

"Las miradas modifican los datos". La construcción del dato epidemiológico: un análisis desde la antropología médica

"Las miradas modifican los datos". The construction of epidemiological data: an analysis from medical anthropology (abstract: p. 19)

"Las miradas modifican los datos". A construção do dado epidemiológico: uma análise desde antropologia médica (resumo: p. 19)

Valeria Inés Puricelli^(a)

<vipuricelli@gmail.com> 

^(a) Estudiante de posgrado de Ciencias Sociales y Humanidades (Doctorado), Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Río Negro. Mitre 630, 5º piso, oficina C. San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro, Argentina. Código postal: 8400.

Este artículo examina el proceso de registro de información sanitaria en un centro de atención primaria de Villa La Angostura, Neuquén, Argentina, desde la perspectiva de la antropología médica. A través del análisis de 49.017 registros de prestaciones y entrevistas a 12 trabajadores/as sanitarios/as, analizamos cómo se construye el dato epidemiológico en la práctica cotidiana. Los hallazgos revelan que, del total de registros, 34.312 (70%) corresponden a procedimientos, 14685 (29.95%) a diagnósticos donde predominan las categorías biomédicas y solo 20 registros (0.05%) refieren a aspectos sociales. Los sistemas de clasificación moldean activamente qué puede ser documentado. Los trabajadores otorgan diversos sentidos al registro, desde visibilizar prácticas profesionales hasta obtener información epidemiológica para orientar intervenciones. Ante las limitaciones del sistema, desarrollan estrategias alternativas para capturar la complejidad observada.

Palabras clave: Dato epidemiológico. Atención primaria de la salud. Antropología médica.

Introducción

La información sanitaria es un insumo fundamental para comprender la situación de salud de la población, permitiendo monitorear las condiciones de salud, anticiparse a escenarios epidemiológicos, planificar acciones sanitarias y distribuir los recursos.

En Argentina, la construcción de la información sanitaria comienza en los centros de atención primaria y hospitales donde los/as trabajadores de salud registran cada consulta o prestación en sistemas informáticos o formularios en papel. Estos sistemas requieren que cada prestación sea codificada utilizando clasificaciones estandarizadas, principalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y SNOMED-CT. La información codificada de los establecimientos de salud se envía a las jurisdicciones provinciales, donde se procesan y consolidan para ser transformada en datos epidemiológicos, es decir, representaciones cuantitativas de la información sanitaria. Las provincias, a su vez, elevan estos datos a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

Este proceso de construcción y circulación de información sanitaria plantea interrogantes fundamentales sobre cómo se produce el conocimiento epidemiológico y qué aspectos de la realidad sanitaria logra captar. Para abordar estas cuestiones, la antropología médica ofrece un marco teórico valioso para analizar la construcción de la información sanitaria, al concebir todo sistema médico (incluso la biomedicina) como un sistema sociocultural compuesto por valores, creencias y prácticas que determinan formas específicas de construir sus objetos en un contexto histórico determinado¹⁻⁵. Desde esta perspectiva, los datos epidemiológicos no son reflejos neutrales de la realidad sanitaria sino construcciones que emergen de marcos metodológicos e ideológicos específicos⁵⁻⁷. Los sistemas de información sanitaria, basados en el modelo biomédico, facilitan la traducción de la dolencia a categorías codificables donde el profesional aprende a "construir personas enfermas y convertirlas en pacientes"¹ (p. 149), reduciendo la complejidad de la experiencia a definiciones profesionales (*disease*) que excluyen tanto los aspectos subjetivos (*illness*) como los significados sociales^{4,8,9}. Esta reducción biologicista dificulta el reconocimiento de los individuos como parte de grupos sociales inmersos en contextos políticos, históricos y socioeconómicos, determinaciones que influyen en la distribución desigual de la morbilidad¹⁰⁻¹⁴.

Los trabajos de Ramírez Hita^{9,15,16} utilizan el método cualitativo etnográfico para complementar y cuestionar los límites del dato epidemiológico. Entre estas limitaciones, identifica la naturalización de ciertos problemas de salud por los propios actores lo que dificulta su identificación. Además, menciona que el registro exclusivo de consultas al sistema público de salud deja afuera las del sector privado y de otros sistemas médicos. E identifica los sesgos generados por la participación en programas sanitarios específicos como los materno-infantiles o los dirigidos a enfermedades crónicas.

En sentido crítico, Sabina Leonelli¹⁷ argumenta que los datos no son hechos neutrales sino objetos relacionales que necesitan ser contextualizados para comprender su significado. Propone que la teoría está presente en cada etapa del proceso de producción de conocimiento. En el campo de la salud, esto significa que las decisiones teóricas y conceptuales atraviesan todos los momentos, desde el diseño de los

instrumentos de recolección, pasando por las formas en que los/as trabajadores/as de salud traducen los motivos de consulta en diagnósticos codificables^(b), hasta la producción e interpretación final del dato epidemiológico.

En este contexto, diversos estudios han descripto problemas en el registro de datos sanitarios que comprometen su capacidad para capturar la complejidad del proceso salud/enfermedad/atención (PSEA) y dar soporte a la gestión¹⁸. Como argumenta la antropóloga Merry Sally¹⁹, los indicadores sanitarios no son solo una tecnología de producción de conocimiento, sino también de gobernanza, al ser base de decisiones que afectan a las poblaciones.

Esta dimensión de la información sanitaria se materializa en los sistemas de clasificación como la CIE-10 y SNOMED-CT, que no son simplemente herramientas técnicas de registro, sino "infraestructuras de información"²⁰ (p. 110). Son sistemas profundamente integrados en las estructuras sociales y tecnológicas del sistema de salud. Estos sistemas estructuran qué aspectos de la salud pueden ser registrados (codificados), comunicados y analizados, y cómo. Además, establecen marcos para las interacciones entre personas e instituciones^(c), incorporan juicios de valor sobre qué es significativo registrar y proporcionan un lenguaje común que permite realizar comparaciones e intercambiar información entre los distintos actores del sistema de salud²⁰. De esa forma, lo que aparenta ser una mera herramienta técnica para recopilar datos, en realidad contribuye a configurar qué y cómo conocemos sobre la salud de las poblaciones.

