



La ética y la medicina familiar

Ethics and family medicine

Ochoa-del Toro, Olivia^{1,2} y Tamayo-Gómez, Manuel E.^{2,*}

¹ Departamento de Medicina Familiar, Clínica de Jesús, Zapopan, Jalisco, México

² Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México

*Autor correspondiente: manueltamayomd@hotmail.com; Av. Gral. Ramón Corona No. 2514, Colonia Nuevo México, CP 45138, Zapopan, Jalisco, México

Palabras clave: medicina familiar, ética, bioética, educación médica continua

Resumen

La medicina familiar es la especialidad médica más noble; no sólo trata patologías, sino también personas. Debido al amplio espectro de retos que se enfrenta para el abordaje, así como el tratamiento de los pacientes, la ética es un parteaguas para la toma de decisiones. Su aplicación correcta demuestra las habilidades intrínsecas del médico familiar como miembro activo en la comunidad, educador y promotor de la salud. En este artículo se analizan los conceptos básicos de ética, su papel e importancia en la consulta y la enseñanza de la ética como disciplina en los programas de residencia de medicina familiar.

Abstract

Family medicine is the noblest medical specialty of all; not only treats pathologies, but people. Due to the wide spectrum of challenges faced for a patient's approach and treatment, ethics plays a key role for decision-making. A correct application of ethics will show the physician's intrinsic skills as an active member in his community, as educator and promoter of health for society. This article analyzes the basic concepts of ethics, its role and importance in daily practice, and the teaching of ethics as a subject in family medicine residency programs.

Key words: family medicine, ethics, bioethics, continuing medical education

Introducción

La ética es un pilar fundamental para la práctica médica, su presencia en la medicina familiar (MF) no es la excepción. Siguiendo palabras de Herranz: el médico debe poseer la visión binocular donde el cuidado al enfermo se sustenta en una adecuada atención científica y técnica, con la dimensión del respeto a la persona.¹

La palabra "ética" proveniente del griego *ethos* que significa "costumbre" o "hábito". Representa una disciplina filosófica establecida por Aristóteles en el tercer siglo a. C. Puede entenderse como los principios morales que gobiernan el comportamiento de una persona, el cumplimiento de deberes morales o la consideración de acciones bajo principios y creencias.^{2,3} Existe una tendencia errónea de usar ética y moral como sinónimos, siendo la primera el nivel de fundamento para la acción humana; el "por qué" o razón para actuar de manera determinada. Mientras la moral representa un nivel normativo; el "cómo" o regla a seguir al actuar. Para ejecutar la ética se iniciará con la "praxis" (acción humana), construyendo el carácter del individuo ante una acción producida por un objeto externo e interpersonal al agente, la "techné".⁴

Cita: Ochoa-del Toro, O. y Tamayo-Gómez, M. E. La ética y la medicina familiar. *AEBMedicine*, 2(1), 1-8.

Recibido: 26/04/2024

Revisado: 05/06/2024

Aceptado: 16/06/2024

Publicado: 17/06/2024



Copyright: © 2024 por AEBMedicine. Aplican los términos y condiciones de la licencia "Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND)" (<https://creativecommons.org/licenses/>).

Nivel de evidencia: Revisión narrativa de la literatura.

DOI: 10.59706/aebmedicine.v2i1.9631

Para su comprensión, es relevante reconocer ciertos términos. El término “valor” se refiere a la omnipresencia de lo deseado, apreciado o merecedor de atención.^{5,6} Los valores son categorizados en: bienestar físico o material, logro o independencia, relaciones para bien de la propia comunidad, metas universales y espirituales (justicia, veracidad, amor).⁶ Los seres humanos desean uno o más de estos valores, ordenándolos en una escala de prioridad relativa, para aplicarlos en la toma de decisiones. Existen valores que se les atribuye cierta obligatoriedad o deber, siendo estos los “valores morales” verbigracia la justicia, autonomía, y honestidad. La sociedad constriñe su fomento como defensa con el fin del bien común. Un “principio” es la expresión del valor, una regla del comportamiento o decisión, una guía para la acción. Por ejemplo el principio de autonomía, refleja cómo el trato a los demás se debe guiar por respeto a su autonomía, validando su representación como valor ético. Finalmente, la “virtud” es un rasgo del carácter, una cualidad considerada éticamente deseable, que se puede o no tener.⁵

