

ARTICULO DE OPINION

La dimensión bioética en la medicina familiar: Hacia una atención integral y humanizada

Alcides Chau^{1,2}

¹Programa de Especialización en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

²Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay

DOI: 10.5281/zenodo.15459940

Publicado: 19 de mayo, 2025

Resumen

Este artículo de perspectiva analiza el papel fundamental e insustituible de la bioética en la práctica contemporánea de la medicina familiar. Se argumenta que los principios bioéticos —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— no constituyen meros constructos teóricos, sino que representan herramientas prácticas esenciales que deben guiar la toma de decisiones clínicas, fomentar el profesionalismo y enriquecer la relación médico-paciente. Se sostiene la tesis de que una integración sistemática y reflexiva de la bioética, tanto en la formación de los médicos de familia como en su quehacer diario, es crucial para proveer una atención sanitaria compasiva, equitativa, de alta calidad y éticamente sólida.

Palabras clave: bioética, medicina familiar, principios éticos, autonomía del paciente, profesionalismo médico, toma de decisiones éticas, Paraguay

1. Introducción

La medicina familiar se distingue dentro del espectro de la atención sanitaria por su enfoque holístico y longitudinal, centrado en la persona en el contexto de su familia y su comunidad. Los profesionales de esta disciplina se enfrentan cotidianamente a una intrincada red de interacciones humanas, decisiones clínicas con múltiples variables y una diversidad de contextos socioculturales que demandan una particular sensibilidad y un sólido andamiaje ético (1–3). En este complejo escenario, la bioética se erige en un componente esencial, proveyendo los principios y marcos de referencia necesarios para navegar los dilemas éticos inherentes a la práctica, promover la autonomía del paciente y asegurar una atención culturalmente competente y respetuosa (1,2).

La relevancia de la bioética en la medicina familiar trasciende el mero cumplimiento de normativas deontológicas; su correcta aplicación y comprensión son fundamentales para transformar la práctica médica, elevándola de una serie de intervenciones técnicas a un genuino acto de cuidado que considera la integralidad del ser humano. Este artículo tiene como propósito analizar y fundamentar la importancia de los aspectos bioéticos cruciales que deben permear la medicina familiar, con el fin de optimizar la

calidad de la atención, fortalecer la relación terapéutica y contribuir al bienestar de los pacientes y la sociedad.

2. Los pilares bioéticos en medicina familiar

La estructura ética de la medicina familiar se asienta sobre cuatro principios bioéticos cardinales, reconocidos internacionalmente: el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (4–6). Estos principios no son entidades aisladas, sino que interactúan dinámicamente en la praxis clínica diaria, ofreciendo una guía para la deliberación y la acción.

El respeto por la autonomía reconoce el derecho inherente de toda persona competente a la autodeterminación en las decisiones concernientes a su salud y su cuerpo (7,8). En el ámbito de la medicina familiar, donde se gestionan condiciones agudas y crónicas a lo largo de la vida del paciente y se interactúa con individuos de diversos niveles de comprensión y vulnerabilidad, este principio adquiere una significación especial. Su aplicación efectiva demanda procesos de consentimiento informado que sean verdaderamente dialógicos y educativos, trascendiendo la mera firma de un formulario (9). Implica asegurar que el paciente no solo reciba información clara, veraz y completa sobre su diagnóstico, opciones terapéuticas, riesgos y beneficios, sino que también comprenda dicha información en el contexto de sus propios valores y preferencias, facilitando así una genuina toma de decisiones compartida (10). La evidencia sugiere que este enfoque participativo no solo respeta la dignidad del paciente, sino que también se correlaciona con una mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados clínicos y una elevada satisfacción con la atención recibida (10,11). El desafío para el médico de familia reside en cultivar habilidades comunicacionales que permitan adaptar la información a las capacidades y necesidades individuales de cada paciente, garantizando que la autonomía se ejerza de manera informada y efectiva.

