

**Inercia terapéutica/moral en la atención de pacientes con enfermedades crónicas en  
medicina familiar: un análisis desde la ética de la virtud**

Carlos Felipe Morales Tamayo

Universidad El Bosque  
Departamento de Bioética  
Maestría en Bioética  
Bogotá, 2022

Trabajo de grado para obtener el título de Magister en Bioética

**Inercia terapéutica/moral en la atención de pacientes con enfermedades crónicas en  
medicina familiar: un análisis desde la ética de la virtud**

Autor:

Carlos Felipe Morales Tamayo

Tutor teórico:

Dr. Boris Julián Pinto

Tutor metodológico:

Dr. Hernando Clavijo Montoya

Universidad El Bosque

Departamento de Bioética

Maestría en Bioética

Bogotá, 2022

**Aceptación: Firmas del jurado**

## **Dedicatoria**

A Dios quien ha sido mi guía y porque con su mano de fidelidad y amor ha estado conmigo hasta el día de hoy. A mis padres Carlos Julio y Claudia Mercedes, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades sino por el contrario a enfrentar las circunstancias con dignidad y templanza. A mi hermano Juan Sebastián por ser mi compañero, mi cómplice y por creer en mí sin importar nada. A mi esposa Cristina porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompaña en todos mis sueños y metas. Finalmente quiero dedicar esta tesis a mi institución, Ejército Nacional, por apoyarme académicamente a prepararme para ser un mejor profesional para nuestra fuerza y nuestra sociedad.

## Agradecimientos

El presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres Carlos Julio y Claudia Mercedes, por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente en el camino recorrido.

A mi hermano Juan Sebastián y a mi esposa Cristina por apoyarme todos los días y hacer parte de este proyecto académico.

Agradezco a mi director de tesis Doctor Boris Julián Pinto, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó en la investigación.

Agradezco a los todos docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como un mejor profesional en la Maestría en Bioética en la Universidad El Bosque.

Agradezco a mi Ejército Nacional por apoyarme económicamente para prepararme académicamente y ser un mejor profesional dispuesto al servicio de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

### **Nota de salvedad institucional**

La Universidad El Bosque no se hace responsable por los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo. Sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

## Tabla de contenido

Resumen .....	8
Introducción.....	10
Capítulo 1. Atención primaria y medicina familiar .....	13
Capítulo 2. Bases teóricas.....	16
2.1 Práctica de la medicina familiar .....	16
2.2 Adherencia terapéutica .....	17
2.3 Programas de atención a pacientes con enfermedades crónicas.....	19
2.4 Inercia terapéutica.....	20
2.5 Inercia moral.....	21
2.6 Ética de la virtud.....	23
2.7 Categorías de análisis de bienes internos y bienes externos: Alasdair MacIntyre.....	25
Capítulo 3. Factores relacionados con la práctica de la medicina familiar en la inercia terapéutica/moral .....	27
Capítulo 4. Bienes internos de las prácticas de medicina familiar para prevenir la inercia moral y terapéutica.....	30
Capítulo 5. Aportes de la ética de la virtud en el proceso de reflexión de la práctica de la medicina familiar.....	31
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	35
Referencias .....	38

## Resumen

La medicina en el devenir de los tiempos ha manejado aspectos que han sido fundamentales y que no han sido objeto de modificación alguna. No obstante, los médicos deben estar preparados para enfrentar cambios que se presenten así como para reafirmar aquellos que permanecen y son considerados como fundamentales. Ante la aparición de diversos factores y nuevas tecnologías y conceptos se hace exigente que los profesionales de la salud tengan como base primordial de su actividad la aplicación de principios éticos, conceptos científicos y técnicas que guíen sus conductas y su labor profesional. Por tal razón este ensayo argumentativo analiza el enfoque de la inercia terapéutica/moral en la práctica de la medicina familiar en pacientes con enfermedades crónicas desde una metodología cualitativa en la que se obtenga un análisis crítico de la función paciente- médico en la práctica y atención del mismo.

**Palabras clave:** inercia, medicina familiar y comunitaria, bioética, ética médica, atención primaria de salud, adherencia terapéutica, principios morales

### **Abstract**

Medicine in the course of time has handled aspects that have been fundamental and that have not been subject to any modification. However, physicians must be prepared to face changes that arise as well as to reaffirm those that remain and are considered fundamental. Faced with the appearance of various factors and new technologies and concepts, it is demanding that health professionals have as the primary basis of their activity the application of ethical principles, scientific concepts and techniques that guide their conduct and their professional work. For this reason, this argumentative essay will analyze the approach of therapeutic/moral inertia in the practice of family medicine in patients with chronic diseases from a qualitative methodology in which a critical analysis of the patient-doctor role in practice and care is obtained of the same.

**Keywords:** inertia, family and community medicine, bioethics, medical ethics, primary health care, therapeutic adherence, moral principles

## Introducción

Uno de los principales retos que tiene un país es brindar atención a las personas basados en cuidados y prácticas sanitarias especializadas con un personal médico y asistencial formado y calificado comprometidos con la calidad, excelencia, gestión eficiente y transparencia, para asistir a la población que requiera los servicios ante una enfermedad específica, asimismo, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades con el fin de ofrecer una atención integral al paciente.

De este modo, en el año 1978 se realizó una Conferencia celebrada en Alma Ata, con el propósito que se practicara de forma efectiva el aseguramiento del bienestar y la asistencia sanitaria a la población, ayudando a mitigar problemas como las desigualdades sociales que enfrentaban diversos países (Organización Panamericana de la Salud, PAHO, 2012).

Dentro de este marco, para mejorar los sistemas de salud de los pueblos de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) sostiene que la atención primaria en salud (en adelante APS) es considerada como una estrategia que contribuye al desarrollo sostenible en la salud y se debe basar en principios como: respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación a la calidad, responsabilidad ante la rendición de cuentas, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (Macinko et al., 2007).

A raíz de esto, algunos países de América Latina se enfocaron en desarrollar programas de especialización de la medicina familiar como apoyo y fortalecimiento al sistema de salud (González et al., 2018). La medicina familiar es considerada como una especialidad médica que se emplea para el “mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado” (Flores y Martínez , 2015, p. 163).

No obstante, como se ha evidenciado (Sanchis et al., 2011; De León, 2016; Mendoza et al., 2020; Bralić et al., 2015; Machado et al., 2017; Llinás et al., 2018) en la atención primaria y medicina familiar, se encuentra una problemática donde ciertas decisiones o conductas médicas no se revisan periódicamente y en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente, la diabetes y la hipertensión arterial se reiteran ciertas conductas sin un suficiente proceso reflexivo y de ajuste a la evidencia, generando casos de inercia terapéutica, definida como los fallos del médico en el inicio o tratamiento de una enfermedad (Márquez et al., 2009).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se considera que en la medicina familiar el proceder del especialista debe generar espacios de reflexión y respeto profesional y moral hacia el paciente y la sociedad, actuando con excelencia y calidad en la toma de decisiones, en tal sentido, la práctica de la medicina familiar debe fundarse en la ética de la virtud (definida la virtud como una práctica que propende por la excelencia moral), lo que conlleva a formular la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede abordar la inercia terapéutica/moral en la práctica de la medicina familiar de los pacientes con enfermedades crónicas a partir de la ética de la virtud?, dado que, es una corriente que se relaciona con el término de “virtuosismo” enfocado en el sistema de valores que tiene una persona para lograr un buen desempeño, desde la visión técnica y moral (Oltra, 2013).

Como se ha podido evidenciar, la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades crónicas más frecuentes en la población a nivel mundial (Sanchis et al., 2011; De León, 2016; Mendoza et al., 2020; Bralić et al., 2015; Machado et al., 2017; Llinás et al., 2018), y los casos de inercia terapéutica en la práctica de la medicina familiar ante estas enfermedades han ido aumentando con el tiempo, por ello, es importante que a partir de la ética de la virtud que se convierte en un enfoque de valor que facilita la solución de los conflictos médicos interviniendo para que se logre un mayor compromiso de las personas implicadas y se aprecie “el mundo

narrativo del paciente (creencias, temores, expectativas, historia de vida, motivaciones y sentimientos)” (Díaz, 2009, p.111), se obtenga una visión que oriente a los médicos de familia a disminuir la prevalencia de la inercia terapéutica en sus labores asistenciales.