Los/as profesionales de la salud se encuentran en la compleja tarea de traducir la realidad del padecimiento a categorías estandarizadas. Cada estándar y categoría valoriza una perspectiva y silencia otra²⁰, una elección que, aunque necesaria para la sistematización de información, implica una reducción de la complejidad del proceso salud/enfermedad. Este proceso de selección y reducción no es neutral. Como ha demostrado Nancy Scheper-Hughes⁵, los registros estadísticos reflejan los valores fundamentales de una sociedad. Así, cuando un/a profesional de la salud traduce la narrativa de una persona (que incluye sus circunstancias sociales, experiencias subjetivas y contexto vital) a códigos estandarizados, está participando no solo en un proceso técnico sino también moral, al decidir qué aspectos del padecimiento merecen ser registrados y cuáles quedarán invisibilizados en el sistema oficial de información sanitaria.

Como señalan Bowker y Star²⁰, la infraestructura de información no determina mecánicamente las prácticas de los/as trabajadores/as, sino que establece un marco de posibilidades y restricciones con el que continuamente negocian. Estos sistemas de clasificación están ligados a prácticas concretas de codificación. Las decisiones del equipo sanitario están moldeadas por un complejo entramado: las necesidades específicas de su contexto, las limitaciones institucionales, las tradiciones disciplinarias y profesionales y los objetivos prácticos del registro, al mismo tiempo que adaptan, interpretan y encuentran soluciones alternativas en su trabajo cotidiano. Se genera una tensión entre la rigidez teórica aristotélica²⁰ de los sistemas de clasificación y la flexibilidad necesaria para la aplicación práctica. Es así como comprender cómo los/as trabajadores/as de salud negocian esta tensión en su práctica cotidiana resulta fundamental para entender el proceso de construcción de la información sanitaria.

^(b) Por ejemplo, cuando un profesional decide qué código utilizar, esta decisión está orientada por marcos conceptuales sobre qué es una enfermedad (y qué no lo es), qué aspectos son relevantes para su diagnóstico y qué dimensiones del padecimiento merecen ser documentadas.

^(c) Por ejemplo, determinando cómo los centros de salud organizan sus registros o cómo los sistemas de salud pública recopilan estadísticas.

Para analizar estas tensiones entre sistemas de clasificación y prácticas concretas de codificación, nos centramos en el caso de Villa La Angostura, Neuquén, Argentina. Allí, en una investigación previa^(d) identificamos una distancia entre los datos estadísticos y las problemáticas que los/as trabajadores/as de un centro de atención primaria de la salud consideraban relevantes. Encontramos que mientras los datos estadísticos ofrecían una visión estructurada y numérica de las patologías biomédicas predominantemente codificadas, los relatos de los/as trabajadores/as del CS revelaban una complejidad que escapaba a dicho análisis cuantitativo^(e). Asimismo, estos reconocían un conjunto de afecciones que, si bien no se reflejaba en los registros estadísticos convencionales, consideraban fundamentales para la planificación y ejecución de sus estrategias de intervención sanitaria.

Esta distancia reveló las limitaciones de los sistemas de información sanitaria para capturar la complejidad del PSEA. Lo que nos llevó a preguntarnos sobre el proceso mismo de codificación. ¿Cómo el proceso de registro y codificación contribuye a la distancia entre los datos epidemiológicos y las percepciones de los/as trabajadores/as? ¿Qué dimensiones del proceso salud-enfermedad son traducidas a códigos en el registro de prestaciones sanitarias? ¿Qué criterios y sentidos orientan las decisiones de codificación de los/as trabajadores/as? ¿Cómo la estructura del sistema de registro condiciona qué aspectos del proceso salud/enfermedad pueden ser codificados? ¿Qué estrategias desarrollan frente a las limitaciones del sistema y conseguir captar la complejidad del proceso salud/enfermedad?

De esta manera, el presente artículo tiene como objetivo principal analizar el proceso de registro de datos sanitarios en un centro de atención primaria de Villa La Angostura, examinando tanto las formas de codificación utilizadas como los diferentes sentidos que los/as trabajadores/as le otorgan a esta práctica.

Como objetivos específicos proponemos: 1. caracterizar los tipos de códigos utilizados en el registro de prestaciones sanitarias identificando qué dimensiones del proceso salud/enfermedad son traducidas a códigos. 2. analizar los criterios y sentidos que orientan las decisiones de codificación de los/as trabajadores/as de salud. 3. examinar las limitaciones que encuentran en el proceso de registro y las estrategias que desarrollan para superarlas.

Metodología

Diseñamos un estudio cualitativo que combina dos estrategias metodológicas complementarias: análisis temático de base de datos y entrevistas en profundidad. El estudio se realizó en Villa La Angostura, Departamento de Los Lagos, Neuquén, Argentina. Según el Censo 2022²¹, el departamento de Los Lagos (Villa La Angostura y Villa Traful) tenía una población de 15.555 habitantes. La investigación se centró en el barrio Raihué^(f), caracterizado por su elevado índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (11.2%)²¹. El sistema de salud local está compuesto principalmente por el subsector público, el cual incluye un hospital de complejidad IV que ofrece servicios de internación y guardia general, así como tres centros de salud (CS) urbanos y uno rural

^(d) La investigación fue realizada en el marco de la tesis de fin de máster en antropología médica y salud global (Universidad Rovira i Virgili, 2020-2024).

^(e) En el mencionado trabajo, encontramos que las enfermedades registradas más frecuentemente por el CAPS son infecciones respiratorias, estrés, diabetes e hipertensión. Los tumores y enfermedades circulatorias destacan en mortalidad departamental. A su vez los/as trabajadores/as sanitarios/as entrevistados/as identifican a la precariedad habitacional y laboral, el analfabetismo y la contaminación ambiental como los principales problemas que afectan a la salud.