Los principios de beneficencia y no maleficencia constituyen el núcleo del compromiso terapéutico del médico. La beneficencia compele al profesional a actuar siempre en el mejor interés del paciente, buscando activamente promover su salud y bienestar (5,12). Esto implica no solo la aplicación competente del conocimiento médico, sino también una actitud de cuidado y compasión. Por su parte, la no maleficencia, consagrada en el aforismo hipocrático *primum non nocere*, establece la obligación fundamental de no causar daño innecesario, ya sea por acción u omisión (13). En la práctica de la medicina familiar, estos principios se entrelazan constantemente. Cada decisión diagnóstica o terapéutica requiere una cuidadosa ponderación de los potenciales beneficios frente a los posibles riesgos y cargas para el paciente. Situaciones complejas, como el manejo de enfermedades crónicas múltiples, la atención al final de la vida o la consejería en salud reproductiva, exigen un discernimiento ético agudo para equilibrar estos principios, asegurando que las intervenciones sean proporcionadas y verdaderamente beneficiosas (2,11).

Finalmente, el principio de justicia interpela al médico de familia respecto a la equidad en la atención sanitaria (1,14). Este principio se refiere a la distribución justa y equitativa de los recursos de salud, así como al acceso imparcial a los servicios necesarios, independientemente del estatus socioeconómico, origen étnico, género,

orientación sexual u otras características personales del paciente. En la medicina familiar, la conciencia de los determinantes sociales de la salud y de las disparidades existentes en el sistema sanitario es crucial (1,5). Los médicos de familia, a menudo trabajando en la primera línea de atención y con poblaciones vulnerables, tienen la responsabilidad de abogar por la equidad y de implementar prácticas inclusivas que no exacerbren las desigualdades existentes (15). Esto incluye el desarrollo de una profunda competencia cultural, que permita comprender y respetar las diversas cosmovisiones y prácticas de salud de los pacientes, adaptando la atención para que sea culturalmente segura y efectiva (16,17). La justicia, por tanto, no es solo un ideal abstracto, sino un compromiso activo con la reducción de barreras y la promoción de la salud para todos.

3. Profesionalismo: la manifestación conductual de la bioética

El profesionalismo en la medicina familiar es la encarnación de los principios bioéticos en la conducta y las actitudes del médico. Virtudes fundamentales como la integridad, la honestidad, la compasión, el respeto por los pacientes y colegas, la responsabilidad y el compromiso con la excelencia y el aprendizaje continuo, no son meras cualidades deseables, sino componentes esenciales de una práctica éticamente sólida (18,19). Estas virtudes se nutren de una comprensión profunda de los fundamentos éticos que subyacen a la profesión médica.

Cuando los profesionales de la salud internalizan los principios bioéticos, estos guían sus interacciones cotidianas, sus decisiones clínicas y su respuesta ante los dilemas éticos (17). La falta de un anclaje ético robusto puede conducir a una erosión del profesionalismo, manifestándose en conductas inapropiadas, falta de empatía o decisiones que no priorizan el bienestar del paciente. Por el contrario, la investigación sugiere que una sólida comprensión y adhesión a los principios éticos mejora la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Asimismo, se asocia con una mayor satisfacción laboral y una menor incidencia de desgaste profesional entre los proveedores de salud, ya que les permite ejercer su vocación de manera coherente con sus valores fundamentales (20). Fomentar una cultura organizacional donde la reflexión ética y el comportamiento profesional ejemplar sean valorados y promovidos es, por tanto, indispensable.

4. Integrando la bioética en la práctica cotidiana y en la formación especializada

La efectiva integración de la bioética en la medicina familiar requiere un compromiso proactivo tanto a nivel individual como institucional, abarcando desde la formación de los futuros especialistas hasta la práctica clínica diaria. Los programas de residencia en medicina familiar desempeñan un papel crucial en este proceso, y deben priorizar una educación bioética que sea rigurosa, relevante y aplicable (6,21,22). Esto implica ir más allá de la enseñanza teórica de los principios, incorporando metodologías pedagógicas activas que fomenten el desarrollo del razonamiento ético y la toma de decisiones en

contextos reales. Las rondas de ética clínica, donde se discuten casos complejos con la participación de equipos multidisciplinarios, los seminarios basados en problemas éticos frecuentes en atención primaria (como la confidencialidad, el manejo de pacientes difíciles, o las decisiones al final de la vida), y el uso de escenarios de simulación pueden ser herramientas pedagógicas de gran valor (21, 23). Estas estrategias permiten a los residentes explorar diferentes perspectivas, debatir dilemas y practicar habilidades de comunicación ética en un entorno seguro y supervisado.

