

La glosa como dispositivo articulador de la atención en Urgencias: etnografía clínica relacional en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México

The “gloss” as an articulating device of emergency care: a clinical relational ethnographic study at a second level hospital in Mexico City

LIZ HAMUI SUTTON *

Universidad Nacional Autónoma de México


MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ GUZMÁN **
Universidad Nacional Autónoma de México


ALFREDO PAULO MAYA ***
Universidad Nacional Autónoma de México

BRUNO DAVID REYES VELÁZQUEZ ****
Universidad Nacional Autónoma de México


TZEITHEL ATHENEA CASTILLO ALTAMIRANO *****
Universidad Universidad Nacional Autónoma de México


CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA *****
Universidad Nacional Autónoma de México


* Doctora en Ciencias Sociales. Profesora titular, División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México. E-mail: lizhamui@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-3190-4470>

** Doctora en Ciencias Antropológicas. Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: alesanguz@yahoo.com.mx  <https://orcid.org/0000-0001-6625-8010>

*** Doctor en Antropología Social. Departamento de Historia y Filosofía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México E-mail: alfpaulo@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4545-8886>

**** Doctorando en Antropología en Salud, Programa de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: reyesvelazquez@comunidad.unam.mx  <https://orcid.org/0000-0002-8977-4744>

***** Médico Cirujano, Especialista en Urgencias y Doctorante en Alta Dirección de Hospitales. Centro de Postgraduados del Estado de México. Jefa del Servicio de Urgencias en el Hospital General Regional No. 2 “Dr. Guillermo Fajardo Ortiz”, Ciudad de México. E-mail: tzeithel.castillo@imss.gob.mx  <http://orcid.org/0009-0003-0514-2729>

***** Médico Cirujano y Doctora en Ciencias, programa Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora en el Departamento de Historia y Filosofía de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Jefa del Área de Formación Docente, Investigación en Educación y Humanidades en Salud. División de Desarrollo del Proceso Educativo en Salud. E-mail: carolina.consejo@imss.gob.mx  <https://orcid.org/0000-0001-5155-1679>

RESUMEN. En el servicio de urgencia tiene lugar el registro escrito que refleja las trayectorias de atención. El objetivo del estudio fue observar, describir y analizar las interacciones sociales del personal de salud y la integración de la glosa para documentar el proceso de clasificación, diagnóstico y derivación de los pacientes atendidos. Metodológicamente se usó la etnografía clínica relacional en el servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel de atención entre septiembre de 2022 y febrero de 2023 en la capital mexicana. Los resultados refieren, por medio de la descripción de situaciones clínicas, episodios de atención a la salud donde se ponen en juego saberes, sentires, destrezas e intereses de los agentes involucrados y los documentos escritos que dan cuenta de ellos, destacando además la precariedad de los recursos tecnológicos para el registro. En la discusión, se interpretó al servicio de Urgencias como puerta de entrada, espacio intermedio o zona de transición que opera como sitio estructurado para abordar lo inespecífico con asertividad y rapidez en la toma de decisiones y la acción. La situación periférica de la glosa reflejó la rápida dinámica de las interacciones entre los profesionales sanitarios en Urgencias durante los procesos de atención, clasificación, diagnóstico y derivación de pacientes, lo que demandó una amplia red de recursos institucionales, necesaria para gestionar adecuadamente las necesidades de los pacientes, según cada caso específico.

PALABRAS CLAVE: urgencias; registros clínicos; tramas de atención; dispositivos institucionales, etnografía clínica relacional.

ABSTRACT: In the emergency department, written records reflect the trajectories of care. The objective of this study was to observe, describe and analyze the health personnel social interactions and the integration of the gloss to document patients' classification, diagnosis, and referral process. Methodologically, a relational ethnography study was performed in the emergency room of a second-level care hospital between September 2022 and February 2023 in the Mexican capital. The results refer, through clinical situational descriptions, health episodes where agents' knowledge, feelings, skills, and interests were involved and the relation with written documents that account the process, also highlighting the precariousness of the technological resources for the registry. In the discussion, the emergency room was interpreted as a gateway, intermediate space or transitional zone that operates as a structured site to address the non-specific with assertiveness and speed in decision-making and action. The peripheral situation of the gloss reflected the rapid dynamics of interactions among healthcare professionals in emergency settings during the processes of patient care, classification, diagnosis, and referral. This required a broad network of institutional resources, essential for adequately managing the needs of patients, according to each specific case.

KEYWORDS: emergency room; clinical records; care plots; institutional devices, clinical relational ethnography

Introducción

En este artículo se plantea que el servicio de Urgencias del segundo nivel de atención en un hospital céntrico de la Ciudad de México constituye un espacio intermedio entre el hospital de especialidades y otras alternativas de atención como las unidades de medicina familiar. En Urgencias, la tarea principal consiste en clasificar, observar, diagnosticar y derivar (Hillman, 2013), aunque también se atienden y resuelven condiciones agudas, como en las áreas de reanimación, en traumatismos menores o patologías sencillas. Los pacientes llegan en un estado liminal de indefinición sobre su situación de salud o en crisis ante la irrupción de la enfermedad. Se trata de personas en estado liminal¹ que transitan entre dos mundos, en este caso entre estar sano o enfermo, pero aún no se define en alguno de ellos. La entrada a los espacios de atención por diversas vías depende de la gravedad de la enfermedad. Urgencias en la mayoría de los casos es un lugar de paso, un umbral en el que se decide el camino a seguir lo que implica procesos biomédicos y administrativos, pero también experienciales, morales y sociales (Hillman, 2013; Mattingly, 1998).

La meta en Urgencias es ayudar al paciente a salir de la ambigüedad y la confusión que implica su situación liminal de salud. El tránsito se da en tres fases: pre-liminal (estado saludable), liminal (estado alterado) y post-liminal (trayecto terapéutico). En este sentido, Urgencias se convierte en un espacio acotado temporalmente donde sucede el tránsito de un estado a otro, en el que se modifica el estatus y se abren o cierran distintas opciones de tránsito.

El concepto de tránsito en tres fases que se describe puede ser aplicado a la experiencia de un individuo que atraviesa una condición de salud, desde la percepción inicial de bienestar hasta la recuperación final. Este modelo se inspira en los rituales de transición propuestos por el antropólogo Víctor Turner (1998) y se adapta aquí para entender la trayectoria de un paciente en el contexto médico. La fase pre-liminal representa el estado inicial del individuo antes de reconocer cualquier síntoma o problema de salud significativo. Durante este período, la persona se considera saludable y su vida diaria no está afectada por preocupaciones médicas importantes. Es un estado de normalidad y equilibrio, donde no hay percepción de enfermedad o disfunción. La etapa liminal comienza cuando el individuo percibe o es diagnosticado con una alteración en su salud, lo que marca el inicio de una condición o enfermedad. El estado liminal es crítico porque representa un período de ambigüedad y transición, donde la identidad del paciente está en una forma de suspensión. En esta fase, la persona enfrenta incertidumbre y podría experimentar una variedad de emociones, como ansiedad o miedo, debido a la falta de un resultado claro o la imprevisibilidad de la enfermedad. La fase post-liminal es la del tratamiento y recuperación, donde el individuo se somete a diversas intervenciones médicas con el objetivo de restaurar su salud. En este período, el paciente y los profesionales de la salud colaboran en la aplicación de terapias adecuadas y la búsqueda de una solución o alivio a la condición diagnosticada. El trayecto terapéutico implica una serie de acciones y decisiones médicas que buscan llevar al individuo de un estado de salud alterado a uno de recuperación o manejo efectivo de su condición. Cada una de estas fases del tránsito está marcada por sus propias características y desafíos, y juntas forman un proceso continuo que puede variar en longitud y complejidad, dependiendo de la naturaleza específica de la condi-

¹ El término "liminal" proviene del latín "limen", que significa "umbral" o "límite". Se refiere a un estado o espacio intermedio, a menudo asociado con transiciones, transformaciones o experiencias de cambio. En antropología y psicología, lo liminal es un concepto utilizado para describir situaciones en las que una persona o grupo se encuentra en un estado de transición o en un espacio liminal, donde las normas habituales, estructuras sociales o identidades pueden estar temporalmente suspendidas o desafiadas. Durante el período liminal, las personas pueden experimentar una sensación de desorientación, ambigüedad y vulnerabilidad, pero también pueden experimentar un potencial para la transformación personal y la comprensión más profunda. En un sentido más amplio, lo liminal puede aplicarse a una variedad de situaciones y experiencias, como períodos de transición en la vida, momentos de crisis, estados de conciencia alterados o espacios físicos y sociales que desafían las categorías convencionales. Es un concepto que permite explorar los bordes, las fronteras y los momentos de cambio en el transcurso de la vida y la sociedad (Open AI, 2024).

ción médica y las circunstancias personales del individuo. Esta perspectiva ayuda a comprender mejor la experiencia del paciente en su paso por el sistema de salud y las transiciones emocionales y físicas que pueden ocurrir.

