

ARTÍCULO ESPECIAL

Gestión de la calidad en la complejidad de la atención a la salud del paciente, abordaje inicial del paradigma

Palabras clave:

Complejidad de los sistemas de salud, derecho sanitario, gestión de calidad en el laboratorio, ética, medicina de laboratorio.

Keywords:

Complexity of health systems, health law, quality management in the laboratory, ethics, Laboratory medicine.

* Academia Mexicana Cirugía, Capítulo Occidente, Instituto Nacional del Aprendizaje, Habilidades e Investigación de las Ciencias, A.C. (INAHIC).

† Medical Legal Center-Salomón & Warner.

§ Hospital Ángeles León, Universidad del Fútbol y Deporte, Pachuca, Hgo.

Correspondencia:
Dr. Jorge M Sánchez González

Instituto Nacional del Aprendizaje, Habilidades e Investigación de las Ciencias, A.C. (INAHIC).

E-mail: juevesm@gmail.com

Recibido: 21/01/2022
Aceptado: 01/02/2022



RESUMEN

La calidad de los servicios de salud del laboratorio obliga hoy ir más allá del tradicional concepto de aseguramiento de la calidad total de los resultados. Se debe considerar la complejidad del sistema, que entraña la cosmovisión del paciente y su familia en su totalidad al momento de prestarle el servicio. Es indispensable adquirir nuevas habilidades, destrezas y competencias socioculturales y emocionales. Las nuevas responsabilidades que debemos atender los profesionales de la medicina de laboratorio, son, entre otras: seguridad del paciente, derecho sanitario, regulaciones ambientales, investigación, bioética, adherencia terapéutica, comunicación deliberativa, salud pública y salud laboral, entre otras, que en lo general no se consideran frecuentemente en la práctica cotidiana. Se realiza un abordaje inicial de esta complejidad, emprendiendo algunas reflexiones y una propuesta de estos aspectos y como pueden contribuir, al tenerlos en cuenta con metodología, en alcanzar una mejor atención inmersa en calidad total. Se revisan algunos de los aspectos del derecho sanitario, comunicación, información y la ética, que los profesionales del laboratorio deben incorporar a la práctica cotidiana. Debemos incorporar nuevas herramientas de medición y control al proceso de calidad total y ampliar las acciones que realizamos.

ABSTRACT

The quality of laboratory health services now requires going beyond the traditional concept of ensuring the total quality of the results. The complexity of the system must be considered, which entails the worldview of the patient and her family as a whole at the time of providing the service. It is essential to acquire new abilities, skills and socio-cultural and emotional competencies. The new responsibilities that Laboratory Medicine professionals must address are, among others: patient safety, health law, environmental regulations, research, bioethics, therapeutic adherence, deliberative communication, public health and occupational health, among others, which in they are not usually considered frequently in daily practice. An initial approach to this complexity is carried out, undertaking some reflections and a proposal of these aspects and how they can contribute, by taking them into account with methodology, in achieving better care immersed in total quality. Some of the aspects of health law, communication, information and Ethics are reviewed, which laboratory professionals must incorporate into daily practice. We must incorporate new measurement and control tools into the total quality process and expand the actions we carry out.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la calidad hoy debe ser disruptiva, por la complejidad que entraña. La calidad en salud y sus múltiples componentes: entre ellos su control total, aseguramiento, reingeniería y garantía continua, requieren de una revisión que conduzca a encontrar un

nuevo sustento epistémico. Este principio debe ser de racionalidad aplicable a conceptos tales como; conocimiento, justificación y opinión fundada, basada en datos duros. Porque un sistema de creencias u opiniones puede ser visto como un conjunto de proposiciones, que son generalmente aceptadas, o como un sistema de grados de creencia, y no responder a las nuevas

Citar como: Sánchez GJM, Dávila RAA, Rivera CAE. Gestión de la calidad en la complejidad de la atención a la salud del paciente, abordaje inicial del paradigma. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2021; 68 (3): 140-152. <https://dx.doi.org/10.35366/105032>

necesidades de la atención a la salud.¹⁻³ Por ejemplo, considerar que estamos brindando un buen servicio de calidad, sólo porque nuestros resultados están dentro de los límites de control y del error; preanalítico, analítico y postanalítico, entre los coeficientes de variabilidad inter e intraensayo, sin considerar todas las variables humanas y su complejidad, y sólo basarnos en opiniones, tendremos una calidad de la atención sesgada.

Hoy en día, una de las problemáticas a las que se enfrentan los profesionales de la salud es la saturación de información no científica disponible principalmente en medios digitales, regularmente no verídica, a la que fácilmente pueden acceder los usuarios de los servicios de atención médica. El aumento de mecanismos para obtener información médica ha desencadenado una serie de mitos alrededor de las enfermedades y sus padecimientos, logrando con ello, el temor del paciente al tratamiento médico ante la incertidumbre que genera la falta de claridad de su tratamiento como consecuencia de esa sobrecarga de información en el mundo digital. Estas circunstancias toman especial relevancia cuando el paciente tiene frente a él resultados de estudios de diagnóstico y su correspondiente interpretación, que al no comprenderlos y no contar con un medio formal de comunicación, acude de manera lamentable a fuentes de información secundarias, que no siempre dan el mejor aporte al proceso de atención médica. El resultado es inevitable: se tiene a una persona que derivado de una comunicación no asertiva sobre su verdadera condición, tomar en la mayoría de los casos decisiones incorrectas para su tratamiento, o peor aún, no tendrá acceso al acompañamiento adecuado para poder procesar la información médica a su disposición.

LA COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Suponer que cumplimos con la calidad, dirigiendo esfuerzos a brindar resultados, estudios, técnicas, procesos y procedimientos, etcétera, y porque los tenemos bajo control, porque además damos cumplimiento a las normas de calidad oficiales y todas las reglamentaciones que obligan al laboratorio clínico actual –que hoy son impostergables–, y al final concluir con la entrega de un buen resultado con base a lo anterior, ya es insuficiente para una apropiada atención total. Es incompleto, si no se considera además la complejidad del paciente y su familia en el momento de brindar el servicio, y este último concepto aún no se aborda en los clásicos de la calidad en el laboratorio, hoy ya no basta.⁴⁻⁷ Se deben incluir tanto en los profesionales de la salud en ejercicio

como en las escuelas de pregrado del área de la salud, estas nuevas habilidades, destrezas y competencias socio-culturales y emocionales. Incorporadas por supuesto, a los conocimientos actuales que se están vertiginosamente generando y que debemos tener en cuenta. Hemos de entender el efecto que le inducen a la práctica profesional los factores derivados de la dinámica social, los debemos observar y analizar desde la óptica y convergencia de diferentes disciplinas como la antropología social, la filosofía y sociología. Estas nuevas responsabilidades que convenimos atender los profesionales de la medicina de laboratorio, son: seguridad del paciente, comunicación deliberativa, derecho sanitario, regulaciones ambientales, investigación, bioética, adherencia terapéutica y salud laboral, entre otros (*Tabla 1*).⁸⁻¹⁴