Por último, para complementar la teoría de la ética de la virtud ante la inercia terapéutica en la práctica de la medicina familiar, el presente estudio aborda las categorías de bienes internos y externos del autor Alasdair MacIntyre, dado que, hacen alusión a la forma de proseguir en los médicos hacia una prudente toma de decisiones.

El presente ensayo argumentativo se encuentra enfocado en el análisis de la inercia terapéutica/moral en la práctica de la medicina familiar de los pacientes con enfermedades crónicas a partir de la ética de la virtud. Se divide en tres secciones, siendo la primera una mirada hacia los factores relacionados con la práctica de la medicina familiar que contribuyen a la inercia terapéutica/moral en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. La segunda sección hace mención a los bienes internos de las prácticas de medicina familiar para prevenir la inercia moral y terapéutica. La tercera sección presenta los aportes de la ética de la virtud en el proceso de reflexión de la práctica de la medicina familiar.

## Capítulo 1. Atención primaria y medicina familiar

Los referentes teóricos que guían la investigación en el presente capítulo hacen noción a estudios que abordan temas relacionados con las enfermedades crónicas que tienen mayor relevancia, en países como México, España, Republica Dominicana, Costa Rica y Colombia. Igualmente, se presentan investigaciones centradas en aspectos como la inercia terapéutica en el campo de la medicina familiar (Moreno et al. (2016); Zepeda (2017); Del Campo et al. (2019); Sepúlveda (2020); Simpson (2019); Ministerio de Salud y Protección Social (2012); Gómez & Herrera (2017); Tamayo et al. (2015); Sanchis et al. (2011); De León (2016); Mendoza et al. (2020); Bralić et al. (2015); Martínez et al. (2016); Machado et al. (2017); Llinás et al. (2018).

El campo de la medicina familiar a nivel global ha demostrado su preocupación por la atención a pacientes que presentan diversas enfermedades, por ello, abordan tratamientos y seguimientos a enfermedades crónicas, siendo de mayor prevalencia en México la hipertensión arterial (Moreno et al., 2016); (Zepeda, 2017). Mientras tanto, países como España y República Dominicana se encuentra en primer lugar la Diabetes mellitus tipo 2 (Del Campo et al., 2019); (Sepúlveda, 2020). Por último, en Costa Rica, la Cardiopatía hipertensiva ocupa el primer puesto en los motivos de consulta de medicina familiar (Simpson, 2019). Mientras tanto, en Colombia, las enfermedades de mayor prevalencia corresponden a la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, trastornos cerebrovasculares y diabetes mellitus (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). No obstante, se han realizado estudios en Colombia centrados en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas que hacen parte de programas de medicina familiar, con el propósito de medir el seguimiento al paciente y de mejorar las prácticas en salud para lograr la satisfacción del paciente (Gómez & Herrera, 2017; Tamayo et al., 2015).

Sin embargo, en la atención primaria y medicina familiar, se han generado casos de inercia terapéutica, por ejemplo, pacientes hipertensos asistidos en atención primaria (AP) en las visitas clínicas los médicos no cambian el tratamiento cuando las guías de práctica clínica indican que debía hacerse (Sanchis et al., 2011) o no se ajustan los tratamientos adecuados (De León, 2016); (Mendoza et al., 2020). Por otra parte, en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, los médicos de familia administran fármacos distintos a los antidiabéticos orales a los que se debían formular (Braliá et al., 2015).

Por otro lado, en Colombia se han evidenciado estudios sobre la prevalencia de hipertensión arterial en la población, en algunos casos, la población de sexo femenino ocupa el primer lugar con el mayor número de porcentaje, y personas en un rango de edad de 50-59 son pacientes que tienen diagnóstico de HTA (Martínez et al., 2016). Sumado a esto, más del 90% de los casos de HTA en Colombia no presentan una causa identificable y corregible, por ello, requieren de tratamiento y monitoreo continuo, aunque, aproximadamente un 40% de las personas tiene un adecuado tratamiento, lo que indica que el porcentaje restante de los hipertensos no siguen el tratamiento (De la Torre & Trout, 2019), lo cual puede deberse a la baja adherencia a la medicación o a la inercia terapéutica, la última se puede presentar porque no se controla de forma continua e integral el tratamiento desde la práctica médica.

De acuerdo a lo anterior, en Colombia, la literatura relacionada con inercia terapéutica, en pacientes con enfermedades crónicas como la HTA es limitada. Algunos estudios han reflejado inercia terapéutica por parte del médico en pacientes diabéticos, entre los factores se encuentra la falta de experiencia del profesional en la prescripción de insulina (Machado et al., 2017) o los pacientes con indicación de insulina no tenían prescrito el fármaco (Llinás et al., 2018).

En tal sentido, como alternativa para disminuir la inercia terapéutica en la práctica de la medicina familiar y la atención primaria se trae a mención la ética de la virtud, teoría basada en una atención del profesional al paciente bajo valores, el ejercicio moral y la excelencia en la práctica médica mediante el cuidado, protección y promoción de la salud.

## Capítulo 2. Bases teóricas

Los referentes teóricos que sustentan el presente capítulo se relacionan con las teorías de diversos autores entre los que se encuentran Phillips et al. (2001); Fichte (2005); Sartorio (2008) y MacIntyre (2001) frente al campo de la medicina familiar, adherencia terapéutica, inercia terapéutica, inercia moral, ética de la virtud, bienes internos y externos.

### 2.1 Práctica de la medicina familiar

La medicina familiar se ha incorporado en los sistemas de salud basados en la atención primaria como una especialidad médica que contribuye a enfrentar los problemas de salud de los pacientes en el entorno familiar teniendo en cuenta su comportamiento social y cultural (De la Cruz-Florencio et al., 2016).

La especialidad de la medicina familiar se fundamenta en ofrecer atención continua, teniendo en cuenta el contexto y las necesidades del paciente. Una de las características de los médicos de familia es que se enfocan en hacer promoción de la salud y prevención de enfermedades por medio de su práctica, la cual integra una atención terapéutica para el manejo de enfermedades asociadas al estilo de vida del individuo. Igualmente, uno de los factores que se considera de gran importancia para el médico de familia en su práctica es el mejoramiento de la relación médico-paciente, con el propósito de obtener un óptimo resultado en la salud y atención de los usuarios, además, mantener una comunicación y cuidado continuo para comprender las preocupaciones y enfermedades que recaen en los pacientes (Chiriboga-Mendoza et al., 2019).

Otro punto a destacar sobre la práctica de la medicina familiar es que tiene como responsabilidad promover la APS de manera integral y coordinada a familias y comunidad, y tiene

en cuenta “factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y espirituales de las personas”, acompañado de acciones preventivas y educación sanitaria (Santacruz, 2021, p. 73).

## **2.2 Adherencia terapéutica**

El seguimiento, compromiso y cumplimiento o adherencia por parte de los pacientes frente a las indicaciones prescritas por los médicos permite que los síntomas o la enfermedad se alivien de manera más rápida, sin embargo, al no seguir con el tratamiento puede tener diversas consecuencias, entre ellas, empeorar la calidad de vida. En tal sentido, la adherencia terapéutica es conocida como el comportamiento que tiene el paciente ante las recomendaciones indicadas por el médico relacionadas con la “ingesta de medicamentos, estilos de vida, alimentación, asistencia a control, entre otros” (Troncoso et al., 2016, p.12).

Las indicaciones que entrega el personal de salud al paciente deben ser atendidas de una forma responsable, ya que, cuando no se realiza correctamente se pueden presentar patologías crónicas como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, entre otras (Troncoso et al., 2016).

Si bien es cierto, la hipertensión arterial es una de las enfermedades más causantes de muertes en todo el mundo, existen métodos de control y tratamientos con el fin de disminuir complicaciones, no obstante, algunos pacientes no tienen control sobre la misma, y uno de los factores asociados es la falta de adherencia terapéutica (Maldonado-Reyes et al., 2016).

