



Toma de muestras y relación clínica: análisis bioético cualitativo en una clínica especializada en la atención de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana

Sampling and clinical relationship: qualitative bioethical analysis in a clinic specialized in the care of people living with human immunodeficiency virus

José Antonio Duarte-García,* Gabriela Anaya-Saavedra,** Jorge Alberto Álvarez-Díaz.**

Resumen

La bioética invita a observar con atención los gestos cotidianos del personal de salud, especialmente en momentos tan rutinarios, y a la vez tan delicados, como la toma de muestras de sangre. Este estudio cualitativo, llevado a cabo en la Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México, centro de atención primaria para personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuvo como objetivo explorar, desde una perspectiva bioética, lo que ocurre en la fase preanalítica del laboratorio clínico. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco flebotomistas y a once pacientes, en las que se analizaron aspectos como el consentimiento informado, el trato humanizado, el manejo y la identificación de las muestras, y la percepción del valor biológico y simbólico de la sangre. Se identificó que, aunque existen manuales de procedimiento, estos no siempre se aplican plenamente, y persisten experiencias de discriminación, desconocimiento del destino de las muestras, y falta de información clara. Por lo que se concluye que la bioética sigue siendo una asignatura pendiente en esta etapa del proceso diagnóstico. Se requieren estrategias integradoras de capacitación, supervisión y comunicación para garantizar el respeto y la seguridad del paciente, y recuperar el valor del cuidado, la escucha y la relación clínica como eje central de una atención digna.

Palabras clave: bioética, consentimiento informado, flebotomía, laboratorio clínico, virus de inmunodeficiencia humana.

Abstract

Bioethics encourages us to observe the everyday actions of healthcare professionals, particularly during moments that are both routine and deeply sensitive, such as blood sampling. This qualitative study, conducted at Clínica Especializada Condesa in Mexico City, a primary care center for people living with the human immunodeficiency virus (HIV), aimed to explore the preanalytical phase of the clinical laboratory through a bioethical lens. Thus, semi-structured interviews were conducted with five phlebotomists and eleven patients, in which aspects such as informed consent, humane care, sample handling and identification, and the symbolic and biological value attributed to blood. It was identified that, although procedure manuals exist, they are not always fully implemented. Experiences of discrimination, uncertainty about the fate of samples, and lack of clear information persist, concluding that bioethics remains an unresolved issue in this stage of the diagnostic process. Integrated strategies involving training, supervision, and communication are needed to ensure patient safety and dignity, and to restore the centrality of care, listening, and the clinical relationship to healthcare practice.

Keywords: Bioethics, informed consent, phlebotomy, clinical laboratory, human immunodeficiency virus.

* Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX, México.

** Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México. CDMX, México.

Correspondencia: Gabriela Anaya Saavedra
Calz. Del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960. CDMX, México.
Correo electrónico: lganaya@correo.xoc.uam.mx

INTRODUCCIÓN

La relación clínica ha sido una piedra angular del pensamiento médico, desde los textos hipocráticos hasta los desarrollos contemporáneos en bioética. Esta relación ha transitado de un modelo paternalista centrado en la autoridad del médico, hacia enfoques que reconocen al paciente como un sujeto moral, autónomo y con derechos. Diego Gracia la ha definido como un proceso relacional, compuesto por fases que van desde el reconocimiento de un problema de salud, hasta la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional sanitario. En este encuentro, lo que se pone en juego no es solo información técnica, sino también valores, vulnerabilidad y cuidado, sucesos que hoy en día son muy cambiantes dentro de la relación clínica que, como escribe Gracia: “(...) *ni el médico es ya el único sanitario que interviene en ella, ni puede calificarse de enfermo a todo el que acude al sistema sanitario, ni, en fin, la relación entre unos y otros se establece ya necesariamente conforme al clásico modelo paternalista*”.¹

La toma de muestras de sangre suele entenderse como un acto menor, sin embargo, implica contacto físico, exposición corporal y confianza en el otro. La medicina no puede reducirse a la técnica, pues todo acto médico es, en última instancia, un acto entre personas.² En la actualidad, la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes en la medicina de laboratorio ha cambiado debido a factores tecnológicos y científicos, pasando de los clásicos exámenes de orina y sangre, a las pruebas de punto de atención (POCT), la automatización completa de la medicina de laboratorio, y los robots diseñados para la extracción de sangre.^{3,4}

La fase preanalítica, que abarca desde la indicación del estudio hasta la llegada de la muestra al laboratorio, es la etapa más propensa a errores. Diversos estudios señalan que entre el 60 y el 80% de los errores en el laboratorio clínico se originan en esta fase,^{5,6} no por fallos instrumentales, sino por acciones humanas como el etiquetado deficiente, las instrucciones poco claras y la escasa comunicación entre el personal y el paciente.