Discusión

La toma de decisiones en la práctica médica del día a día está compuesta por valores circunscritos en códigos profesionales, legales, políticas institucionales, así como la consciencia individual del médico, sin necesidad de ser conscientemente explícitos o tomados como tema de discusión. El juicio médico y la acción clínica reflejan cómo decidir tratar a un paciente, examinando los fundamentos de las decisiones tomadas anudado a los principios que las sustentan. Los problemas éticos pueden surgir del conflicto o competencia, tanto de valores como de principios. El abordaje responsable de dilemas éticos, necesita la reflexión para su deliberación, considerando las opiniones de los interesados en vivir con dicha decisión.

Ejecutar acciones éticas en MF difiere en múltiples ámbitos al compararlo con otros campos de la medicina. El médico familiar, funge frecuentemente como el primer contacto para el paciente, esto no solo lleva una gran carga de trabajo, sino una responsabilidad institucional, jurídica y moral; figurando un abordaje holístico, donde gracias a su versatilidad, existe además el enfoque de personas con preocupaciones, no sólo como problemas biomédicos por resolver. Durante la consulta, puede pasar desapercibido cuando el médico está ante un problema ético; consecuente a múltiples razones: combinar ley o política con la ética, mezclar el juicio clínico con el ético o indiferencia. No existe un procedimiento o método aceptado universalmente para analizar cuestiones éticas, ni qué teorías éticas lo deben guiar.⁶ Ante esta situación, Tunzi y Ventres proponen un proceso de cuatro pasos para la toma de decisiones éticas en la práctica de MF (Figura 1).

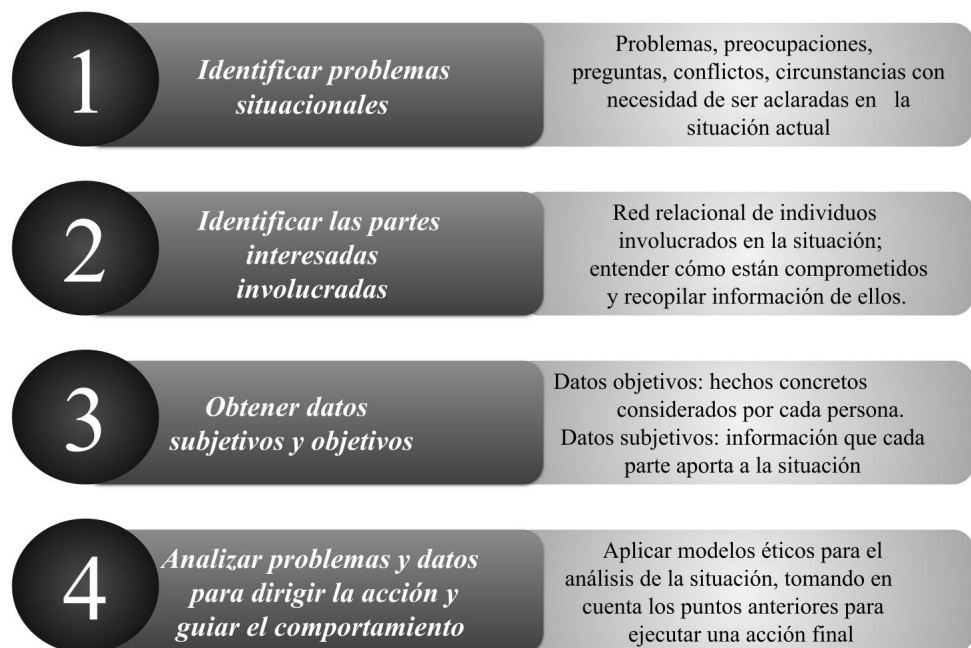


Figura 1. Modelo de toma de decisiones éticas en medicina familiar (adaptado de Tunzi et al., 2018).²