Es importante mencionar que la adherencia terapéutica comprende cinco dimensiones (Castro, 2018), la primera se relaciona con los factores psicosociales, representada por la baja educación, poco apoyo social, bajo nivel socioeconómico para solventar los costos de los servicios de salud o falta de soporte por parte de los miembros de la familia. La segunda dimensión son los

factores relacionados con el paciente, caracterizados por la susceptibilidad al cambio. Aunque, otros aspectos expuestos por la Organización Mundial de la Salud (2004) (en adelante OMS) son el olvido, el estrés, la ansiedad, disminución en la motivación, falta de conocimiento, formas de afrontar la enfermedad o emociones negativas.

La tercera dimensión comprende los factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria. Este ambiente está asociado con la comunicación, satisfacción del paciente frente al trato recibido por el personal asistencial de salud. En cuanto a los profesionales de salud, se identifican barreras como la falta de tiempo, remuneración económica, el tiempo de la consulta, escaso soporte de guías que permitan al médico definir la conducta adecuada de acuerdo a la necesidad del paciente. Otra línea a tener en cuenta es la inadecuada relación profesional de salud – paciente que se genera por acciones donde se entrega información errónea al paciente afectando la construcción del ambiente y comunicación en la transmisión de la información clara y apropiada. La cuarta dimensión son los factores vinculados con el tratamiento, donde los pacientes presentan cambios cuando les formulan combinaciones de medicamentos, hábitos alimenticios, duración extensa en el tratamiento, efectos secundarios que producen malestar, baja disponibilidad en los tratamientos por parte del sistema de salud, tiempos de entrega de los medicamentos. Por último, la quinta dimensión son los factores que se relacionan con la enfermedad, como la ausencia de la sintomatología y la presencia de comorbilidades (Castro, 2018).

En síntesis, la adherencia por parte de los profesionales de la salud con el paciente es catalogada como uno de los principales factores para que se presente la adherencia terapéutica, por ello, es importante buscar la forma en que se pueda romper ese círculo vicioso (Castro, 2018). En tal sentido, el profesional sanitario, como primera medida, debe identificar y aproximarse a investigar en su práctica clínica la conducta del paciente, porque la relación entre médico y

paciente debe conducir a establecer un modelo de comunicación centrado en el usuario, ayudando a conseguir, bajo la motivación, que el paciente tome la medicación (Arenas & Alvarez-Ude, 2016).

Otra forma de conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es a través de métodos directos e indirectos, los primeros hacen referencia a la determinación de la concentración del fármaco en una muestra biológica y la terapia directamente observada. Mientras tanto, los métodos indirectos corresponden a entrevistas clínicas donde se incluye la utilización de cuestionarios, uno de los más conocidos y utilizados en la práctica médica es el Test de Morisky-Green, utilizado para validar patologías como la hipertensión, diabetes, enfermedad de Parkinson y enfermedad cardiovascular, el cual consiste en una serie de preguntas que permiten medir y valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica (Pagès & Valverde, 2018).

### **2.3 Programas de atención a pacientes con enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas en la APS han adquirido gran importancia debido al incremento de su prevalencia, por consiguiente, es relevante que se establezcan programas centrados en capacitar al paciente para que tenga un mejor cuidado, control y manejo de las enfermedades. Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social Nacional, en sus planes de salud pública cuenta con programas que contribuyen a disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas, de los cuales se encuentra el plan de reducción del consumo de grasas saturadas y grasas trans, que ayuda a reducir enfermedades cardiovasculares. También se evidencia el diseño del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Plan Decenal para el Control del Cáncer, Proyecto “Estandarización del tratamiento de Hipertensión”, Estrategia “Tomate la vida con un segundo aire” para la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas

y herramientas técnicas para la gestión del riesgo de estas enfermedades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Es importante mencionar que uno de los métodos que ha implementado Colombia en la atención primaria para el control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 es la telesalud como una nueva estrategia en la prestación del servicio. Además, es una herramienta enfocada en monitorear el control glucémico de la población con el fin de favorecer al autocontrol, así mismo se reducen los gastos en el sistema de seguridad social (González-Alzate et al., 2021).

Si bien es cierto, la telesalud es un tema en la actualidad, particularmente, en el contexto de la pandemia producto del COVID-19. En tal sentido, se ha convertido en una solución a nivel mundial, por tanto, se han evidenciado estudios que se enfocan en la implementación de la telesalud en pacientes con diagnóstico HTA, con el fin de tener un monitoreo en la salud de los pacientes y sus tratamientos (Washington et al., 2020); (Wang et al., 2021); (Sánchez et al., 2022).

Una de las herramientas utilizadas en la telesalud para el control de la hipertensión es la telemonitorización de la presión arterial (BPT), que tiene como función la transmisión remota de datos sobre el estado de salud de los pacientes desde su lugar de residencia hasta el consultorio médico o el hospital (Omboni et al., 2016) Igualmente, se han realizado estudios por medio de ensayos clínicos con el objetivo de evaluar la viabilidad de sistemas de telemedicina en Atención Primaria para mejorar el control y seguimiento de la HTA (Monteagudo et al., 2004).

## **2.4 Inercia terapéutica**

La inercia terapéutica fue definida como la falta del médico del inicio o intensificación del tratamiento de una enfermedad o factor de riesgo, cuando realmente se encuentra indicado y

cuando no se han logrado los objetivos terapéuticos. También, hace referencia al reconocimiento del problema asociado a falta de actuación (Phillips et al., 2001).

Más recientemente, Andreozzi et al. (2020) la definen como la discrepancia entre las guías y la práctica clínica, esto conlleva en todo caso a que no se tomen medidas para abordar efectivamente la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, se propusieron los siguientes criterios para definir la inercia terapéutica: existencia de guías de manejo implícitas o explícitas, las cuales son conocidas por el médico, el médico cree que las guías se aplican al paciente, el médico tiene los recursos para aplicar las guías, se han cumplido todas estas condiciones, pero el médico no aplica las guías de manejo al paciente (Reach et al., 2017). De modo que, para que exista inercia terapéutica se requiere tener un objetivo terapéutico claro, idealmente basado en la evidencia, y se requiere que el efecto del tratamiento pueda ser medido (Aujoulat et al., 2015).

Una de las características de la inercia terapéutica es que se cuantifica como el porcentaje de pacientes a los que no se les modifica el tratamiento farmacológico sobre el total de pacientes que no han conseguido el objetivo de control (Blasco et al., 2017) y se relaciona con el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las hiperlipidemias, pudiendo contribuir hasta en un 80% de los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares (Aujoulat et al., 2015).

## **2.5 Inercia moral**

La formación para el ejercicio profesional, particularmente, en la asistencia médica, exige actuar bajo principios morales, como lo indica el código de ética médica, donde se declara que el médico debe proporcionar un servicio competente, profesional y moral, actuando con respeto por la dignidad humana y aplicando los conocimientos con buen juicio (Rodríguez & Favier, 2021).

En tal sentido, es importante ahondar en el significado de moral, el cual se relaciona con el obrar bien, además, son ciertas reglas o conductas que se generan de manera cotidiana en las personas, orientando a acciones y juicios sobre lo que puede ser moral o inmoral, bueno o malo (Hardy & Roveló, 2015).

Sin embargo, se han presentado situaciones en la práctica médica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos en la atención primaria y medicina familiar, donde no se aplican los correspondientes tratamientos o medicamentos a los pacientes (Casado, 2021), lo que indica el médico no está actuando en su proceder ético y moral, por tanto, se evidencia que no realiza un proceso reflexivo llevando a una inercia moral. La inercia moral es una temática abordada por diversos autores que exponen puntos de vista en su filosofía moral. Uno de ellos es Johann Gottlieb Fichte, fue un filósofo alemán considerado como uno de los padres del llamado idealismo alemán (César Sánchez, 2021). En una de sus obras el autor establece que la inercia se traduce a la acción de no reflexionar ni pensar en la ley moral, donde indica que el mal procede de la inercia propia, es decir, de la naturaleza del hombre, porque solo la propia libertad de un individuo conlleva a que se actué con moralidad (Fichte, 2005).

Mientras tanto, Sartorio (2008) hace referencia a la inercia moral como una presión moral para no intervenir en determinadas situaciones, es decir, dejar las cosas sin hacer cambios, y esto conlleva a la indecisión moral, a la falta de claridad de intuiciones morales, a la indecisión de intervenir o no intervenir en circunstancias donde se requiere ayudar a alguna persona que se encuentre en una situación determinada.