Algunos autores (Insunza, 2019; Van Gennepe, 2008; Turner, 1988; Fischer-Lichte, 2011), resaltan las características principales de la liminalidad, donde la indefinición provoca incertidumbre, inquietud y angustia. La falta de claves de sentido para interpretar la vivencia, así como la sensación de experimentar el trance y sentirse en el “limbo”, implica estar en una situación dinámica de transformación mental y corporal que altera la identidad psicosocial de quien padece. Cabe mencionar que el estado liminal del enfermo no es exclusivo de Urgencias, se expresa en diferentes contextos; lo que distingue la atención en Urgencias es el ritmo acelerado para resolver o derivar el problema de salud del paciente.

A diferencia del momento liminal que experimenta el paciente, Urgencias es un área organizacional rigurosamente estructurada en el espacio y en el tiempo. Las interacciones sociales que ahí suceden están normadas, no obstante, hay espacio para el juego de intereses y expectativas de los agentes, pues emergen múltiples momentos en que se toman decisiones. El personal de salud aplica los algoritmos prescritos y las interacciones e intercambios comunicativos se desarrollan en tramas narrativas que se plasman parcialmente en la glosa² y reflejan las secuencias y las pausas en los procesos de atención.

Con respecto al tema de la documentación de la atención en Urgencias, se encontraron variados recursos digitales como guías clínicas, formatos, protocolos, blogs e instructivos para completar formularios (American College of Emergency Physicians, 2022; Kelley, 2020; Emergency Room Record, 2020; Bowden *et al.*, 2020; MedLeague, 2015). Todos ellos buscaban facilitar los procesos médicos y administrativos, para el registro de la atención. A pesar de lo profuso de este tipo de recursos, la intención de este estudio no está en revisar las lógicas biomédicas y administrativas de los documentos de registro sino en vincular las interacciones sociales en el área de Urgencias con la integración de la glosa.

En esta ocasión, se presenta un ejercicio de etnografía relacional en la clínica que busca estudiar la producción de sentido en la construcción de la realidad de los agentes en la interacción (Hamui & Ramírez, 2021). En el microanálisis de las situaciones se visibilizan las tramas narrativas que le dan forma y sentido a la interacción, así como los marcos de referencia. En este caso el foco está puesto en la dinámica del servicio de Urgencias en un hospital público de segundo nivel. El objetivo del estudio se refiere a la manera en que se registra de forma escrita el proceso de atención en Urgencias, poniendo énfasis en la integración de la glosa como reflejo de las múltiples interacciones que se entretienen en tramas narrativas.

Marco conceptual

La práctica clínica cotidiana en un hospital es compleja y se manifiesta de diversas maneras a través de sus distintos ámbitos. Según Atkinson (1997), la clínica es una entidad histórica y social donde se generan encuentros en un tiempo y un contexto específico. Se comprende fundamentalmente como una red de interacciones y comunicaciones enfocadas en la promoción, prevención y, principalmente, la atención médica de las personas enfermas. Goffman (2006) argumenta que pa-

² En el contexto de urgencias médicas, la palabra "glosa" se refiere a diferentes cosas dependiendo del contexto específico en el que se use. En algunos sistemas de salud, la glosa médica se refiere a una nota, explicación o aclaración agregada a un registro médico. El término también puede aplicarse en el ámbito de la facturación médica, una glosa puede ser una explicación detallada de un ajuste o modificación realizado a una cuenta médica, lo que podría incluir detalles sobre por qué se realizó el ajuste, errores en la facturación, discrepancias en los códigos de procedimiento o servicios no cubiertos por el seguro. En el contexto de la atención médica de emergencia, una glosa clínica podría ser una anotación o explicación escrita por un médico o profesional de la salud sobre un caso específico, proporcionando detalles adicionales sobre el diagnóstico, tratamiento o manejo del paciente en situaciones de emergencia. Es importante tener en cuenta que el significado exacto de "glosa" en el contexto de urgencias médicas puede variar según el sistema de salud, la región o el país, de ahí la importancia de comprender cómo se utiliza este término en entornos concretos (Open AI, 2024).

ra comunicarse e interactuar en contextos específicos, los individuos enmarcan sus experiencias para otorgarles significado e interpretar las situaciones, como señala Chihu Amparán (2018). Estos marcos de referencia son herramientas conceptuales, tanto cognitivas como afectivas, que organizan la experiencia y facilitan el análisis de las acciones que configuran secuencias de eventos en la práctica clínica.

Además, los profesionales de la salud construyen y reconstruyen significados a través de un conjunto de reglas y expectativas que son cruciales para la comprensión de diversas situaciones clínicas. De acuerdo con Mattingly (1998), las secuencias de eventos pueden verse como narrativas performativas, es decir, como relatos dramáticos que emergen a través de las acciones. La estructura narrativa no solo se utiliza en la retórica, sino que también abarca aspectos estéticos y morales que sostienen la interacción social y dan sentido a los eventos, ya que están arraigados en códigos culturales compartidos. En estas narrativas, encontramos coherencia en los actos de los agentes, en la secuencia de eventos, y en la conexión entre experiencias pasadas y expectativas presentes que forman parte del imaginario y la conciencia colectiva. Estos elementos contribuyen a formar una narrativa integral que enriquece nuestra comprensión de la práctica clínica.

En el entorno, como explica Latour (2005) en la teoría del actor red, existen agentes humanos y objetos no humanos que intervienen en los procesos, según el autor sólo es posible entender lo que mantiene unida a la sociedad incorporando las entidades naturales y los artefactos diseñados por los humanos. En este sentido, al estudiar la clínica, es pertinente no sólo centrarse en los intercambios comunicativos, sino en los objetos no humanos como el expediente clínico o la glosa que tienen capacidad para articular las tramas de acontecimientos en los procesos de atención. Los elementos materiales no sólo median en las interacciones, sino que permiten la coordinación de las acciones colectivas y actualizan las instituciones, de esta manera, la materialidad sustenta las relaciones sociales y estabiliza la realidad (Pozas, 2015).

En las interacciones que tienen lugar en espacios estructurados e institucionalizados como los hospitales, existe cierta cultura organizacional que se manifiesta en los valores, tradiciones, símbolos, creencias, conocimientos, formas de pensar y sentir que comparten los agentes en el juego social (Spinelli, 2022). En torno a ella se desarrollan identidades profesionales y personales, así como trabajo colaborativo en actividades cotidianas. Idealmente los grupos de agentes con intereses afines crean comunidades de práctica para compartir ideas, aprender, reflexionar, encontrar soluciones a problemas comunes e innovar (Wegner-Trayner, *et al.*, 2019).

En los procesos de atención en Urgencias, se van desenvolviendo tramas de atención y narrativas performativas urdidas en las interacciones clínicas, durante los intercambios comunicativos. Estas redes de conversación se reflejan de forma parcial en los registros que plasman por medio de formatos estructurados el acto médico y que modelan la práctica clínica para describir las afectaciones corporales (motivo de atención, resumen de interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, análisis, estado de salud y pronóstico). No obstante, no siempre captan la estructura dramática de la experiencia de padecer que se articula en la trama terapéutica del escenario de Urgencias y que se expresa de manera parcial. Urgencias se crea a partir de experiencias socialmente construidas, donde las prácticas cotidianas rutinarias pueden transformarse en dramas de experiencias estructuradas en tramas narrativas.

En esta ocasión, se presenta un ejercicio de etnografía relacional en la clínica que busca estudiar la producción de sentido en la construcción de la realidad de los agentes en la interacción (Hamui & Ramírez, 2021). En el microanálisis de las situaciones se visibilizan las tramas narrativas que les dan forma y sentido a la interacción, así como los marcos de referencia. En este caso el foco está puesto en la dinámica del servicio de Urgencias en un hospital público de segundo nivel, y en la manera en que se registra de forma escrita el proceso de atención, poniendo énfasis en la integración de “la glosa” como reflejo de las múltiples situaciones que ahí suceden.

El término glosa es polisémico y ha sido utilizado en diferentes ámbitos con significados múltiples, así, por ejemplo, en la literatura se refiere a la escritura comentada de un texto, en música a la ornamentación de una melodía, en las disciplinas administrativas la glosa en la contabili-

dad es la diferencia entre los presupuestos y los gastos que requieren ser conciliados, son los remanentes. En el área de Urgencias médicas, la glosa se refiere a la documentación de casos clínicos en una jornada laboral que no se incorpora a expedientes clínicos formales (impresos o electrónicos) y que al final del día es reunida y depositada en el archivo del nosocomio.

La glosa puede entenderse como un dispositivo de transmisión cultural. La noción de dispositivo de Foucault puede ser útil para describir y analizar la dinámica institucional y los mecanismos de control que norman las interacciones en el contexto clínico. Según Agamben (2011), por dispositivo Foucault entiende:

“... un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. El dispositivo tiene una función estratégica concreta, que está inscrita en una relación de poder; y como tal, resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber” (Agamben, 2011: 250).