En la práctica clínica diaria, la bioética se manifiesta en la calidad de la interacción con el paciente. Es fundamental cultivar un entorno de consulta donde los pacientes se sientan seguros y empoderados para expresar sus preocupaciones, valores y preferencias sin temor a ser juzgados (24, 25). Esto se logra a través de una escucha activa y empática, dedicando el tiempo necesario para comprender la perspectiva del paciente y validando sus experiencias (26). La construcción de una sólida alianza terapéutica, basada en la confianza y el respeto mutuo, es en sí misma un acto ético y la base para una toma de decisiones verdaderamente compartida (27).

Además, para los casos que presentan dilemas éticos particularmente complejos o que generan incertidumbre significativa, las prácticas de medicina familiar pueden beneficiarse de la implementación de mecanismos de consulta ética formal. La disponibilidad de comités de ética clínica interdisciplinarios o la posibilidad de solicitar una consulta ética individualizada puede proporcionar un apoyo invaluable a los profesionales (28). Estos recursos ofrecen un espacio estructurado para el análisis ético, la deliberación y la búsqueda de soluciones que respeten los derechos y el bienestar de todas las partes involucradas, incluyendo al paciente, su familia y el equipo de salud (29).

5. Desafíos y consideraciones futuras para una medicina familiar éticamente robusta

A pesar del consenso sobre la importancia de la bioética, su plena integración en la medicina familiar enfrenta diversos desafíos. Las presiones asistenciales, que a menudo limitan el tiempo disponible por consulta, pueden dificultar la comunicación profunda y la deliberación ética necesarias para una toma de decisiones compartida efectiva. La escasez de recursos en determinados sistemas de salud puede plantear dilemas de justicia distributiva que son difíciles de resolver a nivel individual. La creciente diversidad cultural de las poblaciones atendidas exige una continua formación y reflexión sobre cómo aplicar los principios bioéticos de manera sensible y respetuosa en diferentes contextos culturales, evitando la imposición de valores (1, 16).

Las nuevas tecnologías médicas, como la telemedicina, la inteligencia artificial en el diagnóstico o la genética predictiva, también introducen nuevos y complejos desafíos éticos relacionados con la privacidad, la equidad en el acceso, la responsabilidad y la relación médico-paciente, que los médicos de familia deben estar preparados para abordar (30).

Para el futuro, es imperativo que la formación continua en bioética sea una constante en la vida profesional del médico de familia. Esto incluye no solo la actualización de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades prácticas para la delib-

eración ética y la comunicación en situaciones difíciles. La creación de espacios regulares para la discusión de casos éticos entre colegas, la supervisión ética y la investigación en bioética aplicada a la atención primaria son estrategias que pueden contribuir a fortalecer la competencia ética de los profesionales y la calidad ética de la atención.

6. Conclusión

La bioética no es un apéndice de la medicina familiar, sino su fundamento moral y la guía esencial para una práctica clínica humanizada y de excelencia. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuando se internalizan y aplican consistentemente, permiten al médico de familia navegar la complejidad de la atención sanitaria moderna con integridad y compasión (4, 5, 29). La integración efectiva de la bioética en la formación y en la práctica diaria mejora la calidad de las decisiones clínicas y los resultados para los pacientes. Asimismo, fortalece la confianza en la profesión médica y contribuye a la construcción de un sistema de salud más equitativo, respetuoso y centrado en las necesidades auténticas de las personas. La medicina familiar, por su naturaleza intrínsecamente relacional y su compromiso con el cuidado integral a lo largo del ciclo vital, está llamada a liderar con el ejemplo en la promoción y aplicación de una práctica médica éticamente informada y profundamente humana.