La complejidad de un sistema de salud se representa como la multiplicada red de interacciones posibles que puede tener la atención a la salud y la enfermedad de los ciudadanos en una sociedad determinada. De los supuestos de un sistema complejo, como lo es el sector salud y sus relaciones, se acierta que: los elementos que lo componen deben tener interacción, pero son interacciones de corto alcance; los elementos son influenciables y se influencian entre ellos en diferentes momentos, además, en el instante de la verdad, de la atención médica, se convierten en multipropósito. Poseen un gran número de elementos y por ello la predictibilidad es nula, aunque pareciera que siempre sabemos que sucederá, pero sólo desde nuestra perspectiva. Pero reflexionemos que pasa después, cuando el paciente tiene en sus manos el resultado de un estudio y la forma en que lo afecta, como apreció la atención que le dimos como ser humano afectado en su salud, no lo consideramos, y no es predecible. Luego entonces, las interacciones no son lineales, ni equilibradas. Así es la complejidad de los actos de salud que encontramos en el sistema de salud mexicano, al ser su sistema multi-fraccionado con diferentes organizaciones, que tienen complejas relaciones funcionales con los pacientes, donde la salud se gestiona en forma diferencial, tanto para los que producen económicamente, como para

Tabla 1: La complejidad de la atención a la salud y el paciente debe cambiar nuestro actuar, reflexión.¹²

«En la Gestión de la Calidad Total está inmersa la complejidad de los servicios de salud y el paciente, por ello debemos navegar por las mismas aguas, pero controlando las tácticas en un nuevo buque, girando a verlas con nuevos ojos».

los no incorporados al proceso productivo del país (no derechohabientes) y además, la interacción de los pacientes entre lo público y lo privado, muchas veces por la incapacidad o por la inefficiencia del primero entre otros factores. Así, los recursos financieros de cada sector o subsistema apoyan diferenciadamente la calidad y sus niveles.¹⁵⁻¹⁷ También, al interior de las mismas organizaciones del sector salud, existen múltiples relaciones funcionales de carácter difuso respecto al paciente y su familia. En estas estructuras funcionales fraccionadas al interior, el paciente y su familia tienen múltiples y diversas vivencias, experiencias y resultados, por ejemplo en: La atención primaria, urgencias, laboratorio, consulta externa, hospitalización etcétera, y cada una de ellas con diferente complejidad.

Entonces nos debe surgir una reflexiva pregunta; ¿si los sistemas de salud son complejos, que tan compleja es la calidad de los mismos? Sin duda estamos frente a un sistema reduccionista o relativizado de la calidad, donde solamente estamos controlando la «punta del iceberg». Si reflexionamos sobre un escenario de la demanda de servicios y recursos, en la lógica económica del sistema de salud, generalmente la insatisfacción se va a presentar a mayor demanda con menores recursos, si esto persiste caeremos en crisis y en ese momento la calidad no importa, debemos resolver en la inmediatez, como lo hemos visto al paso de los años. A mayor cantidad de recursos y menor demanda, aparentemente se presenta mayor satisfacción, pero aquí tampoco es importante la calidad, porque con la satisfacción que se genera, la percepción de calidad aparece ser buena, y se continúa ignorando la complejidad del paciente y su cosmovisión. Sólo prevalecen las opiniones como aseveración de buena calidad entorno a un resultado, quizás esperado por el equipo de salud, pero no el de mejor calidad total para el paciente y sus familiares. Esto nos vuelve a llevar a la reflexión de cuáles son los tipos de evaluación, que generalmente aplicamos en el proceso de calidad y su valoración. ¿Qué papel juegan los pacientes en el control de la calidad, control y medición que aplicamos? Pensemos en una arista de esta complejidad, si sólo escuchamos las quejas y la insatisfacción de los pacientes, el laboratorio siempre será malo, por tanto la calidad de la atención será deficiente si solo escuchamos las quejas o la insatisfacción (*Tabla 1*).

Los procesos y fenómenos de la salud-enfermedad, consideran la insuficiencia de cada uno de ellos aisladamente, pero ninguno de estos dos abordajes en forma parcial puede dar cuenta de la necesidad de una síntesis apropiada. La salud no es la mera ausencia de enfermedad, se trata más de un complicado estado que permite

la máxima utilización del potencial sistémico de los seres humanos para su desarrollo pleno.⁵ En adición, hoy día, influida por el acceso a la información por parte de los pacientes y sus familiares (era de la información), al momento del contacto con el sistema de salud de todo tipo (primer a tercer nivel, público o privado), modifica la cosmovisión del paciente sobre los procesos de salud-enfermedad descritos y puede generar una concepción epistémica muy diferente a la del profesional de la salud que le atiende.^{7,9,10-12}

Ahora, sin duda acelerado por efectos socioeconómicos de la pandemia por SARS-CoV-2, que trastocó paradigmas de la humanidad y, entre muchos otros, han ido intensificados por la proliferación de las tecnologías de la información, originando mayores accesos al conocimiento, infodemia y falsas noticias, que modulan el comportamiento humano y la percepción de la calidad entra en complejidad. Por otra parte, la apreciación de servicios de salud rebasados en su capacidad, falta de medicamentos y poca atención a enfermedades crónicas e incremento de la mortalidad, entre muchos otros, han cambiado la forma de percibir y exigir los servicios de salud. Generando con ello incomprendimiento por la aparente falta de responsabilidad constitucional de los gobiernos en atender el derecho del acceso a la salud y de los profesionales de la salud en lo individual. Por eso, debemos entender que la atención a la salud funciona como una red fractal –concepto vigente desde hace años– dada su complejidad. Debemos entonces abordarla mediante una estrategia metodológica. Esta red fractal de salud tiene fundamento en el caos y no linealidad, en la geometría fractal, en la emergencia y sistemas dinámicos, borrosidad y teoría de las redes. Estas últimas constituyen ejes de renovación paradigmática que incorporan, analizadas metodológicamente, un enorme potencial de avance en la producción de conocimiento científico y desarrollo tecnológico en el área de la salud.^{10,12-15} Lo que nos lleva a preguntarnos, ¿Existe una inapropiada conducción del estudio de la calidad en las ciencias de la salud?, ¿Es suficiente el estudio y control lineal de la calidad que hasta ahora efectuamos? Con los resultados y percepciones a la vista, evidentemente no es suficiente.

Debemos acceder a la transdisciplinariedad como estrategia metodológica para comprensión de la complejidad y considerar todas las líneas resultantes en la construcción de la calidad total en la complejidad del paciente y los sistemas de salud. El laboratorio no puede mantenerse como una ínsula desarticulada de los sistemas y subsistemas de salud. Debemos, en ese contexto, promover la reflexión de esta complejidad de los servicios de