## 2.6 Ética de la virtud

Las tensiones que sufre el médico en la práctica de la medicina pueden afectar la calidad en los servicios prestados a los pacientes, y con ello a disminuir el deber ético y personal con el enfermo. Por ello, el compromiso humano es una parte esencial en la práctica clínica porque se impone una responsabilidad para el adecuado cuidado del paciente, en tal razón, la ética de la virtud conduce a clarificar y brindar un nuevo sentido para el debido cumplimiento en el proceder de la medicina.

El término *virtud* es de origen griego y es utilizado como sinónimo de la excelencia. Además, tiene diversas interpretaciones; desde el punto de vista del filósofo griego Sócrates es comprendida como la excelencia moral humana (Como se citó en Vidal-Gual, 2006). Para Aristóteles, la virtud es regulada por la recta razón como lo haría un hombre prudente, donde la recta razón hace referencia a una regla que permite al individuo obrar moralmente; mientras tanto, un hombre prudente es un ser capaz de deliberar sobre las cosas buenas. Entre tanto, Platón indica que la práctica de la virtud está aunada a la felicidad, armonía y salud del alma; también considera que existen cuatro virtudes principales: prudencia, justicia, fortaleza y templanza (Como se citó en Vidal-Gual, 2006).

A partir de la década de los setenta, Edmund Pellegrino, uno de los exponentes de la ética médica en Estados Unidos, aborda la virtud como la fuente que hace al ser humano funcionar bien y alcanzar los propósitos haciéndose buenos seres humanos (Como se citó en Pellegrino & Thomasma, 1993). Para McIntyre, las virtudes son ciertas disposiciones que no solo permiten alcanzar los bienes internos de las prácticas, sino que ayudan a vencer riesgos y peligros centrándose en la búsqueda de lo bueno (MacIntyre, 2001). Desde el ámbito de la ética, los bienes internos son considerados como aquellos bienes que se relacionan con los fines de cada profesión,

y competen a una acción colectiva en la sociedad (Gozálvez et al., 2014), sirva de ejemplo, en la práctica médica el bien interno es la prevención de las enfermedades y la salud de las personas.

En tal sentido, según la perspectiva de los anteriores autores, se puede considerar que las actitudes y cualidades hacen al buen médico, los cuales son reconocidos no solo por sus actos sino por las virtudes que dan origen a los resultados de la buena práctica en la medicina, y la ética de las virtudes se complementa para reforzar y definir los hábitos y actitudes de carácter en el análisis de los actos a los que en la práctica se enfrenta día a día. Por tanto, se requiere que el médico posea cualidades, carácter y virtudes en el devenir de su práctica, además, afianzar las relaciones de confianza hacia el paciente, por este motivo, la propuesta de la ética de la virtud se enfoca en la evaluación, valoración de los intereses del paciente y el fortalecimiento de una relación fiduciaria entre ambos, ya que en el ejercicio clínico se llevan a cabo acciones y escenarios donde el agente moral (médico) es objeto de juicios morales que requieren la práctica de las virtudes para ser justos y prudentes frente a la toma de decisiones, de manera que la virtud implica el ejercicio de deliberación que comprende la reflexión sobre las prácticas (Sarmiento et al., 2016).

Las características de la ética de la virtud aportan un valor distintivo a la práctica ética, las cuales están relacionadas con el *carácter*, el cual consiste en un conjunto de características propias de un individuo, y es comprendido mediante el análisis de sus acciones (García, 2016). En tal sentido, el carácter hace parte esencial de las buenas y malas acciones en las diversas circunstancias a las que se enfrenta el agente moral; *el juicio práctico*, virtud articulada con la verdad, el conocimiento y la razón. Asimismo, hace parte de la deliberación en una situación dada y su papel se enfoca en tomar la decisión sobre la conducta virtuosa; *la experiencia*, según lo cual el punto clave del juicio moral se fundamenta en la propia experiencia; *la educación de las emociones*, pues el actuar de manera virtuosa demanda reconocer el significado moral de las emociones y los

sentimientos; *la ética teleológica*, en la cual se interpretan las acciones en la búsqueda de un fin (Sanders, 2003).

En síntesis, las teorías de la ética de la virtud en el agente moral ponen de manifiesto que las cualidades, hábitos o virtudes se adquieren con “la práctica, con la experiencia, por medio del esfuerzo y la voluntad”, (Ramos & Pérez, 2020, p. 175), y el compromiso con la excelencia se adquiere cuando se obtiene un dominio propio de la ética de la virtud, lo cual contribuirá a que el ejercicio y los cuidados de la salud sean más humanizados pensando en la integridad del paciente (Ramos & Pérez, 2020).

## **2.7 Categorías de análisis de bienes internos y bienes externos: Alasdair MacIntyre**

En la búsqueda de la ética de las virtudes, MacIntyre define las virtudes como cualidades que llevan al logro de ciertos bienes, de manera que, abarca la noción de los bienes internos y externos a la práctica, donde el autor define su posición mediante un ejemplo, el cual trata sobre el juego del ajedrez. Por una parte, los bienes internos los relaciona con los bienes intrínsecos, logros que se obtienen al participar en la práctica e intentar destacar en el ajedrez, tales como, la agudeza analítica, imaginación estratégica e intensidad competitiva. En otras palabras, los bienes internos se caracterizan porque son el resultado de competir en excelencia, además, el logro de ellos busca el bien para la comunidad que participa en la práctica. Mientras tanto, en el caso de los bienes externos, cuando se logran, son propiedad y posesión del individuo, pero también son considerados como especies de recompensas externas, por ejemplo, para conseguir dinero (MacIntyre, 2001).

Por otra parte, MacIntyre hace una división entre los bienes internos y externos expuestos por Aristóteles, donde los bienes externos son aquellos que, si se logran, son propiedad o posesión del individuo, tales como, la fama, riqueza o posición social. Referente a los bienes internos, son

considerados como intangibles y se asocian a satisfacciones que derivan de habilidades productivas. Un punto a destacar por parte de MacIntyre sobre los bienes internos es que a través de ellos se busca, no solo el beneficio individual, también se involucra el de una comunidad, logrando alcanzar la excelencia en la acción o práctica (MacIntyre, 2001).

### **Capítulo 3. Factores relacionados con la práctica de la medicina familiar en la inercia terapéutica/moral**

El presente capítulo se fundamenta en referentes teóricos centrados en analizar estudios que exponen los factores que se relacionan con la práctica de la medicina familiar en la inercia terapéutica/moral, entre ellos se encuentran autores como Márquez et al. (2009); Roa et al. (2010), Benito (2012); Carey et al. (2018); Mendoza et al. (2020); Llisterri et al. (2010); Sanchis et al. (2011), De León (2016), Zavala et al. (2018) y Machado et al. (2017).

Para el desarrollo de este apartado se realizó una revisión de literatura a nivel mundial en bases de datos en especial en Pubmed, Elsevier, Scielo, la Revista Colombiana de Bioética de la Universidad del Bosque, entre otros, en un periodo de búsqueda del año 2009 al 2021 haciendo uso de términos DeCS/MeSH: “inercia”, “medicina familiar y comunitaria”, “bioética”, “ética médica”, “atención primaria de salud”, “adherencia terapéutica”, “principios morales”, “hipertensión”, “enfermedades crónicas”. Dentro de los criterios de inclusión se contemplaron la inercia terapéutica, inercia moral, la medicina familiar, diabetes, hipertensión y dentro de los criterios de exclusión se encuentran medicina interna o diferentes a la medicina familiar y enfermedades no crónicas.

Como resultado de la búsqueda en las bases de datos de literatura científica se validaron aquellos artículos con duplicaciones y se obtuvieron finalmente alrededor de 60 documentos como fuente de investigación para soportar este estudio. Sin embargo, para este acápite se abordaron 10 artículos científicos, los cuales fueron seleccionados considerándose que son los que más aportaron datos precisos e información relacionada para el cumplimiento del objetivo y desarrollo del ensayo argumentativo a presentar. Por consiguiente, es importante resaltar que la literatura relacionada

con la práctica de la medicina familiar en la inercia terapéutica/moral es limitada y se hace alusión a la encontrada a continuación.