A pesar de su importancia, la regulación en México sigue siendo insuficiente. La NOM-007-SSA3-2011,⁷ establece criterios técnicos mínimos para la organización y el funcionamiento de los laboratorios clínicos, pero no contempla con profundidad el componente ético ni la interacción con el paciente. Por su parte, la NOM-087-ECOL-SSA1-2002,⁸ se centra en el manejo de residuos biológicos peligrosos, pero deja fuera aspectos como la trazabilidad del consentimiento informado, o el trato al paciente durante la recolección de muestras.

Estas omisiones son más problemáticas cuando se trata de poblaciones que sufren discriminación estructural, como las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia

humana (VIH [PVVS]). Numerosos estudios han documentado experiencias de estigmatización, trato diferencial y exclusión en contextos clínicos,^{9,10} lo que puede replicarse incluso en procedimientos aparentemente rutinarios como una venopunción. La llamada “aproximación integral” ha invisibilizado el componente humano del cuidado, especialmente en contextos en los que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a un procedimiento invasivo, con riesgos inherentes y posibles efectos adversos. En la práctica, se ha normalizado la toma de muestras de sangre hasta asumir que el dolor, los hematomas o las molestias son parte inevitable del proceso.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue comprender, desde una perspectiva bioética, las dinámicas que configuran la interacción clínica durante la toma de muestras sanguíneas, prestando especial atención al consentimiento informado, la percepción del trato recibido, el valor simbólico y el personal atribuido a la sangre como muestra biológica, y el conocimiento que tienen las personas usuarias sobre el destino y manejo posterior de dicha muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo, de carácter exploratorio, llevado a cabo en la Clínica Especializada Condesa, centro de atención especializado en el seguimiento integral de personas que viven con el VIH de la Ciudad de México. El proyecto se realizó bajo los principios de confidencialidad, voluntariedad y respeto a la autonomía de los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado específico para este estudio. No se recolectaron datos sensibles ni clínicos, y se garantizó el anonimato tanto en las transcripciones, como en la presentación de los resultados. El estudio se ajustó a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 2024, el Reglamento de Investigación para la Salud de la Ley General de Salud, y a las disposiciones de la NOM-012-SSA3-2012, sobre la investigación en seres humanos en México. La investigación se hizo en el marco del convenio de colaboración entre la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) y la Clínica Especializada Condesa, tras haber sido revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X (CONBIOÉTICA-09-CEI-20180924).

La muestra se conformó por dos grupos: uno, de once personas que acudieron a una consulta de seguimiento a la clínica; y otro, de cinco flebotomistas responsables de los procedimientos de venopunción. La selección fue intencionada, basada en la disposición y la accesibilidad de los participantes, quienes otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio. Se procuró la

inclusión de personas con diversidad de edad, género e historial clínico, a fin de captar una mayor riqueza discursiva.

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas diseñadas para explorar aspectos éticos de la interacción clínica, como el consentimiento informado, la percepción del trato, el valor atribuido a la sangre como muestra biológica, y el conocimiento sobre su manejo posterior. Las entrevistas se hicieron en espacios dentro de la propia clínica, se grabaron en audio con la autorización de los participantes y se transcribieron posteriormente de forma textual.

El análisis de las entrevistas se efectuó mediante una codificación temática, desde un enfoque inductivo. Se construyeron categorías emergentes que permitieron organizar los discursos en torno a ejes comunes: el consentimiento, el trato humanizado o discriminatorio, la seguridad en el procedimiento, y la percepción ética del rol del personal sanitario.