La glosa se asocia con lo marginal, aquello que acompaña y explica un proceso y permite comprender parte de las tramas narrativas y de acontecimientos que tienen lugar en un lugar y tiempo.

Al revisar la literatura sobre los procesos de atención en Urgencias, los temas que sobresalen se refieren a la comunicación del equipo interprofesional de salud y los roles que cada uno desempeña. Se destacan las competencias sociales colaborativas entre médicos adscritos, enfermeras, residentes, internos, personal de apoyo médico y administrativo que acompañan el trayecto de los pacientes (Vaid *et al.*, 2023; Alvarez *et al.*, 2018; Milton *et al.*, 2022; Khademian *et al.*, 2013; Kilner & Sheppard, 2010; Negpal & Nicks, 2018; Slade *et al.*, 2011; Brandstrop *et al.*, 2012; Fernández *et al.*, 2008; Ahmadpou *et al.*, 2021; Society for Participatory Medicine, 2017; Gifford *et al.*, 2022; Schmutz *et al.*, 2019) con el fin de lograr la rapidez y eficacia en la atención, incluyendo el registro en la glosa.

Otro aspecto abordado en las fuentes consultadas alude a los recursos documentales para facilitar el registro de la atención. En la lógica administrativa existen formularios, guías de práctica clínica, reportes, formatos para las referencias y contra-referencias, recetarios, documentos para la realización de estudios complementarios, etc. Todo esto implica trabajo burocrático escrito para el personal de salud con el que se va integrando la glosa (American College of Emergency Physicians, 2022; Kelley, 2020; Emergency Room Record, 2020; Bowden *et al.*, 2020; MedLeague, 2015).

Además, existen estudios que se enfocan en las interacciones sociales en Urgencias, en los que, por ejemplo, se analiza la relación con los pacientes considerados como agentes activos en el trayecto (Society for Participatory Medicine S/; Kelley, s/f). Otros abordan el flujo de la atención (Slade *et al.*, 2011) donde tienen lugar los procesos clasificatorios del triage,³ la toma de decisiones y la tensión entre la incertidumbre del paciente y los incidentes clínicos. Finalmente, se identi-

³ El triage en urgencias hospitalarias es un proceso crítico y sistemático empleado para evaluar y clasificar a los pacientes según la gravedad de su estado de salud y la urgencia de atención que requieren. El objetivo principal del triage es asegurar que los pacientes reciban la atención médica adecuada de manera eficiente y ordenada descripción de situaciones clínicas dadas, priorizando a aquellos que presentan condiciones más graves o potencialmente mortales. Durante el triage, un profesional de salud, generalmente una enfermera o un médico capacitado en este proceso, realiza una evaluación rápida pero exhaustiva del paciente. Esto incluye la revisión de los signos vitales, la historia clínica inmediata y los síntomas principales. Basándose en esta evaluación inicial, el paciente es asignado a una de varias categorías de prioridad. Estas categorías determinan el orden y la rapidez con la que recibirán atención médica. Las categorías de triage comúnmente se organizan en un sistema de colores o niveles, que varían según el protocolo del hospital, pero a menudo incluyen: rojo (nivel 1), emergencia inmediata, atención necesaria sin demora (por ejemplo, paro cardíaco, trauma grave); naranja (nivel 2), muy urgente, atención necesaria en minutos (por ejemplo, dificultad respiratoria severa, dolor torácico intenso); amarillo (nivel 3), urgente, atención necesaria en una hora (por ejemplo, fracturas simples, dolor abdominal); verde (nivel 4) poco urgente, atención necesaria en horas (por ejemplo, esguinces, infecciones menores); azul (nivel 5), no urgente, la atención puede ser diferida (por ejemplo, revisiones rutinarias, síntomas menores). (Open AI, 2024).

ficó literatura referente a los ambientes laborales y educativos en Urgencias (Vaid *et al.*, 2023; Brandstorp *et al.*, 2012) en los que se estudian aspectos estructurales, relacionales y culturales que influyen en la dinámica de Urgencias. Todos los textos antes referidos, aportan a la comprensión de la estructura y funcionamiento del servicio de Urgencias, así como de las tramas narrativas que se entretajan por medio de los intercambios comunicativos y las interacciones. No obstante, poco explican el proceso de registro de la atención.

En este trabajo se investiga la configuración de la glosa en el departamento de Urgencias y cómo los documentos escritos contribuyen a la articulación o fragmentación del proceso de atención. El objetivo principal del estudio es observar, describir y analizar las interacciones sociales del equipo de salud en Urgencias, enfocándose en la manera en que se integra la glosa para documentar la atención, clasificación, el diagnóstico y la derivación de los pacientes atendidos.

Las preguntas de investigación que orientaron este estudio abordan varios aspectos clave:

¿Por qué la glosa en urgencias difiere del expediente clínico institucional, ya sea impreso o electrónico?

¿En qué consiste la glosa y qué información incluye o excluye?

¿Qué recursos tecnológicos se utilizan para realizar el registro de la glosa?

¿Cómo se vincula el departamento de Urgencias con otros espacios clínicos?

¿Qué revela la glosa sobre las interacciones dentro de la clínica?

Método

El proyecto de investigación denominado “El Expediente Clínico como dispositivo cultural en el proceso de atención institucional” fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el 3 de agosto de 2021 con el número de registro FM/DI/034/2021 y por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la clave de registro R-2022-785-006 el 31 de enero de 2021. El estudio sobre la glosa en el área de Urgencias se realizó en el marco de este proyecto.

El tipo de estudio que se llevó a cabo se denomina etnografía clínica relacional. El trabajo de campo no se reduce a la observación de los agentes y sus actos individualizados, sino que, capta, por medio de la mirada atenta y la escucha, la interacción de los agentes, en su contexto y en una temporalidad particular. La etnografía relacional es también una herramienta reflexiva cuya naturaleza se orienta a lo procesual, que involucra configuraciones de relaciones entre agentes, contextos, espacios y diversos factores que intervienen en la explicación de los fenómenos (Hamui & Ramírez, 2021).

La etnografía clínica relacional es un enfoque que combina elementos de la etnografía tradicional con una atención particular a las relaciones y dinámicas dentro de los entornos clínicos. Este enfoque se centra en cómo las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como entre los propios profesionales, afectan la práctica clínica y la experiencia del cuidado. Aunque no hay un solo autor que se destaque exclusivamente como fundador de este enfoque, varios académicos han contribuido significativamente al campo de la antropología médica y la etnografía en contextos clínicos, ofreciendo perspectivas que podrían considerarse parte de la "etnografía clínica relacional". Algunos de estos son: Kleinman *et al.* (2006) cuyo trabajo en antropología médica ha explorado profundamente cómo las experiencias de enfermedad son moldeadas por contextos culturales y sociales; ha investigado las interacciones clínico-paciente y la importancia de los valores tanto del médico como del paciente en estas interacciones. Por su parte, Byron Good (2003) ha enfatizado las narrativas en la medicina y cómo estas forman parte de la experiencia clínica. Su trabajo sobre cómo los médicos y pacientes construyen significados en contextos clínicos es fundamental para entender la etnografía clínica relacional. Scheper-Hughes y Lock (1987) han estudiado las implicaciones morales y éticas de la práctica médica, incluyendo

cómo las instituciones manejan las normas y las crisis. Autoras como Lock y Nguyen (2010) ha explorado las intersecciones de la cultura, la biomedicina y la política en su trabajo, especialmente en relación con la menopausia y el envejecimiento, donde las relaciones clínicas y las expectativas culturales juegan un papel crucial. Los trabajos de Cheryl Mattingly (1998) resultan específicamente relevantes para la idea de la etnografía clínica relacional debido a su enfoque en las narrativas y la moral en la práctica clínica. Mattingly estudia cómo las historias personales y las interacciones en entornos clínicos configuran la atención médica.

Este estudio etnográfico en el servicio de Urgencias se llevó a cabo en un hospital del IMSS de segundo nivel de atención en la Ciudad de México de septiembre de 2022 a febrero de 2023. Dicho hospital es considerado sede académica pues se llevan a cabo procesos de formación y capacitación. El nosocomio fue seleccionado por sus vínculos institucionales con el primer y tercer nivel de atención, y por contar con vastos recursos interconectados con Urgencias como terapia intensiva, cirugía, hospitalización y consulta externa de especialidades. Se trata de un hospital de excelencia que ha obtenido premios de calidad en el servicio y que atiende a población derechohabiente,⁴ la mayoría de los pacientes son adultos mayores. Geográficamente está ubicado en una colonia céntrica de la capital de clase media alta, lo que influye en el nivel educativo de los usuarios y una actitud más exigente en la atención.