Un estudio realizado en España refiere que la IT es considerada como la principal falta de control de la HTA en centros de atención primaria (Márquez et al., 2009). Mientras tanto, a pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV) se han presentado casos de IT especialmente en pacientes con elevado riesgo, las causas son por ausencia de prescripción de fármacos y ante la ausencia de control de FRCV (Roa et al., 2010). Otro estudio en España indica que se presentan problemas de IT en pacientes que tienen tratamientos de diabetes mellitus tipo 2, porque no se les intensifica el tratamiento a pesar de estar indicado (Benito, 2012).

Una publicación realizada en Estados Unidos trata sobre la prevención y control de la Hipertensión, ya que es una de las enfermedades que tiene como principal riesgo el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Dentro de las estrategias para la prevención se menciona la optimización de la adherencia y la minimización de la inercia terapéutica, porque de acuerdo a datos expuestos por la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria de EE. UU., informan que entre los años 2005 y 2012 solo se inició un antihipertensivo en solo 7 millones de 41,7 millones de visitas de atención primaria, esto traduce que los médicos no iniciaban el tratamiento o medicamento al paciente, uno de los factores es la falta de conocimiento para tomar decisiones de dosificación (Carey et al., 2018).

Como se ha podido evidenciar, en la práctica de la medicina familiar y atención primaria se presentan situaciones de inercia terapéutica, en pacientes con hipertensión arterial y en otros casos como la diabetes. La inercia terapéutica es entendida como aquella circunstancia donde el tratamiento no se modifica de acuerdo con las guías de práctica clínica o el manejo inadecuado del mismo (Mendoza et al., 2020), además, dicho, fenómeno es causado por diversos factores, como:

sobreestimación de la atención médica y adherencia a las Guías de práctica clínica (en adelante GPC), déficit de formación y organización, falta de tiempo y masificación en las consultas. En cuanto al paciente, incide la falta de aceptación de las recomendaciones de las guías médicas (Llisterri et al., 2010).

Siguiendo esta línea, se relacionan otros factores relativos al paciente, como: la edad, obesidad, diabetes, nivel bajo de estudios, sobreestimación de los cuidados médicos y factores económicos. Referente a los médicos, se presenta el déficit de entrenamiento, consecución de objetivos terapéuticos no sintomáticos, percepción de un buen rendimiento terapéutico, edad (tener entre 44 y 55 años) (Sanchis et al., 2011) y la falta de cambios o ajustes de tratamiento por cifras mal controladas de TA (De León, 2016), (Mendoza et al., 2020).

Otro estudio indica que una de las causas para que se genere la IT en el ámbito de la medicina familiar es la prescripción inadecuada de algunos fármacos que no son de utilidad en algunos pacientes, especialmente en personas mayores, ya que se puede afectar la calidad de vida, aparición de efectos adversos y complicaciones, generando como consecuencia el aumento de costos institucionales por hospitalizaciones en los sistemas de salud (Zavala et al., 2018).

Finalmente, se hace mención a un estudio desarrollado en Colombia sobre la inercia clínica en pacientes con tratamiento antidiabético con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados de la investigación demuestran que el 56,8% de los pacientes no tenían control metabólico, es decir, se evidencia inercia clínica (Machado et al., 2017).

#### **Capítulo 4. Bienes internos de las prácticas de medicina familiar para prevenir la inercia moral y terapéutica**

Un profesional médico debe alcanzar los bienes internos en la práctica mediante hábitos y virtudes para llegar a la excelencia, de esta manera, obtienen el nivel de desarrollo moral que les permite dar sentido a las actividades profesionales y así llegar a ser excelentes en su asistencia médica. Es importante resaltar que los bienes internos propuestos por MacIntyre son el resultado de competir en excelencia y benefician a toda la comunidad, además, afirma que cualquier práctica debe expresar virtudes como la justicia, el valor y la honestidad (MacIntyre, 2001).

En la atención primaria y el área de la medicina familiar se evidencian situaciones de inercia terapéutica donde no se indica tratamiento ni se toman decisiones, esto hace que no se alcancen los objetivos establecidos por las guías elaboradas por expertos, y las consecuencias se pueden medir en llevar a un deterioro de la calidad de vida del paciente la cual puede ser evitada si el profesional médico actúa bajo el criterio ético y moral que le corresponde.

Al respecto, una de las formas que contribuye a disminuir la inercia terapéutica y moral en la práctica médica es que el profesional debe apostar al desarrollo de los bienes internos, con el fin de ampliar su saber personal desde el conocimiento científico, la práctica clínica, educación de valores y habilidades comunicativas, pero no para prestigio personal, sino para el bien de toda la comunidad, de esta manera, el profesional podrá tomar las decisiones centradas en el paciente con el propósito de orientar los tratamientos correctos hasta conseguir los objetivos terapéuticos con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente.

## **Capítulo 5. Aportes de la ética de la virtud en el proceso de reflexión de la práctica de la medicina familiar**

Este apartado tiene como referente teórico los aportes que realizan diversos autores en sus respectivos estudios frente a la inclusión de la ética de la virtud en la práctica de la medicina familiar dentro de los cuales se destaca a Furler & Palmer (2010) y Lee et al. (2016).

Ahora bien, a la temática de la ética de la virtud se presentan estudios que incluyen literatura en inglés sobre diversas posturas y conllevan al análisis sobre los aportes de la ética de la virtud en la práctica de la medicina familiar. En primer lugar, se trae a mención un estudio que trata sobre la ética de la práctica diaria en atención primaria, y se centra en cómo las asociaciones y médicos profesionales deben responder ante las inequidades sociales y estructurales que experimentan en su práctica médica. Los resultados indican que los médicos citan valores como la justicia y la importancia que tienen los derechos humanos en los pacientes, dado que el acceso a una atención debe ser primordial (Furler & Palmer, 2010). Por lo tanto, los resultados del estudio demuestran que la teoría de la ética de la virtud ha contribuido para que los médicos apliquen valores en sus actividades médicas.

En segunda instancia, se encuentra un estudio que se centra en una revisión de la literatura para identificar historias convincentes que muestren la excelencia clínica del médico en la atención primaria. Los resultados demuestran que aspectos como las habilidades comunicativas, el diálogo productivo, el profesionalismo y humanismo, agudeza diagnóstica, reflexión en la información y conocimiento son fundamentales en la relación médico – paciente, y fortalecen la alianza terapéutica, además, se evidencia en el estudio que los dominios como la excelencia son aplicables y relevantes para los médicos de APS (Lee et al., 2016).

La incertidumbre del diagnóstico es considerada como uno de los factores con mayor frecuencia en los errores diagnósticos en la atención primaria, por consiguiente, se resalta una investigación que plantea el manejo de la incertidumbre diagnóstica en cuidado primario. Los resultados obtenidos en la investigación señalan que los estudios se han centrado en cuatro aspectos: *factores internos* como los rasgos, estrategias y habilidades las cuales hacen referencia al manejo que se le imprime a la incertidumbre diagnóstica con la sola intervención externa; *factores cognitivos*, que pretenden otorgar un mayor conocimiento del paciente con el manejo de los recursos y el uso de redes adecuadas los cuales fueron manejados desde el punto de vista epistemológicos y desde enfoques prácticos; *aspectos emocionales*, donde los médicos aceptaban la incertidumbre y trabajaban con diagnósticos provisionales; *aspectos éticos*, comunicación de las incertidumbres diagnósticas a los pacientes. En tal sentido se puede evidenciar que, aunque existe poca evidencia empírica relacionada con la incertidumbre en la práctica de la medicina, se destaca que aspectos cognitivos, emocionales y éticos de la incertidumbre pueden ayudar a los médicos en situaciones donde se registren sesgos para poder dar un diagnóstico prudente (Alam et al., 2017).

Por último, se destaca una investigación que expone un fundamento teórico de cómo los médicos de familia en su trabajo diario deben centrarse en el paciente, así como en normas basadas en la evidencia y cumplir con la ética de la virtud. Como resultado se puede evidenciar que la ética es una actividad fundamental de los médicos. Así mismo, los campos de acción de los médicos de cabecera, que se caracterizan en términos de respuestas dicotómicas a demandas de cuatro dimensiones o voces, que incluye la situación, el yo, el sistema y la profesión, consideradas como una orientación para los médicos y como posibles caminos o respuestas dependiendo de las

particularidades de la situación a la que se enfrentan en sus prácticas médicas (Johnsson & Nordgren, 2019).

