

## Paternalismo médico

### Medical paternalism

DrC. Roberto Cañete Villafranca,<sup>I</sup> Dra. Dirce Guilhem,<sup>II</sup> Dra. Katia Brito Pérez<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Matanzas, Cuba.

<sup>II</sup> Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia. Brasilia, Brasil.

<sup>III</sup> Policlínico Universitario Samuel Fernández. Matanzas, Cuba.

---

#### RESUMEN

La relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes ha sido universalmente reconocida como clave en la práctica médica. La orientación y la participación efectiva de los sujetos en la toma de decisiones son esenciales en la relación sanitaria y humanizan ese proceso. Sin embargo, la inadecuada percepción de muchos profesionales acerca de la importancia de esa participación ha derivado en no pocos casos de mala praxis. Históricamente, los médicos han sido responsables por las decisiones relacionadas con la atención de sus pacientes asumiendo una postura eminentemente paternalista. Esa actitud es, aún en la actualidad, una práctica común en muchos países y debe ser modificada ante el derecho de los sujetos a participar de las decisiones que involucran su persona.

**Palabras clave:** bioética, paternalismo, equidad, autonomía.

---

#### ABSTRACT

The relationship between healthcare professionals and patients has been universally recognized as a corner-stone in the medical practice. Patient's orientation and patient's participation are important aspects of modern health care and should be taken into consideration in the context of decision-making. However, many patients leave the consultation with insufficient information about their diagnosis, prognosis, and treatments due to misunderstandings about ethical responsibilities among their doctors. Historically medical paternalism has forced practitioners to decide for their

patients and this is still a common practice in most of the developing countries. Communicative competence and friendly environment should be important aspects of successful health-care.

**Key words:** bioethics, paternalism, equity, autonomy.

---

## INTRODUCCIÓN

La sociedad moderna, independientemente de cualquier señalamiento adverso, ha evolucionado positiva y significativamente. Las relaciones interpersonales, familiares o entre países se han transformado hacia un complejo sistema de interconexiones imprescindibles cuyo fin es la eficiencia productiva y la mejora en la calidad de vida de las comunidades.<sup>(1,2)</sup> Es precisamente la vida en sociedad una respuesta de los seres humanos a sus necesidades imposibles de ser cubiertas como entes aislados.<sup>(3)</sup>

A la par de ese desarrollo de grupo, la relación médico-paciente —la relación entre un individuo con herramientas y conocimientos para satisfacer esas necesidades y otro con necesidades de salud— se presenta como un tópico interesante y no totalmente comprendido. Los derechos del enfermo no siempre fueron respetados en la historia de la medicina. En muchos sentidos, hubo épocas donde lo que más interesaba era la perspectiva médica independientemente de los resultados, positivos o negativos, que sus decisiones implicaran para el paciente.<sup>(4)</sup>

Así como el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales ha valorado enormemente la vida de los individuos independientemente de su lengua, religión, edad, formación, etc., también ha evolucionado el reconocimiento de los derechos de los pacientes, quienes ya no se limitan a recibir y obedecer sino que pueden ejercer su derecho a entender, a preguntar, a disentir, a exigir y finalmente, a demandar.<sup>(5)</sup>

La relación que en un pasado cercano era eminentemente paternalista (medicina centrada en el médico) se ha transformado en una relación más participativa (medicina centrada en el paciente), en la que cada individuo debe y exige conocer todo lo relacionado con su persona y su situación de salud.<sup>(6)</sup> El paciente deja de ser un elemento pasivo para tornarse en una contraparte con derechos, exigencias y expectativas.<sup>(7,8)</sup>

Es así como la relación médico-paciente y en particular la entrevista médica, dejaron de ser disciplinas empíricas que surgían a partir de la puesta en práctica de los conocimientos médicos adquiridos en las escuelas de medicina y se transformaron en un sistema de interrelación que permite, mediante el diálogo y la concertación, mejorar el estado de salud y la comunicación entre los profesionales de la salud y las comunidades.