Las observaciones⁵ incluyeron a quienes participaban en Urgencias: personal médico, asistentes médicos y administrativos, residentes, internos de pregrado, pacientes y familiares. Las observaciones se llevaron a cabo en las distintas áreas de Urgencias: sala de espera, triage, consultorios de Urgencias, sala de choque, sala de primera observación o corta estancia, sala de segunda observación que corresponden al proceso de clasificación y derivación para dar continuidad al tratamiento que caracteriza este espacio.

La posición de las investigadoras (LHS y MASG) como observadoras en Urgencias fue motivo de reflexión por su posible influencia en los espacios sociales donde estuvieron presentes. Cabe mencionar que ellas utilizaron batas blancas e identificaciones proporcionadas por la institución con el fin de moverse con fluidez en las áreas clínicas del hospital. Las investigadoras se preocuparon por presentarse ante el personal de salud, solicitar permiso para observar y tratar de no intervenir en los encuentros clínicos. El acercamiento al proceso clínico y la obtención de los datos al mismo tiempo que lograr el consentimiento de los participantes, implicó una continua negociación que no siempre se pudo prever en las consideraciones éticas previas a la etnografía. Las experiencias de las investigadoras se plasmaron en el diario de campo y fueron consideradas en la interpretación de los datos. Durante la etnografía relacional se tomaron notas de audio y en el diario de campo, se realizaron entrevistas formales e informales al personal de salud y posteriormente se elaboraron fichas de trabajo para registrar características contextuales y tramas performativas.

La información obtenida fue vertida en formatos diseñados específicamente para los objetivos de la investigación (Anexo 1). Las observaciones se enfocaron en las interacciones sociales del personal de salud con los pacientes y la manera en que se registraba en documentos diversos

⁴ "Derechohabiente" es un término legal que se refiere a una persona que tiene derechos legales, como recibir atención médica u otros beneficios, en virtud de estar afiliada a un sistema de seguridad social, como un seguro de salud, un plan de pensiones o cualquier otro tipo de programa de bienestar social. En el contexto de la atención médica, un derechohabiente es alguien que tiene derecho a recibir servicios médicos y de salud de acuerdo con los términos y condiciones de su afiliación a un sistema de salud específico, como un seguro médico o un programa gubernamental de atención médica. (Open AI, 2024)

⁵ Las ideas y actividades del proyecto se desarrollaron de manera conjunta por el equipo de investigación. El trabajo etnográfico en los tres niveles de atención fue desarrollado por cuatro investigadores quienes se distribuyeron las áreas de observación en los hospitales. Fueron apoyados por médicos adscritos involucrados en el proyecto que actuaron como enlaces para que los investigadores pudieran realizar las observaciones. Dos de las investigadoras estuvieron en Urgencias (LHS y MASG) en el hospital de segundo nivel de atención y una de ellas (LHS) vivió la experiencia de la atención médica en este espacio, de ahí que haya partes de las descripciones en la sección de resultados de este artículo escritas en primera persona.

el proceso de atención. En los encuentros clínicos también se orientó la mirada en los dispositivos institucionales que caracterizan el contexto y la cultura organizacional de Urgencias. Se recabaron formatos y documentos institucionales que se integran a la glosa para entender su composición y la manera en que se registra el proceso de atención y su articulación con otros espacios asistenciales dentro y fuera del hospital.

Este estudio no estuvo basado en casos de pacientes, sino en el seguimiento de las interacciones y conversaciones del personal de salud en Urgencias para la integración documental de la atención médica en la glosa. Los episodios descritos tomaron en cuenta los conceptos teóricos presentados en la introducción para relacionarlos con la información recabada en el trabajo de campo (Janesick, 1994; Cisterna Cabrera, 2005) para interpretar el fragmento de realidad estudiado desde la perspectiva goffmaniana del interaccionismo simbólico, y responder a las preguntas de investigación planteadas (Hamui & Vives, 2022). El trabajo en equipo, la reflexión compartida y el método comparativo se utilizaron para examinar la relación entre las categorías, los temas y los datos obtenidos. El diálogo con el personal del hospital y autoridades institucionales sirvió también para validar las descripciones y análisis realizados con el fin de que los argumentos interpretativos presentados en el estudio resonaran en sus experiencias hospitalarias. En la sección de resultados se presenta la descripción y el análisis de las interacciones en Urgencias y la integración de la glosa en el marco de la atención clínica brindada por el personal de salud a los pacientes.

Resultados

La infraestructura y el funcionamiento de Urgencias están diseñados para “filtrar” y proceder rápidamente, los algoritmos implementados por el equipo de salud están estructurados e implican la coordinación de acciones desde la posición que cada cual ocupa (médicos del triage, médicos de consultorio, residentes, enfermeras, nutriólogos, camilleros, asistentes médicas, laboratorista, técnicos en imagenología, etc.) para lograr respuestas articuladas y eficaces en función de las necesidades del paciente.

La trayectoria de los pacientes por el servicio de urgencia inicia al pasar el primer filtro administrativo para demostrar que es derechohabiente. El paciente entonces procede al área del triage, este es el primer contacto médico, donde se decide su trayectoria de atención. El diagnóstico inicial requiere de urgenciólogos o personal de salud capacitado con amplios conocimientos y experiencias para reconocer padecimientos, especialmente cuando no existen datos específicos que les permitan clasificar nosológicamente el padecer. Los urgenciólogos desarrollan una mentalidad ágil pues tienen el hábito de interrogar, palpar, evaluar, validar y decidir ritmos y rumbos de atención. Los médicos en Urgencias y las enfermeras del triage requieren ser competentes al elaborar hipótesis presuntivas, ejercitar el razonamiento clínico y pensar con soltura en situaciones de incertidumbre (Vaid *et al*, 2023), esto es “sentirse cómodos en lo incómodo”.

En los siguientes párrafos se presentan, por medio de descripciones etnográficas de las investigadoras, las tramas performativas que suceden durante la clasificación, diagnóstico y derivación de los pacientes atendidos en Urgencias con el fin de visibilizar la elaboración de la glosa. En el momento de la escritura de los resultados de la investigación, como explica Mattingly (1998), el etnógrafo se convierte en narrador y jugando con el lenguaje, ordena el caos del devenir de la experiencia para traducirlo en un texto coherente. He aquí los relatos descriptivos.

Físicamente la glosa es una carpeta plástica en la que se depositan formatos dispersos que van integrando el caso clínico de cada paciente. Para relacionar el registro clínico con la trayectoria del paciente, le daremos seguimiento al uso de los documentos. El paciente al llegar a Urgencias obtiene la nota médica inicial con el vigilante situado en la puerta de ingreso. En el documento se marca la hora de llegada, pues una característica de Urgencias es el tiempo relativamente acelerado en que sucede la trama secuenciada de acontecimientos para la resolución de la situación de salud del paciente. Idealmente el máximo tiempo de estancia en Urgencias de

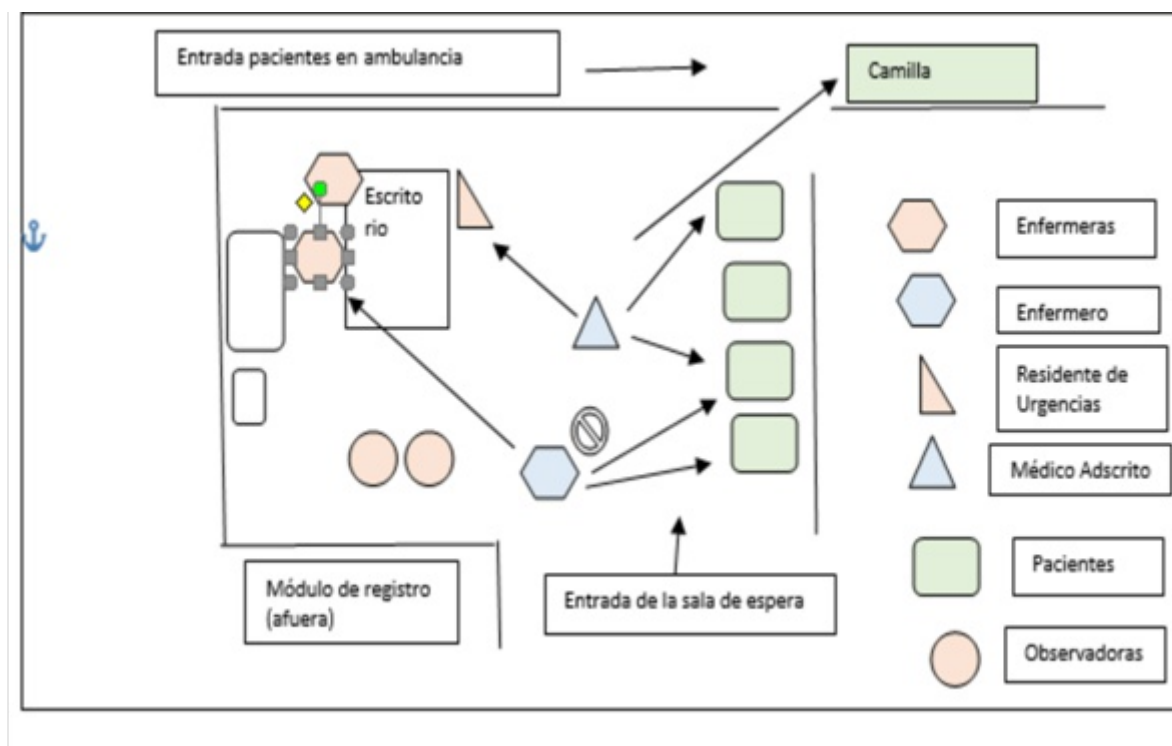
acuerdo con los indicadores institucionales es de 12 horas antes de ser derivado a otro espacio.