El objetivo de analizar un dilema ético es lograr un juicio basado en una decisión moralmente defendible. Complementario al modelo propuesto por Tunzi y Ventres, existen otras consideraciones: estar dispuesto a razonar la veracidad de alternativas vistas como correctas o buenas, canalizar con otro colega que proporcione información o ayuda ante la duda de si se está realizando la mejor decisión para el paciente y buscar ejecutar una decisión que sea aceptable por las partes. Uno de los retos para la toma de decisiones éticas es comprender que los valores integrados al médico como persona son resultado de su origen, contexto y escuelas formativas; aceptar que secundario a esto, sus puntos de vista pueden o no coincidir con los del paciente conlleva la obligación de buscar soluciones sencillas a conflictos éticos propiciando un apoyo mutuo hacia el paciente durante periodos de cambio. Lo anterior no sólo para una mejor resolución, sino para una buena práctica médica.⁷

El perfil del médico familiar comprende múltiples preámbulos: uno de ellos es el compromiso para maximizar el bienestar biopsicosocial de sus pacientes para conservar su autonomía, eliminando barreras en la toma de decisiones informadas. Por ello la American Academy of Family Physicians (AAFP) propone directrices para el ejercicio de la ética en MF (Figura 2).⁸



Figura 2. Directrices para el ejercicio de la ética en medicina familiar (adaptado de la American Academy of Family Physicians; 2008).⁸

Modelos éticos en medicina familiar

Para el abordaje de dilemas éticos en el ejercicio profesional, existe una variedad de modelos teóricos útiles. Un amplio equilibrio reflexivo logrará un abordaje fructífero ante dichas problemáticas.⁹

La MF es la especialidad médica más personal, secundario a la frecuente e intensa relación interpersonal médico-paciente, donde los principios constituyen una guía al actuar.⁹ El modelo de los cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), es la aproximación más desarrollada para la aplicación de la ética a la medicina. Dicho modelo urgió a partir del informe de Belmont, junto con la publicación de Principles of Biomedical Ethics en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress. Simbolizan principios de segundo orden, considerados como universales, independientemente de los valores y creencias de cada comunidad. Al usar un marco ético basado en dichos principios, nos estaremos refiriendo al principialismo.¹⁰⁻¹³

La autonomía se ve como un “autogobierno” o “autodeterminación” dictaminada por la capacidad de un individuo racional para tomar una decisión informada y sin coerción. Para Beauchamp y Childress, un paciente autónomo es el que elige actuar intencionalmente, con comprensión, sin influencias controladoras que determinen sus acciones. Implica tener la capacidad intelectual para diferenciar el bien del mal. Para que un acto sea considerado autónomo, debe estar precedido por la información necesaria, tener un agente capaz y competente para ejecutarlo, siendo la decisión final libre de restricciones internas o externas.

En los casos de pacientes menores de edad e incapaces, deben respetarse los deseos de los padres/tutores en cuanto al tratamiento o procedimiento médico después de haber sido informados de las consecuencias tanto positivas o negativas posibles.¹⁴ La información potencia la autonomía, viéndose reflejado en el consentimiento informado al promover la divulgación y comprensión junto libre elección hacia el paciente. Para Faria-Vaz representa una oportunidad renovada de promover la relación médico-paciente, a través de la actuación de este último como agente activo, un compañero del proceso terapéutico en la salud. La autonomía también requiere que los profesionales de la salud mantengan la confidencialidad de la información médica brindada por los pacientes con base en la confianza. La autonomía no implica una independencia absoluta sino una interdependencia responsable donde la autonomía de uno termina donde comienza la autonomía de alguien más.¹⁵