La decisión compartida es un proceso mediante el cual la elección de las acciones médicas se realiza conjuntamente entre el profesional de la salud y su paciente, y es elemento clave del cuidado de la salud en la actualidad pero, aunque esta situación esté cambiando, los profesionales del sistema salud, consecuentes con su

intención natural de hacer lo mejor por sus pacientes, frecuentemente asumen una actitud paternalista a la hora de decidir las acciones sanitarias. En no pocas ocasiones esas acciones se ejecutan sin que los pacientes estén adecuadamente informados y sin que tengan plena conciencia del proceder que les será practicado.

Desde la perspectiva de los decisores en salud, la decisión compartida es una sabia elección debido a que: 1) reduciría el sobreuso de opciones no claramente asociadas con beneficios, 2) incrementaría la utilización de opciones claramente asociadas con efectos beneficiosos en la mayoría de los casos, 3) garantizaría la sustentabilidad de los sistemas de salud pública, 4) promovería el derecho de los pacientes de participar de las decisiones que involucran su salud.

Considerando lo expuesto, el presente artículo pretende exponer algunos elementos conceptuales relacionados con la tendencia actual de la relación entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud sean ellos pacientes o no.

## **MÉTODOS**

### **Estrategia de búsqueda**

Para realizar la actualización bibliográfica se desarrolló una búsqueda en las bases de datos Medline Complete y Medline with full text de Ebsco, Pubmed y Scielo regional, utilizando los descriptores: bioética, paternalismo, equidad y autonomía. La búsqueda quedó limitada a textos completos libres y resúmenes, trabajos publicados en los últimos 5 años y humanos. Aquellos artículos que por su trascendencia fueran considerados como referentes en el tema fueron incluidos independientemente de su fecha de su publicación.

### **Criterios de selección**

Todos los estudios primarios o revisiones bibliográficas en los que paternalismo médico fue el centro de atención fueron considerados. La selección final de los referentes bibliográficos identificados como los más representativos y de mayor calidad fue realizada por los autores con la colaboración de dos profesionales extranjeros expertos en bioética.

El término "calidad" se midió de acuerdo al impacto de la revista en la que fueron publicados los trabajos, la calidad de los diseños de investigación, la pertinencia de los estudios y su continuidad en el tiempo así como su capacidad real de responder a las lagunas que actualmente existen en relación con el tema objeto de actualización. Se incluyeron trabajos en cualquier idioma.

### **Recopilación y análisis de datos**

Se organizaron los resultados clasificándolos por temas, subtemas y almacenándolos a través de bibliotecas de referencias creadas con el gestor bibliográfico EndNote. Para cada tema se salvó además el listado de las referencias en estilo Vancouver en formato de texto plano (archivos.txt).

Los datos fueron analizados de forma independiente por los autores y los dos expertos invitados. La información fue resumida utilizando el paquete de programas Microsoft Office, versión 2007, e intercambiada entre los autores y colaboradores utilizando el correo electrónico.

## DISCUSIÓN

### Relación profesional-usuario/paciente: una mirada bioética

El principio de la autonomía, reconocimiento explícito de la igual dignidad entre personas, pone su acento en el respeto a la voluntad del paciente frente a la del especialista, ya que en las actuaciones sanitarias el profesional expone su calificación en tanto que el paciente arriesga su persona.<sup>(8,9)</sup> La autonomía puede ser definida como “autodeterminación”.

La relación médico-paciente es en sí asimétrica, ya que el paciente, por su enfermedad y debido a las limitaciones informativas, se encuentra en estado de vulnerabilidad frente al facultativo y corresponde a este último protegerlo y ofrecer alternativas de solución a su mal. Esas alternativas deben ser aprobadas en común luego de que el individuo reciba información relacionada con las diferentes opciones, los costos de cada intervención, las ventajas, las desventajas y los riesgos. En todo caso, corresponde a los profesionales una porción sensible en la relación médico-paciente, la protección del individuo.<sup>(10)</sup>

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua *paternalismo* es la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc. En ese sentido, la práctica médica tradicional presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien por demás posee los conocimientos, los medios y la fuerza legal para hacer *lo que sea necesario* para *mejorar* el estado de salud del individuo.

