamérica, se carece de investigaciones sobre cómo y en qué condiciones se implementa y maneja el EC. Este estudio brinda información sobre elementos que afectan la elaboración correcta del EC.

## **Conclusión**

Este trabajo aporta información cualitativa sobre las condiciones laborales y situaciones que afectan la comunicación de la información en salud; especialmente, identificamos que las deficiencias en la infraestructura digital y en la carga de trabajo son elementos para la disconti-

nuidad de la atención en las dimensiones informativa y de gestión. Esta discontinuidad de la atención es de mayor representatividad en la consulta externa de las enfermedades crónico-degenerativas, debido a que, en este lugar, los profesionales de la salud deben manejar exclusivamente el ECE y realizar otras actividades asistenciales en un tiempo límite de 15 minutos.

Específicamente, esas condiciones laborales afectan, entre otros aspectos, el registro y la consulta de la información en salud, lo que genera la discontinuidad de la atención en la dimensión informativa. A la vez, limita la capacidad del personal clínico para brindar los diagnósticos, los tratamientos y los seguimientos adecuados, característica de la discontinuidad de la atención en la dimensión de gestión. Los trabajadores de la salud deben dar continuidad a la atención, pese a la discontinuidad informativa y de gestión; por tanto, realizan acciones alternas de registro y consulta de la información en salud para tomar las decisiones médicas coherentes con la información de la que disponen en ese momento, acciones que han sido conceptualizadas como «normas prácticas».

Si bien estas acciones alternas logran solucionar ciertas dificultades en salud, el hecho de que no se cuente con las condiciones laborales adecuadas conduce a situaciones en las que los profesionales de la salud son susceptibles de enfren-

tar sanciones jurídicas, así como riesgos o daños laborales y de atención médica. Asimismo, la seguridad y la privacidad de los datos personales de los pacientes se encuentran en riesgo, ya que dicha información está fragmentada y almacenada en registros clínicos informales y en dispositivos digitales propios.

Si bien es importante estandarizar procesos como la comunicación de la información en salud, también es imperativo reconocer las condiciones laborales y situaciones particulares en las que el personal de salud desarrolla sus actividades de atención. De esta manera, es posible comprender por qué los profesionales de la salud tienen la necesidad de realizar acciones alternas con el fin de tomar decisiones clínicas, a pesar de exponerse a riesgos y daños laborales y de exponer también a los pacientes a riesgos y daños en relación con la seguridad y privacidad de sus datos personales.