Beauchamp y Childress definen la beneficencia como la obligación moral de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus importantes y legítimos intereses. Para Slote, es la obligación de prevenir el mal o el daño grave, cuando puede hacerlo sin interferir gravemente con el propio modo o estilo de vida, sin causar perjuicios por comisión. La obligación de actuar con la beneficencia hacia los demás está inscrita cuando el “otro” está expuesto a un riesgo de una pérdida significativa, un perjuicio para su vida, salud u otro interés principal y “nuestra” acción es necesaria para prevenirlo, donde el beneficio que los demás pueden esperar obtener, supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que incurra en “nosotros”.¹⁶ La ejecución del principio de beneficencia se ejecuta en la acción, a través de la prevención en salud. Verbigracia la erradicación de difteria, sarampión, viruela y polio gracias a las campañas de vacunación¹⁷.

Presente en el juramento hipocrático como “primum non cere”, la no maleficencia se entiende como la acción de abstenerse a causar daño o un riesgo de daño a otros. En este contexto “daño” se refiere a la frustración, derrota, o retroceso de intereses; donde el término “interés” representa lo que es genuinamente importante para el individuo, una condición o ventaja de bienestar (salud, aptitud mental y física, oportunidades e inclusión social). La prohibición para la negativa de acción, obediencia imparcial, prohibiciones legales a determinadas conductas, demuestran algunas reglas de este principio. A diferencia de la beneficencia, donde sus obligaciones no necesitan ser desempeñadas de manera imparcial, las obligaciones de la no maleficencia sí. La concepción del médico de beneficencia y maleficencia puede diferir marcadamente con el paciente. Llevar a cabo un manejo sin tomar en cuenta lo anterior, culmina en un mal o nulo apego al tratamiento. Por ende, la tolerancia más que una recomendación, representa una obligación.^{3,18}

El principio de justicia se refiere a la distribución justa de beneficios, riesgos y costos, donde los pacientes en posiciones comparables sean tratados de manera similar. Para este principio la presencia de diferencias en la distribución de cargas y beneficios son sólo justificables si se basan en distinciones moralmente relevantes entre personas (vulnerabilidad).¹⁹ En cuanto a una amplia concepción, la justicia puede verse tanto sincrónica (entre agentes contemporáneos), como diacrónica (oposición entre las poblaciones existentes a las futuras); micro-asignativa (recursos basada en las necesidades individuales del paciente) o macro-asignativa (a un nivel estatal, nacional y mundial).²⁰ La vulnerabilidad, juega un papel importante dentro de la justicia. En México, los pueblos indígenas son los que enfrentan mayor dificultad para acceder a un sistema de salud justo, forjando en MF el reto de hacer frente a esta vulnerabilidad, en sus diferentes niveles, sin descuidar la aplicación de la justicia distributiva.²¹

Asimismo, existen otros modelos éticos: ética de la virtud, ética narrativa, de las reglas morales, de casuística. Representan una forma de pensamiento explicativa y comprensiva, al priorizar los diferentes elementos en cada uno de ellos. Siendo complementarios entre sí, pero ninguno individualmente universal para la resolución de dilemas éticos.²

La interacción de los principios: un triángulo bioético

La aplicación clínica de forma aislada de los principios éticos en MF resulta contraproducente, ningún principio por sí solo puede ser totalmente resolutivo ante un dilema ético; por ende, un enfoque integrativo pero dinámico, como se observa en el triángulo bioético, facilita la resolución logrando una práctica médica ética (Figura 3).²²