RESULTADOS

Las características de los participantes en el estudio se describen en los **cuadros 1** (pacientes) **y 2** (flebotomistas). Se aplicaron las entrevistas a once pacientes y cinco flebotomistas, todos ellos pertenecientes y adscritos a la clínica. Las personas usuarias fueron hombres y mujeres mayores de edad, cisgénero y transgénero, con expediente clínico y bajo tratamiento antirretroviral. Los flebotomistas fueron cuatro hombres y una mujer, todos mayores de edad, con una media de edad de treinta y cinco años, con distintos perfiles profesionales (biólogos, químicos farmacéuticos biólogos, químicos farmacéuticos parasitólogos, etc.) y con diferentes grados académicos (técnicos, licenciados, maestros y doctores en ciencias) así como con distintos años de experiencia en la toma de muestras de laboratorio. A partir del análisis temático de las entrevistas, se identificaron cinco

Cuadro 1. Características de las once personas usuarias de los servicios de la Clínica Especializada Condesa.

ID	Edad	Sexo al nacer	Género con el que se identifica	Años viviendo con VIH	Años de atención en la CEC
1	35	Mujer	Femenino	8	8
2	47	Hombre	Femenino	17	16
3	38	Hombre	Femenino	10	8
4	34	Mujer	Femenino	6	5
5	52	Mujer	Femenino	11	10
6	37	Mujer	Femenino	8	7
7	39	Hombre	Masculino	5	5
8	43	Hombre	Masculino	11	10
9	39	Hombre	Masculino	7	7
10	29	Hombre	Masculino	6	5
11	32	Hombre	Masculino	5	5

Cuadro 2. Características de las cinco personas flebotomistas de la Clínica Especializada Condesa.

ID	Sexo/género	Formación profesional	Años de experiencia en laboratorio clínico	¿Tomó algún curso de bioética en el último año?
1	Femenino	Química bacterióloga parasitóloga Especialista en hematología diagnóstica	> 16	No
2	Masculino	Biólogo Maestro en ciencias biológicas	6 a 10	No
3	Masculino	Químico farmacobiólogo	11 y 15	No
4	Masculino	Técnico laboratorista	> 16	No
5	Masculino	Químico bacteriólogo parasitólogo Maestro en ciencias biológicas Doctor en inmunología	>16	Sí

proceso de sistemas, deben hablar para solicitar que haya un cambio. Por ejemplo, a los pacientes se les indica el ayuno y no vienen en tal, a veces tenemos las muestras ictéricas por problemas de hígado, y las lipémicas. Esto retrasa el trabajo porque, aunque vayamos a diluciones, el equipo sigue marcando que está fuera de rango. Entonces tenemos que volver a citar al paciente, y deberíamos de hacerles hincapié en el ayuno, en el consentimiento informado". (Flebotomista 1).

"Es cuestión de seguridad, porque a veces los pacientes creen que nosotros provocamos que tengan hematomas o algunas bolas, entonces, para evitar como la agresión y que ellos están conscientes de que es parte del procedimiento y que es un efecto. Además, está en la norma. Es necesario explicar más a detalle para que lo entiendan". (Flebotomista 2).

"Básicamente, informarle al paciente lo que se le va a proceder en cuanto a los estudios que se realizan, en este caso de la serología infecciosa, sí es muy importante la información que se les da, precisamente por el mismo estigma social que aún hay". (Flebotomista 4)

Esta práctica revela una ruptura con el principio bioético de autonomía, primordialmente en un contexto en el que el consentimiento debería renovarse en cada intervención y no darse por hecho.

Trato humanizado. El trato fue una de las dimensiones más polarizadas en los discursos. Algunos pacientes se refirieron con afecto al personal y destacaron gestos de humanidad:

"Sí, de hecho, cuando entro, la enfermera me explica el procedimiento y me enseña que todo está nuevo". (Paciente 10).

"Han sido muy amables". (Paciente 7).

Otros, en cambio, expresaron sentir indiferencia, despersonalización o incluso prisa:

"Alguna vez, pero dije yo, son gajes del oficio, pero solo una vez". (Paciente 10).

La interacción desde los profesionales sanitarios es distinta, hay una estandarización de los procesos para asegurar la calidad del servicio, pero deja abierta la relación clínica desde un enfoque humanizado. Uno de los flebotomistas reconoció esa tensión:

"Las normas son muy técnicas y muy abocadas a las prácticas, y a las condiciones de trabajo, prácticamente no se involucran mucho sobre el manejo de las muestras y los pacientes". (Flebotomista 3).