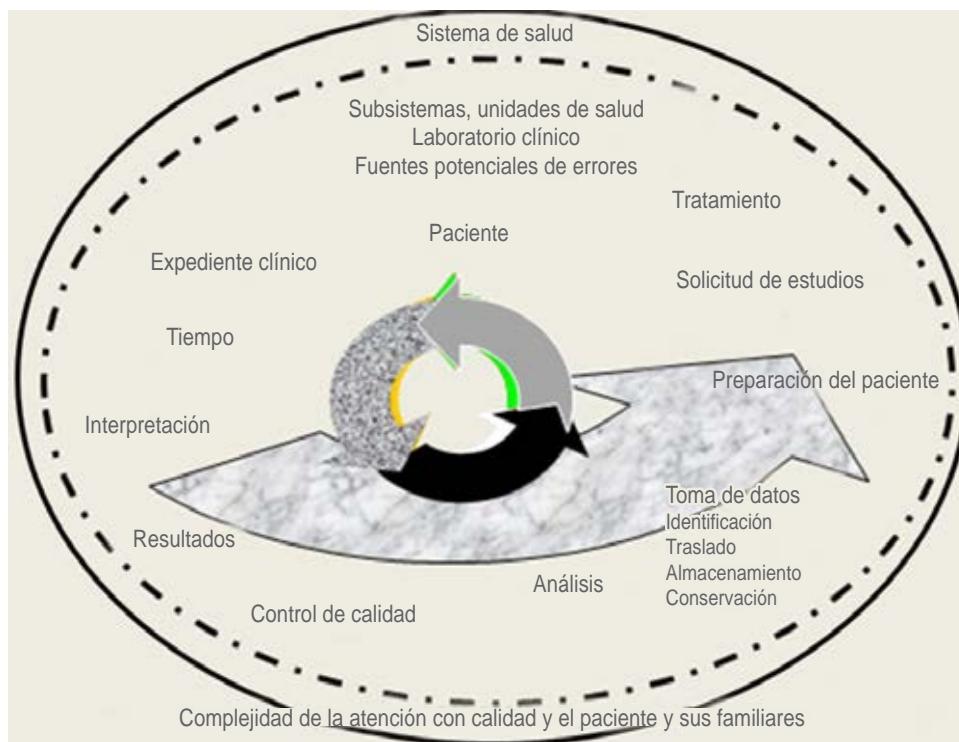


Figura 1:

Sistema de salud y subsistemas (subsistema laboratorio clínico).¹²

salud entre los profesionales con quienes interactuamos desde el laboratorio, que debe ser de estricto sentido colaborativo (*Figura 1*). Más aún, consideramos que debe incluirse este nuevo concepto colaborativo en la formación de pregrado. En conclusión, tenemos la obligación de practicar la Gestión en la Calidad total inmersa en la complejidad de la interacción humana. Realizar evaluación de la calidad con herramientas adicionales, como por ejemplo la metodología Expost. En la atención de calidad en el futuro inmediato, impone la gestión en la complejidad del paciente. Que involucra clarificar y hacer efectiva la complejidad de estas interacciones en todo el sistema de salud y con todos los involucrados, Y por si no fuera suficiente, no descuidar las implicaciones de: los determinantes sociales de la salud, la responsabilidad profesional, la seguridad del paciente y el error en el área de la salud; sus tipos, prevención, y por supuesto, la apología como instrumento de calidad.¹⁶⁻¹⁹

Para entender la complejidad del sistema de salud e incorporar al paciente en este nuevo concepto de la gestión de calidad, debemos ubicar primero ¿qué tanta disposición al cambio tenemos?, y definir en dónde estamos parados para de ahí actuar. Podríamos, para dar respuesta a la interrogante utilizar por ejemplo, la metodología del Modelo transteórico de Prochaska, para realizar nuestra mejor estrategia.²⁰

LA ÉTICA CONTRIBUYE A LA CALIDAD

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina. Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina. La definición de Ética de la Universidad Georgetown de Washington, una de las más aceptadas en el mundo, dice: «Es el estudio minucioso del acto humano en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los principios y los valores morales». Mientras que la deontología es la ciencia o tratado de todos los deberes, el deber ser. En este sentido, la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional de la salud.

La *lex artis Médica ad hoc* considera que los principios deontológicos y científicos de la práctica médica y de toda profesión ligada a la salud, como el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, basadas en la evidencia científica, que establecen los medios ordinarios para la atención médica de todas las disciplinas y los criterios para su empleo. Los principios Éticos de la práctica profesional se agrupan en el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica. En México se encuentran en constante evolución y se integran diferentes ordenamientos, entre ellos: 1) La literatura magistral: La empleada en las instituciones de educación superior para la formación del personal de salud. 2) La biblioferografía indexada (medicina basada en la evidencia): La contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales especializados, revisada por pares calificados, en indexación y homologación por instituciones *ad hoc*. 3) Guías de práctica clínica y las publicaciones emitidas por instituciones moralmente reconocidas, que refieran resultados de investigaciones para la salud. 4) Las publicaciones que demuestren mérito científico y validez estadística. 5) Los criterios que fije el Consejo de Salubridad General, la Comisión Nacional de Bioética, la Secretaría de Salud y los Consejos de certificación de las diferentes disciplinas de la salud. 6) Los criterios emitidos por las comisiones *ad hoc* autorizadas por la Secretaría de Salud, Los Códigos Deontológicos de Colegios y Consejos de las diferentes ciencias de la salud (Comisiones de investigación, ética y bioseguridad).²¹

En ese sentido las recomendaciones generales al laboratorio y los médicos que refieran pacientes deben considerar al menos: 1. Solicitar únicamente las pruebas de laboratorio cuyos resultados ayuden a resolver aquellas preguntas clínicas que tengan relevancia en la toma de decisiones referentes al paciente; 2. Al interpretar los resultados de las pruebas de laboratorio, utilizar los valores de referencia aceptados para la población que atiende; 3. Aprobar y estandarizar cómo preparar al paciente para un examen o cómo adquirir y preservar el material que se precise para una prueba, y contar con el expertise suficiente para explicar el resultado obtenido y en su caso, porque no corresponde con el estado clínico del paciente. Contar dentro del programa de calidad y la seguridad del paciente, la incorporación de pautas para el respeto a los principios éticos inherentes a esta práctica, como un conjunto de reglas morales en beneficio de sus pacientes, ahora incluidos en un marco legal definido, pasando a ser obligatorios. Bajo el adagio popular que dice: «*la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento*», es importante se considere la existencia del compromiso moral y legal

de cumplirlos. Recordando que la deontología se sustenta en los marcos jurídico y moral.²²

El acto médico se basa en el principio de universalidad e implica que todas las personas son iguales, sin distinción de nacionalidad, credo, edad, sexo, preferencias o cualquier otra característica. Por tanto los derechos humanos se consideran prerrogativas que le corresponden a toda persona por el simple hecho de serlo. El principio de interdependencia implica que todos los derechos humanos se encuentran vinculados entre sí, de tal forma que el respeto y garantía, o bien, la transgresión de alguno de ellos, necesariamente impacta en los otros derechos. También se basan en el principio de indivisibilidad significa que todos los derechos humanos son infragmentables sea cual fuere su naturaleza. Cada uno conforma una totalidad, de tal forma que se deben garantizar los derechos en esa integralidad por el estado, pues todos ellos derivan de la necesaria protección de la dignidad humana.²¹⁻²³

El principio de progresividad expresa que el estado debe formar en todo momento una mayor y mejor protección y garantía de los derechos humanos, de tal forma, que siempre estén en decidida evolución y bajo ninguna justificación en retroceso. Si bien es cierto que el Código de Ética de un laboratorio expresa su política institucional, pública o privada, debe vincular las necesidades de los pacientes con las metas de la Medicina de Laboratorio, para establecer y hacer explícitas sus condiciones éticas y morales; asimismo representa un compromiso con los valores de la organización y establece el actuar como referencia para el comportamiento para hacerle patente al paciente que recibirá atención personal, con oportunidad, privacidad y veracidad, inmersas en los principios éticos. Lo anterior incluye el no otorgar dicotomía por el envío de pacientes, una práctica carente de ética que desafortunadamente continua presentándose en algunos casos y puede afectar al paciente. Todo laboratorio debe actualizar permanentemente su código de ética y hacerlo del conocimiento a sus pacientes, además de su registro en las instancias correspondientes.^{23,24}

MEDICINA DE LABORATORIO Y EL DERECHO SANITARIO

Si bien es cierto, a lo largo de la atención médica que recibe un paciente, existen diversos momentos donde una comunicación asertiva es requerida, la regulación vigente en México contempla la comunicación de la información previo a cualquier procedimiento médico, incluso un estudio de laboratorio, por medio de las denominadas cartas de consentimiento informado que si tienen una regulación específica; sin embargo, existe

un vacío legal en lo que refiere a la comunicación de información post-procedimiento médico, esto es, cómo manejar la entrega, interpretación e información de los resultados de estudios de diagnóstico, la información del resultado de la cirugía o tratamiento médico autorizado y ejecutado, y en general esa segunda parte que contiene la información médica del resultado del procedimiento médico previamente autorizado, a fin de que el usuario de los servicios médicos, tenga elementos para seguir en pleno ejercicio de su derecho de libre autodeterminación, definir qué acciones tomar al respecto.