^(f) El nombre del Centro de salud, del barrio de estudio y de los/as interlocutores/as son ficticios a fines de garantizar su confidencialidad.

en Villa Traful. El Centro de Salud Comahue, donde realizamos el estudio, se ubica a 1.4 km del hospital local y cubre nueve barrios, entre estos el barrio Raihué.

Realizamos un análisis temático²² de la base de datos de prestaciones (49.017 registros entre 2018-2022) a fines de caracterizar los tipos de códigos utilizados por los/as trabajadores/as del Centro de Salud Comahue. Los datos provinieron de dos sistemas informáticos: Sistema de Información Provincial de Salud (SIPS) utilizado hasta septiembre de 2019 y Aplicaciones Neuquinas de Salud (ANDES), que lo reemplazó. Mientras que el SIPS empleaba la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) para la codificación de diagnósticos, el sistema ANDES utilizaba la terminología SNOMED-CT. El análisis incluyó la identificación de las enfermedades más frecuentemente codificadas y una búsqueda sistemática de términos específicos (trabajo, vivienda, vulnerabilidad, social, violencia). Este análisis permitió identificar qué dimensiones del proceso salud/enfermedad son representadas en las codificaciones y cuáles quedan invisibilizadas. Una limitación de este análisis fue no tener acceso a las historias clínicas, así como no haber realizado observación de las prácticas de registro y codificación, lo que hubiera permitido comprender mejor el proceso de traducción de la dolencia a categorías estandarizadas. Aun así, mi experiencia de diez años como médica en salud pública es relevante para esta investigación. Aprendí a codificar mediante la práctica diaria, consultas a colegas experimentados, observación y experimentación con SIPS y ANDES. Esta experiencia y mi práctica de traducción de dolencias a códigos diagnósticos se incorporaron al análisis, manteniendo un ejercicio constante de reflexividad metodológica²³, reconociendo cómo mi trayectoria profesional guiaba mi perspectiva sobre el proceso de codificación.

Realizamos entrevistas en profundidad a 12 trabajadores/as del Centro de Salud Comahue pertenecientes a diferentes áreas: medicina general, enfermería, agentes sanitarios, personal administrativo, psicología y trabajo social, con distintos orígenes y trayectorias. Indagamos sobre la forma en que registran los datos sanitarios y el sentido que otorgan a esta práctica^(g). Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático²², identificando patrones y codificando las formas de registro y los sentidos otorgados a esta práctica. Los/as entrevistados/as participaron voluntariamente, habiendo otorgado previamente su consentimiento informado.

Realizamos el trabajo de campo entre marzo y julio de 2023, con visitas posteriores entre septiembre y octubre del mismo año. La investigación fue aprobada por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Dirección de Bioética e Investigación de la provincia de Neuquén con dictamen IF-2023-00689535-NEU-DESP#MS, investigación registrada bajo el Registro de Investigación en Salud (RIS) 15.00.22.

^(g) Las frases fueron registradas en forma literal y se presentan en el presente texto entre comillas y en bastardilla.

Resultados

Infraestructura del sistema de información y la codificación

Observamos que la base de datos permite caracterizar a la población asistida en función del sexo, edad, cobertura sanitaria y el código asignado por el profesional correspondiente. Es relevante destacar que la descripción se realiza por consultas, lo que implica que, si una persona asiste al centro en múltiples ocasiones, cada visita se registra por separado.

Cada consulta es codificada de tres maneras: un código SNOMED-CT ingresado por el profesional, un código CIE-10 asignado automáticamente cuando existe equivalencia, y un código CIE-10 añadido por personal administrativo durante la auditoría. El sistema informático ANDES gestiona automáticamente las equivalencias entre los términos de SNOMED-CT y la CIE-10 mediante un proceso de "mapeo terminológico" sistemático que asigna los códigos correspondientes en ambas nomenclaturas²⁴. Posteriormente, el personal administrativo realiza un proceso de auditoría que permite ratificar o rectificar estas homologaciones automáticas.

Además, las prestaciones ambulatorias se registran en ANDES mientras que las de internación en SIPS, sin interconexión entre ambos. La fragmentación entre estos sistemas informáticos dificulta el seguimiento integral de los/as pacientes, complica el trabajo de los/as profesionales que deben consultar múltiples plataformas, y compromete la continuidad de la información sanitaria al generar registros de datos que raramente dialogan entre sí. Como señala José, médico generalista del CS, "cuando entra a la internación se arma un agujero negro ahí".

El análisis reveló que, de un total de 49.017 códigos asignados a las prestaciones, 34.312 (70%) corresponden a "procedimientos" realizados por los/as profesionales. En el sistema SNOMED-CT, "procedimiento" es un concepto de nivel superior utilizado para representar actividades que se llevan a cabo durante la atención de la salud de un/a usuario/a, tales como "vacunación", "registro de signos vitales", "entrega o administración de medicación", "visita domiciliaria", "provisión de leche" y "seguimiento telefónico". En tanto, 14685 (29.95%) se refieren a enfermedades biomédicas codificadas según los sistemas SNOMED-CT o CIE-10. Para que estas enfermedades puedan ser identificadas en los registros, deben codificarse dentro de la jerarquía de "hallazgo clínico" en SNOMED-CT, específicamente como subtipos de "trastornos". Finalmente, tan solo 20 códigos (0.05%) registran aspectos sociales con términos inespecíficos como "problema laboral", "problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar" y "antecedente relacionado con la vivienda".

En SNOMED-CT cada registro puede clasificarse bajo una sola terminología (como procedimiento, hallazgo clínico, evento, entre otras). Esto tiene implicancias estadísticas, ya que solo los conceptos pertenecientes a las jerarquías de "hallazgo clínico" (y dentro de ésta, "trastorno") poseen mapeo oficial a CIE-10, permitiendo su inclusión en análisis epidemiológicos y comparaciones internacionales. En contraste, los "procedimientos" carecen de mapeo directo a CIE-10, apareciendo como "mapeo

no disponible", lo que limita su utilidad para fines estadísticos basados en esta clasificación internacional.