RECONOCIMIENTOS

El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Laws T, Chilton J. Ethics, cultural competence, and the changing face of america. *Pastor Psychol.* 2012;62(2):175–88.
2. Glynou A, Frysira E, Christakakou-Fotiadi K, Eleftheriadis M, Sarella A, Stergiotou I, et al. The cognitive approach to bioethical issues in perinatal care in greece. *Cureus.* 2022;14(3):e22760.
3. Dale S. A critique of principlism. *Voices Bioeth.* 2023;9:1–9.
4. Watine J. Why would medical publishers not incorporate core bioethical values into their ethics guidelines? *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(1):7–11.
5. Turgut D, Yakar Z. Socioscientific issues and pre-service science teachers' bioethical values. *Probl Educ 21st Century.* 2021;79(4):640–56.
6. Wangmo T, Hauri S, Gennet É, Anane-Sarpong E, Provoost V, Elger B. An update on the “empirical turn” in bioethics: analysis of empirical research in nine bioethics journals. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):6.
7. Goldim J, Gibbon S. Between personal and relational privacy: understanding the work of informed consent in cancer genetics in brazil. *J Community Genet.* 2015;6(3):287–93.
8. Goodwin M. Vulnerable subjects: why does informed consent matter? *J Law Med Ethics.* 2016;44(3):371–80.
9. Farrell R, Metcalfe J, McGowan M, Weise K, Agatista P, Berg J. Emerging ethical issues in reproductive medicine: are bioethics educators ready? *Hastings Cent Rep.* 2014;44(5):21–9.
10. Adinma J. Ethics in perinatal medicine. *Niger J Paediatr.* 2016;43(3):221.

11. Orona C, Koenig B, Davis A. Cultural aspects of nondisclosure. *Camb Q Healthc Ethics*. 1994;3(3):338-46.
12. Browning D. Sturdy for common things: cultivating moral sensemaking on the front lines of practice. *J Med Ethics*. 2011;38(4):233-5.
13. Parker M. Overstating values: medical facts, diverse values, bioethics and values-based medicine. *Bioethics*. 2011;27(2):97-104.
14. Emmerich N. A sociological analysis of ethical expertise. *Sage Open*. 2015;5(2):215824401559044.
15. Have H. Global bioethics: transnational experiences and islamic bioethics. *Zygon*. 2013;48(3):591-605.
16. Dib C. Bioethics-csr divide. *Voices Bioeth*. 2024;10:1-6.
17. Czarny M, Faden R, Nolan M, Bodensiek E, Sugarman J. Response to open peer commentaries on "medical and nursing students' television viewing habits: potential implications for bioethics". *Am J Bioeth*. 2008;8(12):W1.
18. Kuczewski M, Bading E, Langbein M, Henry B. Fostering professionalism: the loyola model. *Camb Q Healthc Ethics*. 2003;12(2):161-6.
19. Kirkov V, Vodenicharova A, Markova K, Borisova L, Popova K. Bioethics in the education of the future healthcare professionals. *Pharmacia*. 2024;71:1-5.
20. Okwenna C. An african response to the philosophical crises in medicine: towards an african philosophy of medicine and bioethics. *Filos Theor J Afr Philos Cult Relig*. 2021;10(2):1-20.
21. Landry J, Valiani S, Foreman T, Patel R. Development of an ethics education curriculum for critical care trainees in canada: from knowledge synthesis to bedside application. *Int J Ethics Educ*. 2015;1(1):57-68.
22. Tavares A, Travassos A, Rêgo F, Nunes R. Bioethics curriculum in medical schools in portuguese-speaking countries. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):188.
23. Hoffmaster B, Hooker C. What reason can do for clinical moral perception. *Am J Bioeth*. 2009;9(10):29-31.
24. Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Chatgpt's relevance for bioethics: comment. *Formos J Surg*. 2024;57(5):214.
25. Mueller R. Prognostic imagination: genetic counseling amidst therapeutic innovation and evolving futures. *J Genet Couns*. 2022;32(4):762-7.
26. Dive L, Newson A. Reconceptualizing autonomy for bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 2018;28(2):171-203.
27. Samuel J, Burgart A, Wootton S, Magnus D, Lantos J, Tyson J. Randomized n-of-1 trials: quality improvement, research, or both? *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161103.
28. Have H. *Bioethics education in a global perspective*. Dordrecht: Springer; 2015.
29. Shaw J, Donia J. The sociotechnical ethics of digital health: a critique and extension of approaches from bioethics. *Front Digit Health*. 2021;3:725088.
30. Shirazi B, Riaz Q, Jafarey A, Ahmed R, Shamim M. The current status and challenges of bioethics education in undergraduate medical education in karachi, pakistan. *Res Sq [Preprint]*. 2023 Aug 29 [citado 2024 Ene 10];rs.3.rs-3315723.