La presente sección se dedicará a la presentación de la situación legal en la que se encuentra la comunicación de información médica, partiendo de la descripción de los momentos importantes en una relación médico-paciente. Una vez establecido eso, se presentará el marco jurídico que regula la atención médica, así como las cartas de consentimiento informado, estas últimas con la finalidad que sean el punto de partida para plantear una propuesta sobre los métodos para regular la información que debe transmitirse tras someterse a algún proceso médico de cualquier naturaleza.

La relación que ocurre entre un profesional de la salud y un paciente (y sus familiares cuando sea el caso), no es espontánea, si no que conlleva un cúmulo de momentos, mismos que pueden prorrogarse dependiendo del caso. Se podría decir que el origen es con el padecimiento del paciente. Una vez identificado por éste, acude a un establecimiento que preste servicios de atención médica, en donde será atendido por un profesional de la salud. Según el deber ser de las cosas, el profesional de la salud, basado en su experiencia, le orientará en los posibles diagnósticos de su padecimiento, en su caso indicará los estudios de diagnóstico necesarios para determinar con mayor precisión un diagnóstico, consecuencia de ello, el tratamiento individualizado más adecuado para el paciente, así como los riesgos y beneficios del mismo.

Esta relación, por tanto, deriva de lo que en el gremio médico se conoce como la atención médica. De acuerdo con el Artículo 32 de la Ley General de Salud (LGS), la atención médica se define como «el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud». A su vez, se establece que las actividades deben de ser preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas (Artículo 33 LGS).

Esta práctica deriva del Derecho Humano a la salud, que en México se encuentra reconocido en el Artículo 4 Constitucional, el cual establece que «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud

[...].» A su vez, también es reconocido por los tratados internacionales de los que México es parte, como lo son el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (numerales 10.1, y 10.2, incisos a, d, e y f) en el que se reconoce a la salud como un derecho fundamental, y la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25).

Con base en el marco jurídico anteriormente planteado, para que la atención médica cumpla la función de garantizar el derecho a la salud, ésta deberá prestarse siguiendo los lineamientos que las regulaciones vigentes establezcan. Uno de esos requisitos es otorgar al paciente y a sus familiares (de ser el caso), «información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente». ²⁵ Misma que suele compartirse de manera oral al paciente, o en todo caso, por medio de una carta de consentimiento informado.

En el presente artículo se ha ahondado en la importancia que tiene la complejidad de la calidad de la atención al paciente y la comunicación en la relación médico-paciente, aunado a ello, otro elemento importante de esta relación es la información, ambos elementos toman especial relevancia cuando los profesionales de la salud y sus auxiliares comunican al paciente información sobre su estado de salud. Si esta comunicación es asertiva, se protegen los derechos humanos la salud y a la libre autodeterminación de la persona para elegir y tomar el tratamiento que más le convenga, a este último de manera deliberativa, pues el paciente tendrá la información necesaria para poder tomar una decisión libre e informada sobre el camino a tomar para su tratamiento. Como consecuencia, la calidad de la atención a ojos del paciente será superior, en la medida que la información previa y posterior del acto médico, sea adecuada, aun cuando el procedimiento sea el mismo.

Actualmente, la legislación indica que el paciente deberá recibir la información completa sobre su diagnóstico y tratamiento previo a someterse a él, éste se podría clasificar como el primer momento de transmisión de información, mismo que queda resuelto por medio de la obligación de proporcionar al paciente una carta de consentimiento informado, que describa los elementos de: a) Padecimiento, b) Procedimientos, c) Riesgos y b) Beneficios, estos de manera personalizada a la situación y circunstancias particulares del paciente. Bajo la óptica de los autores, el segundo momento de recibir la adecuada información, debería ser cuando se entreguen los resultados del procedimiento médico, quirúrgico o estudio de laboratorio autorizado.

En lo que respecta al primer momento, el legislador optó por crear un instrumento legal que en la práctica se denomina la carta de consentimiento informado. Este es un documento escrito y firmado «por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente».²⁶ Su objetivo principal es que el paciente pueda decidir en pleno ejercicio de su derecho a la libre autodeterminación someterse o no, a sabiendas de las circunstancias en las que se encuentra y las posibilidades que tiene para mejorar.

De acuerdo con la legislación vigente, los eventos que requieren forzosamente de una carta de consentimiento son:

1. El ingreso hospitalario.
2. Los procedimientos de cirugía mayor.
3. Los procedimientos que requieren anestesia general o regional.
4. La salpingooclásia y vasectomía.
5. La donación de órganos, tejidos y trasplantes.
6. La investigación clínica en seres humanos.
7. La necropsia hospitalaria.
8. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Independientemente del proceso del que se trate, en cuestiones de fondo, éste deberá de contener el nombre o denominación del padecimiento, nombre del procedimiento médico, quirúrgico o estudio médico, en qué consiste, riesgos frecuentes del procedimiento sustentados en literatura médica y riesgos individualizados del paciente de acuerdo a sus propias condiciones personales, así como los beneficios esperados. A su vez, se propone que también se incluyan los cuidados postprocedimiento, esto es, aquellas condiciones particulares que debe seguir el paciente para el éxito del procedimiento, tales como seguir las indicaciones médicas al pie de la letra, tomar los medicamentos en sus horarios, cuidados de reposo, vitales para tal fin. En la sección que se explica en qué consiste el procedimiento, el profesional de la salud deberá dar una descripción detallada del mismo, describirá paso a paso qué se planea hacer y quienes participarán. En cuanto a los riesgos y beneficios, se deberá de hacer una relación directa de estos con el diagnóstico, y explicar al paciente cómo es que los beneficios son mayores a los posibles riesgos (tanto normales como anormales)

del procedimiento. Por último, se recomienda agregar una sección sobre cuidados que deberá tener después del procedimiento.

Este documento va dirigido exclusivamente al paciente, y es por ello que sólo éste es quien debe aceptar el procedimiento mediante la firma de la carta en cita. Su firma representa que está consciente de la información que se presenta, la entiende y asume la responsabilidad de someterse al procedimiento. Por otra parte, es el vehículo a través del cual, el profesional de la salud salvaguarda los derechos de la salud y de la libre autodeterminación de la persona para decidir sobre su tratamiento médico.

Como se puede observar, la ley establece las características que esa información debe de darse, y da criterios obligatorios a seguir, situación que no sucede para el segundo momento de transmisión de información. Ni el Poder Ejecutivo, ni los legisladores se han detenido a plantearse la posibilidad de establecer cómo y bajo qué requisitos se debe de comunicar el resultado de un determinado estudio de laboratorio o procedimiento médico al paciente, en función de procedimiento médico autorizado.