La nota inicial pasa al “triage” (Figura 1) y es utilizada para valorar la gravedad del paciente. En el documento hay un lugar para asignar un color que denota la premura para la atención del caso: el rojo requiere atención inmediata, el naranja tiene prioridad y se atiende antes de 10 minutos, el amarillo puede esperar hasta 30 minutos, el verde es considerado una “urgencia menor” lo cual significa que no pone en peligro la vida, función o un órgano y puede esperar para su atención hasta 120 minutos, finalmente el azul no se considera urgente. Esta prelación de la atención se refleja en las sillas de la sala de espera que están coloreadas según la clasificación. Los objetos (formularios, sillas, etc.) están dispuestos para responder a la organización del servicio.

Otros documentos institucionales que se requieren en Urgencias son identificaciones personales, papeles administrativos como el número de seguridad social, orden de atención médica, referencia y contra-referencia entre distintos servicios y hospitales, estudios de laboratorio, reportes de imagenología, hoja de internamiento, recetas, notas de enfermería y trabajo social, entre otros. Son importantes también las solicitudes de interconsulta a otras especialidades y el formato de incapacidades.

Mientras el paciente está en el triage, en el módulo de atención de Urgencias, las asistentes médicas verifican con los familiares o acompañantes la derechohabiencia del paciente y solicitan documentos de identidad. Cuando éstos últimos no se pueden demostrar, los servicios médicos se cobran y en un cartel visible se especifican los costos por procedimiento. Las asistentes médicas están encargadas de completar los trámites administrativos de cada paciente y asegurarse del manejo de la documentación médica en la glosa. Las lógicas biomédica, administrativa y educativa están imbricadas en las interacciones sociales y las tramas performativas que tienen lugar en Urgencias (Hamui, 2022).

Figura 1. Dinámica del Triage



Nota Cuadro 1: En el esquema de las interacciones en el área de “triage” se muestran las interconexiones y circulaciones de los espacios físicos. Además se indican las posiciones que ocupan los integrantes del equipo de salud y la dinámica de la atención con los pacientes. El área médica y de enfermería operan al mismo tiempo en el registro de los signos vitales y el diagnóstico inicial que se plasman en el mismo formato denominado “Nota Médica Inicial de Urgencias”. En ambos casos hay personal en formación que es adiestrado en las tareas del triage. Aunque los intercambios comunicativos son intensos y parecen desordenados por la simultaneidad de la atención a varios pacientes a la vez, el objetivo es claro y las interacciones eficientes para cumplir con los tiempos estipulados. El lugar que ocupan las investigadoras también se indica en el diagrama.

Los pacientes con color rojo, por lo general llegan en ambulancia y son llevados directamente a la sala de choque. En la entrada existe físicamente un timbre para anunciar el arribo de pacientes con código rojo o naranja. Al toque del timbre acude de inmediato un equipo de salud integrado por médicos adscritos, residentes de todos los niveles, médicos internos de pregrado, enfermeras, cada uno con una tarea asignada. A los pacientes con código naranja y amarillo se les observa para confirmar el diagnóstico inicial o estabilizar su estado de salud. Para ello existe una sala de corta estancia, máximo 6 horas, y una sala de observación de hasta 12 horas. En estos espacios hay un número limitado de camas y personal de salud para su atención. Por ejemplo, en observación hay 34 camas, a cada médico se le asignan 8 pacientes asistido por residentes e internos de pregrado, ellos realizan las notas médicas que se integran a la glosa. También hay enfermeras, ellas llevan sus propios registros de signos vitales y horarios de las prescripciones de medicamentos. A continuación, se presentan algunas notas del diario de campo que describen la dinámica de la sala de corta estancia (**Cuadro 1**).

Cuadro 1. Fragmento de nota del diario de campo sobre la dinámica de la sala de corta estancia

“La sala de corta estancia es grande y rectangular, las puertas de la entrada son de cristal. Entrando a lado izquierdo está el control de médicos y a lado derecho el control de enfermeras. Tienen máquinas de escribir, formatos, papeles y hay sillas alrededor del escritorio en forma de L. En el lado de enfermería se observan carritos para la toma de signos vitales. En la sala hay 12 camas divididas por cortinas, 6 de un lado y 6 del otro. En medio hay dos filas de sillería fija, espalda con espalda, que también ocupan los pacientes. Al fondo, se ubica una media ventana por donde entra luz.

En esta área de Urgencias las interacciones son intensas y múltiples. Los médicos adscritos, residentes e internos y las enfermeras(os) del área están en constante movimiento y van de un paciente a otro. A la sala también entran personas de otros sitios, por ejemplo, las asistentes médicas (vestidas de verde) con

papeles en la mano pues tienen dudas acerca de los datos de ingreso de los pacientes, también deambulan los médicos de los consultorios que le dan seguimiento a su paciente, o algún interno que busca al camillero para mover a los pacientes de un área a otra. Es fácil distinguir las dinámicas de las enfermeras y las de los médicos. Ambos documentan sus tareas de atención en sus propias notas y formatos. A pesar del trabajo intenso, el ambiente es relajado, las enfermeras bromean y se ríen entre ellas, los médicos son amables y están concentrados en el registro de los pacientes.

Al llegar me presenté con la residente de tercer año (R3) y le dije que estaría observando un tiempo, se acercó el médico adscrito y le pregunté dónde podía ubicarme para no estorbar su trabajo. Me dio una silla y me indicó que podía situarme cerca de la ventana. Resultó un buen lugar para tener un panorama amplio de lo que ahí sucedía, pero también evitó que escuchara de manera cercana las conversaciones en los puestos de control.

A mi lado se encontraba parado un residente de primer año (R1) que portaba la bata del Instituto Politécnico Nacional (IPN) con una máquina de escribir que estaba documentando el caso de la paciente de la cama 1. Tecleaba rápidamente cuando llegó un interno a interrumpirlo pues estaba integrando un expediente, hablaron sobre los papeles que faltaban y el R1 se fue con él.

Al mismo tiempo, la R3 se acerca a una señora mayor llamada Margarita que estaba en una de las sillas. La señora estaba ahí en observación, llegó por dolor abdominal por piedras en la vesícula. Le preguntó si se sentía bien. Le dijo que estaban esperando estudios para ver si se regresaba a casa o la operaban. Tenían que esperar para ver si con el tiempo se le quitaba el dolor. Margarita le cuenta su situación doméstica, la R3 escucha un minuto, luego la interrumpe y le dice que volverá pronto...

Nota Tabla 1: El fragmento anterior es un extracto del diario de campo que refleja la dinámica y las interacciones en la clínica del personal de salud al atender a los pacientes. Destacan las tareas independientes que realizan los médicos y las enfermeras, así como la diversidad de procesos simultáneos que tienen lugar en el mismo momento, por ejemplo, el R1 documentando los casos y supervisando al interno de pregrado para integrar los formatos necesarios del registro, la R3 interactuando con la Sra. Margarita que está en observación para decidir si su padecimiento es quirúrgico, la enfermera asegurando el cuidado corporal de un paciente, entre otros. A pesar del estado de los pacientes, el personal de salud parece ocupado y relajado a la vez. Los formatos de registro propios de cada área y tipo de personal se agregan a la carpeta para integrar la glosa, en esa concatenación de acciones y documentos se configuran las tramas de acontecimientos. De esta manera, los registros operan como articuladores de las trayectorias de atención.