Ahora bien, centrados los conceptos teóricos y técnicos junto con la experiencia en el manejo médico, es importante advertir que en enfermedades crónicas en donde se reviste de gran importancia la IT para el control del diagnóstico, está visto que se presenta en muchos casos esa reticencia en la optimización de la terapia farmacológica por parte, bien sea del médico tratante o de sus familiares o red de apoyo, lo que impide mantener el control del diagnóstico, no obstante, el objetivo desde el punto de vista profesional siempre redundará en desplegar acciones en pro del paciente y su salud.

Con base en lo anterior y para evitar que las principales causas de descontrol se evidencien, siempre debe primar el diagnóstico oportuno, el conocimiento de la enfermedad y el acceso a fármacos y servicios de salud de calidad, por lo que cuando alguno de estos falla se contribuye al manejo inadecuado de las condiciones crónicas del paciente y se presenta la IT.

Pese a que tales circunstancias, como se ha dicho, puedan presentarse en la labor profesional, no puede perderse de vista que éticamente la función del médico desde la bioética debe consistir en dar prioridad a la correcta y adecuada atención del diagnóstico crónico del paciente, que si bien existen factores externos que inciden en la aparición de complicaciones, no puede dejarse de lado factores cognitivos y emocionales del paciente que pudieran servir como tratamiento para lograr su bienestar, se denota que resulta inadmisibles no buscar una atención integral del paciente que le ofrezca en el tiempo de su diagnóstico crónico una optimización en su calidad de vida que le permita una mejoría en su enfermedad.

Sumado a lo expuesto y desde la práctica médica, se considera fundamental fortalecer el modelo biopsicosocial como quiera que permite la combinación de factores psicológicos, sociales,

biológicos, emocionales, entre otros, que se hacen imprescindibles en el bienestar del paciente en la medida que no se percibe al enfermo, para tratar su diagnóstico, solo como el cuerpo y su mente, sino que a su alrededor subyacen factores emocionales e integrales preponderantes en el cuidado y vida del paciente crónico.

## Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Para el control de pacientes crónicos se dan varias opciones en los tratamientos médicos que oscilan entre fármacos y el manejo médico familiar, sin embargo, tales actividades por lo general conllevan al riesgo de incurrir en la IT en la medida que pueden aparentar un buen control de la enfermedad (que no se está evidenciando con la evolución del paciente), puede percibirse una mala adherencia del paciente o la falta de entrenamiento u organización por parte de la red de apoyo del mismo.

Las redes de apoyo tal como lo ha enunciado Rivas (2014), en su artículo, están conformadas por todas aquellas personas activas y seriamente comprometidas con el bienestar del paciente, que si bien pueden hacer parte tal grupo la familia, en muchos casos, se vinculan amistades, vecinos, organizaciones voluntarias o personas que tengan una relación íntima y de confianza con quien requiere de cuidados especiales. En especial para este tipo de atención, y desde la esfera personal, se hace necesario que para la óptima atención del paciente y con miras a eliminar las barreras de la IT, se promueva la vinculación continua de las redes de apoyo con el objetivo de afianzar los lazos de responsabilidad entre paciente y profesional al momento de llevar a cabo el tratamiento designado para el diagnóstico detectado.

Otro de los temas que reviste importancia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas en la medicina familiar se encuentra en el denominando paternalismo médico, pues a través del tiempo se ha observado que se ha dejado solo en cabeza del profesional de la medicina la toma de decisiones respecto de la enfermedad del paciente, lo que debe reevaluarse en la medida que lo pretendido en la práctica médica es la participación y humanización para que conozca su verdadera situación de salud.

Para Cañete et al. (2013) la relación médico - paciente se torna en cierta medida asimétrica pues tanto la enfermedad como las limitaciones y vulnerabilidad en que se encuentra este último requieren de la participación activa de ambos en donde se reciba información sobre las opciones del tratamiento, los costos de las intervenciones y las ventajas, desventajas y riesgos que se tienen con miras a tomar las mejores decisiones para hacer correspondencia a la enfermedad crónica que enfrenta y de esta forma obviar los problemas que se puedan presentar dentro del marco de la IT.

Todo lo anterior solo se logra en la medida que el medico permita estar a la vanguardia en sus conocimientos y construya diariamente la actualización de los mismos. Esto recae exclusivamente en su responsabilidad a fin de brindar a sus pacientes una mejor atención desde la integralidad fundamentada en la honestidad y confianza donde se busque el racionamiento juicioso y una alta dosis de intuición.

No puede dejarse de lado que la medicina tiene como base predominante la idea del antropocentrismo, en donde se constituye el ser humano como centro de todas las cosas, de ahí que deba recibir la atención primaria por esa condición natural y sea el componente humano la base esencial en la prestación del servicio de salud. En esta medida, es fundamental que poder brindar la mejor atención al paciente trascienda de las esferas económicas, sociales o políticas siendo la ética de la virtud el pilar y sentido de los cuidados médicos (Ayerbe et al., 2014).

Tomando como base lo antes expuesto, actualmente la medicina ha buscado resaltar su excelencia con la aplicación no solo de las limitaciones médicas, sino también, con el desarrollo pleno de todas las capacidades del profesional de la salud, es decir, quien se encarga de la atención de pacientes con enfermedades crónicas está en el trabajo constante de poner a disposición del paciente lo mejor de su conocimiento y la entrega humana del mismo para proteger no solo los

órganos vitales sino además la obtención máxima del paciente en aquellos momentos finales de su vida.

La profesión de la medicina, según lo expresado por Ayerbe et al. (2014) exige la motivación diaria del médico, lo cual va desde la aplicación de los fármacos requeridos por el paciente hasta la solución virtuosa al diagnóstico presentado, pues su función se reviste en dar lo mejor de cada uno como aquel llamamiento universal lo que repercutirá de forma positiva en el campo sanitario.

De acuerdo la investigación realizada por Vega y González (2009) las intervenciones y programas de apoyo al enfermo crónico siempre serán generadores de resultados positivos en la medida que diseñan mecanismos para afrontar la enfermedad, proporcionan alivio al estrés generado ante la sobrecarga del cuidador y disminuyen la depresión, aislamiento y ansiedad que acompañan toda la experiencia del diagnóstico crónico.

Para nadie es desconocido que el padecer una enfermedad crónica genera tanto para el paciente como para su cuidador un desgaste, cambios en el estilo de vida, lo que a su vez trae repercusiones en la vida familiar de todo el entorno del paciente. De ahí se desprende la importancia surgida por del acompañamiento que puede recibir el paciente de la red de apoyo. Estos grupos juegan una labor muy importante en el bienestar del paciente, como se indicó a lo largo del ensayo argumentativo, ya que constituyen una fuente principal para afrontar los problemas que se generan como producto de la enfermedad aportando un soporte médico como instrumentos y un acercamiento afectivo y emocional necesario en esos momentos para el enfermo crónico.

## Referencias

- Alam, R., Cheraghi-Sohi, S., Panagioti, M., Esmail, A., Campbell, S., & Panagopoulou, E. (2017). Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Family Practice*, 18(79), 13. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0650-0>
- Andreozzi, F., Candido, R., Corrao, S., Fornengo, R., Giancaterini, A., Ponzani, P., Ponziani, M. C., Tuccinardi, F., & Mannino, D. (2020). *Clinical inertia is the enemy of therapeutic success in the management of diabetes and its complications: a narrative literature review*. *12(52)*, 11. <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00559-7>
- Arenas, M. D., & Alvarez-Ude, F. (2016). Estrategias para mejorar la adherencia a los captores del fósforo: un reto en la relación médico paciente. *Revista de La Sociedad Española de Nefrología*, 36(6), 583–586. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.04.004>
- Aujoulat, I., Jacquemin, P., Hermans, M. P., Rietzschel, E., Scheen, A., Tréfois, P., Darras, E., & Wens, J. (2015). Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium. *BMC Family Practice*, 16(13), 6. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0221-1>
- Ayerbe García-Monzón, L., Pérez-Piñar López, M., Pereira Sanz, S., y González López, E. (2014). Ética de la virtud, reencontrando el sentido de la clínica. <https://cutt.ly/JKmiORh>
- Benito, B. (2012). El problema de la inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Hipertension y Riesgo Vascular*, 29(SUPPL.1), 41–46. [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(12\)70011-9](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(12)70011-9)
- Bralić Lang, V., Bergman Marković, B., & Kranjčević, K. (2015). Family physician clinical inertia in glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Medical Science Monitor*, 21, 403–411. <https://doi.org/10.12659/MSM.892248>

Cañete Villafranca, R., Dirce Guilhem, D. y Brito Pérez, K. (2013). Paternalismo médico.