Un elemento importante del consentimiento informado es el de riesgos y beneficios. En ese apartado se le plantea al paciente la imagen completa de probabilidades, tomando en cuenta sus circunstancias particulares; sin embargo, nada se ha desarrollado sobre lo que ocurre después del procedimiento médico, esto es, si el resultado de éste fue o no exitoso, y cómo proporcionar la información en un caso y en otro, señalar si existen alternativas diversas en caso de que no se hubieran obtenido lo beneficios especificados, o incluso de manera parcial a los esperados.

El estado actual de la legislación muestra un sistema de salud más enfocado a la tramitología del procedimiento, en lugar de enfocar sus esfuerzos en el objeto de la atención médica, i.e. recuperar el estado de salud del paciente dentro de sus posibilidades y a una atención con calidad total. Pareciese que es más importante tener un permiso para actuar, que lo que motiva la acción, es decir, el resultado. En ese mismo sentido, se demuestra otra problemática, y es la falta de complementariedad entre los profesionales de la salud y sus auxiliares. Esto debido a que las interpretaciones de los resultados (cuando las hay), suelen ir dirigidas a los médicos tratantes y no a los pacientes, existiendo una fuerte discusión legal, sobre quiénes son los que deben recibir la información.

Tomemos como referencia la siguiente situación a manera de ejemplo: un paciente acude a un laboratorio clínico para realizarse un grupo de estudios de valoración previo a ingresar a una intervención quirúrgica. El estudio

arroja un resultado positivo en VIH, ésta información le llega al usuario de los servicios de atención médica por correo electrónico, sin ninguna explicación agregada, el laboratorio realizó su función de forma adecuada técnicamente, utilizando toda la tecnología disponible para ello, incluso notificó de forma adecuada a la autoridad sanitaria sobre el resultado por disposición legal, pero dejó de lado el alto impacto que representa en la vida de un paciente una información de estas características, el mecanismo de comunicación podría hacer la vida de esta persona diferente, donde, los valores de referencia que se muestran en sus resultados fueran algo más que números, como por ejemplo si recibiera información de grupos de apoyo, sólo como ejemplo, en general la información necesaria para continuar su tratamiento médico y su vida, de otra forma lo único que el paciente percibe es una situación que además de ser lamentable, trae una carga emocional fuerte, dadas las mitos que rodean esa y otras enfermedades. En este momento, la información que leyó será un parteaguas en su vida.^{23,24}

De este caso se debe de resaltar lo siguiente. En primer término, la información que se proporciona por los laboratorios clínicos suele ser muy técnica, con valores de referencia y la técnica utilizada, y sólo en algunos estudios viene acompañada de una interpretación, cuando los lee el usuario de los servicios de atención médica, esto provoca un primer enfrentamiento de éste con datos que no le son legibles, provocando una brecha informativa. En segundo lugar, podría venir acompañado de la posibilidad aún menor, pero cierta de error, como el caso de un «falso positivo o negativo», de acuerdo a las circunstancias de cada caso, pues no pasa inadvertido que el laboratorio clínico casi siempre carece de la información clínica del paciente para proporcionar una información global y completa al paciente.

Distinto es cuando se cuenta con un mecanismo enfocado en el paciente, en el que se incluye un documento también por escrito, en un lenguaje claro y fácil de entender, que acompañe los resultados de estudios de laboratorio y en el caso de otros procedimientos médicos o quirúrgicos, se entregue después del procedimiento médico al que fue sometido el paciente, el cual deba cumplir con elementos esenciales; por ejemplo, si se cumplió o no con el objetivo del procedimiento autorizado, las situaciones que surgieron que pudieron impedir lo programado, así como las alternativas que se tienen en un nuevo momento, postprocedimiento.

De igual forma no menos importante destacar, que se debe plantear la posibilidad de desarrollar un protocolo para informar resultados de laboratorio especiales. Estos que para el médico o responsable del laboratorio podría

resultar una rutina, pero que para el paciente representa lo más valioso que tiene, que es la salud y su vida. En estas situaciones, la manera en que la información se transmite es crucial, pues de ello depende cómo la procesa el paciente. A su vez, determinará la libertad bajo la cual tomará las decisiones subsecuentes, puesto que la presión y la falta de información podrían encaminarlo a decidir de manera prematura y equivocada.

Otros elementos que pudieran incluirse serían las alternativas existentes, de ser el caso, los datos de agrupaciones de personas con el mismo diagnóstico, asociaciones civiles de apoyo, los mecanismos en su caso de rehabilitación, entre otras. Lo que cierto es, que el reto de la información médica es fundamental en la atención médica, lo que habría que plantear a los legisladores y los líderes de laboratorios clínicos y sus especialidades.

La relación médico-paciente suele dañarse por las brechas informativas que existen entre sus dos partes. Actualmente se ha modificado la relación médico-paciente, que parecía le preocupa más tener los documentos necesarios para defenderse en caso de que las cosas no salgan según lo programado, que el bienestar del propio paciente. El consentimiento informado es un gran paso, que permite al paciente informarse sobre su condición y las opciones que tiene de tratamiento, sin embargo, falta un acompañamiento al paciente postoperatorio o postresultados de laboratorio, que permita cerrar el círculo de información, y evite que esta pierda su cauce; así, se podría incluso hablar de evitar muchas de las demandas de responsabilidad médica que existen, puesto que el paciente estaría en el entendido del paso a paso de su cirugía, tratamiento o resultado de laboratorio.^{23,24,27}

En síntesis, la información de la atención médica en todos sus sentidos es vital, pues el mismo procedimiento médico, quirúrgico o de laboratorio, será de mayor calidad, no sólo por los equipos, tecnología y procedimientos que utilice, sino, sobre todo, por la calidad y momento en que se proporciona información al paciente, donde al usuario de los servicios de atención médica, no le quede duda, que nos importa.

LA COMUNICACIÓN

Reflexionemos sobre el reclamo no totalmente explícito que hace la sociedad a los profesionales de la salud por su inapropiada comunicación, que inconscientemente añora al profesional hipocrático empático y deliberativo, pleno de herramientas comunicativas, con mirada perspicaz, que escucha con atención en reciprocidad a la confianza depositada y que reflexiona sobre lo dicho y lo visto. El proceso de la comunicación es elemento esencial de la

misma *ars medica*, que actualmente se traslada al buen comunicador contemporáneo: mirar y escuchar en primer lugar, después pensar y reflexionar, finalmente expresar de modo comprensible. La relación médico-paciente se ha visto deteriorada, la confianza y la colaboración mutuas se han perdido por diversas influencias: los cambios en la dinámica social, en los valores y convicciones sociales, apareciendo una actitud diferente y más crítica hacia el equipo de salud, fundamentada en una conciencia encaminada a su autodeterminación e individualismo, fomentadas a su vez por el fácil acceso a la información; y por otro lado la exigencia colectiva de hacer explícitos sus derechos, deberes y obligaciones. Todo ello confrontado con frecuencia con la inadecuada actitud con experiencias negativas y escaso entrenamiento en el manejo de sus emociones, y el desconocimiento de todos los factores que intervienen en la relación médico-paciente.