## REFERENCIAS

- Bahr, S. J. y Weiss, M. E. (2019). Clarifying model for continuity of care: *A concept analysis. International journal of nursing practice*, 25(2), Artículo e12704. <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
- Bontoux, D., Autret, A., Jaury, P., Laurent, B., Levi, Y. y Olié, J. P. (2021). Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(8), 857-866. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.009>
- Brockie, J. y Gair, C. (2021). Continuity of care. En W. McSherry, L. Rykkje y S. Thornton (Eds.), *Understanding ageing for nurses and therapists* (pp. 111-122). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-40075-0>
- Burawoy, M. (1998). The extended case method. *Sociological Theory*, 16(1), 4-33. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/0735-2751.00040>
- Cámara de Diputados. (2018, 17 de julio). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MPSAM\\_170718.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf)
- Campos, E., Lima, D., Fernández, F. y Alayola, A. (2021). *Competencias digitales básicas para el médico general. Informática Biomédica I*. Editorial Médica Panamericana.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2015, 22 de enero). Importante avance, el expediente clínico electrónico en los hospitales de salud del GDF [Boletín de prensa]. Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/boletino052015.pdf>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *El expediente clínico electrónico universal en México*.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017, 31 de enero). *Recomendación General N° 29/2017. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*. [http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30104/RecGral\\_029.pdf](http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30104/RecGral_029.pdf)
- González Rojas, J. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En L. Hamui Sutton, B. Vargas Escamilla, L. Fuentes Barrera, J. González Rojas, T. Loza Taylor y A. Paulo Maya, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 89-134). Universidad Nacional Autónoma de México; Manual Moderno.
- Hamui Sutton, L., Ramírez Velázquez, J., Sánchez Guzmán, M. A., Paulo Maya, A., Loza Taylor, T., Lemus Alcántara, S. y Suárez Rienda, V. (2022). Introducción. En L. Hamui Sutton (Ed.), *Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro* (pp. 23-59). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hospital Juárez de México. (2021, agosto). *Lineamientos para el manejo y control del expediente clínico*. <https://www.dof.gob.mx/2021/SALUD/Lineamientos-para-el-manejo-y-control-del-expediente-clinico.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2024, marzo). *Temas específicos del Proceso Selectivo para ingreso en la Escala de Titulados Superiores del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. O. A., M. P. (INSST). Parte 1: «Conceptos generales de la prevención de riesgos laborales y ámbito jurídico». <https://www.insst.es/documentos/94886/4154780/Tema%201.%20Concepto%20de%20Condiciones%20de%20Trabajo.pdf>
- Kurczyn Villalobos, P. (2019). Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confidencialidad. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 69(273-2), 893-916. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2019.273-2.68634>
- Lorkowski, J. y Pokorski, M. (2022). Medical records: A historical narrative. *Biomedicine*, 10(10), Artículo 2594. <https://doi.org/10.3390/biomedicine10102594>
- Lupa Nasielsker, S., Yacaman Handal, R., Martínez Jiménez, E y Ruelas Ross, V. (2015). La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. *Anales Médicos*, 60(3), 237-240. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc153m.pdf>
- Lupton, D. (2018). *Digital health: Critical and cross-disciplinary perspectives*. Routledge.
- Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117. <https://www.jstor.org/stable/2155931>
- Martínez, C. (2017). El método de caso extendido, de la escuela de Manchester a la antropología global. *Revista de Antropología del Museo de Entre Ríos*, 3(1),1-13. <https://ramer.ar/revista/index.php/ramer/article/view/67/56>
- Muinga, N., Omolade Abejirinde, I.-O., Paton, C., English, M. y Zweekhorst, M. (2021). Designing paper-based records to improve the quality of nursing documentation in hospitals: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 56-71. <https://doi.org/10.1111/jocn.15545>
- Müller, F. (2021). *Design ethnography: Epistemology and methodology* (Trad. A. Brailovski). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-60396-0>
- Neme Meunier. S. K. (2019). A 20 años de la implementación del Expediente Clínico Electrónico en México. *Boletín CONAMED*, 5, 75-90. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25447w/implementacion\\_expediente\\_clinico.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25447w/implementacion_expediente_clinico.pdf)
- Olivier de Sardan, J.-P. (2015). Practical norms: Informal regulations within public bureaucracies (in Africa and beyond). En T. de Herdt y J.-P. Olivier de Sardan (Eds.), *Real governance and practical norms in Sub-Saharan Africa. The game of the rules* (pp. 19-62). Routledge.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *WHO Guideline. Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?sequence=31>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe. Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*. Organización Mundial de la Salud. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Palumbo, M. V., Sandoval, M., Hart, V. y Drill, C. (2016). Teaching electronic health record communication skills. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(6), 254-258. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000238>
- Paulo Maya, A. y Loza Taylor, T. (2022). El caso del área de rehabilitación: experiencias de la atención en conflicto. En L. Hamui Sutton (Ed.), *Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro* (pp. 249-301). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Quinn, M., Forman, J., Harrod, M., Winter, S., Fowler, K. E., Krein, S. L., Gupta, A., Saint, S., Singh, H. y Chopra, V. (2019). Electronic health records, communication, and data sharing: Challenges and opportunities for improving the diagnostic process. *Diagnosis*, 6(3), 241-248. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0036>
- Reyes, B., Acosta, M. y Paulo, A. (2021). Exposición a factores de riesgo psicosocial en médicos residentes durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 en México. Un estudio cualitativo basado en la NOM-035-STPS-2018. En M. Acosta (Ed.), *Factores psicosociales en el trabajo. Una lectura crítica de la NOM-035-STPS-2018* (pp. 121-138). Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. SAGE Publications.
- Scholz, R. W. y Tietje, O. (2002). *Embedded case study methods*. SAGE Publications.
- Secretaría de la Función Pública. (2022, 8 de febrero). CÓDIGO de Ética de la Administración Pública Federal. *Diario Oficial de la Federación*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5642176&fecha=08/02/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5642176&fecha=08/02/2022#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2010, 8 de julio). NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis. *Diario Oficial de la Federación*. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5151064&fecha=08/07/2010#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5151064&fecha=08/07/2010#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud. (2012a, 29 de junio). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