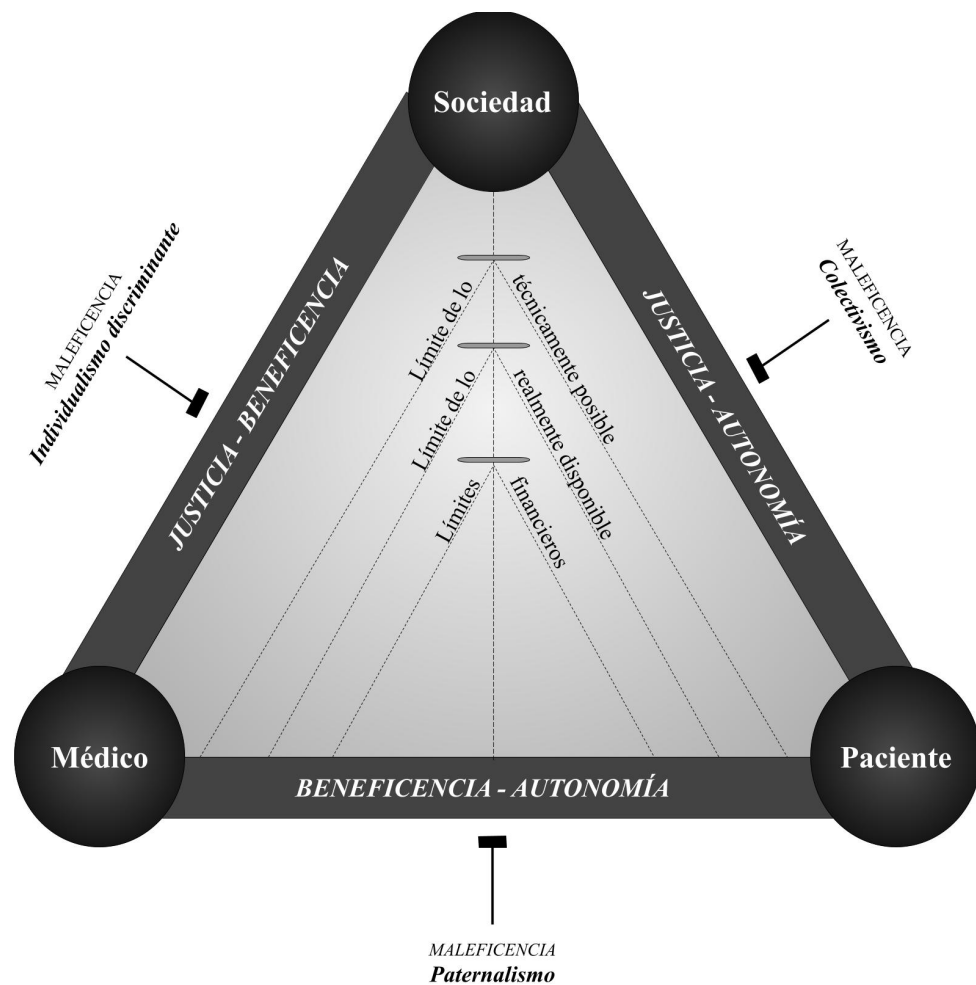


Figura 3. El triángulo bioético. Conformado por el dinamismo de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia entre los componentes de la práctica médica. Fuera del triángulo se muestran los principios junto con los componentes afectados ante conductas de maleficencia específicas (adaptado de García-Pérez; 2004).¹²

Las aristas para la base del triángulo surgen de la relación médico-paciente ante la búsqueda de atención médica, donde el principio de beneficencia proviene de una respuesta beneficiosa hacia el paciente; anudado al principio de autonomía, cuando la planeación del tratamiento adecuado, es para y por el paciente. Esta simbiosis presenta el dilema de los límites en la relación terapéutica junto los resultados a su alcance (accesibilidad, disponibilidad, posibilidad) formando la altura del triángulo y su punta, la sociedad. La interacción médico-sociedad, brinda el principio de beneficencia cuando el médico actúa en beneficio de la sociedad, denotando el principio de justicia si hay una distribución sanitaria acorde a la accesibilidad y necesidades de la población.^{23,24} La relación individuo-sociedad en salud, finaliza el contorno del triángulo, a través de la arista bidireccional de los principios de justicia con autonomía, plasmado en la prestación de recursos comunales pero limitados hacia un individuo en particular, con igualdad de oportunidades para todos de forma efectiva y equitativa, tomando en cuenta la necesidad de los grupos más vulnerables. La correcta interacción así como el cumplimiento de las aristas, componen el principio de la no maleficencia siendo toda conducta fuera de esta área considerada como maleficiente (paternalismo, individualismo discriminante, colectivismo).²⁵