La confianza en la relación entre el profesional de la salud y su paciente se logra a través de una apropiada comunicación, y es trascendental para lograr una alianza terapéutica dirigida a que el enfermo recupere su bienestar. Existen comportamientos del profesional que incrementan la confianza del paciente: el mejor ejemplo es el interés en conocer cómo experimenta su paciente la enfermedad y el padecer. Los currículos de las escuelas del área de la salud y especialidades privilegian el conocimiento técnico-científico sobre las habilidades sociales. Esta perspectiva ha demostrado ser obsoleta, pues las competencias requeridas hoy por los médicos van más allá del simple conocimiento técnico y científico; se necesita la comprensión de las dimensiones humanas de la relación médico-paciente, a través de las competencias socioafectivas representadas por tres componentes: a) aptitudes y rasgos de personalidad, b) conocimientos adquiridos durante la formación universitaria, c) experiencia adquirida en la práctica profesional. Históricamente muchos modelos de comunicación han

descrito esta relación médico-paciente, el más común y prevalente hasta nuestros días es el asociado a una actitud paternalista biologista y reduccionista, es por ello que para comprender mejor la actitud del profesional de la salud y clasificarlas, se han descrito diferentes modelos desde la perspectiva conductual para intentar identificar el rol de cada integrante en la relación médico-paciente, incluidos detalles de comportamiento del médico proveedor de servicio y explicar también como los valores del paciente se contemplan en la toma de decisiones terapéuticas sobre su enfermedad. El modelo deliberativo es el que mejor se ajusta a las necesidades del paciente inmerso en la complejidad de su atención a la salud, donde la discusión y el diálogo le permite entender lo complejo de su enfermedad y como el sistema lo aborda y trata, con base a la mayor evidencia científica (*Figura 2*).

La comunicación asertiva es un esfuerzo de síntesis, el mensaje básico de la aserción es: «esto es lo que yo pienso, esto es lo que yo siento; así es como yo veo la situación», sin afectar o degradar la otredad, en actitud siempre conciliadora y abierta a la negociación. El individuo que se comporta asertivamente suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, siempre está aprendiendo, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo, es expresivo, espontáneo, seguro y capaz de influenciar a otros. La atención al paciente se ve influenciada por diferentes tipos de práctica, relación y comunicación. Si realizamos un modelo predictivo para conocer la satisfacción del paciente ceñida de calidez humana y apego a la ciencia con el mejor resultado, encontraremos que no todo es correcto desde la perspectiva de la complejidad, porque muchos factores influyen, muchos de ellos imperceptibles como la variabilidad biológica y la interacción de todos los subsistemas ya mencionados. ¿Cuál es el tipo de práctica y atención que queremos ejercer? Analicémosla desde la perspectiva estadística Bayesiana para poderla cuantificar,

Modelo	Acciones del médico	Decisión terapéutica	Valores y preferencias del paciente	Observancia preferencias paciente
Deliberativo	<u>Dialogar</u> preferencias y tipos de Tx	Paciente	Desarrollados por la discusión y diálogo	
Informativo	Proveer información, opciones y resultados	Paciente	<u>Predeterminados</u> por paciente	
Interpretativo	Proveer información y ayuda identificación de valores y recomienda tratamiento	Paciente	<u>No reconocidos</u> por el paciente, necesita clarificación e identificación	
Paternalista	<u>Seleccionar</u> la mejor opción para el paciente	Médico	<u>Predefinidos</u> por el médico	
Instrumental	<u>Seleccionar</u> Tx que garantiza objetivos del médico	Médico	No se observan	

Figura 2: Modelos de relación médico-paciente.

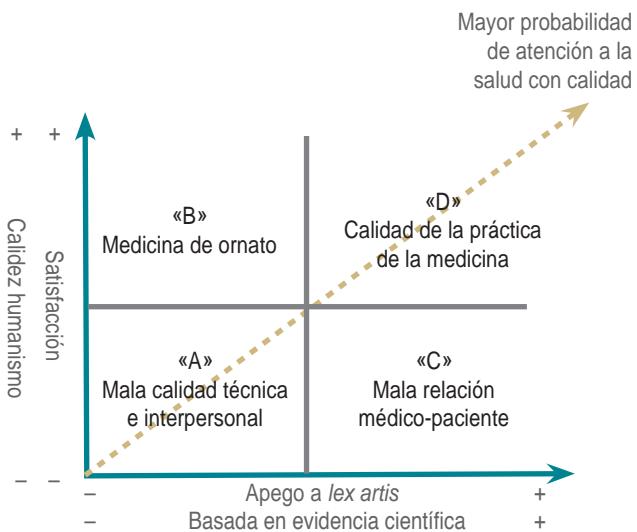


Figura 3: Tipos de práctica médica encontrados con mayor frecuencia (Modelo predictivo de comunicación médico-paciente).¹²

conocer y predecir cuál es la proyección de la calidad con que estamos ejerciendo, y tomar las medidas para ir al mejor vector del tipo de atención que requieren nuestros pacientes, como se aprecia en la tabla de contingencias de la *Figura 3*, donde busquemos la mayor satisfacción y calidez para el paciente y practiquemos la medicina de laboratorio basada en la mayor evidencia científica y con calidad total de nuestros resultados. Podemos brindar una atención enfocada sólo a la satisfacción y las amenidades, el paciente puede estar muy satisfecho, pero no tener resuelto su problema con base a la evidencia científica, a lo que llamamos medicina de ornato que no tiene calidad científica y tal vez un trato muy aceptable y muy buena comunicación. En el otro extremo está la priorización de la atención basada en la evidencia y las mejores prácticas de la *lex artis* médica que resuelven en forma óptima el problema de salud, pero en la esfera emocional, en la comprensión de la cosmovisión del paciente no se considera, no se tiene comunicación con el paciente, es lo que llamamos «mala relación médico-paciente».^{24,28-31} Debemos buscar aplicar todas las nuevas herramientas de la comunicación, ceñidas de una práctica basada en la evidencia científica.

DISCUSIÓN

Como ya se mencionó, sino estamos atentos a la evolución y efectos del Derecho Sanitario y como afecta nuestra práctica profesional, más allá de lo que tradicionalmente concebimos, no estaremos accediendo a una práctica de

calidad completa. Porque debemos incorporar y estar pendientes de los avances y alcances en esta rama del derecho, como ejemplo de ello, por ser de lo más reciente, a finales de 2021, se avanzó en la judicialización de la salud. La Suprema Corte de la Nación resolvió un amparo en el cual realizó un análisis profundo en la atención a la salud que ya se sabía pero, al ser promulgado desde el ámbito judicial es relevante y digno de ser analizado. En él se recuerda y afirma que para garantizar el derecho a la salud se deben valorar cuatro criterios: el primero: mediante el cual se debe diagnosticar, curar, revertir o controlar el deterioro de la integridad física y psíquica de una persona específica; segundo, que corresponde al deber del estado a garantizar que el tratamiento sea adecuado; tercero, a través de cual el estado deberá garantizar que el tratamiento que necesite el paciente se provea de forma oportuna, permanente y constante; y finalmente, que los establecimientos que presentan servicios de atención médica lo hagan de acuerdo con los estándares más altos de tecnología y especialización médica. Sin duda en su mayoría se refieren a la responsabilidad del estado, pero también implica a la práctica privada (como las aseguradoras médicas, [Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)]), y de ahí extenderse a prestadores privados contratados. La migración de los pacientes es frecuente entre los diferentes sistemas de salud al estar tan fragmentados en nuestro país. Se aprecia que el Poder Judicial ya refiere que la calidad de la atención debe de ofrecerse mediante los más altos estándares de tecnología y especialización médica, sin duda asociados a la certificación de la calidad.^{22,24,29}