Discriminación. Aunque algunos pacientes afirmaron no haber sufrido discriminación directa, sí refirieron "cambios en el trato" una vez revelado su diagnóstico o su expresión de género.

"El decoro y la susceptibilidad a nadie le importa, ese no es el problema, sino que su amabilidad decrece tanto en dado momento con las personas transgénero que, específicamente, con algunas personas bonitas—dice en voz baja—, que es capaz de poner trabas". (Paciente 8).

Y describió una experiencia más explícita:

"Un día me dijeron que tenía que regresar por otra orden, porque no tenía mi segundo nombre, eso no es cierto, es una tontería". (Paciente 8).

Del lado del personal, algunos expresaron conciencia sobre esta problemática:

"Es muy importante la información que se les da, precisamente por el mismo estigma social que aún hay". (Flebotomista 4).

Manejo de la muestra. Aunque la mayoría de los pacientes confían en que "todo se hace bien", algunos manifestaron inquietudes concretas:

"Tengo conocimiento de que se mete a un refrigerador, y de ahí ya se manda a lo que ya es analizar, para ver cuántos son los CD4s y cómo estamos de glucosa y lo demás. Me supongo que la mandan a la UNAM para que le hagan un estudio y den una explicación en tema académico". (Paciente 10).

Otras describen la incertidumbre respecto al destino final de la muestra:

"Solo que va hacia los CD4, pero no sé si la usan o la desechan para otra cosa". (Paciente 2).

El personal reconoció limitaciones logísticas que afectan el cumplimiento ideal del protocolo:

"Tenemos que hacer conciencia, porque esto es parte de la educación de nosotros como profesionales. Tenemos que cuidar que sea una buena toma, evitar los mayores problemas que se presenten, los hematomas principalmente. Dar la importancia en tiempo, si se toma la muestra a las siete de la mañana que no pasen más de dos horas en el proceso, en coagulación se degradan los factores, la centrifugación también, la glucosa se degrada, y en hematología bueno, pues también debemos ser conscientes de trabajarlas y empezar a hacer los frotis". (Flebotomista 1).

"Sí llega a pasar eso. Una que la información, a veces los médicos mencionan que nosotros no tenemos las muestras porque no se encuentran en el sistema o se perdieron las muestras. Y eso hace que los pacientes se confundan porque hay dos laboratorios, el especializado y este, y algunas veces nosotros tomamos las muestras y se procesan arriba, entonces ahí es donde se pierde la información y entramos en conflicto porque el paciente llega enojado, porque él no sabe este rollo". (Flebotomista 2).

"Sí, sí porque empieza a haber descontento por parte del usuario o paciente, si hay la aceptación del usuario que pueda haber errores, la verdad han sido muy pocos, pero sí se pierde la confianza en cómo se están haciendo las cosas". (Flebotomista 4).

Valor de la sangre. Para varios pacientes, la sangre tiene un valor que va más allá de lo diagnóstico. Es una parte de ellos mismos y, por tanto, les preocupa que se le trate con respeto.

"Para mí sí tiene un valor. Es mi sangre, qué tal si la ocupan para otra cosa. Tendrían que pedir mi autorización". (Paciente 3).

“Nunca lo había pensado (ríe). Es que hasta ahorita que me lo planteas, me pongo a pensar, en realidad nunca he visto mi sangre como algo de valor. O sea, para mí sí, es mi sangre, es con lo que vivo. Pero un valor monetario o algo así, no”. (Paciente 6).

“Esa es una pregunta muy compleja. Mi sangre tiene parte de mi ser, pero al sentarme aquí estoy dejando parte de mi ser. Me molestaría que la usaran con fines de índole espiritual o ritualístico porque eso sí se conserva, sigo siendo yo, es parte de mí, con eso se puede hasta incluso generar cosas demasiado malas, muy malas... si fuera para algo científico no me importaría, si no es con fines rituales, no me interesa si la utilizan, incluso preferiría eso, podría donarla sin problema. Preferiría que me avisaran, pero no por consentimiento, sino para poder disfrutarlo y saber que participé en un estudio”. (Paciente 8).