A su vez, los tipos de códigos varían según la profesión, mientras los/as médicos/as utilizan principalmente categorías de enfermedades (dentro de la jerarquía de "hallazgo clínico"), los servicios de enfermería, agentes sanitarios y salud mental codifican mayormente "procedimientos", invisibilizando el problema de salud subyacente a la intervención. En este sentido, más del 90% de las prestaciones realizadas por cada uno de estos tres últimos servicios son codificados como "procedimientos" en SNOMED-CT, una categoría que, como se mencionó, carece de mapeo a CIE-10. Esto refleja una tensión en el proceso de registro: mientras algunos/as trabajadores/as buscan visibilizar la complejidad de sus intervenciones, el sistema tiende a simplificarlas. Florencia, integrante del servicio psicosocial desde hace un año, ilustra esta tensión al señalar que:

[...] no es lo mismo abordar una situación de violencia de género, que una vulneración de un derecho de un niño o niña, que un IVE [interrupción voluntaria de embarazo] [...] que un pibe en contexto de consumo, que un pibe que quiere, digamos, información para un emprendimiento socio productivo o sociolaboral, [...] o pensar un traslado por una persona con una enfermedad crónica... No es todo lo mismo. (Florencia)

Sin embargo, todas estas intervenciones diversas y complejas suelen quedar reducidas a códigos genéricos como "consulta" o "entrevista" (ambos clasificados como "procedimientos"), lo que no solo simplifica su naturaleza, sino que además las excluye de los análisis epidemiológicos.

Negociaciones con las limitaciones técnicas

Los/as trabajadores/as desarrollan diferentes estrategias para negociar con las limitaciones del sistema.

Julia, médica generalista con más de quince años de experiencia en el sistema de salud pública, utiliza un código general de "procedimiento" (como "examen periódico de salud") y luego detalla en la historia clínica informatizada la información del usuario en forma de texto libre. Bajo este diagnóstico codificado desglosa por escrito lo referente a los antecedentes clínicos personales o familiares, tratamiento farmacológico que realiza, resultados de estudios anteriores y el motivo de consulta. También describe los factores socioeconómicos que considere relevantes. Este "resumen de historia clínica" lo realiza especialmente en los pacientes "crónicos complejos" es decir aquellos que tienen situaciones de difícil resolución en la que intervienen actores de otros servicios, disciplinas e instituciones. Comenta que este resumen serviría para "... tener como una línea, primero para mí, para decir dónde estamos, qué puedo pensar o qué fue descartado y qué no".

Clara, médica generalista de reciente incorporación al CS, sigue una estrategia similar consolidando toda la información bajo un código único como "consulta" o

“control de salud” (clasificados como “procedimiento” en SNOMED-CT), en lugar de utilizar códigos específicos de diagnóstico clínico. Como ella explica:

[...] la primera consulta, todo, antecedente personal, antecedentes familiares, quirúrgico, todo lo desgloso ahí, medicación que toma y entonces cuando lo vuelvo a ver o si mi compañero lo ve, entra ahí y tiene todo. (Clara)

Esta práctica, si bien facilita el acceso a la información clínica completa para la continuidad de la atención, implica que los aspectos biomédicos y sociales quedan subsumidos dentro de un solo código genérico.

En contraste, Francisco, médico generalista con cinco años de experiencia en el hospital y el CS, prioriza la codificación precisa para el análisis epidemiológico. Él presenta un interés particular en la información sanitaria. Ha recibido capacitación en el tema de modo de estar familiarizado con las diferentes formas de codificación y sabe cuáles códigos son susceptibles de análisis estadístico. Señala que ciertos códigos pueden llevar a pérdida de información. Por ejemplo, aclara que, si se utiliza un código de “procedimiento, vos ponés ‘control de salud’, y escribís ahí, paciente diabético, tabaquista, entonces eso escrito se pierde”. De igual manera, “si ponés la hipertensión arterial como hallazgo, se pierde”. En cambio, si se coloca como “trastorno” ese código queda registrado, no se pierde.

En el relato de Julia observamos un intento de poder unificar la información fragmentada acerca de un individuo. En contraste, la estrategia de Francisco busca garantizar que la información sea recuperable para análisis posteriores. De forma de poder “...hacer más eficaz las intervenciones, que tengan impacto comunitario...” (Francisco).

La limitación más significativa que identifican es la falta de herramientas para conocer el estado de salud/enfermedad de un grupo poblacional y realizar un seguimiento correcto. Como señala Francisco, necesitan:

[...] herramientas para el seguimiento porque hay pacientes que se pierden. Por ejemplo, pedimos mucha SOMF [sangre oculta en materia fecal] en mayores de 50 años, viene con positivo, le pedís interconsulta con gastro y después lo perdiste. Viene a los 6 meses y no fue a gastro, algo en el circuito se rompió y no fue. [...] por ejemplo, un paciente diabético con la glicosilada en 14, hipertenso, que no tiene ningún estudio hecho, amerita hacer un esfuerzo por seguirlo, y no lo tenemos, esos pacientes se pierden bastante. (Francisco)

Ante esta carencia, el equipo desarrolló una solución de uso institucional, “el drive”, una planilla compartida virtualmente donde registran información clave sobre quienes requieran un seguimiento más cercano. Como explica Noelia, agente sanitaria que trabaja hace dos años en el CS, esta herramienta permite un seguimiento más integral de:

[...] más que nada adultos mayores o así, o pacientes justamente crónicos [...] nos sentamos y decimos, 'bueno, a ver, ¿quiénes necesitan más seguimiento? ¿Cuándo fue la última visita? ¿Cuándo es la próxima visita? ¿Quiénes son los referentes? ¿Qué patologías tienen? ¿Qué medicación toman?'. (Noelia)

Ella explica que una de sus tareas más importantes es realizar "captaciones" de las personas que hace un tiempo que no realizan "control" de su salud.