Los beneficios de la enseñanza de la ética en medicina familiar

Durante su residencia el médico familiar debe recibir una formación integral que desarrolle la atención a la familia y a la comunidad. Si esta no cuenta con calidad, se refleja en malas praxis, aumento de costos hospitalarios, promoviendo así eventos adversos

prevenibles al paciente.²⁶ La enseñanza de ética tiene una profunda influencia para el desarrollo de actitudes, provee herramientas para la toma de decisiones ante situaciones potencialmente conflictivas, mejorando destrezas, con el fin de brindar una competencia funcional a los residentes de MF.^{27,28} Las habilidades resolutivas de dilemas éticos son obtenidas por enseñanza teórica aunado a su exposición. El alcance de la educación ética en MF no es fácil de definir. Su aprendizaje representa un diálogo entre educadores y residentes, pues a través de modelos a seguir, se fomenta una integración cognitiva horizontal.^{29,30} El método de enseñanza más prevalente es hacerlo cerca de la cama del paciente. Conjuntamente, un programa académico estructurado en un entorno enriquecedor seguro para la discusión de inquietudes facilita la tarea de enseñar ética.³¹ La implementación de programas educativos durante la residencia enfrenta diversas barreras como encontrar tiempo dentro de los horarios de los residentes (59.4%), un catedrático con experiencia en el ámbito (21.8%), falta de interés por parte de residentes, entre otras. La evaluación objetiva académica de ética debe hacerse con análisis estructurado de casos clínicos, observación para la detección de dilemas éticos, exámenes clínicos objetivos estructurados (OSCE) y retroalimentación por parte del personal de salud.³²

Conclusión

La ética en MF es un tema atemporal. Tanto su conocimiento como su papel dentro del binomio médico-paciente toma trascendencia en el ejercicio cotidiano en cada una de las intervenciones que hacemos con los pacientes y sus familias. Reestructurar los aspectos formativos en MF para mejorar el proceso de su enseñanza, fungirá como una garantía de calidad para el manejo multidisciplinario del paciente, esencial para el progreso de la medicina y el bienestar humano. La ética está profundamente inmersa dentro de la MF. Por ello, proponemos que la ética (vinculada directamente con el quehacer de la atención médica en MF) se debe observar desde una perspectiva heurística metodológica del conocimiento, valores y actitudes, mediante un espíritu reflexivo del pensamiento crítico, con el deseo de obtener mayor certidumbre en las decisiones médicas. Lo anterior se debe hacer redundando en la superación académica del personal de salud involucrado. El tratar con pacientes, también incluye tratar sus necesidades como preocupaciones. Un abordaje holístico del paciente conlleva a un mejor apego al tratamiento y relación médico-paciente-familia. Retomar las bases de nuestra noble práctica debe verse reflejado en la formación integral de los residentes de MF al forjar el mañana en los médicos familiares de hoy.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Pérez-García R. La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educ Médica*. 2018;19(4):235–40.
2. Tunzi M, Ventres W. Family medicine ethics: An integrative approach. *Fam Med*. 2018;50(8):583–8.
3. Have H. *Encyclopedia of global bioethics*. Springer International Publishing; 2016.
4. Saultz J. Ethics and family medicine. *Fam Med*. 2018;50(8):577–8.
5. Taylor RB, Rosen MG, Jacott WE, Donatelle EP, Buckingham JL, editores. *Fundamentals of family medicine*. New York, NY: Springer New York; 1983.
6. Ogle W, Sullivan M, Arsenault I, Donlevy M, Macdonald S, Poliakova E, et al. The College of Family Physicians of Canada. *Ethics in family medicine: Faculty handbook*. 2012.
7. Gotler RS, Bayliss EA. The heart of family medicine. *Ann Fam Med*. 2010;8(5):464–6.
8. American Academy of Family Physicians. *Recommended curriculum guidelines for family medicine residents: medical ethics*. American Academy of Family Physicians; 2008.
9. Silva ACF, Família M de, Caniço HP, Lopes SR, Silvestre M, Família M de, et al. Principlism in the daily practice of Family Medicine. *Rpmgf*. 2021;37(3):214–21.
10. Zuluaga ÁF. Teorías contemporáneas del desarrollo ético y su aplicación a la psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40(4):768–86.
11. Agazzi E. The individual and collective dimension in bioethics. *Bioeth Update*. 2017;3(2):79–81.
12. García-Pérez MA. El triángulo bioético: una aproximación intuitiva a la ética de la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2004;33(9):510–5.
13. Madani SJ, Larijani B, Nedjat S, Bagheri A. Family medicine ethical issues regarding physician-patient interactions from patients' perspectives: A qualitative study. *Caspian J Intern Med*. 2021;12(2):184–93.
14. Beauchamp TL. *Principles of biomedical ethics*. 8a ed. Londres, Inglaterra: Oxford University Press; 2019.
15. Martínez IP, Alvarez RM. Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia. *Aten Primaria*. 2019;51(5):263–5.
16. Ferrer RL, Gill JM. Shared decision making, contextualized. *Ann Fam Med*. 2013;11(4):303–5.
17. Bechini A, Boccacini S, Ninci A, Zanobini P, Sartor G, Bonaccorsi G, et al. Childhood vaccination coverage in Europe: impact of different public health policies. *Expert Rev Vaccines*. 2019;18(7):693–701.
18. Swindell JS, McGuire AL, Halpern SD. Beneficent persuasion: Techniques and ethical guidelines to improve patients' decisions. *Ann Fam Med*. 2010;8(3):260–4.