Otros expresaron la devaluación de su sangre debido a su estatus serológico:

“Pues yo digo que no, porque ya está infectada”. (Paciente 11).

“No lo había pensado. No, no tiene valor”. (Paciente 6).

Esta categoría refleja una demanda de transparencia y de reconocimiento simbólico del cuerpo, así como por una ética del cuidado, incluso en lo más aparentemente trivial.

En el caso de los profesionales sanitarios, esta categoría fue valiosa en cuanto al proceso que realizaron, pero no se consideró como de valor desde su posición de responsabilidad ante la enfermedad del paciente, por el solo hecho de ser personas, esto se puede interpretar en las siguientes respuestas:

“¿Valor en cuanto al estudio? Sí, sí tiene mucho valor. Porque, pues, obviamente nosotros buscamos mucho la parte de identificar una seroconversión, eso es como la razón de nosotros de la Clínica Condesa, la correcta o la más pronta identificación del patógeno, porque pues sí, si no curar la enfermedad, pero sí identificarla lo más pronto posible”. (Flebotomista 4).

“Pues más allá del valor diagnóstico que nosotros buscamos, al menos yo creo que para mí no”. (Flebotomista 5).

“A todas las muestras se les debe manejar con cierto respeto. Con sumo cuidado, pues son muestras sanguíneas, son derivados, además por el tipo de pacientes que manejamos, que son seropositivos. Entonces, con mayor cuidado se deben tomar y manejar, pues, a final de cuentas, son muestras biológicas derivadas de pacientes con una enfermedad y eso, pues le adhiere cierto cuidado y cierto respeto a las muestras. Y pues, aparte de eso, esas muestras sirven para diagnósticos posibles, padecimientos y enfermedades que ayudan al beneficio del paciente”. (Flebotomista 3).

“Sí es importante, es considerada como un órgano que nos va a brindar mucha información, entonces sí es importante, pero a veces parece que no se considera así. Debería de ser para todos importante”. (Flebotomista 1).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio revelan una serie de tensiones bioéticas en la fase preanalítica del proceso de toma de muestras sanguíneas, que no suelen visibilizarse en los protocolos clínicos, pero que inciden de manera profunda en la experiencia de los pacientes y del personal de salud. A través de las entrevistas hechas, emergen cinco categorías que permiten reinterpretar esta práctica rutinaria no como un simple acto técnico, sino como un espacio en el que se ponen en juego dimensiones éticas, simbólicas e incluso políticas del cuidado.

La relación clínica en el ámbito de la salud, es una interacción descrita desde los inicios de la medicina como disciplina. En los textos hipocráticos se habla de ella como el intercambio de sucesos entre el enfermo y el médico de la época para conocer el padecimiento del otro y así curar al que sufre de ese malestar (López Piñero, 2000); y enseguida distintos autores a lo largo de la historia de las ciencias médicas la describieron, pasando de la relación enfermo-médico y su predominante carácter paternalista, como claramente lo describe Pedro Laín (1964 y 1954); y posteriormente, Diego Gracia quien desplegó un concepto en potencia como la relación clínica, definiéndose como: aquella interacción humana y técnica entre una persona que padece y necesita atención, que se define procesalmente como:

“Una fase previa al encuentro, en la que el individuo cree tener un problema de salud y decide consultar a un médico. El segundo momento comienza cuando el médico entra en escena e inicia el proceso de recolección de datos, ordenación, discernimiento y diagnóstico. A partir de aquí comienza la tercera fase, que Siegler llama “acomodo entre el paciente y el médico (the physician-patient accommodation)”. Es el verdadero proceso negociador. A la vista de los datos clínicos, el paciente expresa sus elecciones, ante las que el médico reacciona manifestando también las suyas”.³

De esta manera, el profesional sanitario estaría abierto a interactuar con la persona que acude a ser punccionado para recibir después un resultado de laboratorio que lo ayude a mantener la salud o mejorar su estado de enfermedad. De ahí la disertación en torno a la idea de cuidado sobre la relación clínica entre el paciente, la muestra de sangre y el profesional sanitario.