La trayectoria de atención en Urgencias concluye en diversos escenarios, los pacientes con código rojo pueden terminar en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) o en una cama de hospital de algún servicio médico o quirúrgico. A ellos se les abre un expediente clínico físico y los documentos de la glosa se incorporan a él. Otros pacientes como los de código amarillo o verde se pueden derivar a la consulta externa donde llega su documentación para incorporarla a un expediente clínico electrónico y darle continuidad a la atención. Los pacientes verdes y azules son atendidos en los consultorios de Urgencias donde se les ofrece una consulta médica, receta, medicamentos y se le refiere a su unidad de salud de primer nivel para continuar la atención. Los documentos de la glosa que no se integraron a otro dispositivo institucional, al final del día se reúnen y se mandan al archivo del hospital para ser desechados. Cabe mencionar que, según la norma, los documentos de la glosa deben ser integrados por parte del personal de archivo del hospital a los expedientes clínicos de cada paciente, sin embargo, al no realizarse de esta manera, terminan siendo “archivados” 3 años en promedio y a los 5 años su destino final es el desecho. (Figura 2)

Figura 2. Trayectorias de atención y registro por la vía de Urgencias



Uno de los aspectos que llamó la atención se refiere al rezago tecnológico en las modalidades de llenado de los formatos utilizados en Urgencias. Los médicos en formación, encargados del registro, utilizan máquinas de escribir de hace más de un siglo con cintas de tinta, la mayoría de las veces la tinta es tan tenue que cuesta trabajo leer el documento. También escriben a mano la información básica (fecha, hora, signos vitales, motivo de atención, nivel de gravedad, etc.) así como la firma del médico. Esto influye en el ambiente de las salas de Urgencias donde el ruido de las máquinas de escribir invade la tranquilidad del espacio, y, por otra parte, afecta la comprensión de los contenidos de los formatos que se incluyen en la glosa por la dificultad para leerlos. La tecnología digital es casi inexistente, sólo en la sala de observación prolongada existe una pantalla de televisión en la que el personal de salud consulta los estudios de imagenología que reciben de todos los pacientes. Una muestra de la manera en que se registra la trayectoria clínica en los formatos institucionales en Urgencias aparece en las siguientes imágenes (Figura 3)

Figura 3. Formatos institucionales utilizados en Urgencias

[illegible][illegible]

Cuadro 2. Nota autobiográfica

La mañana del 25 de octubre de 2022 antes de entrar al hospital a realizar trabajo de campo, sufrí una caída en las escaleras de la cafetería de enfrente. Rodé cerca de diez escalones y me golpeé en el costado derecho de la espalda. Tardé unos minutos en incorporarme hasta asegurarme de que podía caminar. Una vez de pie sentí intenso dolor en el lugar del golpe y dificultad para apoyar el pie derecho al caminar (...). Al entrar a Urgencias, pasé por el módulo de atención y el triage. El médico realizó un breve interrogatorio sobre mi situación de salud, me preguntó lo sucedido y se lo relaté. La residente que estaba en el escritorio anotó el motivo de la atención en la hoja de ingreso como “contusión tórax” y asignó el color verde en nivel de gravedad que marcó con un plumón en la hoja. Me enviaron de regreso a la sala de espera para que me revisara una médica en consulta. A los pocos minutos, llamaron del consultorio 2 y la Dra. Y. muy amable preguntó lo que había pasado, le volví a relatar lo sucedido, escribió en la hoja inicial de ingreso a Urgencias con una máquina de escribir antigua, y me dijo que vendrían en una silla de ruedas para llevarme a Rayos X, donde me tomarían placas para descartar fracturas. Me solicitó que me desvistiera y me puse una bata verde. Esperamos pocos minutos y por la puerta trasera del consultorio apareció un camillero alegre con la silla de ruedas. Había tráfico en los elevadores, pero al llegar a imagenología no había nadie, así que la atención fue muy rápida. Tomaron placas del tórax, mano y rodilla. Al terminar el camillero que estaba esperando afuera, me indicó que volviera a sentarme en la silla de ruedas. Regresé al consultorio y la Dra. Y indicó que iría a ver los estudios a la pantalla de la sala de observación. Aproveché para vestirme de nuevo con dificultad por el dolor. Cuando la doctora regresó dijo que había revisado las placas y afortunadamente no había fracturas. Me explicó que me iban a inyectar ketamina para el dolor y me darían unas pastillas de paracetamol para los próximos dos días. Me acerqué a la cama de exploración para que la enfermera me inyectara estando de pie y me orientó para que

fuera a recoger los medicamentos en un dispensario cercano. En las fotografías de la Figura 3 se muestran los documentos generados en el transcurso de mi atención médica: la nota inicial del servicio en Urgencias que se utilizó en el triage y la consulta, así como la orden de atención médica. Ambos documentos junto con las placas de Rayos X formarían parte de la glosa y terminarían en el archivo al final del día. Como se puede apreciar en las fotografías de los documentos, están escritos con lenguaje técnico, a mano y con una máquina de escribir Remington de hace 70 años con una tinta tenue, por lo que resulta difícil entender su contenido. De todas maneras, la probabilidad de que alguien los volviera a leer era casi nula. La funcionalidad de los documentos generados se relacionó con el ordenamiento del proceso de atención que guió la trama de acontecimientos desde el principio hasta el final, aunque después perdieran utilidad. Las interacciones sociales se sucedieron en contexto, entre actores humanos y no humanos, de acuerdo con dispositivos institucionales que posibilitaron la actualización cultural de los procedimientos en Urgencias.

Una vez descritos los procesos y trayectorias de atención en Urgencias, en la discusión además de retomar las preguntas de investigación que guían este estudio, se reflexiona acerca de por qué no existe en Urgencias un expediente clínico formal ya sea físico o electrónico.

Discusión

Urgencias, entendida como puerta de entrada, espacio intermedio o zona de transición opera como un sitio altamente estructurado para abordar lo inespecífico, lo que le otorga un potencial transformador en la gestión de la experiencia de los pacientes en estado liminal. Entre los retos de los agentes que intervienen en las interacciones está la asertividad y rapidez en la toma de decisiones y la acción. Las interacciones clínicas en Urgencias son aceleradas y a veces dramáticas, el tiempo para responder, clasificar, observar y derivar se realiza en menos de un día (Hillman, 2013).

En este contexto, la glosa constituye un dispositivo institucional, situado en coordenadas temporales, espaciales y sociales específicas que cumple con las normas de atención. Los protocolos médicos, burocráticos, legales e incluso morales se ejercen por los profesionales de salud. Cada cual realiza sus tareas, sin interferir en las labores de los demás. Por su parte los pacientes también tienen agencia, expresan sus intereses, conocen las reglas y actúan estratégicamente para lograr sus objetivos, de tal manera que la atención se negocia en la práctica. Los formatos y documentos que integran la glosa forman parte de la cultura organizacional hospitalaria y alrededor de ella se articulan los agentes que alinean sus acciones y ponen en juego sus saberes, sentires, destrezas e intereses en los distintos momentos de las trayectorias de atención.

De esta manera, la glosa se convierte en una herramienta técnica ligada a la circunstancia, donde se registran parcialmente los datos de cada situación médica específica. En ella se muestran las contradicciones entre las normas y las prácticas que permiten visibilizar las inconsistencias institucionales. Por una parte, se elabora puntualmente, pero por otra se invisibiliza, se relega. Así, la glosa, entendida como objeto no humano desde la teoría del actor red, genera acciones, por ejemplo, los colores de clasificación del nivel de gravedad desatan secuencias de acontecimientos particulares. La glosa está, pero no está, abre tramas de atención clínica, pero las cierra con rapidez, oscila entre la continuidad y la discontinuidad de los procesos. Como objeto marginal, el registro no deja huella y al final del día el remanente de la glosa llega al archivo donde eventualmente se desecha. La glosa ordena en la práctica, pero no necesariamente trasciende, pues según lo observado, no se considera en otras áreas de atención.

Al revisar la literatura y contrastar los hallazgos de esta investigación, se encontraron

artículos que desde la etnografía clínica abordan las negociaciones entre el personal de salud y los pacientes mayores que acuden a Urgencias. Hillman (2013), analizó la dinámica de la sala de triage para comprender la manera en que se tomaban las decisiones en la clasificación del nivel de gravedad del enfermo, pero no mencionó el registro documental de los casos. Por su parte, el estudio de Álvarez *et al.* (2018) se centró en los patrones interaccionales en Urgencias desde la perspectiva de la informática biomédica. A diferencia del hospital de la capital mexicana de este estudio, el nosocomio observado contaba con registros digitales precisos de Urgencias, y fue a partir de ellos que los autores se dieron a la tarea de descubrir modelos de roles y pautas de interacción del personal de salud para optimizar la dinámica de Urgencias. Análisis como el de Álvarez *et al.* (2018) en hospitales públicos como el aquí estudiado hubieran sido imposibles ante la precariedad tecnológica y la falta de sistemas de registro electrónico. Habría que realizar estudios etnográficos en otros servicios de Urgencias para analizar el uso del expediente clínico y sus potencialidades interpretativas.

El escrito de Milton *et al.* (2022) abordó el tema de los facilitadores y las barreras del trabajo interprofesional en el servicio de Urgencias por medio de los incidentes críticos. Consideró este espacio como de alto riesgo para la seguridad del paciente y destacó las tensiones entre las responsabilidades atribuidas a los profesionales de la salud y la falta de apoyo administrativo para su desempeño profesional. Aspectos mencionados en este artículo, como la importancia de la experiencia del personal de salud y la habilidad para tomar decisiones inmediatas, coinciden con lo observado en las distintas áreas de Urgencias en este trabajo, sin embargo, el tema del registro de la atención no se aborda explícitamente. Por su parte, Gifford *et al.* (2022) estudiaron la presencia de los linderos profesionales en la integración del equipo de salud y su efecto en el desempeño operativo, los autores vincularon el problema con las características de la cultura organizacional y los aspectos relacionales normados por los dispositivos institucionales.