Además de la planilla digital, cada trabajador/a tiene su propia herramienta que considera de utilidad a la hora de recordar qué usuario/a debe contactar o en qué situación de salud/enfermedad está una persona determinada. Julia define a esta situación como "poli-registro" y manifiesta que "tendría que haber un registro unificado". En este mismo sentido, Camila (encargada de análisis estadístico del Hospital) expresa su deseo de superar esta fragmentación:

Y nada, mi finalidad es unificar el registro [...] Para mejorar el dato. Para que, en realidad, no para que sea más fácil. Para que no tengamos que hacer lo que hacen las chicas de ver uno por uno. O sea, que sea todo con un clic y tener todo... Todo bien, todo completo, todo, pero bueno... No sé si utópico capaz". (Camila)

Clara revela que emplea una estrategia similar: "Y lo anoto ahora en una libretita [...] pero me quiero hacer drive mío, digamos, el fichero [...] con tus pacientes y poder tener como esa continuidad". Esta práctica, según explica, surge de la necesidad de recordar a "esos pacientes que por ahí le pediste algo y se quedó como en el... que no sabés si volvió o no volvió". Las herramientas que utilizan son la "memoria" individual, agendas personales o "libretitas", recordatorios o notas en el celular personal, y también crearon grupos de *whatsapp* entre profesionales para dialogar sobre algunos/as usuarios/as en particular.

A pesar de la codificación sistemática de todas las prestaciones y el uso de estas estrategias alternativas, los/as trabajadores/as coinciden en que carecen de información sanitaria suficiente para orientar sus intervenciones clínicas. Como señala Julia, sería importante "conocer de qué se muere la gente para saber qué estamos haciendo. Sino abrimos el consultorio y que pase el que sigue". Esta limitación revela que la infraestructura de información, aún con las adaptaciones locales, no logra satisfacer las necesidades de conocimiento epidemiológico del equipo de salud.

Valores y sentidos otorgados al registro

Observamos que los/as trabajadores/as adoptan diversas estrategias para la codificación de prestaciones, de acuerdo con el valor y el sentido que le asignan al proceso de codificación y a la información estadística sanitaria.

Los/as profesionales del servicio psicosocial y salud mental utilizan la codificación como herramienta de visibilización de su práctica, pero se presentan distintas posturas profesionales. Florencia busca códigos que discriminen sus diferentes intervenciones

por dos motivos principales, “porque, digamos, después de acuerdo a eso, muchas fuentes de datos son la fuente para pensar algunas políticas, digamos, en relación a la atención, en salud”. Y, además, agrega que posibilita “visibilizar” su práctica ante sus propios colegas, ya que considera que es una profesión invisibilizada en el marco del sistema de salud. De esa forma, al mejorar la calidad del registro se podría representar adecuadamente su práctica profesional.

A su vez, Julieta (integrante del servicio de salud mental desde hace un año) utiliza códigos de procedimiento como “entrevista” o “consulta de salud mental” dado que no quiere “patologizar” al/la usuario/a colocando una categoría de enfermedad. Como ella misma explica:

No usamos diagnóstico [Usamos] Consulta de salud mental cuando es interdisciplinaria, visita domiciliaria cuando vamos a domicilio, reuniones institucionales cuando se van a ir, y consulta de psicología cuando son en espacios disciplinarios. (Julieta)

Esta estrategia responde también a que en muchas ocasiones no se ha realizado un diagnóstico concreto de enfermedad ni es requisito para utilizar los servicios de salud mental. Estas decisiones muestran cómo la codificación se convierte en un acto no solo técnico sino también político y ético en la práctica profesional.

En otros casos, la codificación se orienta hacia fines epidemiológicos. Como dijimos, Francisco enfatiza la importancia de registrar correctamente para que la información sea analizable: “si utilizás un código de procedimiento [...] y escribís ahí, paciente diabético, tabaquista, entonces eso escrito se pierde”. Como señala Julia, “los datos te modifican las miradas”, sugiriendo que la información epidemiológica podría orientar mejor las intervenciones, afinando la mirada para buscar lo epidemiológicamente relevante.

Otra situación a remarcar es que el uso de los sistemas de registro varía según la capacitación recibida sobre el SIPS/ANDES. Como señalamos, Francisco realizó formación en información sanitaria, por motivación propia. En mi experiencia profesional, cuando ingresé a trabajar en el sistema de salud me enseñaron a colocar un código diagnóstico del CIE-10 en el SIPS. Luego, cuando en septiembre de 2019 Neuquén incorporó el ANDES, nos explicaron que debíamos elegir un código SNOMED-CT que capturara lo más relevante de la consulta del paciente. Esa experiencia es muy similar a la que relata Florencia, quien describe las dificultades iniciales con el sistema ANDES como un proceso de aprendizaje caótico, donde la ausencia de capacitación la obligó a cargar información de manera intuitiva y rápida. En sus propias palabras:

[...] yo entré hace muy poquito, y como que les decía a los compas, y tuvimos varias capacitaciones de Andes, va, varias... un par, para registrar mejor [...] Pero si no está bien cargado, o sea, yo creo que los primeros meses, como nadie te dice, acá es el Andes, explóralo, vos cargas como podés.... (Florencia)

Por último, el registro también responde a objetivos económico-institucionales al registrar datos de prestaciones en el programa SUMAR^(h), el CS obtiene ingresos económicos. Clara explica cómo esta dimensión económica influye en sus prácticas de registro, además de describir las prácticas en la historia clínica (como medición de tensión arterial o de nivel de glucemia), las codifica específicamente en el sistema:

[...] si le mediste la presión, lo podés codificar [...] porque después va a beneficio del paciente, ¿viste? Porque después vos tenés la guita para hacer una interconsulta afuera, ¿viste? O para comprar insumo adentro del centro de salud... si vos lo describís en un ítem aparte suma más... lo hago más por eso para poder tener el rédito para después que vuelva al paciente. (Clara)

En una de las “reuniones de equipo” observada como parte de la investigación, se dedicó tiempo a organizar la carga de datos en esta plataforma, lo que evidencia cómo la codificación se vincula con la obtención de recursos para el centro de salud.

Consideraciones finales

Como sintetizamos en la figura 1, el proceso de construcción de información sanitaria implica múltiples determinaciones que trascienden lo técnico. Los/as trabajadores/as de salud, atravesados por su disciplina, formación y trayectoria, pero también por sus valores y supuestos sobre el uso de la información, se enfrentan a un proceso asistencial que debe ser traducido a través de instrumentos de registro predeterminados (ANDES, SIPS), sistemas de clasificación estandarizados (CIE-10 y SNOMED-CT) y exigencias administrativas (programa SUMAR). Este proceso de traducción no es neutral, implica una reducción biologicista de lo codificable y una fragmentación de la persona según dónde y quién la asiste. Como muestra el esquema, cada instancia del proceso implica decisiones que configuran activamente qué aspectos de la realidad sanitaria serán visibles para el sistema y cuáles permanecerán ocultas.

^(h) El programa SUMAR es una política pública dirigida a toda la población que no posee cobertura formal de salud, que se propone promover el acceso equitativo a los servicios de salud. A través de la estrategia de nominalización el sistema sanitario puede realizar el seguimiento de la población y asignar recursos económicos a hospitales o centros de salud por cada persona bajo programa y por cada consulta y control que se realice. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

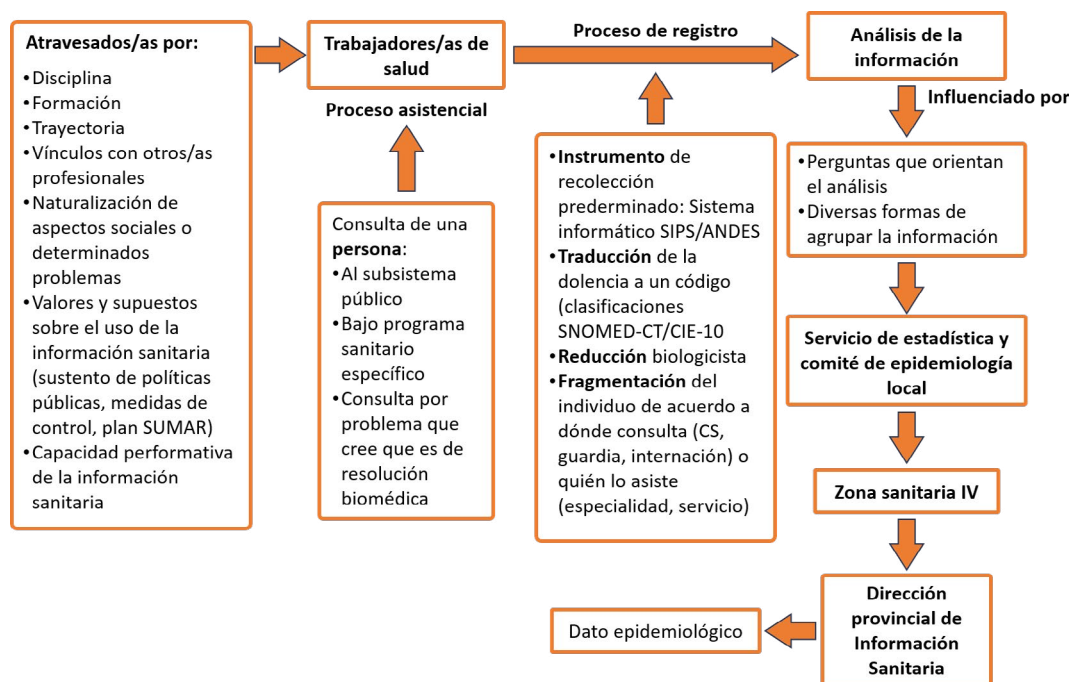


Figura 1. Proceso de construcción del dato epidemiológico.

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la investigación, 2024.

La infraestructura de información actual produce una fragmentación en varios niveles. A nivel técnico, se manifiesta en la triple codificación requerida (SNOMED-CT del profesional, CIE-10 automático y CIE-10 de auditoría) y la desconexión entre sistemas (ANDES para ambulatorio, SIPS para internación) que dificulta el seguimiento integral. A nivel epistemológico, el predominio de dos tipos de códigos -los biomédicos (asociados a diagnósticos) y los de “procedimientos” (asociados a intervenciones técnicas)- refuerza una comprensión reduccionista del proceso salud/enfermedad, donde los aspectos sociales no son considerados. A nivel práctico, cada profesional desarrolla diversas estrategias para negociar las limitaciones de estos sistemas de registro.

Siguiendo a Bowker²⁰, la clasificación médica no solo refleja la realidad sanitaria, sino que la produce activamente. Los códigos biomédicos estructuran, interpretan y dan forma a la comprensión de la salud, transformando la información médica en un constructo social y científico que va más allá del simple registro estadístico. El predominio de códigos de “procedimientos” revela una paradoja: mientras busca documentar el estado de salud de la población, termina describiendo principalmente las actividades profesionales. Aunque estos procedimientos son codificables tanto en CIE-10 como en SNOMED-CT, su registro masivo oscurece las condiciones de salud-enfermedad que motivaron dichas intervenciones.

La fragmentación en los registros refleja esta comprensión segmentada del PSEA y de los individuos. Cada institución, servicio y profesional codifica únicamente un fragmento de la historia de las personas, quedando la historia de vida y el contexto fuera de los registros, incluso de la propia historia clínica, al estar atomizada en diferentes instituciones (públicas/privadas, oficiales/no oficiales, hospitales/centros de salud).