*Revista Médica Electrónica Medigraphic*. <https://cutt.ly/tKmwMzf>

Carey, R., Muntner, P., Bosworth, H., & Whelton, P. (2018). Prevention and Control of

Hypertension: JACC Health Promotion Series HHS Public Access. *J Am Coll Cardiol*,

72(11), 1278–1293. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>

Casado, N. (2021). Detección de errores de prescripción, falta de adherencia e inercia

terapéutica. Estrategias de mejora. *Cuadernos de La RedGDPS*, 16–21.

[https://doi.org/10.52102/paciente\\_invisible/art-3](https://doi.org/10.52102/paciente_invisible/art-3)

Castro, L. A. (2018). *Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud* (Editorial).

[https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI\\_25\\_MedSa](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI_25_MedSa)

[w.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI_25_MedSa_w.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Chiriboga-Mendoza, M., López-Pin, J. C., & Riera-Estrada, J. (2019). MEDICINA FAMILIAR

Y SALUD PREVENTIVA. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria*

*PENTACIENCIAS*, 1(2806–5794), 2–7.

<http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1/34>

De la Cruz-Florencio, P., Godínez-Tamay, E. D., & Hernández-Miranda, M. B. (2016). La

Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Atención*

*Familiar*, 23(3), 109–112. <https://doi.org/10.1016/J.AF.2016.07.005>

De la Torre, H., & Trout, G. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes residentes

en la ciudad de Santa Marta (Colombia), atendidos en el Hospital Universitario Fernando

Troconis | Duazary. *Duazary*, 16, 124–133.

<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2947/2354>

- De León, R. (2016). *Validación de métodos de medida de presión arterial en el seguimiento de pacientes hipertensos en atención primaria de salud*. [Universidad de Murcia].  
<https://bit.ly/3uQJvMc>
- del Campo Giménez, M., Fernández Bosch, A., Azorín Ras, M., de la Ossa Moreno, M., Begoña Auñón Valero, & Párraga Martínez, I. (2019). Frecuentación y calidad de vida de usuarios de consultas de Medicina de Familia. *Scielo*, 12(2), 50–60.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v12n2/1699-695X-albacete-12-02-50.pdf>
- Fichte, J. (2005). *Ética (Fichte) - Johann Gottlieb Fichte - Google Libros* (Akal).  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Y\\_w9AGkCSEUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=%22El+sistema+de+la+doctrina+de+las+costumbres+según+los+principios+de+la+Doctrina+de+la+Ciencia%22&ots=gGMHipEGJN&sig=rZrvQVkJ7SXB24Bgh100UsXKczzE#v=onepage&q=%22El+sistema+de+la+doc](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Y_w9AGkCSEUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=%22El+sistema+de+la+doctrina+de+las+costumbres+según+los+principios+de+la+Doctrina+de+la+Ciencia%22&ots=gGMHipEGJN&sig=rZrvQVkJ7SXB24Bgh100UsXKczzE#v=onepage&q=%22El+sistema+de+la+doc)
- Flores-Pulido, J. J., & Martínez-Correa, M. (2015). Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Una mirada desde el enfoque médico familiar. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 53(2), S162–S164. <https://bit.ly/30aNreh>
- Furler, J. S., & Palmer, V. J. (2010). The ethics of everyday practice in primary medical care: responding to social health inequities. *Ethics, and Humanities in Medicine*, 5, 6.  
<http://www.peh-med.com/content/5/1/6>
- García, J. (2016). Persona, Carácter Y Valores Según Rudolf Allers En the Psychology of Character. *Persona y Bioética*, 20(2), 271–279. <https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.2.11>
- Gómez, O., & Herrera, H. (2017). Efectividad de un modelo de atención para pacientes diabéticos de una IPS de primer nivel | Revista Salud Bosque. *Rev. Salud. Bosque*, 7, 65–73.  
<https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2097/1587>

- González-Alzate, N., Hernández-Rincón, E. H., & Ulloa-Rodríguez, M. F. (2021). La telesalud como estrategia de atención primaria en la diabetes mellitus tipo 2 en Colombia. *Iatreia*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.17533/10.17533/udea.iatreia.109>
- González Calbano, A., Padula Anderson, M. I., Tamez Rodríguez, A. R., Godoy, A. C., Barreto Quintana, H. M., Martins, I., Perozo García, J. C., Muñoz, K., Orellana, P., Villanueva Carrasco, R., Cardozo, V., & Astudillo Romero, X. (2018). Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. *Revista Panamericana de Salud Pública (RPSP)*.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49525/v42e1492018.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
- Gozálvez, V., García, R., & Aguaded, J. I. (2014). La formación en competencias mediáticas: una cuestión de responsabilidad ética en educación superior. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 79(28), 17–28.
- Hardy, A. E., & Roveló, J. E. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación*, 3(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/J.MEI.2015.02.007>
- Johnsson, L., & Nordgren, L. (2019). How general practitioners decide on maxims of action in response to demands from conflicting sets of norms: A grounded theory study. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0360-3>
- Lee, K., Wright, S. M., & Wolfe, L. (2016). The clinically excellent primary care physician: examples from the published literature. *BMC Family Practice*, 17, 6.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0569-x>
- Llinás, R., Alvis, L., & Durán, M. (2018). Clinical inertia in insulin prescription for patients with type 2 diabetes mellitus at a primary health care institution of Cartagena, Colombia. *Rev.*

*Fac. Med*, 66, 551–555. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n4.58933>

- Llisterri, J. L., Rodríguez-Roca, G. C., Pérez Llamas, M. Á., Divisón, J. A., Barrios, V., Lou, S., Sánchez-Ruiz, T., Prieto-Díaz, M. Á., Durá-Belinchón, R., Santos-Rodríguez, J. A., Beato-Fernández, P., Ramón Banegas, J., & Ferreiro-Madueño, M. (2010). Conducta del médico ante el mal control de la hipertensión arterial. Aportaciones de los estudios PRESCAP 2002 y PRESCAP 2006 al conocimiento de la inercia terapéutica en España. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 36(6), 336–341. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2010.02.002>
- Machado, M. E., Ramírez, A. C., & Machado, J. E. (2017). Effectiveness and clinical inertia in patients with antidiabetic therapy. *International Journal of Clinical Practice*, 71(6). <https://doi.org/10.1111/IJCP.12954>
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Carissa, E. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas I Informe especial / Special report*. 21, 73–84. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
- MacIntyre, A. C. (2001). *Tras la virtud* (A & M Gràf). Crítica. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55009981/Alasdair\\_MacIntyre\\_-\\_Tras\\_la\\_virtud-libre.pdf?1510707419=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAlasdair\\_MacIntyre\\_Tras\\_la\\_virtud.pdf&Expires=1647568860&Signature=P1fxjKvrBw9bcO0FZiqArB2hjPQb1TchG](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55009981/Alasdair_MacIntyre_-_Tras_la_virtud-libre.pdf?1510707419=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAlasdair_MacIntyre_Tras_la_virtud.pdf&Expires=1647568860&Signature=P1fxjKvrBw9bcO0FZiqArB2hjPQb1TchG)
- Maldonado-Reyes, F. J., Vázquez-Martínez, V. H., Loera-Morales, J. I., & Ortega-Padrón, M. (2016). Prevalence of therapeutic adherence in hypertensive patients with the use of the martin-bayarre-grau questionnaire. *Atencion Familiar*, 23(2), 48–52. <https://doi.org/10.1016/J.AF.2016.03.004>
- Márquez, E., Martel, N., Gil, V., De Pablos, J., De La Figuera, M., Casado, J., & Espinosa, J.