La necesidad de abordar desde diferentes ángulos los fenómenos y hechos que ocurren en la sociedad es pertinencia de las ciencias sociales y una condición *sine qua non* para garantizar el desarrollo y conocimiento del mundo que nos rodea, especialmente cuando la sociedad se encuentra en transformación y ruptura con la tradición. La reflexión sobre la dimensión valorativa resulta para algunos especulativa y hasta intrascendente. La fuerte tendencia pragmática que domina las presiones sociales cotidianas desvía la atención de los valores en la práctica diaria. Pareciera que el ritmo de vida conduce a eludir la apreciación de un ámbito de valores dinámicos y en constante cambio, que como ya he mencionado, el ámbito de la salud y la práctica profesional no se escapa, es más, dada su importancia al ser humano, incide a ser de las más sensibles. La cambiante dinámica de la sociedad actual marcha a la par de una excesiva cuantificación y mecanización de diversas manifestaciones de la vida moderna que generan la ruptura de algunas de nuestras creencias y la alteración de valores

socioculturales. Tal proceso de ruptura y alteración se evidencia en cierta incertidumbre en cuanto a la concepción del ser humano, de la sociedad, de la cultura y de nosotros mismos. Los valores y la moral parecen estar cuestionados. La falta de credibilidad y la desideologización parecen generalizadas. ¿Cómo justificar entonces un discurso ético en la sociedad actual? ¿Cuál es la moral actual?, ¿Qué principios orientan al individuo en su actuar hoy en día? La dinámica social cotidiana es el producto de las tendencias sociales de la época; en este sentido, los individuos manifiestan interpretaciones valorativas y formas de actuación cultural propias del momento histórico que viven. Por ello, quienes estamos involucrados en la acción profesional –especialmente en el ámbito de la salud– debemos considerar siempre el contexto socio-histórico en el cual nos desenvolvemos, atendiendo los sistemas de valores vigentes en la cultura y en la sociedad. Es evidente por consiguiente que el desarrollo de la sociedad depende de la participación de todas las personas, cada una de ellas con su esfuerzo puede construir una sociedad más justa y así contribuir al bien común. Sin embargo, durante los últimos años hemos sido avasallados como colectivo social, por acontecimientos que de una forma u otra han afectado nuestra cotidianidad. La peculiar situación de crisis que vivimos se viene gestando a mediados del siglo pasado, marcada por la aplicación de políticas sociales, culturales, económicas, científicas y técnicas, sostenidas por lógicas, que dado el resultado parecerían inapropiadas, ya que han conducido a nuestra sociedad al límite, y en forma concomitante se han trastocado las bases éticas que la sustentaban.

La corriente del relativismo ha extendido la concepción de que todo conocimiento, toda norma ética y toda estructura social son relativos a un tiempo y a un lugar determinados; que pueden perder toda vigencia porque suponen que todo cambia y todo se transforma, el cambio por el cambio mismo, negando así la existencia de un orden esencial. Sin embargo, no se puede negar la existencia de la naturaleza humana y con fundamento en ella, la existencia de un orden social natural que de sentido a las relaciones sociales. En ese sentido, la humanidad reconoce a la salud como uno de los bienes más altos que se han logrado de su convivencia en sociedad, sin embargo sus valores se han transformado y la práctica médica se debe adecuar a la nueva conciencia social.^{7,11,16,22}

El cambio de actitud y el entorno sociocultural afectan a ambos integrantes del binomio: profesional de salud-paciente. Estos últimos están ahora más educados, son más activos y ejercen su autonomía intensamente; están más orientados a obtener información de fuentes

diferentes al médico, como ya se mencionó, y muy probablemente ejerzan un juicio independiente a la opinión del médico (cosmovisión). Tienen más información pero también pueden, al igual que el profesional de la salud, confundirse por la opinión de expertos y recomendaciones médicas, que pueden ser no sólo distintas sino, incluso, contradictorias.

Los profesionales de la salud deben reportar un accidente, error, daño o mal resultado producido por el tratamiento. El mejoramiento de la calidad se puede dar admitiendo y perdonando los errores e induce su reducción. Una «barrera» muy frecuente para generalizar la divulgación de errores médicos es creer que reconocer el error incrementa la posibilidad de ser demandado, que es a la inversa: los pacientes a quienes se explica el error, sus causas, sus consecuencias Sin embargo, algunos autores determinaron, el tratamiento que se dará y que acciones se aplicarán para evitar que se repita el error, demandaron menos.^{18,22,26,28,32}

Una vía para mejorar la calidad de la atención en la complejidad puede ser a través de mejorar la comunicación empática con los pacientes, consideramos que puede ser mediante la propuesta: «Práctica asertiva de la medicina de laboratorio», la que definimos como aquella práctica del profesional que se basa en cuatro actitudes y sus acciones:

1. Mantener una actualización continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad y confianza, sin temor a un resultado inesperado, manteniendo una calidad total certificado en los resultados que emita y utilizando las técnicas de laboratorio aceptadas en los estándares internacionales, así como la certificación profesional por los consejos correspondientes,
2. Respetar y hacer que se respeten los derechos de sus pacientes;
3. Exigir que se respeten sus derechos como profesionales de la medicina de laboratorio;
4. Mantener una adecuada comunicación asertiva y empática con los pacientes y sus familiares, que ejerza ante su paciente una comunicación verbal y no verbal adecuada, generando confianza y empatía.

Es una propuesta simplificada que se podrá consultar para una mejor comprensión. Pero lo esencial es manifestar que el profesional del laboratorio clínico, por encima de todo se encuentra satisfecho con su práctica profesional, que tiene claro que su profesión y estudios son para ofrecer un servicio de calidad a otro ser humano que manifiesta una situación que lo confronta con su

malestar físico e, indirectamente, con la posibilidad de la muerte, que lo sitúa en desventaja, por lo que la actitud del profesional con el apoyo del equipo de salud, debe ser de ayuda y comprende la complejidad del paciente al contacto con el servicio de salud.^{28,30,31,33-36}

Para evaluar en la complejidad, ayuda por ejemplo, la evaluación de la calidad por el método *ex post*, que se realiza a través de: la queja y reclamo y la satisfacción e informes del usuario, permitiendo determinar si las intervenciones cumplen o no con los objetivos y metas planeados en los programas anuales de calidad y, más allá de los usos internos, aportan mejora al desempeño de los programas, a través de proponer cambios al diseño y mejoras a la forma de gestión, es decir, realizar el análisis de los resultados logrados una vez que el proyecto de calidad termina su ejecución y entra en operación para medir el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, y obtener lecciones aprendidas para introducirlas al proceso de calidad en cualquier. Cualifica y cuantifica el impacto de las diferentes variables, tanto económica, científicas, clínicas, ambientales, técnicas y sociales, luego de ejecutado y finalizado el proyecto.^{16,19}

Cuando nos autoobservamos a través de los pacientes que atendemos y sus familias, se genera una grande y larga necesidad de mecanismos de reflexión, donde aprendemos a aprender a normar, al dictar nuestras propias normas, acciones y roles particulares, aprendemos a ejercer la autoridad para conducir y acordar el decidir en la gestión de la calidad de la atención a los pacientes, es decir, aprendemos a incidir. Sin la capacidad de aprender del paciente y sus familiares, seguramente no podemos gestionar la calidad en la complejidad de los servicios de salud. Esto permite reflexionar cómo en la complejidad de los servicios de salud se deben observar los pacientes en la gestión de la calidad. En un primer orden, el paciente es un objeto pasivo en los servicios y esperamos la cotidianidad de sus quejas o percepciones post servicios. El segundo orden es en el que el paciente, es un sujeto objeto-sujeto de investigación, es un agente activo que transforma la realidad, así nos autoobservamos, a través de los pacientes que atendemos y sus familias.^{19,20,22}

Tabla 2: Reflexión sobre el futuro de la atención a la salud.