Más allá de las restricciones técnicas, esta infraestructura incorpora valores y decisiones morales. La dificultad para registrar intervenciones psicosociales complejas refleja la priorización de ciertas formas de conocimiento médico sobre otras. Como señalamos en la introducción, algunos autores/as^{5,20} demostraron que hay una valoración diferencial que no es casual, mientras las enfermedades biomédicas encuentran fácil traducción en los sistemas de clasificación, las dimensiones sociales y subjetivas del padecimiento quedan frecuentemente invisibilizadas. En este proceso, la vivencia de enfermedad se releva como *illness* y se traduce y asienta en términos de *disease*¹⁻³, una reducción tanto técnica como epistemológica que define qué cuenta como conocimiento válido sobre la salud poblacional.

La escasa presencia de códigos sobre aspectos sociales muestra una orientación para registrar intervenciones técnicas y patologías. Las condiciones sociales, económicas y contextuales que influyen en el proceso salud/enfermedad quedan relegadas a un lugar marginal en el sistema de registro, a pesar de su relevancia en la práctica cotidiana. Este proceso de invisibilización se refuerza al estar basados en terminologías internacionales (SNOMED-CT y CIE-10), que solo codifican prestaciones cuando el diagnóstico encaja en una categoría biomédica. Problemáticas complejas quedan ocultas, por ejemplo, el alcoholismo bajo un diagnóstico de hígado cirrótico y los problemas de vivienda y trabajo tras un trastorno de ansiedad. Además, disciplinas como psicología y trabajo social quedan marginadas al no codificar en términos biomédicos, excluyendo su aporte al análisis cuantitativo de la salud.

Nuestros hallazgos muestran que los/as trabajadores/as no son receptores pasivos de la infraestructura de información sanitaria. Desarrollan estrategias para negociar con sus limitaciones. Realizan un trabajo de "reconstrucción narrativa"²⁰, un esfuerzo por reintegrar aquellos aspectos de la experiencia que el sistema de clasificación fragmenta. A través de texto libre y resúmenes clínicos, intentan integrar la historia biográfica, social y clínica que el sistema de codificación descompone. Además, generan instrumentos alternativos al ANDES ("Drive", libretas, agendas) y recurren a redes de contacto con otros profesionales ("reuniones de equipo", llamadas telefónicas, grupos de *whatsapp*).

Encontramos múltiples sentidos otorgados al proceso de registro. Mientras algunos priorizan la codificación precisa para análisis epidemiológicos, otros privilegian el registro narrativo para preservar la complejidad de las historias clínicas. Estas decisiones revelan las tensiones entre las necesidades administrativas de estandarización y la complejidad real de las experiencias de salud-enfermedad. Pero también el registro se constituye como una herramienta de disputa simbólica, donde algunos/as trabajadores/as (como el caso del servicio de psicosocial) encuentran un espacio para visibilizar y legitimar las prácticas de disciplinas históricamente subalternizadas dentro del sistema de salud, reclamando así un reconocimiento que trasciende el cumplimiento de los requisitos administrativos (como plan SUMAR).

A su vez, el relato de los/as trabajadores/as de reciente incorporación ilustra cómo la falta de capacitación en los sistemas de codificación lleva a estrategias de registro improvisadas. Aun existiendo códigos para registrar situaciones como violencia de género o problemas de consumo, se recurre a categorías generales como "consulta". Así,

la invisibilización de ciertas problemáticas no solo responde a limitaciones inherentes del sistema de clasificación, sino también a cómo los profesionales aprenden (o no) a utilizarlo.

La frase de Julia "los datos te modifican las miradas" revela la capacidad performativa de la información sanitaria, en tanto construye y reproduce formas de percibir la realidad social y sanitaria. Encontramos una situación paradójica donde los/as trabajadores/as afinan su observación para buscar lo epidemiológicamente prevalente y desean acceder a la información epidemiológica que oriente sus intervenciones, pero simultáneamente mantienen una conciencia crítica sobre las limitaciones de estos mismos datos, reconociendo que los datos oficiales no capturan la complejidad que observan en su práctica.

Nuestros hallazgos también muestran que "las miradas modifican los datos"⁽ⁱ⁾, evidenciando cómo los valores, expectativas y necesidades de los trabajadores condicionan qué y cómo se registra. Esta dialéctica entre datos y miradas se materializa en las prácticas cotidianas, como cuando los profesionales codifican estratégicamente anticipando futuros análisis o utilizan el registro como herramienta de visibilización profesional.

Asimismo, encontramos una tensión donde los/as trabajadores/as de salud mantienen un compromiso con el registro, alimentando sistemas como ANDES, con la expectativa (frecuentemente frustrada) de que estos datos contribuyan efectivamente al diseño de políticas públicas y a la administración de recursos sanitarios. Mientras que estos no reciben un retorno significativo que les permita readecuar su práctica clínica, realizar seguimientos activos, afinar su mirada clínica en busca de enfermedades prevalentes, evaluar su actividad asistencial y así tomar decisiones estratégicas. Esta desconexión entre la producción de información y su utilización práctica evidencia las limitaciones de los sistemas actuales para la gestión y gobernanza sanitaria

La investigación sugiere que la información sanitaria se constituye en un campo de disputa donde los/as profesionales buscan dar sentido y utilidad a un proceso que perciben como crecientemente desvinculado de sus necesidades concretas de intervención.

La exploración de la distancia identificada en nuestro trabajo anterior, situada entre los registros epidemiológicos y las representaciones de los trabajadores sobre la morbimortalidad, se constituyó en un punto de partida fundamental para reflexionar sobre los modos de producción de conocimiento en el PSEA a nivel local. En el presente trabajo, vimos que, si bien los trabajadores desarrollan estrategias para capturar la complejidad de la realidad sociosanitaria, estas soluciones locales no modifican la estructura del sistema. La pregunta que surge entonces es cómo diseñar sistemas de información que, sin perder la necesaria estandarización, puedan capturar mejor la complejidad del PSEA en el nivel local.