- Secretaría de Salud. (2012b, 30 de noviembre). NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. *Diario Oficial de la Federación*. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0)
- Shortliffe, E. H. y Cimino, J. J. (Eds.). (2021). *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine* (5.ª ed.). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-58721-5> (Trabajo original publicado en 2001)
- Simonsen, M., Skipper, L., Skipper, N. y Rønø Thingholm, P. (2021). Discontinuity in care: Practice closures among primary care providers and patient health care utilization. *Journal of Health Economics*, 80, Artículo 102551. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102551>
- Tsuji, T. (2012). Ethnography. En T. Ishida (Ed.), *Field informatics* (pp. 55-72). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-29006-0>
- Valdemar Díaz, J. (2021). *Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b3e8cb81-be78-46a6-8e2e-5367b7325f32/content>
- Wei, Q., Yuan, B., Xu, J., He, P., Xu, H. y Meng, Q. (2023). Continuity of health care: measurement and application in two rural counties of Guangxi Province, China. *BMC Health Services Research*, 23, Artículo 917. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09916-4>
- Weis, A. y Pohlmann, S. (2023). Digital technology for information and communication in healthcare. En M. Wensing y C. Ullrich (Eds.), *Foundations of health services research: Principles, methods, and topics* (pp. 287-301). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-29998-8>
- Will, E. J. (2020). A short cultural history of the UK Renal Registry 1995-2020. *BMC Nephrology*, 21, Artículo 338. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01997-1>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research design and methods* (5.ª ed.). SAGE Publications. (Trabajo original publicado en 1984)

**Autores correspondientes:** Bruno David Reyes Velázquez (brunoreyes@facmed.unam.mx), Liz Hamui Sutton (lizhamui@gmail.com), María Alejandra Sánchez Guzmán (alesanguz@yahoo.com.mx), Tzeithel Athenea Castillo Altamirano (tzeithel.castillo@imss.gob.mx), Carolina Consejo y Chapela (caronline99@hotmail.com) y Alfredo Paulo Maya (alfpaulo@comunidad.unam.mx)

**Roles de autor:** **Reyes Velázquez, B. D.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, borrador original; escritura, revisión y edición; visualización, adquisición de fondos. **Hamui Sutton, L.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, revisión y edición; visualización; supervisión; administración del proyecto, adquisición de fondos. **Sánchez Guzmán, M. A.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, revisión y edición; visualización; supervisión; administración del proyecto, adquisición de fondos. **Castillo Altamirano, T. A.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, revisión y edición; visualización; supervisión; administración del proyecto, adquisición de fondos. **Consejo y Chapela, C.:** conceptualización; metodología; validación; análisis formal; investigación; recursos; análisis de datos; curación de datos; escritura, revisión y edición; visualización; supervisión; administración del proyecto, adquisición de fondos. **Paulo Maya, A.:** 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, adquisición de fondos.

**Cómo citar este artículo:** Reyes Velázquez, B. D., Hamui Sutton, L., Sánchez Guzmán, M. A., Castillo Altamirano, T. A., Consejo y Chapela, C. y Paulo Maya, A. (2024). Interacciones sociales que influyen en la elaboración del expediente clínico y la comunicación de la información durante la atención médica. *Conexión*, (22), 65-91. <https://doi.org/10.18800/conexion.202402.003>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/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.