Uno de los hallazgos más consistentes fue la ausencia de consentimiento informado. En la mayoría de los casos, se asume que la repetición del procedimiento lo exime de explicación, por lo que el consentimiento se reduce a un gesto tácito. En las entrevistas, tanto pacientes como flebotomistas describen el consentimiento no como un proceso deliberativo, sino como un paso eludido, rutinario, o inexistente. Esta omisión contraviene directamente el principio de autonomía,

pedra angular de la bioética contemporánea, que exige el consentimiento, así como su carácter libre, informado y contextual,¹ y convierte la interacción en un acto técnico desprovisto de reconocimiento al sujeto que consiente.

La naturalización de la extracción de sangre como “parte del procedimiento” genera una peligrosa zona gris en la que la voluntad del paciente deja de ser consultada y se convierte en un supuesto tácito. El hecho de que esta práctica se mantenga incluso con pacientes que llevan años de seguimiento, y que los de nuevo ingreso enfrenten confusión o ansiedad, revela un fallo institucional estructural: no se trata de un olvido ocasional, sino de una política de facto de omisión ética.

La calidad del trato, como dimensión central de la relación clínica, mostró ser altamente variable: algunos pacientes relataron experiencias positivas, marcadas por el respeto y los cuidados, mientras que otros describieron un trato mecánico o impersonal. Este hallazgo problematiza la noción de “trato humanizado” cuando se reduce a una cuestión voluntarista o a lo carismático. La ética del cuidado, tal como la plantea Tronto,¹¹ no puede descansar exclusivamente en la buena voluntad del profesional, sino que requiere de condiciones institucionales que hagan del cuidado una práctica sistemática. La falta de estandarización en el trato no es menor: puede traducirse en desconfianza, retraimiento o, en el peor de los casos, abandono del seguimiento clínico.

Especialmente preocupantes fueron los relatos vinculados a experiencias de discriminación, ya sea por vivir con VIH o por cuestiones de identidad de género, hecho que reproduce la violencia estructural dentro de un espacio que debería ofrecer protección. El estigma hacia las personas que viven con el VIH se ha documentado ampliamente en los servicios de salud,⁹ pero su persistencia en prácticas tan cotidianas como una venopunción demuestra que la formación ética del personal sigue siendo insuficiente o superficial.

Cambios en el trato, dilaciones burocráticas innecesarias o microagresiones son ejemplos de una injusticia estructural que vulnera el principio de justicia y no maleficencia. La clínica, como espacio de saber-poder, no está exenta de replicar formas sociales de exclusión, incluso cuando presume de neutralidad técnica. Por ello, estos testimonios no deben considerarse casos aislados, sino alertas sobre una práctica clínica que, al no problematizar activamente el género o el estatus serológico como ejes de desigualdad, perpetúa formas de violencia epistémica.

El manejo técnico de la muestra, que en teoría debe estar regido por normas precisas, como la NOM-007-SSA3-2011,⁷ fue señalado por algunos participantes como fuente de duda o inquietud. El hecho de que los pacientes perciban errores en el manejo de la muestra refuerza la

fragilidad de la fase preanalítica, ya señalada por autores como Carraro *et al.*⁶ como la más susceptible a errores dentro del laboratorio clínico.

Los testimonios de los pacientes muestran que el trayecto de su sangre después de la extracción es una especie de agujero negro institucional. La mayoría no sabe qué se hace exactamente con la muestra, ni a dónde va, ni quién la analiza, lo que afecta directamente a la confianza en el sistema de salud y contradice los principios de beneficencia y transparencia que deberían regir cualquier intervención clínica.

Por parte del personal, se reconocen limitaciones logísticas y operativas, lo que indica que hay fallos tanto en la comunicación, como en la implementación de buenas prácticas de laboratorio, como lo menciona una de las flebotomistas:

“Si llega a pasar eso –contesta tras preguntarse sobre los descuidos con respecto a las muestras de sangre– que la información, a veces los médicos mencionan que nosotros no tenemos las muestras porque no se encuentran en el sistema o se perdieron las muestras. Y eso hace que los pacientes se confundan porque hay dos laboratorios, el especializado y este, y algunas veces nosotros tomamos las muestras y se procesan arriba entonces ahí es donde se pierde la información y entramos en conflicto porque el paciente llega enojado, porque él no sabe este rollo”.