El paternalismo constituyó el canon de excelencia de la relación médico-paciente durante los 25 siglos que median desde su conceptualización por la escuela hipocrática —cuyos documentos más antiguos conocidos datan del siglo V a.C. — hasta bastante bien entrado el pasado siglo XX. Esa manera de entender el arte de curar promovió la elevación del principio de beneficencia a nivel de deber moral perfecto, lo que requirió del médico hacer el bien a ultranza, actuar en el mejor interés del paciente de acuerdo a su criterio profesional, sin tomar en cuenta para ello las opiniones y deseos de este, sus familiares o sus representantes legales.<sup>(11,12)</sup>

La elevada carga asistencial, la falta de tiempo y, sobre todo, la asimetría tradicional entre el facultativo, que suele seguir un paradigma indicativo, y el paciente, históricamente pasivo, son las principales barreras que bloquean una buena comunicación y el adecuado desenvolvimiento ético de la relación médico-paciente y por consiguiente favorecen el modo de actuar paternalista.<sup>(12)</sup>

Es importante resaltar que *paternalismo* es la actitud que busca beneficiar al paciente. Aquellos actos dirigidos a satisfacer la curiosidad médica o en la búsqueda afanosa de evidencias no son paternalistas, son impositivos (ejercicios de poder).

Queda claro entonces que ser menos paternalista no significa “abandonar a los pacientes en su autonomía”, se refiere a informar, brindar juicios de valor y, por sobre todas las cosas, acompañar al necesitado.

En la actualidad se reconocen diferentes formas de paternalismo. Dentro de ellas el paternalismo autoritario (paternalismo duro) y el paternalismo justificado

(paternalismo suave), que algunos autores aceptan como parte positiva de una ética de cuidados.<sup>(12)</sup>

Durante su interacción con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial como las desarrolladas al preguntar la hora a un desconocido y otras de carácter mucho más complejo como las que se establecen con los familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio y con la persona amada.

Las relaciones interpersonales que se establecen entre los profesionales de la salud y sus pacientes presuponen que el profesional debe inexorablemente: 1) ponerse en el lugar de la otra persona; 2) sentir como él/ella; y 3) disponerse a asumir como propios los éxitos y dificultades de sus pacientes. El profesor Ricardo González Menéndez afirma que la relación médico-paciente pudiera definirse como la "relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud".<sup>(13)</sup>

La autonomía de cada paciente debe ser salvaguardada en todo momento y es responsabilidad de los facultativos garantizar su seguridad. Existe, sin embargo, gran inconformidad con la dimensión conceptual de la *relación médico-paciente* por considerarla poco precisa y se prefiere hablar de la relación equipo de salud-usuario, en donde todos los profesionales de la atención a la salud tienen la misma responsabilidad ante los solicitantes, independientemente de su capacitación y formación profesional específica.<sup>(14)</sup>

Más allá de cualquier definición conceptual, el respeto a la autonomía de los individuos y la salvaguarda de su integridad biológica, psicológica y social depende en gran medida de la existencia de una excelente comunicación. Una buena estrategia de comunicación que implica, en primer término, abandonar el tono paternalista.

El tránsito hacia un paradigma de relaciones sanitarias más participativo, en el que se traten enfermos y no enfermedades y, adicionalmente, se aprenda a trabajar con las diferencias es imprescindible. Aplicar un enfoque basado en el diálogo permitirá al profesional de la salud articular percepciones pluralistas.<sup>(15)</sup>

El individuo con necesidades de salud posee hoy mayor información que en el pasado, debido a su mayor acceso a la información a partir de la utilización de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, a la educación general de mayor calidad y al incremento en las exigencias intelectuales en el ámbito social y laboral. Es por ello que los profesionales del sistema de salud deben conocer y, adicionalmente, saber comunicar.

Es imprescindible que el profesional de la salud capte los mensajes del paciente y controle siempre los que él mismo genera. El profesional de la salud debe ser consciente de la trascendencia de sus actos o comunicaciones y de la necesidad de su planeamiento, así como de la valoración permanente de sus efectos sobre el paciente. El olvido u omisión involuntaria puede conducir a errores potencialmente irreparables.