Nuestros hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar plataformas que permitan registrar aspectos sociales y contextuales del proceso salud/enfermedad sin perder la estandarización necesaria para el análisis epidemiológico. Continuar la capacitación en el uso de sistemas de información, enfatizando no solo aspectos técnicos sino también la importancia del registro para la construcción

⁽ⁱ⁾ Esta frase fue aportada por integrantes del equipo del CS cuando presentamos los datos preliminares de nuestro trabajo a quienes les agradecemos profundamente por la escucha atenta y por las propuestas y sugerencias realizadas.



de conocimiento epidemiológico local. Y finalmente, generar espacios de retroalimentación donde los trabajadores puedan acceder y analizar la información que producen, facilitando la conexión entre registro y planificación en salud.

Disponibilidad de datos

Los contenidos subyacentes al texto de investigación están contenidos en el manuscrito.

Financiamiento

La autora agradece el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina, a través de su beca doctoral. Esta investigación no recibió financiación adicional específica.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Susana Ramírez Hita (Universidad Rovira i Virgili), por su invaluable guía y apoyo durante todo el proceso de mi tesis. A la Dra. Ana Domínguez Mon (Universidad Nacional de Río Negro) por sus comentarios y aportes a mi trabajo de investigación. Y a todos/as los/as trabajadores/as del centro de salud y hospital de Villa La Angostura que me abrieron las puertas y la escucha para contarme con paciencia sobre su trabajo cotidiano. Su apoyo fue fundamental para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Denise Martin Coviello 

Editora asociada

Elaine Reis Brandão 

Presentado el

25/03/25

Aprobado el

17/06/25

Referencias

1. Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra Edicions; 2003.
2. Kleinman A. Orientations 2: Culture, Health Care Systems, and Clinical Reality. En: Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Oakland: University of California Press; 1980. p. 24-70. doi: 10.1525/9780520340848-004.
3. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1989.
4. Menéndez EL. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Region Soc. 2008; 20 Spec No 2:5-50. doi: 10.22198/rys.2008.2.a526.
5. Scheper Hughes N. Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad Infantil en Brasil. En: Viola A. Antropología del desarrollo: teorías y estudios etnográficos en América Latina. Barcelona: Paidós; 2000. p. 267-97.
6. Domínguez Mon AB. ¿Enfermedades o población enferma?: Las estadísticas y la construcción social en un servicio de atención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Cuad Antropol Soc. 1991; (5):33-56.
7. Menéndez EL. Técnicas cualitativas, problematización de saberes de la realidad y mercado de saberes. Cuad Antropol Soc. 2001; (13):9-51.
8. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2015. (Colección Salud Colectiva).
9. Ramírez Hita S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2a ed. La Paz: OPS/OMS; 2010.
10. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estud Sociol. 1998; 16(46):37-67.
11. Breilh J. La salud enfermedad como hecho social. En: Breilh J. Deterioro de la vida en Ecuador. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Ecuador: CEAS; 1989. p. 201-16.
12. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica. 2013; 31(1):S13-27.
13. Diez Roux AV. ¿Qué puede enseñarle la epidemiología de las enfermedades infecciosas a la epidemiología de las enfermedades crónicas? Salud Colect. 2012; 8 Supl 1:S5-7.
14. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020; 16:e2615.
15. Ramírez Hita S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colect. 2009; 5(1):63-85.
16. Ramírez Hita S. Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. 2a ed. La Habana: Editorial Gente Común; 2010.
17. Leonelli S. Data Governance is Key to Interpretation: Reconceptualizing Data in Data Science. Harv Data Sci Rev. 2019; 1(1):1-8. doi: 10.1162/99608f92.17405bb6.

18. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(12):2693-702.
19. Merry SE. Measuring the World: Indicators, Human Rights, and Global Governance. *Curr Anthropol*. 2011; 52 Suppl 3:S83-95.
20. Bowker GC, Star SL. Sorting things out: classification and its consequences. Cambridge: MIT Press; 2008. (Inside technology).
21. Dirección Provincial de Estadística y Censos. Provincia del Neuquén. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 [Internet]. Neuquén: Estadisticaneuquen; 2023 [citado 25 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/censo2022>
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
23. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Ed; 2005. (Colección Metamorfosis).
24. SNOMED International. 6. Modelo conceptual de SNOMED CT [Internet]. SNOMED Confluence; 2025 [citado 19 Jun 2025]. Disponible en: <https://confluence.ihstools.org/display/DOCSTARTES/6.+Modelo+conceptual+de+SNOMED+CT>

This article examines the process of recording health information in a primary healthcare center in Villa La Angostura, Neuquén, Argentina, from the perspective of medical anthropology. Through the analysis of 49,017 service records and interviews with 12 healthcare workers, we analyze how epidemiological data is constructed in daily practice. The findings reveal that, of the total records, 34,312 (70%) correspond to procedures, 14,685 (29.95%) to diagnoses where biomedical categories predominate and only 20 records (0.05%) refer to social aspects. Classification systems actively shape what can be documented. Workers assign various meanings to recording, from making professional practices visible to obtaining epidemiological information to guide interventions. Faced with system limitations, they develop alternative strategies to capture the observed complexity.

Keywords: Epidemiological data. Primary health care. Medical anthropology.

Este artigo examina o processo de registro de informações de saúde em um centro de atenção primária em Villa La Angostura, Neuquén, Argentina, sob a perspectiva da antropologia médica. Através da análise de 49.017 registros de atendimentos e entrevistas com 12 trabalhadores de saúde, analisamos como o dado epidemiológico é construído na prática cotidiana. Os achados revelam que, do total de registros, 34.312 (70%) correspondem a procedimentos, 14.685 (29,95%) a diagnósticos onde predominam categorias biomédicas e apenas 20 registros (0,05%) referem-se a aspectos sociais. Os sistemas de classificação moldam ativamente o que pode ser documentado. Os trabalhadores atribuem diversos sentidos ao registro, desde visibilizar práticas profissionais até obter informação epidemiológica para orientar intervenções. Diante das limitações do sistema, desenvolvem estratégias alternativas para captar a complexidade observada.

Palavras-chave: Dados epidemiológicos. Atenção primária à saúde. Antropologia médica.