La desinformación en este contexto no es un detalle técnico, sino que se convierte en un factor de vulnerabilidad para poblaciones ya de por sí expuestas.

Uno de los hallazgos más potentes fue la forma en que los pacientes otorgan (o no) un valor simbólico a su sangre: para algunas personas, la sangre es una extensión del yo, una sustancia que tiene que tratarse con respeto, casi con ritualidad, y para otras, el estigma del VIH desvaloriza incluso este componente vital.

Lo anterior invita a repensar el enfoque biomédico tradicional, que tiende a ver la sangre como un mero recurso diagnóstico, para hacerlo desde una ética más compleja que reconozca la dimensión subjetiva del cuerpo. La demanda de saber qué se hará con la muestra expresa una preocupación racional, y el deseo de reconocimiento y de participación significativa en los procesos científicos.

A pesar de su carácter exploratorio y de las limitaciones del tamaño de la muestra, este estudio permite cuestionar las prácticas naturalizadas en los servicios de salud. La fase preanalítica se revela como un espacio en el que confluyen factores estructurales, simbólicos e institucionales que inciden directamente en la vivencia de las personas usuarias y en el ejercicio profesional del personal de salud, por lo que reducir esta práctica a su dimensión procedimental implica invisibilizar las condiciones materiales, discursivas y afectivas que la atraviesan.

El consentimiento, el trato recibido, la percepción del manejo de la muestra y el valor atribuido a la sangre son elementos que, cuando se descuidan, comprometen principios fundamentales como la autonomía, la justicia y la beneficencia. Por ello, la revisión crítica de las prácticas institucionales naturalizadas, como la omisión sistemática del consentimiento o la desinformación sobre el destino de la muestra, constituye un imperativo para avanzar hacia modelos de atención respetuosos, equitativos y sensibles a la diversidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses que pudiera haber influido en la realización o publicación de este estudio.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los usuarios y al personal de salud de la Clínica Especializada Condesa por su disposición y colaboración en este estudio.

REFERENCIAS

1. Gracia D. Bioética clínica. Bioética clínica. 2a ed. Bogotá: Astrea. 2021. p. 58-67.
2. Pose C. Las tres transformaciones en la relación clínica y el olvido del vínculo profesional. *EIDON*. 2024; 62: 3-22. doi: 10.13184/eidon.62.2024.3-22
3. Larkins MC, Thombare A. Point-of-Care Testing. En: StatPearls [Internet]. [Actualizado 29 may 2023]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. PMID: 37276307.
4. Balter ML, Leipheimer JM, Chen AI, Shrirao A, Maguire TJ, Yarmush ML. Automated end-to-end blood testing at the point-of-care: Integration of robotic phlebotomy with downstream sample processing. *Technology (Singap World Sci)*. 2018; 6(2): 59-66. doi: 10.1142/S2339547818500048
5. Arismendy N, Tangarife Castaño V. Fase preanalítica: punto crítico en las pruebas de diagnóstico hematológico. *Medicina y Laboratorio* 2016; 22: 411-46.
6. Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later. *Clin Chem* 1007; 53: 1338-42.
7. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. DOF: 27/03/2012. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680127/NOM-007-SSA3-2011.pdf>
8. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos. Clasificación y especificaciones de manejo. DOF: 17/02/2003. Disponible en: <https://sga.uaem.mx/assets/files/marco/30.-%20NOM%20087-ECOL-SSA1-2002.pdf>
9. Valverde E, Rodriguez A, White B, Guo Y, Waldrop-Valverde D. Understanding the Association of Internalized HIV Stigma with Retention in HIV Care. *J HIV AIDS*. 2018 Oct; 4(3): doi: 10.16966/2380-5536.159.
10. Alharbi HHO, Al-Dubai SAR, Almutairi RMH, Alharbi MH. Stigmatization and discrimination against people living with HIV/AIDS: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the primary healthcare centers in Madinah, Saudi Arabia, 2022. *J Family Community Med*. 2022; 29(3): 230-37. doi: 10.4103/jfcm.jfcm_136_22
11. Toronto J. Riesgo o cuidado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé; 2020. Disponible en: <https://ugr.edu.ar/wp-content/uploads/2023/06/Riesgo-o-cuidado-DIGITAL.pdf>