El diálogo entre el profesional de la salud y un individuo con necesidades de salud debe servir para la recepción y emisión mutua de información a partir de las cuales el individuo tome conciencia de la necesidad, si fuera el caso, de recibir algún procedimiento, asuma la cronicidad del proceso y valore las modificaciones de hábitos que debe incorporar a su vida cotidiana. Asimismo, debe permitir al profesional de la salud conocer las características del individuo e identificar sus vulnerabilidades para protegerlo y garantizar su satisfacción.<sup>(16)</sup>

Es importante cuidar los elementos relacionados con el aspecto y el entorno laboral, pues la primera impresión es importante para reforzar el mensaje del facultativo. De igual forma, se debe establecer una relación de comunicación bidireccional que garantice un ambiente de confianza para transmitir al paciente o cuidador la información que se considere necesaria y establecer un plan de actuación.<sup>(17)</sup>

Más allá de cualquier consideración, los profesionales de la salud deben ser consecuentes con las necesidades de las personas que soliciten su ayuda y trabajar en función de minimizar el sufrimiento humano.

La actuación de los profesionales de la salud debe estar sustentada en un valor humano fundamental *la solidaridad*. Ser solidarios presupone una actuación recíproca que antepone a cualquier interés personal las normas, costumbres, intereses y valores de la colectividad, considerada como un todo. Solidaridad se refiere al "sentimiento de unidad basado en metas o intereses comunes, en este caso, la salud y el bienestar de los sujetos".<sup>(18)</sup> Los sentimientos egoístas no solo menoscaban la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, sino que crean barreras de comunicación que pudieran redundar en mala praxis.<sup>(19-21)</sup>

El modelo tradicional paternalista no es totalmente compatible con el acelerado desarrollo científico-tecnológico de la sociedad moderna,<sup>(7,9,10,22)</sup> por lo que corresponde a los profesionales del sistema de salud, los usuarios y la sociedad toda, profundizar el diálogo que conduzca a una atención sanitaria de calidad.<sup>(23)</sup> (Anexo)

Si se considera que el proceso de toma de decisiones debe ser compartido por los profesionales de la salud y los usuarios (pacientes o no), estaríamos en mejores condiciones de alcanzar la excelencia en lo que se hace. Sin embargo, sería oportuno señalar que poco se conoce en relación con la efectividad o no de estrategias destinadas a implementar un proceso efectivo de intercambio en la práctica médica cotidiana, al menos, desde la perspectiva de los usuarios.<sup>(7)</sup>

La educación ética debería iniciarse en el hogar, continuarse en las escuelas (médicas o no) y finalmente formar parte del diario quehacer de los profesionales de la salud. Solo así se aseguraría el desarrollo de habilidades que facilitarían la comunicación adecuada y, en fin de cuentas, la resolución de conflictos con la activa participación de los pacientes.

Un interesante artículo publicado en fecha reciente en la *Revista Médica Electrónica* "El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna", revela la importancia de potenciar algunos valores que, a criterio del autor, son imprescindibles en ese acto médico y evidencia el rol de la adecuada comunicación para alcanzar el diagnóstico correcto.<sup>(24)</sup>

## CONCLUSIONES

La relación entre un individuo con necesidades de salud y otro u otros con herramientas y conocimientos para satisfacer esas necesidades, que en un pasado respondía a un paradigma eminentemente paternalista, se ha transformado a una relación más participativa en la cual cada individuo debe y exige conocer todo lo relacionado con su persona. El otrora patrón de excelencia profesional ha dado paso a una relación donde el diálogo, el intercambio y la concertación se han transformado en las únicas alternativas para lograr una atención médica de excelencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iñiguez G, Tagüena Martínez J, Kaski KK, Barrio RA Are Opinions Based on Science: Modelling Social Response to Scientific Facts. PLoS ONE. 2012; 7(8): 421-22. Citado en PubMed; PMID: 22905117
2. Unger F. Health is wealth: considerations to european healthcare. Prilozi. 2012; 33(1): 9-14. Citado en PubMed; PMID: 22952091.
3. