



espacio abierto

Cuaderno Venezolano de Sociología



***En foco:* Actualización metodológica
de cara a la 3^a década
del siglo XXI.**

Auspiciada por la International Sociological Association (ISA),
la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)
y la Asociación Venezolana de Sociología (AVS)

Vol.27
Abril - Junio
2018

2



Los estudios etnográficos y su complemento archivístico. Utilidad de los expedientes clínicos para la investigación bioantropológica en salud.

Diana Gómez López y Edith Peña Sánchez***

Resumen

Este artículo surge como fruto de la investigación conducida desde 2015 en una institución de atención ginecológica de la Ciudad de México, centrada en enmarcar la infección por Virus de Papiloma Humano como un problema de salud pública a partir de analizar las trayectorias protocolarias e individuales de atención a la salud sexual de las mujeres usuarias. Para cumplir con dicho objetivo, se planteó una estrategia metodológica cuanti – cualitativa a tres niveles –meso, macro y micro – que permitiera la articulación de diferentes fuentes de información, actores y espacios de interacción. En este artículo, presentamos las consideraciones metodológicas surgidas a partir del segmento cuantitativo de la investigación de corte biocultural, que se centró en la recolección de información contenida en los expedientes clínicos para la reconstrucción del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población usuaria; así, proponemos considerar al expediente como espacio biosocial que nos permite el acceso al funcionamiento de la institución, a partir de su construcción y la selección de información relevante para la atención clínica y la investigación. Centraremos nuestro interés en reflexionar sobre el quehacer antropológico en contextos de salud institucionales a partir de considerar la utilidad etnográfica de los archivos, proponiendo una articulación entre la construcción de datos

Recibido: 05-12-2017 / Aceptado: 21-02-2018

* Universidad Nacional Autónoma de México Capital Federal. México.

** Instituto Nacional de Antropología e Historia. Capital Federal, México.
E-mail: dianasogl@hotmail.com yesenia72@hotmail.com

cuantitativos y su análisis a la luz de los hallazgos etnográficos. Finalmente, concluimos que los expedientes clínicos son materiales invaluable para la aproximación etnográfica, como fuentes de información contextual y complementos documentales de la investigación antropológica.

Palabras clave: Etnografía en espacios clínicos; infección por virus de papiloma humano; salud sexual; antropología en salud; expedientes médicos; metodología.

The archival complement for ethnographic studies. Usefulness of the clinical files for the bioanthropological research in health.

Abstract

This paper is a product of the investigation held since 2015 on a Mexico City's gynecological institution, focused on the construction of the infection caused by the human papillomavirus as a public health issue, based on the analysis of the protocol and individual sexual health trajectories of the women who receive health care on this institution. To achieve such objective, a quanti – qualitative strategy, that integrates three levels – macro, meso and micro-, was planned to articulate diverse information sources, actors and contexts. On this paper, we present the methodological considerations that arose from the quantitative segment of the biocultural approach to the reality, centered on the recollection of information from the clinical records, in order to reconstruct a sociodemographic and epidemiological profile of the user population. Thus, we propose to consider the clinical record as a biosocial context that allows us understanding of the institution's functioning, from the selection and construction of relevant information for the clinical practice and the investigation. We will focus our interest on reflection about the anthropological chores on institutional contexts for health care, considering the ethnographical utility of the clinical archives, proposing an articulation between quantitative data and their analysis through ethnographical findings. We finally conclude that the clinical records are invaluable sources of information for the ethnography and documental complements for the anthropological research.

Keywords: Clinical ethnography; infection caused by the human papillomavirus; sexual health; anthropology in health; medical records; methodology.

Introducción

Las reflexiones que aquí se presentan surgen como resultado del trabajo de investigación que se ha conducido desde 2015 centrado en el análisis del virus de papiloma humano (VPH) como problemática de salud pública, a partir del acercamiento a una institución de salud enfocada a la atención ginecológica, a mujeres que no cuentan con otro sistema de seguridad social, en la Ciudad de México. Algunos de los resultados preliminares de este trabajo de campo se han venido presentando en otros espacios académicos (Gómez y Peña, 2016a, 2016b, 2016c; Peña, Gómez y Hernández, 2017), haciendo una aproximación al análisis de los datos, incluidos aquellos que dan cuenta de los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos de las mujeres que habían recibido atención en este espacio durante el año 2015.

La investigación realizada se plantea desde el enfoque biocultural en antropología, para el que la integración de los distintos niveles de articulación permite brindar una comprensión de los procesos de salud-enfermedad. El objetivo central es realizar un análisis del papel de la atención a la salud sexual dentro de las políticas públicas, tomando el virus de papiloma humano (VPH) y la infección asociada a él (iVPH) como eje que permita el acercamiento a entender la configuración de las respuesta de los sistemas de salud a las problemáticas asociadas a esta esfera de la vida.

En este documento haremos una breve revisión de la investigación, a partir de delinear la propuesta teórica que la orienta y el acercamiento metodológico empleado en ella. Sin embargo, nos centraremos en reflexionar cómo la metodología cuantitativa, a partir de la revisión de expedientes clínicos, nos ha permitido problematizar el acercamiento metodológico a una institución de salud, al considerar estos documentos como fuentes de información sociodemográfica, y su transformación en el curso de la investigación a elementos contextualizantes para la realización de la etnografía.

La transformación del archivo como producto histórico del hacer de personas e instituciones en hecho etnográfico es muy compleja y requiere de la observación, construcción, interpretación, diálogo y comprensión dialéctica entre espacio-tiempo, información-dato, observación-teoría; para explicar de manera creativa la perspectiva microsocia de los actores involucrados ante un problema de salud específico. Por ello, nos dimos a la tarea de reflexionar las fronteras que limitan al quehacer de la Antropología Médica y/o en Salud y observamos que los archivos presentan potencialidades de gran utilidad para las investigaciones en dichos campos disciplinares que poco se han utilizado. Con base en esta realidad, ejemplificamos nuestro trabajo de campo para la comprensión de las complejas trayectorias de atención a la iVPH de un grupo de mujeres en una institución de salud pública enfocada a la atención a las mujeres en la Ciudad de México y su relación meso y macro estructural, en la que la consulta de los archivos resulta vital pues tratamos de interpretar un hecho biosocial desde la perspectiva etnográfica.

La construcción del problema de investigación: propuestas desde el enfoque biocultural

En la investigación en salud es fundamental considerar el panorama epidemiológico de los procesos que estamos abordando para plantear acercamientos teóricos y metodológicos adecuados a ellos. En este caso, partimos de reconocer a la iVPH como la infección vírica más frecuente del aparato reproductor, casi todas las personas con vida sexual activa tendrán en algún momento de su vida lesiones asociadas a VPH (OPS-OMS, 2013); los mecanismos de adquisición son fundamentalmente por vía sexual, representando un riesgo del 80 al 85% y su presencia durante la vida adulta es constante, considerando que más del 70% de las mujeres con vida sexual activa en algún momento de su vida adquirirán el virus, aunque las infecciones en gran parte de los casos son transitorias, y alrededor del 25% de ellas desarrollarán lesiones intraepiteliales, de las cuales del 20 al 40% puede progresar a lesiones de alto grado (López, A. y Lizano, M., 2006). Esto implica que de aquellas mujeres que en alguna ocasión adquirieron VPH, del 5 al 10% de ellas desarrollara una lesión de alto grado, que asociada a una deficiencia inmune, heredada o inducida, genera una infección persistente, con altas probabilidades de regresión, y que puede malignizarse en una infección con alto riesgo oncogénico (López, A. y Lizano, M., 2006).

Respecto a la distribución demográfica, la iVPH es más común en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de edad; y después de los 30 decrece la prevalencia; en contraste, el cáncer cervico – uterino (CaCu) es más común después de los 35 años, lo que sugiere una lenta y silenciosa progresión de una infección a temprana edad que lleva a cáncer (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2014), haciendo fundamental la detección oportuna y tratamiento de las lesiones provocadas por VPH que previenen la lenta progresión a cáncer (López, A. y Lizano, M., 2006). Se estima que en México hay alrededor de 25 millones de mujeres que viven con VPH, siendo más frecuente que se presente entre 15 y 24 años (Aldaco, K., 2010); sin embargo, la prevalencia de la iVPH es difícil de determinar en tanto que a la detección se asocian varios elementos: por un lado, la mayoría de las infecciones son asintomáticas (INMUJERES, 2012), y por el otro, los elementos contextuales que convierten a las ITS en un problema de salud pública que se asocia a la desinformación sobre formas de transmisión (Mendoza, 2013), la sanción social, la violencia (Szasz, 1998), los comportamientos sexuales normados socialmente (Peña y Hernández, 2013), la moralidad (Córdova, 2009) y la desigualdad del ser mujer (Tena, Torres y Hernández, 2004), la educación sexual que refuerza los estereotipos de género (Hartigan, 2001), entre otros. Así, se hace evidente que la complejidad de esta ITS y su asociación con el CaCu, obliga al llamado desde la biomedicina a los análisis desde perspectivas antropológicas (González-Losa, *et al*, 2002).

Para responder a esta necesidad, se plantea el acercamiento desde el enfoque biocultural en antropología en salud, a partir de un diálogo entre la realidad biológica y social, que permite una mirada comprensiva de los seres humanos como entidades biológicas, insertos en contextos sociales y culturales particulares que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención; para el enfoque biocultural se consideran los aspectos socioculturales, psicológicos, biológicos y fenotípicos en relación con el

ambiente (Khongsdier, 2007). Así, el análisis biocultural permite situar las prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención en un contexto espacio-temporal, enfatizando la interacción entre biología y cultura (Peña, 2012); acercándonos a la persona en forma extensa, considerándole una entidad biológica activa, en la que se superponen atributos culturales que afectan su biología, se intersecta con los ámbitos social y cultural, en particular en episodios de desequilibrio o enfermedad, afectando la toma de decisiones (Wiley, 1992: 221).

El enfoque biocultural aplicado a la investigación sobre la iVPH, nos permite inscribir el cuerpo como realidad biológica, suscrito a un contexto social y cultural particular, en el que la sexualidad se constituye por la participación de presupuestos sociales y culturales, prácticas e instituciones para las que cobra un sentido específico y desde los cuales se organiza y regula el comportamiento sexual, enmarcado en políticas de salud sexual y reproductiva estatales que operan de manera local de acuerdo a las condiciones particulares de cada contexto. Así, abordar los procesos de salud-enfermedad-atención asociados a la sexualidad como procesos bioculturales implica pensar en la gran plasticidad biológica y comportamental en torno a ella, la problematización del cuerpo sexuado, la relación con esferas como lo político, ideológico y educativo, la construcción de símbolos, representaciones y discursos emanados de una estructura particular que descienden a los individuos desde distintas instituciones y en diferentes espacios de socialización; además de los discursos normativos contruidos a su alrededor sobre el cuerpo y el comportamiento sexual dictados generalmente por la biomedicina al servicio de los Estados (Peña, 2011; Peña y Hernández, 2003b, Scheper-Hughes y Lock, 1987).

Acercamiento metodológico a la iVPH

La investigación se realizó en una institución de salud en la Ciudad de México, que se ha centrado desde su fundación a la atención a población femenina; actualmente su principal propósito es brindar servicio a pacientes en las especialidades de ginecología, obstetricia, oncología ginecológica y atención neonatal (HdM, 2017); principalmente parte de la población no asalariada o que pertenece al sector informal de la economía (Gómez, 2011), aunque cualquier mexicano puede demandar atención a sus necesidades de salud en estos espacios. El financiamiento de estos servicios de salud proviene de recursos federales y, en menor medida, del pago de cuotas que las usuarias hacen por los servicios, los cuales son determinados de acuerdo al nivel socioeconómico asignado por el departamento de Trabajo Social.

Mencionábamos previamente que el objetivo central de la investigación es realizar un análisis del papel de la atención a la salud sexual dentro de las políticas públicas, tomando el virus de papiloma humano (VPH) y la infección asociada a él (iVPH) como eje que permita el acercamiento a entender la configuración de las respuesta de los sistemas de salud a las problemáticas asociadas a esta esfera de la vida. Para atender al objetivo general, se plantearon tres específicos que se centran en analizar la construcción política de la iVPH como relevante para la salud pública; la reconstrucción de trayectorias

protocolarias e individuales de atención a la salud sexual; y la inclusión de éstas en un marco de componentes y co-determinantes bioculturales.

Para atender a los objetivos de la investigación, se planteó crear una estrategia metodológica que permitiera la integración de ellos, considerando los interlocutores, fuentes e instrumentos adecuados a cada uno, para permitir la comprensión de los diferentes elementos explorados para su análisis; además de dar cuenta de tres niveles de articulación: el macro, meso y micro. Así, la investigación consideró la articulación de los niveles macro, meso y micro (Tabla 1).

Tabla 1. Estrategia metodológica

Dimensión	Macro	Meso	Micro
Contexto	Internacional y nacional	Local e institucional	Individual
Estrategia	Revisión de la política nacional e internacional sobre salud sexual y reproductiva	Indagación en documentos oficiales institucionales Revisión de expedientes clínicos Reconstrucción de trayectorias protocolarias	Entrevistas
Fuentes	Documentos oficiales	Etnografía en el servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer Datos contruidos a partir de la etnografía Documentos oficiales, como manuales y NOM Archivo de expedientes clínicos Datos contruidos a partir de entrevistas a autoridades de salud institucionales	Datos contruidos a partir de entrevistas a mujeres diagnosticadas con VPH
Actores involucrados	Instancias y actores de salud internacionales y nacionales	Personal de salud institucional médico y paramédico	Mujeres con diagnóstico de VPH
Instrumento	-----	Cédula de registro sociodemográfico y epidemiológico (del expediente) Guías de entrevista a prestadores de servicios	Guías de entrevista a mujeres diagnosticadas
		Diario de campo Guías de observación	

Fuente: elaboración propia, 2015.

Para el nivel macro, el contexto referido es el internacional y nacional, la estrategia fue la revisión, a partir de fuentes documentales oficiales y periodísticas, sobre la construcción de políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en

particular aquellos elementos relacionados con las ITS y el VPH; información con la que se construyó la matriz que permitió el análisis de los datos recabados. El contexto local e institucional responde al nivel meso, la estrategia es etnográfica además de contemplar el elemento que nos llama a la reflexión hoy: la revisión documental de los expedientes clínicos, es decir, una aproximación cuantitativa al contexto que nos permitió recabar información para la caracterización de la población usuaria, convirtiéndose en una tarea que nos abrió el camino a la complejidad del campo de investigación. Se consideró la etnografía en el espacio de la consulta médica de displasias, que dio la pauta para reconstruir las trayectorias protocolarias y entender los mecanismos que actúan en la atención a la iVPH en este contexto, a partir de la inserción en la cotidianidad; en conjunto, la etnografía hospitalaria permitió vislumbrar las divergencias y discrepancias entre las trayectorias protocolarias y las individuales en la atención a la salud sexual y reproductiva posterior al diagnóstico de VPH y las dinámicas que se dan en el contexto de la consulta entre el personal de salud y las usuarias, además de permitirnos ser un espacio de contacto con las mujeres diagnosticadas con iVPH para su inclusión en la investigación. El nivel micro corresponde al espacio individual, de la experiencia de la iVPH, el cual se exploró a través de entrevistas focalizadas y en profundidad con las mujeres pertenecientes al grupo de edad de interés, contactadas en el contexto de las consultas médicas, con el objetivo de profundizar en elementos sobre salud sexual y reproductiva que nos lleven a comprender cuáles son las trayectorias y los mecanismos de atención en torno a la iVPH.

Los archivos como fuente de información antropológica

Correspondiente a la estrategia metodológica planteada previamente, la revisión del archivo clínico pertenece a una aproximación cuantitativa a la realidad investigada. Como señala Gil (2010), los archivos se han excluido tradicionalmente de la investigación antropológica por considerar que sus narrativas son limitadas, haciéndolos pobres en términos etnográficos, además de su carácter oficial y la supuesta artificialidad en su construcción; sin embargo, investigar sobre ellos permite enfatizar el análisis entre las contradicciones y tensiones en su generación (Crespo y Tozzini, 2011).

Los archivos son más que documentos que conservan información; tienen una utilidad socioantropológica y biosocial cuyo contenido puede dar cuenta de las trayectorias históricas, sociales, económicas, políticas, epidemiológicas, normativas y de organización; e incluso responden a ideologías y prácticas históricas específicas ya que dependen de una institución pública, organización de la sociedad civil o son parte de acervos particulares contruidos de acuerdo a objetivos específicos y a necesidades centradas en la disponibilidad de información documental para el funcionamiento y la memoria de los contextos mencionados. Dan cuenta de las conductas, prácticas e intereses específicos de quien registra la información, a partir de brindar la posibilidad de reconfigurar la información, cuantitativa o cualitativa, en función del presente (Da Silva, 2002; Gomez, 2004, Zavala, 2012; Gómez y Peña, 2016). Partimos entonces de la definición de archivo de Da Silva, quien considera que “el archivo es el espacio que resguarda la producción, organización y conservación de objetos (en la mayoría de los casos papeles manuscritos

o impresos) que dejan constancia, documentan o ilustran las acciones de individuos, familias, organizaciones o dependencias del Estado (2002: 384).

La construcción de los archivos clínicos responde a elementos meramente biomédicos, con una utilidad práctica para la atención de los usuarios respecto a su propia seguridad, la del médico, como una fuente de información y una evidencia de las prácticas médicas (Lupa *et al*, 2015). Partimos de estas reflexiones para plantear la utilidad de los archivos para la investigación antropológica en salud. Una de las primeras etapas de la investigación en salud, de corte antropológico o sociológico, es realizar una revisión del proceso salud-enfermedad-atención que es de interés y el estado de la población en torno a éste; es decir, la reconstrucción de un perfil epidemiológico que nos permita dar cuenta de las problemáticas de salud y las respuestas organizadas por las instituciones o las comunidades ante ellas. Sin embargo, de acuerdo a lo que señala Gomes (2004), la investigación de archivo parecía hasta muy recientemente como la antítesis de la investigación de campo, aunque la transformación en datos etnográficos es una actividad que aún es vista con escepticismo no es imposible. Para nosotras, este ámbito es fundamental, por lo que la primera fase de la investigación realizada se enfocó en la revisión del archivo hospitalario de la institución donde se realizó el trabajo de campo, haciendo una selección de los expedientes que eran de nuestro interés particular y estableciendo un límite temporal: sólo se revisaron los expedientes correspondientes a las usuarias que habían recibido atención en el servicio de displasias durante 2015, para facilitar el manejo de los datos. Los datos se recabaron a partir de una cédula de registro creada *ex profeso* para dicha tarea, la cual sentó las bases para la construcción de una base de datos en el Programa de Análisis Estadístico SPSS V. 13; los datos contenidos en la cédula incluían:

- Número de expediente
- Número de registro interno
- Servicio
- Fecha de apertura de expediente
- Edad
- Nivel socioeconómico asignado
- Escolaridad
- Institución de referencia
- Edad de inicio de la vida sexual
- Gestas/hijos/abortos
- Método de planificación familiar
- Diagnóstico de otras ITS
- Diagnóstico previo de iVPH/edad
- Diagnóstico actual/edad
- Tratamiento
- Seguimiento

Las variables recabadas permitían dar cuenta de las historias de salud sexual y reproductiva de las usuarias, a través de indagar sobre los datos relevantes que considerábamos se recuperaban durante la entrevista clínica en el marco de las preconsultas. Más tarde, durante el trabajo de campo etnográfico, constatamos que esto no ocurría así, pero volveremos sobre ello más adelante, cuando reflexionemos sobre la utilidad etnográfica del archivo clínico.

La consulta de los archivos presenta algunas condiciones, que responden a un contexto social y simbólico, y que tienen que ver con las normas para el procedimiento de consulta y acceso a ellos; además de la protección legal de la información que contienen y la clasificación de la información, normativa cuyo quebranto generaría sanciones. También se debe de tomar en cuenta el espacio donde se encuentra el archivo y su posible consulta *in situ* sin afectar las actividades que se desarrollan en el entorno, y las interrelaciones que se generan en estos espacios, en las que el personal que atiende, orienta o supervisa la consulta sirve de intermediado para el acceso a la información. En el caso de esta investigación, el acceso a los expedientes se incluyó como parte del protocolo sometido a evaluación por el comité de ética e investigación de la institución, que aprobó dicha actividad.

Para la revisión de los expedientes, el primer paso fue solicitar al servicio de epidemiología una base de datos que contuviera los números de expedientes de mujeres que fueron diagnosticadas con VPH durante el año 2015; recibimos una base de datos de 666 expedientes, la cual fue depurada antes del trabajo en el archivo, eliminando los casos repetidos, quedando un total de 588 números de expedientes. Con el apoyo del personal se inició la revisión de los expedientes médicos, dando lugar a una segunda depuración de aquellos que no correspondían a aquellos de interés y que asumimos habían sido capturados erróneamente. Finalmente, se consignaron los datos de 354 expedientes de mujeres que efectivamente habían sido diagnosticadas con iVPH en la clínica de displasias de la institución.

Si bien existen restricciones sobre el número de expedientes a consultar, éstas se orientan a minimizar la cantidad de trabajo de los archivadores al reordenar los materiales consultados al día, considerando que son varios los servicios que demandan su presencia para la atención a las pacientes. En este sentido, al inicio del trabajo se contó con la restricción de consultar sólo 22 expedientes diariamente, lo cual correspondía las cédulas de petición de expedientes que emplean los servicios de la consulta externa para obtener los registros que serán usados ese día en consulta y que se llenan un día antes, de acuerdo a la agenda de cada consultorio, para que los archivadores puedan proporcionar el material. Al tercer día de trabajo en archivo, se planteó al jefe del área la posibilidad de obtener directamente los materiales, sin necesidad de intervención del resto del personal para no interferir en sus actividades cotidianas; el jefe del archivo vio la conveniencia de este arreglo para ambas partes y explicó el sistema de ordenado y el espacio donde colocar los expedientes revisados (al fondo de la primera habitación, ordenados por color), lo cual agilizó la revisión. Así, se produjo en el archivo una dinámica como la que menciona Gil (2010), y el personal del archivo resolvió varias de las dudas que se generaron durante la revisión, orientaron la búsqueda y facilitaron la tarea a realizar.

Los expedientes se codifican con un número de seis dígitos (que empiezan desde el 29, y en el caso de expedientes más antiguos desde el 28) y un color, que corresponde al último dígito del código: café para 1; anaranjado para 2, verde para 3, azul celeste para 4, amarillo para 5, morado para 6, rojo para 7, gris para 8, rosa para 9 y azul rey para 0. Los expedientes se encuentran agrupados por color y ordenados de manera descendente (por ejemplo, el color café se encuentra al inicio de la primera habitación, agrupados 305411, 305421, 305431, consecutivamente). De acuerdo a la norma del hospital, los expedientes contienen los siguientes elementos que dan cuenta del paso de la usuaria por el hospital, como hojas de referencia, de hospitalización y evolución, resúmenes clínicos, de estudio socioeconómico (que sirve para establecer el nivel de pago a la usuaria), entre otros elementos. Si bien deben estar presentes todos los correspondientes a la atención a la usuaria, detectamos que en ocasiones el orden se invierte o hay notas médicas ausentes, lo que adjudicamos en un primer momento al error humano y que posteriormente constatamos en la etnografía, a decir de uno de los médicos esta situación ocurre *porque siempre ponen a los pasantes a hacerlo* (ordenar el expediente) *y no saben ni cómo, mira, es un despapaye* (me señala, mientras ordena el expediente en el orden correcto) (Fuente: trabajo de campo, 2015).

El expediente clínico como espacio biosocial o biocultural

En el caso del contexto de esta investigación, los expedientes clínicos se presentan en un soporte material de papel, con preservación buena; y se consideran como registros indispensables para la organización de los servicios de atención brindados por el hospital, ya que integran una trayectoria histórica de la información de la atención protocolaria ejercida por el sistema para cada usuaria, que hace referencia a un pasado inmediato, vigente y no cerrado por lo que profundizamos en ese hecho que de acuerdo con Crepo y Tozzini (2011) contiene un discurso de verdad y poder, de contradicciones y tensiones, lo que permite reflexionar la hegemonía-subalternidad y generar como aporte un acto de reciprocidad hacia un sentido de descolonización de conocimientos frente al otro.

En general, los aspectos en los que centramos nuestro interés era la historia clínica ginecológica, para reconstruir las trayectorias de salud sexual y reproductiva; los resúmenes clínicos, particularmente aquellos de la clínica de displasias y los reportes de trabajo social, los cuales se levantan cuando se abre el expediente, y que nos brindaron los datos sociodemográficos necesarios para el análisis. Los expedientes clínicos son fundamentales en el acto médico al ser la principal fuente de información para el profesionalista de la salud sobre los diagnósticos, intervenciones y pronósticos de las usuarias; como señala Da Silva (2002), la comprensión del mundo de los archivos debe contemplar también quienes lo produjeron, qué información se incluye en los documentos y quienes pueden acceder a ellos; interesados entre los que se distribuye un abanico de especialistas, que en el caso de la investigación, incluye a las antropólogas en salud.

Dichos elementos podemos observarlos al dar seguimiento a la trayectoria de atención protocolaria de la iVPH que relata una historia que incluye las intervenciones médicas (análisis clínicos, revisiones médicas, diagnósticos, tratamientos y seguimientos), los

espacios de interacción (laboratorios, consultorios, servicios), los sujetos de interacción (personal médico –médicos y residentes-, paramédico –enfermeras, trabajadores sociales y asistentes – y administrativo –recepcionistas-); además de las condiciones generales de salud (comorbilidades, pronósticos) enmarcadas en un marco histórico y relacional que incluye el historial de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Todos ellos, delimitan los derechos de las usuarias, además de las expectativas médicas de los actores involucrados, y nos habla de la posibilidad incluso de la emergencia de un empoderamiento y la construcción de una conciencia política para ambos ya que esta realidad se introyecta en su cotidianidad diferenciada.

En la etnografía, fue común observar que al iniciar la consulta clínica los médicos preguntaban ¿qué te hicimos la última vez?, pregunta que en ocasiones no era respondida, y en las ocasiones en las que sí, era con titubeos y a partir de la reinterpretación en sus propios términos de las intervenciones médicas; y que funciona como estrategia para el médico para ganar tiempo, en tanto que mientras la mujer responde ellos pueden consultar el expediente en busca de las notas médicas que den cuenta del seguimiento realizado. El médico entonces accedía a dos fuentes de información de manera directa: al expediente y al relato de la usuaria, pero cuando la respuesta de la mujer discernía de lo asentado en el expediente, la primacía la tenía siempre la fuente documental, lo que se traducía en un regaño *“por distraída, así son, no ponen atención a lo que les explica uno”*, aunque en pocas ocasiones y casi siempre a solicitud de la usuaria, se explicaba la intervención realizada.

Como ya señalamos, los datos recabados permitieron la construcción de una base de datos que daba cuenta de 18 variables categóricas y numéricas; unas de ellas se enfocaban al acercamiento sociodemográfico a la población usuaria (edad, estatus socioeconómico asignado, ocupación, escolaridad, estado civil, institución de referencia), aspectos recuperados en la historia clínica realizada en el momento de la apertura del expediente y, en el caso de encontrarse disponible, en los reportes de trabajo social; otras correspondían a las trayectorias de salud sexual y reproductiva (inicio de la vida sexual –IVS-, método de planificación familiar –MPF-, gestas, abortos, hijos, historial de otras ITS), información contenida en la historia clínica y con algunos datos de las notas clínicas; y la última categoría permitían conocer las particularidades de estas mujeres en torno a la iVPH (diagnóstico, edad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento) en este contexto institucional, recabadas enteramente de las notas médicas realizadas por los médicos del servicio.

En este trabajo no pretendemos centrarnos en los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos recabados, en tanto que hemos hablado de ellos en otros espacios (Gómez y Peña, 2016), aunque consideramos relevante discutir algunos de ellos a la luz de la información recabada durante la etnografía. El primero, es discutir sobre el nivel socioeconómico, el cual es asignado por el departamento de trabajo social al momento de la incorporación de la usuaria a la institución; tomando en cuenta esto, era de esperar que dicho dato se encontrara en la mayoría de los expedientes, sin embargo, el 58% de ellos no lo asentaban. Dicha ausencia fue catalogada por las investigadoras en un inicio como falta de atención en el momento del levantamiento de los datos; sin embargo, en el curso de la etnografía pudimos constatar que este dato no se encuentra disponible porque

una gran mayoría de las mujeres no son enviadas a los estudios socioeconómicos porque las consultas de displasias en esta institución son gratuitas y sólo se envían hasta que es necesario realizar un tratamiento especializado, como la conocirugía¹ o la crioterapia², para atender las lesiones internas que se pudieran presentar. Otra de las razones que explica el atraso en el envío a trabajo social y la ausencia de dicho dato como consecuencia es porque la NOM-014-SSA2-1994 “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino”, como parte de una política nacional de salud pública ante la alta prevalencia de CaCu en el país, todas las pruebas diagnósticas de las clínicas de displasias y colposcopia en el sector público son gratuitas, por lo que de requerir de este tipo de atención, las mujeres son derivadas directamente de la preconsulta a este servicio.

En relación a ello, el tratamiento más común es la electrocirugía, que consiste en la destrucción térmica de las lesiones externas (verrugas), que también requeriría el envío a trabajo social para la asignación de nivel y el correspondiente pago, pero a decir de los médicos del servicio *mandarlas a trabajo social es perder hasta dos semanas, porque en lo que van y les vuelven a dar cita, ya pasó bastante tiempo* (fuente: trabajo de campo, 2016), por lo que la oferta del tratamiento se da en el contexto de la primera consulta y el cobro que se hace a éste es en especie, en forma de un antimicrobiano tópico conocido genéricamente como Argentafil® (sulfadiazina de plata) cuyo costo ronda los \$30 pesos mexicanos. La indicación posterior al tratamiento es que se adquieran dos tubos de Argentafil®, uno para uso propio y otro que es donado al consultorio en la siguiente visita, para ser usado con otras usuarias. Estas acciones, aunque no están normadas institucionalmente, tienen el objetivo de agilizar la solución del problema de salud de las usuarias sin retrasarlas por los requerimientos burocráticos que implicaría cobrar el tratamiento (que se dé una orden médica, se realice el pago en cajas y concertar una nueva cita para realizarlo), además de ser una estrategia para mantener abastecidos los consultorios de este material. Por otro lado, a decir de uno de los médicos, también se trata de un costo simbólico que tiene como objetivo que las mujeres sientan un compromiso con su salud al existir un costo económico; aunque se trata de una práctica informal y a partir de una noción personal, se ha adoptado en los consultorios de displasias y se realiza de manera cotidiana.

Es importante hacer una acotación más sobre los tratamientos. Como ya señalamos, la electrocirugía se realiza en el momento mismo de la detección de las lesiones, excepto el caso de algunas mujeres embarazadas cuyo diagnóstico generalmente se hace en el marco de las consultas prenatales, quienes pueden no aceptar este tratamiento por el temor a que el procedimiento afecte el desarrollo del embarazo y la decisión de los médicos respeta usualmente esta decisión, en tanto que *las lesiones desaparecen después del embarazo*,

- 1 El procedimiento de la conocirugía o conización consiste en la aplicación de anestesia en el cuello del útero, para realizar el corte del tejido con un asa diatérmica. Se retira alrededor de medio centímetro de profundidad del cuello del útero y se envía a patología para descartar crecimiento celular asociado a cáncer.
- 2 También conocida como criocirugía, es un tratamiento basado en el congelamiento de las lesiones cervicales para su destrucción. La técnica empleada es la conocida como 3-5-3, que consiste en tres minutos de congelación, cinco minutos de descanso y otra ronda de tres minutos de congelación.

las citamos y cuando regresan ya no tienen nada (fuente: trabajo de campo), al recuperar el estatus previo en tanto que el embarazo implica una baja en el sistema inmunológico y vuelve común la expresión de las verrugas en este momento (López *et al*, 2006).

Respecto a los otros tratamientos, sólo se registró la negativa de una mujer a recibir el indicado, se trataba de una mujer de 24 años con estudios superiores, cuyo diagnóstico correspondía a NIC I. Su decisión se consignó en el expediente y se anexaron al menos tres documentos de parte del Hospital de la Mujer, que liberaran a la Institución de toda responsabilidad que pudiera surgir a raíz de la negativa de la usuaria. Este elemento es importante porque nos daba indicios sobre la primacía de los conocimientos biomédicos y la autoridad que este conlleva cuando se trata de intervenir sobre el cuerpo, aun antes de realizar la etnografía. Posterior al trabajo de campo, pudimos constatar –como ya lo dejaba entrever la revisión cuantitativa – que prácticamente la totalidad de las mujeres acepta recibir el tratamiento propuesto:

Después de la revisión, si se vislumbraban lesiones en el cuello del útero, el médico les decía que eso que se veía en la pantalla (las coloraciones en el cuello del útero observadas en la colposcopia) correspondía a una lesión y les señalaba “por ser jovencita y no tener hijos, necesitas un tratamiento altamente efectivo y conservador, estás en un momento muy adecuado”, que se trataría de un procedimiento ambulatorio y que el único requisito es que acudieran a la siguiente cita en falda, sin estar menstruando y sin tener relaciones sexuales dos días antes, habiendo tomado un desayuno abundante y acompañada de un adulto que se haga cargo de ella después del procedimiento. El día de la cita para realizarse el tratamiento, se les da a las mujeres un consentimiento informado, exclamando “como ya se te informó, necesitas un tratamiento efectivo y para ello necesito que me firmes aquí”, haciéndoles entrega del consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos y solicitando al acompañante que firme de enterado. Sólo en contadas ocasiones las usuarias se detienen a leer el contenido del documento, y cuando ello ocurría un ambiente de ansiedad se formaba en el consultorio (Fuente: diario de campo, 2016).

Este episodio se repetía constantemente en las labores de atención a las usuarias con diagnóstico de iVPH. Como se describe, la explicación en torno a los procedimientos que se realizarían estaba ausente e invariablemente se señalaba a las usuarias “necesito que me firmes este papel, donde dice que lo que ya te expliqué lo que te voy a hacer” (fuente: trabajo de campo, 2016), y en caso de ser solicitada nuevamente la explicación, se le regañaba por no poner atención, señalándole que “si no lo firmas –el consentimiento-, no te puedo atender y así te vas” (fuente: trabajo de campo), perspectiva ante la cual las mujeres siempre elegían firmar, ante la posibilidad de no solucionar su problema de salud. Es decir, el consentimiento informado se vuelve un mero requisito burocrático en lugar de ser un mecanismo que permita brindar información sobre las intervenciones que se realizarán sobre el cuerpo y la comprensión de ellas, para la toma de decisiones asertivas respecto a la propia salud y bienestar.

Finalmente, quisiéramos reflexionar sobre un último aspecto. El expediente clínico debe contener, entre otros elementos indispensables para la atención, la historia ginecológica y obstétrica completa de la usuaria en cuestión. Situándonos desde una perspectiva

antropológica, la entrevista clínica en la consulta es el momento ideal para la recuperación de relatos que permitan enmarcar las trayectorias de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la realidad es otra: el tiempo dentro de la consulta clínica en esta institución es limitado a quince a veinte minutos (y debe distribuirse entre la bienvenida, toma de signos vitales, reporte de molestias físicas o síntomas, revisión ginecológica, prescripción de tratamiento y despedida); y ello se ve reflejado en la dificultad de profundizar para recabar información relevante para la atención. Preguntas orientadas a conocer las prácticas sexuales –de riesgo o no-, la preferencia sexo–erótica (en particular la homosexual, al implicar relaciones sexuales sin penetración o con penetración de aditamentos³), o las posibilidades de negociación ante la pareja en el uso de métodos de barrera o prácticas de prevención y diagnóstico oportuno de ITS, se encuentran totalmente ausentes de la entrevista y, por ende, de los expedientes clínicos.

Este ejercicio institucional del poder y subalternidad se hace patente además en que las usuarias no conocen – o su conocimiento es limitado – la información vertida en el expediente; y no tienen acceso a ella en función de la utilidad que tendría re-interpretar su propia historia o trayectoria de atención en dicho espacio de salud. De ahí que la etnografía en expedientes resulta esencial para dar voz a usuarias y profesionales de la salud atrapados en el mismo acto ideológico del sistema, que naturaliza su versión de la realidad en su espacios de producción y reproducción social: el hospital.

Algunas reflexiones finales

En este espacio queremos manifestar la importancia de la utilidad de los archivos médicos para la investigación antropológica sobre procesos de salud-enfermedad-atención. La importancia de los expedientes clínicos radica en:

Es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo⁴.

Así, proponemos situar a la metodología cuantitativa como un complemento en la realización de la etnografía, además de hacer una reflexión sobre las implicaciones que esto tiene al realizar investigación; en tanto que acordamos con Crespo y Tozzini (2011) que la interrelación de las fuentes escritas de los archivos en contextos etnográficos

3 Se considera que informar o no al médico sobre este aspecto es una decisión individual, las revisiones ginecológicas pueden ser mejor adaptadas de acuerdo a las prácticas sexuales que se tienen. Lo que es cierto en este sentido es que desde la biomedicina, al menos la practicada en este espacio institucional, esto no se considera información necesaria, al tener una práctica estandarizada independientemente de las mujeres a las que atiendan, únicamente distinciones entre mujeres núbiles (principalmente por cuestiones legales), o aquellas que por alguna condición anatómica requieran el uso de utensilios ginecológicos especiales.

4 Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

permite enriquecer el proceso de construcción del conocimiento. Al final de este trabajo, quisiéramos rescatar tres reflexiones particulares: una ética, la otra de corte metodológico y, la última, orientada a la postura teórica.

En torno al aspecto ético, hay varios elementos que hay que tomar en cuenta. Por un lado, los archivos de los hospitales que dependen del Estado mexicano son públicos, sin embargo, se encuentran sometidos a la Ley de Protección de Datos Personales⁵, por lo que acceder a ellos implica un proceso de autorización que, en el caso de este trabajo, tuvo que ver con la revisión del protocolo y posterior dictamen positivo por el comité de ética y el de investigación. Sin embargo, a decir de Hernández y Torre (2017), el acceso a los expedientes clínicos para su manejo en la investigación representa un problema en tanto que la definición de la propiedad por parte de la institución y el contenido, obtenido a partir de datos sensibles brindados por el usuario, complejizan los acercamientos al ser fundamental una perspectiva ética y legal para ello. Como solución al dilema que implica la inclusión de los datos personales de expedientes clínicos en investigación es mantener el anonimato, aunque sea práctica común debe garantizarse y hacerse explícita por los investigadores, además de la necesidad imperiosa de normar este acceso para cualquier científico interesado en el análisis de los datos que contengan, y cuyos resultados deben orientarse necesariamente a la mejora del sistema de salud en beneficio de los usuarios (Hernández y Torre, 2017).

La segunda reflexión es de corte metodológico. En este aspecto, hay dos elementos sobre los cuales vale la pena hablar. Por un lado, es la propuesta para la inclusión del mismo archivo clínico como parte del contexto de la investigación, es decir, una vez aprobado el acceso a éste, “el investigador debe interactuar con los actores que son los que en efecto permitirán, o no, realizar el trabajo de documentación del modo previsto, esto es, los empleados de esas oficinas vinculadas con estos acervos documentales” (Gil, 2010: 261); con ello nos referimos a la necesidad de poner en la mesa del debate las dificultades creadas por el personal, la falta de espacio o la desconfianza al trabajo antropológico sobre los documentos revisados, que son particularmente sensibles en el caso de expedientes clínicos. Considerar el espacio físico del archivo y las personas que en él interactúan como parte de la investigación complejiza la reconstrucción de las dinámicas internas, pero a la vez permite entender las tensiones que pueden presentarse entre los diferentes estratos que se articulan en un hospital.

Al respecto, durante las labores de revisión de expedientes, no existió dificultad alguna; aunque éstas luego se presentaron mientras se realizaba la etnografía:

Pedí al médico que si podía hacerme el favor de solicitar un expediente para complementar los datos faltantes (en la base de datos) pero el jefe del archivo se negaba a enviarlo al consultorio, diciendo que era trabajo de las enfermeras tener la agenda al día. Al señalar que no era imperativa la consulta del documento (y así evitar más tensiones), la enfermera y el doctor me contestaron que eso no se quedaba así, solicitando la intervención del jefe de consulta externa, porque el titular del archivo no tenía ninguna razón para retener expedientes, la enfermera

5 De acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168 y NOM-024-SSA3-2010. Fuente: <http://www.caip.org.mx/articulos/2011/0207srr.html>

me dijo “imágnate que se tratara de una paciente, ¿lo vamos a tener que esperar a que se le dé la gana?”. Después de más de una hora de solicitado, el expediente fue enviado al consultorio (Fuente: diario de campo).

Así, una actividad asociada meramente a la investigación realizada, dejó entrever lo que durante la etnografía se fue constatando: las tensiones entre los servicios impactan de manera negativa en la calidad de la atención que se brinda a las usuarias. El error o la omisión en el envío de expedientes a los consultorios para la atención, la falta de hojas dentro de ellos, la negación a entregar expedientes que no se encontraran agendados, entre otras situaciones, daban cuenta de las relaciones de poder que se establecen en la clínica y que sin la etnografía no habrían podido ser identificadas. En resumen, el archivo se constituye como un *observatorio* (Da Silva, 2002) para indagar sobre el sistema social desde la etnografía, que parte del extrañamiento sobre la construcción documental y que al final se nutre de ella misma.

El segundo elemento en torno a la metodología es aquello que Castro y Bronfman (1995) señalan como la dificultad de articular efectivamente los enfoques cualitativos y cuantitativos en la investigación en salud, que señalan se convierte en una superficialidad conceptual que se ve reflejada en la falta de investigaciones que den cuenta de la combinación de “técnicas estadísticas complejas (regresión logística, análisis factorial, y otras) con técnicas cualitativas sofisticadas (historias de vida, entrevistas en profundidad, etcétera)” (pág. 59), aunque los mismos autores reconocen que la solución a ello no es unívoca y depende de la decisión de los investigadores dar primacía a uno u otro acercamiento. En el producto final que resulte de esta investigación, y como hemos venido delineando en este artículo, tenemos el objetivo de complementar los datos, brindando un sustento, producto de la etnografía y de corte cualitativo, a los datos construidos a partir del análisis estadístico.

Así, partimos de reconocer que los archivos tienen un uso etnográfico (Zavala, 2012; Gómez y Peña, 2016c), que en el caso de esta investigación nos permite delinear no sólo las características de la población de esta institución de salud, sino también vislumbrar algunas de las temáticas de interés para el análisis, en tanto que consideramos que esta estrategia es útil para situar los datos cuantitativos en el contexto en el que se producen, que se construye en interacciones cotidianas entre diversos actores cuyas motivaciones varían pero que a la vez negocian en el marco del continuo a la atención a la salud, considerando a los archivos y el expediente clínico tienen un potencial para contextualizar el espacio de la investigación al actuar como testigos de la vida institucional, a su vez que se constituyen como detonadores de elementos a indagar en la observación y las entrevistas, como la relación entre médico y paciente, la transmisión de información, las reservas del personal médico y de las usuarias en la construcción de las historias clínicas, etcétera. Los archivos de salud son materiales viables para la aproximación etnográfica y no sólo estadística; son relevantes como fuente de información contextual y se convierten en complementos documentales en la etnografía, a la vez que funcionan como generadores de inquietudes antropológicas; al ser testigos documentales de las acciones *objetivas* realizadas en el marco de las consultas clínicas, fuentes primarias de información para la biomedicina y espacios sobre los cuales se construye una especie de halo de misticismo

para las usuarias de los servicios y aquellos otros interesados en la información que ahí se vierte, conteniendo la trayectoria pero no necesariamente la experiencia de las usuarias en sus propias palabras.

Enfatizamos la importancia del enfoque biocultural en la investigación antropológica sobre problemas de salud. Esta aproximación nos permite profundizar sobre las dinámicas que se generan alrededor de ellos y los procesos macro, meso y micro asociados. Trascender los efectos meramente orgánicos o las interpretaciones netamente socioculturales y acercarnos a conocer las relaciones existentes entre los datos biomédicos con la realidad corporal, social y cultural de la persona y la enfermedad (Gómez, 2014). Así, el análisis sobre el VPH nos permite conocer dinámicas complejas que se generan en el contexto de la atención sanitaria y la organización cotidiana de los servicios de salud; profundizar sobre aspectos de la cotidianidad más íntima, como el establecimiento de vínculos afectivos en relaciones de pareja, la socialización del diagnóstico, las prácticas sexuales individuales en espacios complejos, etcétera.

El expediente no es un registro neutro de información o un acto administrativo más, sino que los datos que se incluyen en su construcción contribuyen a la continuidad de la lógica hegemónica de este orden social. Por ello, es necesario construir una reflexión sobre la relación del conocimiento biomédico, la bioética, el bioderecho y las fronteras de quehacer antropológico en el campo de la salud, componentes definitorios para el desarrollo de un diálogo biocultural y sociocultural entre medicina y antropología (Peña, Gómez y Hernández, 2017). Así, este espacio ha buscado ser una provocación para la reflexión sobre la investigación social en contextos biomédicos, en tanto que consideramos que la discusión sobre el quehacer del antropólogo en contextos de salud institucionales se encuentra aún en sus inicios, pero la enunciación de las problemáticas que nos encontramos en el camino y las reflexiones que ellas mismas nos obligan a sentar un precedente que permita profundizar al respecto desde la comunidad antropológica interesada en investigar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención.

Referencias Bibliográficas

- Aldaco, K. (2010) **Conocimiento acerca del virus del papiloma humano en mujeres de una zona rural**. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Minatitlán, Veracruz.
- Castro R. y Bronfman M. (1995) “Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud”. Bronfman, M. y Castro, R. (coords.) **Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina**. Instituto Nacional de Salud Pública – Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. Cuernavaca, Morelos.
- Córdova, R. (2009) “Los peligros del cuerpo o el ejercicio de la sexualidad femenina como estrategia de subsistencia”, en **Alteridades**, Vol. 13, No. 25, México, D.F. pp. 93 -102

- Crespo, C. y Tozzini, M. (2011) “De pasados presentes: hacia una etnografía de archivos”, en **Revista Colombiana de Antropología**, Vol. 47, No. I, enero-junio: pp. 69-90.
- Da Silva, L. (2002) “El mundo de los archivos”, en Da Silva, L. y E. Jelin (comps.), **Los archivos de la represión: los documentos, memoria y verdad**. Buenos Aires, Siglo XXI: pp. 195-221.
- Gil, G. (2010) “Etnografía, archivos y expertos. Apuntes para un estudio antropológico del pasado reciente”, en **Revista Colombiana de Antropología**, Vol. 46, No. 2, Julio – Diciembre, pp. 249 – 278.
- Gomes, O. (2004) “Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo”, en Revista **Mana**, Vol. 10, No. 2, pp. 287 – 322.
- Gómez, D. (2014) “Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal”, en **Revista de Estudios de Antropología Sexual**, Vol. 1, No. 5, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F., pp. pp. 67 – 82.
- Gómez, D. y Peña, E. (2016a) “La vivencia del VPH en la Ciudad de México. Aproximaciones desde el enfoque biocultural en antropología en salud”. Ponencia en el **II Congreso Internacional de Antropología AIBR. Identidad: puentes, umbrales y muros**, Barcelona, España, 6 al 9 de septiembre.
- Gómez, D. y Peña, E. (2016b) “Etnografía en una institución de atención ginecológica pública: resultados preliminares”. Cartel en el **VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud**. Barcelona, España, 5 al 7 de septiembre.
- Gómez, D. y Peña, E. (2016c), “El uso etnográfico de los archivos. Experiencias de investigación en salud desde la perspectiva antropológica”, en **Memoria Académica V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales**, Mendoza, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8457/ev.8457.pdf
- Gómez, O. (2011) “Sistema de salud de México”, en **Salud Pública de México**, Vol. 53. Suplemento 2. pp. 5220 – 5232.
- González-Losa, R. *et al*, (2002) “Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas”, en **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, Vol. 53, No. 3, pp. 255-262.
- Hartigan, P. (2001) **Enfermedades transmisibles, género y equidad en salud**, OPS-Harvard Center for Population and Development Studies, Boston, EEUU.
- Hernández, C. y Torre, V. (2017) “Regulación del acceso al expediente clínico con fines de investigación en México”; en Revista **CONAMED**, Vol. 22 No. 1, enero – marzo, pp. 27 – 31.

- Hospital de la Mujer (2017), “Acerca del Hospital”. Disponible en: http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/Acerca_de.html Fecha de consulta: 29 de agosto de 2017.
- Hospital de la Mujer (s/f), **Manual del Servicio de Consulta Externa del Hospital de la Mujer**. Inédito, consultado *in situ*.
- Instituto Nacional de las Mujeres, (2012) **Diagnóstico sobre el contagio del virus de papiloma humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México**. Documento electrónico. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA16_DX_VPH_12.pdf
- Khongsdier, R. (2007) “Biocultural approach: the essence of anthropological study in the 21st century”, en **Anthropologist**. Special Issue: Anthropology today: trends, scope and applications, No. 3, pp. 39 – 50
- López, A. y Lizano, M. (2006) “Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina”, en **Cancerología**, No. 1. México, D.F.
- Lupa, N. *et al* (2015) “La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico”, en **Revista de Anales Médicos**, Vol. 60 No. 3. pp. 237 – 240.
- Mendoza, D. (2013) “Salud sexual y reproductiva de mujeres que tienen sexo con otras mujeres”, en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) **Diversidad sexual, religión y salud**, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
- OPS-OMS. (2013) **Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres**; World Health Organization, Washington, D.C.
- Peña, E. (2011) “Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas”, en Barragán, Anabella y Lauro, González, **La complejidad de la antropología física. Tomo II**, Instituto Nacional de Antropología e Historia – Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; pp. 289 – 314.
- Peña, E. (2012) **Enfoque biocultural en Antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo**. México, D. F.; Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Peña, E. y Hernández, L. (2011) “¿Normalización sexual?”, en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) **Iguals pero diferentes: diversidad sexual en contexto Memorias de la VII Semana Cultural de la Diversidad Sexual**, CONACULTA-INAH. México, D.F., pp. 131-158.
- Peña, E. y Hernández, L. (2013) “La “alternación” de la sexualidad en personas con discapacidad”, en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) **Discriminación y violencia. Sexualidad de grupos en situación de vulnerabilidad**, CONACULTA-INAH. México, D.F., pp. 211-240.

- Peña, E., Gómez, D. y Hernández, L. (2017), “¿Qué sí y qué no? Pertinencia de la investigación antropológica en el ámbito clínico”, Ponencia en el **III Congreso Internacional de Antropología AIBR. Viajes, tránsitos y desplazamientos**, Puerto Vallarta, México, 7 al 10 de noviembre.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987) “The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology”, en **Medical Anthropology Quarterly**, Vol. 1, No. 1, Marzo.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2014) “Desarrollo, evolución y estadística del virus de papiloma humano”, en **Boletín epidemiológico**, Vol. 31, No. 16, Abril. México, D.F.
- Szasz, I. (1998), “Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México”, en **Debate Feminista**, Vol. 18, Año 9, Octubre, México, D.F.
- Tena, O., Torres X. y Hernández, V. (2004) “Prescripción y vigilancia familiar de normatividades sexuales: Su correspondencia con las prácticas de mujeres y varones universitarios”, en Revista de Estudios de Género. **La ventana**, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, pp. 137-156.
- Wiley, A. y Allen, J. (2013) **Medical Anthropology. A biocultural approach**, Oxford University Press, New York, EEUU.
- Zavala, M. (2012) “Hacer estudios etnográficos: en archivos sobre hechos sociales del pasado. La reconstrucción de la trayectoria académica y religiosa de Monseñor Pablo Cabrera a través de archivos de la Ciudad de Córdoba”, en *Revista Tabula rasa*, Bogotá, Colombia. No. 16, enero-junio, pp. 265-282.



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA



espacio
abierto

Cuaderno Venezolano de Sociología

Vol 27, N°2 _____

Esta revista fue editada en formato digital en junio de 2018 por su editorial; publicada por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve
www.serbi.luz.edu.ve
produccioncientifica.luz.edu.ve