(2009). El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias. *Atencion Primaria*, *41*, 315–323.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.017>

Martínez, L., Martínez, G., Rodríguez, M., Jaramillo, M., Jaramillo, L., Gaviria, J., Vera, S., Urrego, A., Villegas, J., Toro, A., & Hernández, J. (2016). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos ambulatorios de un hospital de primer nivel de atención de Antioquia, Colombia. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, *10*(2), 3–8.

[http://www.revhipertension.com/rlh\\_10\\_2\\_2015/Adherencia terapeutica.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_10_2_2015/Adherencia%20terapeutica.pdf)

Mendoza González, J. F., Mejía Inglés, J. J., Carrillo Aguiar, L. A., González Pérez, B., & González Flores, R. S. (2020). Inercia terapéutica del médico familiar en pacientes con descontrol hipertensivo. *South Florida Journal of Development*, *1*(4), 244–251.

<https://doi.org/10.46932/sfjdv1n4-008>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan decenal de salud pública 2012-2021. In *Ministerio de salud y proteccion social* (Ministerio).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planesterritoriales-de-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *DOCUMENTO-SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PROGRAMADAS EN EL NIVEL NACIONAL Y TERRITORIAL, PARA EL LOGRO DE LA MEGAMETA EN SALUD*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/seguimiento-megameta-1er-semester-2017.pdf>

Monteagudo, J. L., Hernández, C., & García, F. (2004). Metodología de introducción de servicios e-salud para el seguimiento y control de pacientes crónicos. *Rev. ESP. Salud Pública*, *78*,

571–581. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n5/colaboracion.pdf>

Moreno Segura, A., Frías Navarro, V. O., Casas Patiño, D., & Rodríguez Torres, A. (2016).

*Aptitud clínica del médico familiar en los principales motivos de consulta y temas prioritarios de la atención primaria. VIII(3), 77–84.*

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2016/imi163a.pdf>

Oltra, S. (2013). EL AUTOCUIDADO, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA. *Rev. GPU, 9(1), 85–90.*

Omboni, S., Caserini, M., & Coronetti, C. (2016). Telemedicine and M-Health in Hypertension Management: Technologies, Applications and Clinical Evidence. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention 2016 23:3, 23(3), 187–196.* <https://doi.org/10.1007/S40292-016-0143-6>

Pagès, N., & Valverde, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm, 59(3), 163–172.* <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>

Phillips, L. S., Branch, W. T., Cook, C. B., Doyle, J. P., El-Kebbi, M., Gallina, D. L., Miller, C. D., Ziemer, D. C., & Barnes, C. S. (2001). Clinical Inertia. *Ann Intern Med, 135, 825–834.* [www.annals.org](http://www.annals.org)

Ramos García, M. I., & Pérez Lombardo, M. (2020). Fundamentos de la atención sanitaria a la persona mayor. In *Actualización 2020,*

Reach, G., Pechtner, V., Gentilella, R., Corcos, A., & Ceriello, A. (2017). Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus | Elsevier Enhanced Reader. *Diabetes & Metabolism, 43(6), 501–511.*

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1262363617304676?token=1A05F97E69D9276E ECA060E97B130FAD4207549B2063355268E06658BC50676C1CA29FDCD563B4E48B0>

B1C3A8AA070BD&originRegion=us-east-1&originCreation=20211112152747

- Rivas Velázquez, J.C. (2014). Redes sociales de apoyo al paciente crónico. <https://cutt.ly/fKbc25s>
- Roa, L., Monreal, M., Carmona, J., Aguilar, E., Coll, R., & Suárez, C. (2010). Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Medicina Clínica*, 134(2), 57–63. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2009.07.049>
- Rodríguez, G., & Favier, R. (2021). La educación en valores y su relación con la bioética. *Revista Científica Estudiantil UNIMED*, 3, 1–10.  
<http://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/123/pdf>
- Sánchez, Carmen, Torras, J., Castillo, M. J., Egocheaga, M. I., Rodríguez, X., Turégano, M., Gamarra, J., Domínguez, M., & Pallarés, V. (2022). Optimización del control telemático de la presión arterial en atención primaria en España (Iniciativa Óptima): resultados de un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 54(7), 102353.  
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2022.102353>
- Sánchez, César. (2021). Vista de «El ansia de saberlo todo»: Revisitando la doctrina de la ciencia de Johann Gottlieb Fichte. *Tradicón, Segunda Época*, 21, 154–159.  
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Tradicion/article/view/4504/5433>
- Sanchis, C., Llisterri Caro, J. L., Palomo Sanz, V., Alonso Moreno, F. J., López Rodríguez, I., Nevado Loro, A., Zamorano, M. Á., Gil García, N., Aguilar Conesa, M. D., & Lázaro Y De Mercado, P. (2011). Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Estudio Objetivo Kontrol. *Atencion Primaria*, 43(12), 638–647.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.030>
- Sanders, K. (2003). El periodismo y la ética: un análisis desde la perspectiva de la ética de la virtud. *Revista Empresa y Humanismo*, VI(2/03), 403–438.

<https://revistas.unav.edu/index.php/empresa-y-humanismo/article/view/33351/28618>

Sarmiento, P. J., Mazzanti, M. de los Á., Rey, E., & Arango, P. (2016). Metodología para el análisis de casos clínicos en los Comités de Bioética. Enfoques y propuesta de apoyo.

*Persona y Bioética*, 20(1), 10–25. <https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.1.2>

Sepúlveda Villar, N. (2020). *Síntomas más frecuentes relacionados con enfermedades crónicas Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en los pacientes que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, Periodo Enero - Mayo 2020* [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Facultad de Ciencias de la Salud]. [https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3804/Síntomas más frecuentes relacionados con enfermedades crónicas Hipertensión Arterial y Diabetes-Dra-Nicauly Sepúlveda Villar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3804/Síntomas%20más%20frecuentes%20relacionados%20con%20enfermedades%20crónicas%20Hipertensión%20Arterial%20y%20Diabetes-Dra-Nicauly%20Sepúlveda%20Villar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Simpson, T. M. (2019). *Análisis del aporte del Pocus a la población atendida en la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el área de salud de Talamanca, en el primer semestre del 2019* [Universidad de Costa Rica].

<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/80269/TSJ-Final>

UCR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tamayo, D., Camacho, S., & López, P. (2015). Caracterización de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por médicos residentes de medicina familiar en Bogotá, Colombia. *Desafíos*, 9, 17–24. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/751/586>

Troncoso, C., Contreras, N., & González, S. (2016). Adherence to nutritional check-up in men with chronic diseases. *Rev Chil Nutr*, 43.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n1/art02.pdf>

Vega Angarita, O.M. y González Escobar, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el

afrontamiento de la enfermedad crónica. <https://cutt.ly/5KmZqhO>

- Wang, J.-G., Li, Y., Chia MBBS, Y.-C., Cheng, H.-M., Van Minh, H., Turana, Y., Wang, T.-D., Zhang, Y.-Q., Kario, K., & Ji-Guang Wang, C. (2021). Telemedicine in the management of hypertension: Evolving technological platforms for blood pressure telemonitoring. *J Clin Hypertens*, 23, 435–439. <https://doi.org/10.1111/jch.14194>
- Washington, K. P., Omboni, S., Mcmanus, R. J., Bosworth, H. B., Chappell, L. C., Green, B. B., Kario, K., Logan, A. G., Magid, D. J., Mckinstry, B., Margolis, K. L., Parati, G., & Wakefield, B. J. (2020). Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension An International Expert Position Paper. *Hypertension*, 76, 1368-1383. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15873>
- Zavala Rubio, J. de D., Terán Martínez, M. A., Nava Álvarez, M. G., Pineda Maldonado, M. L., & De la Mata Márquez, M. J. (2018). Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 25(4), 141. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257>
- Zepeda Chávez, G. (2017). *Conocimiento y aplicación del diagnóstico situacional por parte de los médicos familiares en una unidad de medicina familiar* [Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo]. [http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB\\_UMICH/4269/FCMB-E-2017-0262.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/4269/FCMB-E-2017-0262.pdf?sequence=1&isAllowed=y)