En la revisión de la literatura relativa a las interacciones en Urgencias, numerosos artículos se centraron en la relevancia del trabajo coordinado del equipo de salud y la comunicación fluida (Khademian *et al.*, 2013; Kilner & Sheppard, 2010; Negpal *et al.*, 2018; Fernández *et al.*, 2008; Ahmadpour *et al.*, 2021). La mayoría se orientó a la búsqueda de la eficiencia y la eficacia en la práctica. El asunto del registro clínico escrito resultó un tema secundario que se abordó sólo tangencialmente y no se relacionó con los resultados de este estudio, más bien estaban referidos al diseño y los contenidos de los formatos de registro. Destacaron trabajos como el de Schmutz *et al.* (2019) que presenta un metaanálisis sobre la efectividad del trabajo en equipo y el desempeño en la práctica en Urgencias para el que utilizaron listas de cotejo para medirlo. Otros artículos como el de Brandstrop *et al.* (2012) se enfocaron en las estrategias educativas necesarias para agilizar las interacciones entre el personal de salud en Urgencias, aludieron a escenarios simulados y a conversaciones reflexivas sobre el aprendizaje en la práctica. En cambio, propuestas como la de PIVOT (Society for Participatory Medicine) pusieron énfasis en la perspectiva del paciente y desarrollaron instrumentos para encuestar a los usuarios de los servicios de Urgencias sobre su experiencia. No obstante, lo que en este trabajo interesó mostrar alude a las características de la elaboración de estos expedientes en Urgencias como reflejo de la funcionalidad y relevancia que tienen como objetos articuladores de las trayectorias de los enfermos en la clínica.

Conclusiones

Recuperando la pregunta de investigación enunciada ¿por qué no existe un expediente clínico formal (impreso o electrónico) en Urgencias en el hospital estudiado? Se puede afirmar que la glosa juega el papel de dispositivo articulador de la atención en la dinámica de Urgencias y forma parte de los engranajes de paso y las narrativas performativas en tramas de acontecimientos que ahí tienen lugar. No obstante, el carácter provisional/temporal del servicio se refleja en el limitado registro de formatos y la ausencia de expedientes formales. El ritmo acelerado de Urgencias enfatiza

las interacciones en la práctica más que el registro detallado de la atención. El protocolo que consiste en clasificar, derivar y dar continuidad a la atención en otros espacios subordina la tarea del registro que dura menos de un día.

A la luz de este estudio etnográfico se puede afirmar que el concepto foucaultiano de dispositivo fue útil como herramienta teórico-epistemológica pues permitió analizar la dinámica interaccional y las estrategias institucionales para normar el contexto clínico de Urgencias. El conjunto de actores humanos y no humanos configuraron el dispositivo y la reactualización de las normas en las interacciones sociales. Por ejemplo, la disposición de los espacios articulados, los documentos y formatos de registro específicos, los algoritmos de atención, la división del trabajo, la coordinación del personal de salud, y la precisión de sus tareas son muestra de ello. El ritmo acelerado con el que se realizan los procedimientos y la concatenación de acontecimientos que lo caracterizan se fundamentan en la perspectiva epistémica de la eficiencia biomédica y administrativa para restaurar la salud en situaciones de crisis. En este sentido, los dispositivos institucionales en Urgencias cumplen con funciones estratégicas específicas que se expresan en roles, jerarquías y relaciones de saber/poder. En este contexto, la glosa es un elemento más que opera como articulador de la efímera atención médica en Urgencias. Cuando el pasaje por este servicio termina, la glosa deja de funcionar y pierde sentido, se desintegra para integrarse en otros dispositivos documentales o se desecha.

Los pacientes que transitan por este umbral encuentran el desenlace de su estado liminal de salud y prosiguen al solucionar, aunque sea parcialmente el tránsito de lo indiscernible del dolor, del miedo y de las sensaciones corporales a la posibilidad de control que les ofrece el diagnóstico y tratamiento médico. Es decir, transitan de lo indefinido a lo definido, del estado mórbido al saludable. La tensión entre estar sano o enfermo no sólo tiene implicaciones físicas, sino sociales y morales que modifican la autopercepción y el comportamiento.

La glosa en sí misma no llega a constituirse en expediente formal, no obstante, en ella sí aplica lo que se refiere en las normas oficiales del expediente clínico (Norma Oficial Mexicana 004, 2012) sobre las notas médicas e intervenciones de los trabajadores de salud. Cada acción e interacción del personal de la salud que se registra en cualquier medio físico o electrónico forma parte de dicho expediente. Sin embargo, en la realidad del trabajo cotidiano por lo general, la función de la glosa se limita a un solo evento de atención médica que es muchas veces efímera. Por ello su situación en el sistema hospitalario es limitada, de ahí su destino provisional vía el archivo. Esto se expresa también en los escasos recursos tecnológicos para el registro que muestran la levedad de la glosa. La marginalidad de la glosa es reflejo de la preeminencia del tiempo acelerado de las interacciones sociales del equipo de salud y el proceso de atención, clasificación, diagnóstico y derivación, lo cual requiere de una profusa red de recursos institucionales que permitan atender o canalizar a los pacientes según el caso. Como se evidenció en el trabajo etnográfico aquí presentado, las interacciones sociales van de la mano con la estructura y funcionamiento de Urgencias, así como con el acto del registro. Este último adquiere sentido como articulador de los procesos de atención. La meta es resolver la situación liminal del paciente y dar paso a la siguiente fase terapéutica. Una vez alcanzado el objetivo, la glosa pierde sentido.

Los dispositivos organizacionales configuran las tramas narrativas de la atención y asignan posiciones físicas y sociales a cada agente (médicos, enfermeras, asistentes, técnicos, pacientes, familiares, etc.) para intervenir estratégicamente en ciertos aspectos del proceso. De esta manera, el sentido asociado a la búsqueda de auxilio para contender con la enfermedad en situaciones de incertidumbre que colocan al padeciente en un estado liminal, encuentra una vía estructurada en la atención clínica y el orden hospitalario. Las interacciones entre el personal de salud, profesionales en formación, pacientes y familiares que configuran las trayectorias de atención, se plasman de diversas maneras en los documentos escritos formales e informales, en este caso la glosa, que dan cuenta de la trama de acontecimientos.

La función de los expedientes clínicos archivados es conservar la información y dar cuenta de las trayectorias históricas, sociales, económicas, políticas, epidemiológicas, normativas y de

organización (Ornelas Aguirre, 2013). Como explican Gómez López & Sánchez (2018), incluso reflejan ideologías y prácticas sociales específicas en contextos institucionales. Los expedientes clínicos al mismo tiempo son privados por contener datos del paciente y públicos para el equipo de salud, pues cumplen objetivos específicos y necesidades institucionales centradas en la disponibilidad y continuidad de la información (Somolinos Palencia, 2021). El hecho de que la glosa sea desechada, atenta contra la posibilidad de realizar análisis retrospectivos para comprender las experiencias de los usuarios y optimizar el trabajo colaborativo del equipo de salud.

Algunas recomendaciones derivadas de este estudio se refieren a la necesidad de la digitalización del registro que permita agilizar los procesos de atención en Urgencias. Dejar huellas permite el análisis de las trayectorias de los casos, la reconstrucción de las interacciones entre el personal y los servicios hospitalarios, así como el análisis sobre el consumo de los recursos. El uso de tabletas portátiles permitiría documentar sin limitar la movilidad del personal. La actualización tecnológica forma parte de los dispositivos institucionales que optimizan el trabajo colaborativo y la atención a los pacientes.

En cuanto a los formatos de registro, la digitalización posibilita la integración interprofesional que incluya la perspectiva de los agentes que intervienen en el proceso y que refleje las narrativas performativas de médicos, enfermeras, pacientes, personal administrativo y de apoyo, que participan en la trama de acontecimientos. De esta manera no sólo se plasma la visión biomédica del caso, sino cuestiones relativas a aspectos operativos, psico-emocionales y socioculturales que contextualicen y den un panorama más amplio sobre las personas y los procesos. El rediseño de los registros y su conservación digital puede influir en el ritmo y rumbo del proceso de filtración y en la toma de decisiones al contar con información integrada y disponible, lo que incide en la cultura organizacional.

El efecto de transitar de la glosa artesanal al expediente electrónico en Urgencias se reflejaría en la ordenación del flujo de la atención, incluso con otros servicios, y en la legitimación de la participación de quienes integran el equipo de salud, lo que coadyuvaría a la interprofesionalidad y el fortalecimiento de las comunidades de práctica.

Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 73 (26), 249-264.
- Ahmadpour, S.; Bayramzadeh, S.; Aghaei, P. (2021). Efficiency and teamwork in emergency departments: Perception of staff on design interventions. *HERD*, 14 (4), 310-23.
- Alvarez, C.; Rojas, E.; Arias, M.; Munoz-Gama, J.; Sepúlveda, M.; Herskovic, V. & Capurro, D. (2018). Discovering role interaction models in the Emergency Room using Process Mining. *J Biomed Inform*, 78, 60-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2017.12.015> [consulta: 28 de enero de 2024].
- American College of Emergency Physicians. (2022). Patient Medical Records in the Emergency Department. <https://www.medleague.com/knowledge-base/analyzing-emergency-room-records/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Atkinson, P. (1997). *The Clinical Experience*. Aldershot UK: Ashgate.
- Bowden, T.; Lyell, D.; Coiera, E. (2020). Emergency care access to primary care records: an observational study. *BMJ Health Care Inform*. 27(3), e100153. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjhci-2020-100153>
- Brandstorp, H.; Kirkengen, AL.; Halvorsen, PA.; Sterud, B.; Haugland, B. (2012). Training interaction in primary care emergency teams: the role of the patient. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2 (4), 656-663. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v2i4.307> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Chihu Amparán, A. (2018). Los marcos de la experiencia. *Sociológica*, 33 (93), 87-117.
- Cisterna, C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento.

- to en investigación cualitativa. *Theoria*, 14, 61–71.
- Emergency room record. (2020). Harris health system guidelines and protocols, no. 10. <https://med.uth.edu/harrishealth/wp-content/uploads/sites/26/2020/09/E10.20-EMERGENCY-ROOM-RECORD.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Fernandez, R.; Kozlowski, SWJ.; Shapiro, MJ.; Salas, E. (2008). Toward a definition of teamwork in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 15(11), 1104–12.
- Fischer-Lichte, E. (2011). *Estética de lo Performativo*. Madrid: Abada Editores.
- Gifford, R.; Van Der Vaart, T.; Molleman, E.; Van Der Linden, MC. (2022). Working together in emergency care? How profesional boundaries influence integration efforts and operational performance. *International Journal of Operations & Production Management*. 42 (13), 144–3577.
- Goffman, E. (2006). *Frameanalysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gómez, G.; Sánchez, P. (2018). Utilidad de los expedientes clínicos para la investigación bioantropológica en salud. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. 278, 85–104.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. México: Ediciones Bellaterra.
- Hamui, L. (Coord). (2022). *Interacciones y narrativas en la clínica. Más allá del cerebro*. México: Facultad de Medicina.
- Hamui, L. & Josefina, R. (2021). Etnografía Clínica y Narrativas. *Revista Dimensión Antropológica*, (81), 7-30.
- Hamui, L.; Vives, T. (2022). Las preguntas analíticas en investigación cualitativa. *Investigación en Educación Médica*, 11(41), 97–102.
- Hillman, A. (2013). “Why must I wait?” The performance of legitimacy in a hospital emergency department. *Sociology of Health & Illness*, 36, 485 – 99.
- Insunza, I. (2019). Origen y usos de la idea de liminalidad. <https://www.revistahiedra.cl/opinion/origen-y-usos-de-la-idea-de-liminalidad/> [consulta: 27 de enero de 2024].
- Janesick, V. (1994). *The Choreography of Qualitative Re-search Design*. Handbook of Qualitative Research, 379-399.
- Kelley, C. (2020). How to communicate with emergency services using a SOAP note. <https://blog.nols.edu/2020/05/18/soap-report> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Khademian, Z.; Sharif, F.; Tabei, SZ.; Bolandparvaz, S.; Abbaszadeh, A.; Abbasi, HR. (2013). Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 18 (4), 333–9.
- Kilner, E. & Sheppard, LA. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs*, 18(3), 127–37.
- Kleinman, A.; Eisenberg, L., Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus the journal of lifelong learning in psychiatry*, IV (1), 140-149.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lock, M. & Nguyen, V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Reino Unido: Wiley Blackwelle Publishing.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. New York: Cambridge University Press.
- MedLeague. (2015). Analysing Emergency Room Records. <https://www.medleague.com/knowledge-base/analyzing-emergency-room-records/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Milton, J.; Erichsen, A.; Åberg, ND.; Gillespie, BM.; Oxelmark, L. (2022). Healthcare professionals’ perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 30 (1), 46.
- Negpal, V.; Nicks, BA. (2018). Communication and Interpersonal interactions. *International*

- Emergency Medicine Education Project. <https://iem-student.org/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Norma Oficial Mexicana (2012). NOM 004-SSA3-2012. Del expediente clínico. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0 [consulta: 28 de enero de 2024].
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término liminal]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término triage]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término derechohabiente]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI (2024). ChatGPT (versión del 20 de abril) [definición del término glosa]. <https://chat.openai.com/chat>
- Ornelas, JM. (2013). *El expediente clínico*. México: Manual Moderno.
- Pozas, MA. (2015). En busca del actor en la Teoría del Actor Red. <https://cdsa.aacademica.org/000-079/51.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Schmutz, J.B.; Meier, L.L.; Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9 (9), e028280. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Slade, D.; Stein-Parbury, J.; Scheeres, H.; Widin, J.; Smith, V. & Townsend, L. (2011). CHEC Communication for Health in Emergency Contexts. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/CHEC-interactive.pdf> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Society for Participatory Medicine. (2017). What Patients Observe about Teamwork in the ED: Development of the PIVOT Questionnaire. <https://participatorymedicine.org/journal/what-patientsobserve-about-teamwork-appendix-a/> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Somolinos, J. (2021). Fundamentos del diagnóstico. <https://www.fundamentosdel diagnostico.com/cap%C3%ADtulo-2-el-expediente-cl%C3%ADnico-a-traves-de-la-historia> [consulta: 28 de enero de 2024].
- Spinelli, H. (2022). *Sentir jugar hacer pensar: la acción en el campo de la salud*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Turner, V. (1998). *El proceso ritual: estructura y antiestructura*. España: Taurus.
- Vaid, U.; Lundgren, H.; Watkins, KE.; Ziring, D.; Alcid, GA.; Marsick, VJ. & Papanagnou, D. (2023). Making decisions “in the dark”: Learning through uncertainty in clinical practice during Covid-19. *AEM Educ Train*. 7(5), e10909.
- Van Gennepe, A. (2008). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wenger-Trayner, E. & Wenger-Trayne, B. (2019). Comunidades de práctica una breve introducción. <http://www.pent.org.ar/institucional/publicaciones/comunidades-practica-una-breve-introduccion>[consulta: 27 de enero de 2024].

Anexo 1. Formato de fichas para el registro etnográfico

Persona que observa:				
Fecha	Hora	Lugar	Tipo de expediente (electrónico, impreso, mixto)	Motivo de consulta (derivado de las interacciones)
Sujetos participantes		Franja de actividad (áreas)	Situación observada (consulta, pase de vista...)	Marco de referencia (lógica dominante: biomédico, administrativo, educativo, investigación)
Infraestructura (descripción física del lugar)		Dispositivos institucionales que intervienen (formatos médicos, recetas, EC, consentimiento, registros de vigilancia,)		
Descripción de la franja de actividad (conjunto de interacciones en el área)				
Descripción detallada de la situación observada (interacción específica: consulta...)				
Esquema gráfico				
Tiempo de la situación (cronológico)			Inicio:	Fin:
NOTAS (situaciones inesperadas, emergentes, inciertas, tensiones, conflictos, intereses encontrados, ruptura en el consenso de trabajo, falta de concordancia en los marcos, resolución de la situación)				
Análisis del Expediente Clínico en el Archivo (con el documento en las manos)				
No. identificación EC (omitir en información pública, ya que es confidencial)	Tipo de ingreso (urgencias, consulta externa, recomendado, corta estancia de admisión de quirófano)	Urgencias: Clasificación según TRIAGE (rojo, naranja, amarillo, verde o azul) Cirugía programada	Selección del EC para método de caso extendido (EC con gran densidad de información; referido de la UMF 28 o a un 3° nivel del área correspondiente)	
Orden de la documentación (orden de documentación de acuerdo con la carpeta de contención)				
Formato de escritura (a mano, a máquina, en computadora...)	Legible (uso de abreviaturas,	Entendible	Enmendaduras (tachaduras, correcciones)	
Quien interviene en la escritura (número y cargo)	Quien lo firma por categoría	Referencias entre niveles (correlación diagnóstica 4-30-80)	Notas médicas (fecha y servicio)	
Componentes (enfermería, trabajo, social, nutrición, inhalo terapia)	Dificultades en el registro (legal, infectocontagioso)	Se incorpora la subjetividad del paciente (qué se puso y quién lo puso)	Egreso del paciente	
Trayectoria y esquema del paciente (por donde ha pasado y desenlace del paciente)				
Observaciones adicionales				

Fecha de Recepción: 6 de febrero de 2024
 Recibido con correcciones: 22 de abril de 2024
 Fecha de Aceptación: 21 de mayo de 2024