19. Karches KE, Sulmasy DP. Justice, courage, and truthfulness: Virtues that medical trainees can and must learn. *Fam Med*. 2016;48(7):511–6.
20. Durante C. Bioethics and multiculturalism: nuancing the discussion. *J Med Ethics*. 2018;44(2):77–83.
21. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):810–9.
22. Cardona-Iguacen X. La competencia en la toma de decisiones en bioética. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria*. 2008;15(7):431–3.
23. Yenet A, Nibret G, Tegegne BA. Challenges to the availability and affordability of essential medicines in African countries: A scoping review. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2023;15:443–58.
24. Ohta R, Sano C. Implementation of the principles of family medicine in modern family medicine education needing system-specific approaches. *Cureus*. 2022;14(11):e31177.
25. Saura-Llamas J, Astier-Peña MP, Puentes-Felipe B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Aten Primaria*. 2021;53(1):102199.
26. de Oliveira-Vidal EI, Silva V d. S, Santos MF d., Jacinto AF, Boas PJFV, Fukushima FB. Why medical schools are tolerant of unethical behavior. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):176–80.
27. Chourey N, Sinha P, Hiremath R, Ghodke S, Sharma A, Vaswani P. Knowledge and practices of bioethics – Need for periodic assessment and reinstatement for budding family physicians. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(7):3901.
28. Alardan A, Alshammari SA, Alruwaili M. Knowledge, attitude, and practice of Family Medicine trainees in Saudi training programs towards medical ethics, in Riyadh. *J Evol Med Dent Sci*. 2021;10(13):968–75.
29. Eilat-Tsanani S, Notzer N, Lavi I, Tabenkin H. Medical ethics: Training residents in family medicine. *Educ Prim Care*. 2008;19(3):303–12.
30. Hong DZ, Goh JL, Ong ZY, Ting JJQ, Wong MK, Wu J, et al. Postgraduate ethics training programs: a systematic scoping review. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):338.
31. Manson HM, Satin D, Nelson V, Vadiveloo T. Ethics education in family medicine training in the United States: a national survey. *Fam Med*. 2014;46(1):28–35.
32. Hurst DJ. Ethics education in US and Canadian family medicine residency programs: a review of the literature. *Int J Ethics Educ*. 2019;4(1):73–82.