«Lo más lúcido y a la vez paradójico del futuro... es que vamos consiguiendo cada día dándole forma, con base a la información»

Para evaluar en la complejidad, debemos construir significados de la calidad en el paciente y en los prestadores de servicios de salud, a través de la percepción de objetos, servicios, situaciones, eventos o procesos, en el que destaque lo percibido y sus relaciones dirigidas a posibles significados del esquema del servicio prestado. Así las necesidades de los pacientes y sus familias se satisfacen con los productos y servicios que se les ofrece, y se establecen expectativas con el trato, y nuevamente aprendemos a normar al dictar nuestras propias normas, acciones y roles particulares, y ejercer la autoridad para conducir y acordar el decidir en la gestión de la calidad de la atención a los pacientes, para incidir.^{4,5,7,16}

La enorme relevancia de la complejidad radica en la liga indisoluble que guarda y mantiene lazo epistemológico, ontológico y ético, con lo que comúnmente llamamos realidad. Podemos distinguir tres líneas fundamentales en el abordaje de la realidad, de cara a ese lazo, con la percepción humana del mundo y esto es a través de las ciencias de la complejidad, el pensamiento complejo y la transdisciplina. El fin último de la medicina de laboratorio siempre será servir al ser humano completo que en el límite coincide con el universo entero (*Tabla 2*).

REFERENCIAS

1. CLSI. Handbook for developing laboratory quality manual. QMS25. CLSI. 2017.
2. Gabastou JM. Sistemas de gestión de la calidad y buenas prácticas de laboratorio, estrategias de la OPS-OMS para Latinoamérica OPS. 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. (2016). Sistema de gestión de la calidad en el laboratorio: manual. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252631>.
4. Toro LF, Bareño SJ. Humanismo científico, calidad en salud y complejidad. CES Med. 2009; 23 (2): 91-98.
5. Fajardo-Ortiz G, Fernández-Ortega MA, Ortiz-Montalvo A, Olivares-Santos RA. The paradigm of complexity dimension in health systems. Cir y Ciruj. 2015; 83 (1): 81-86. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2014.03.001>
6. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bulletin of the World Health Organization. 2017; 95 (5): 368-374. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
7. Sánchez GJM. Panel 4. La práctica médica ante una nueva dinámica de la conciencia social. Rev CONAMED. 2005; 10 (1): 39-41.
8. Barajas-Ochoa A, Ramos-Remus C, Ramos S, Barajas-Ochoa Z, Sánchez-González JM, Hernández-Ávila M et al. Desempeño de las escuelas de medicina en México: resultados del examen nacional para aspirantes a residencias médicas. Salud Pública Méx. 2019, 61 (4): 495-503.
9. Presentación del Diagnóstico de la Estrategia de Competencias, Destrezas y Habilidades de la OCDE para México. <https://www.oecd.org/mexico/presentacion-del-diagnostico-de-la-estrategia-de-competencias-destrezas-y-habilidades-de-la-ocde-para-mexico.htm>
10. González AN, Pombo C. ¿Cómo puede la inteligencia artificial ayudar en una pandemia? BID, 2020. doi: 10.18235/0002300.

11. Sánchez-González JM, Cacho-Salazar J, Hernández-Gamboa LE, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C. Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. *Cir Cir.* 2007; 75 (3): 191-200.
12. Sánchez GJM. Taller "La calidad total en la atención a la salud del paciente y su complejidad". En el Curso: "Control de Calidad Integral" del Programa Anual de Capacitación 2021, de LIACSA del 19 de mayo a 25 de agosto 2021; avalado por el Consejo Mexicano de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio.
13. Sánchez GJM. El sistema de salud en México. En: La salud de los mexicanos 2007-2012. Colección Platino, LXXV Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía. 2009 Editorial Alfil, S.A de C.V. ISBN 978-6077504-28-3.
14. Rivera-Cisneros AE, Juárez-Díaz GN, Martínez-López S, Campos-Castolo M, Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C et al. Manuel Lee GR. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Cir Cir.* 2003; 71 (3): 210-216.
15. Sánchez GJM. Salud laboral hoy: un abordaje multidisciplinario. *Rev Liderazgo Experiencia Médica:* 2021; 12 (54). 16-19. Disponible en: https://issuu.com/liderazgoexperienciamedica/docs/salud_mental_web
16. Morin E, Sánchez TA. Pensar la complejidad, crisis y metamorfosis: escritos seleccionados. Universitat de Valencia, Servei de Publicacions. 2010.
17. Westgard JO. Sistemas de Gestión de la Calidad para el Laboratorio Clínico. Edición Wallace Coulter. 2014.
18. Sánchez GJM, Tena TC. La falibilidad del médico, deliberación impostergable. Calimed. 2007; 13 (2): 53-61.
19. Medianero BD. Metodología de evaluación ex post. *Pensamiento Crítico.* 2010; 13: 71-90. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/pc.v13i0.9001>
20. Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. New York: Dow Jones; 1984.
21. Sánchez CJL. Bioética y derecho sanitario. *Diabet Hoy Med Sal.* 2017; 18 (1): 13-23.
22. Sánchez GJM, Rivera CAE. El profesional del laboratorio clínico y el derecho sanitario. Calimed. 2006; 12 (3): 101-107.
23. Sánchez GJM TT. Reflexiones sobre la comunicación ética del Médico con sus pacientes. Primera Parte. *Diabetes Hoy.* 2007; 8 (5): 94-101.
24. Rivera CAE, Sánchez GJM. Abordaje reflexivo de la relación médico-paciente asociada a la calidad de la atención médica. Calimed. 2004; 10 (1): 83-88.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, Artículo 4.2, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de la Atención Médica. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013
27. Tena TC, Sánchez GJM, Rivera CA, Hernández GLE. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2003; 41 (5): 407-413.
28. Dávila RAA. Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cir Gen.* 2018; 40 (1): 54-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000100054&lng=es
29. Sentencia amparo 226/2020. <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2021-10/Resumen%20AR226-2020%20DGDH.pdf>
30. Tena TC, Sánchez GJM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex.* 2005; 73: 553-559.
31. Sánchez GJM. Medicina asertiva. En: Tena TC, Casamadrid MO. Acto médico y derecho sanitario. Editores. Ed. Alfil, México, D.F. 2006, ISBN, 968-7620-87-9.
32. Dávila RAA. La ley, la ética y la medicina. *Cir Gen.* 2012; 34 (Supl. 2): 163-165.
33. Tena TC, Ruelas BE, Sánchez GJM, Rivera CA, Manuell LGR, Moctezuma BG et al. Derechos de los médicos. Experiencia mexicana para su determinación y difusión. *Rev Med IMSS.* 2003; 41 (6): 503-508.
34. Tena TC, Ruelas BE, Sánchez GJM, Rivera AE, Moctezuma BG, Ramírez RA. Derechos de los pacientes en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2002; 40 (6): 523-529.
35. Sánchez-González JM, Herrera RI, Rivera CAE. Mejora continua en la calidad de la práctica médica: propuestas para incrementar la calidad de los servicios de salud, con base en la ética y el derecho sanitario. *Calimed.* 2004; 10 (1): 89-100. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=29973>
36. Dávila RAA. La ley, la ética y la medicina. *Cir Gen.* 2012; 34 (Supl. 2): 163-5.

Conflictos de intereses y éticos: Sin conflictos éticos. Los investigadores declararon no tener conflicto de intereses durante el desarrollo del artículo.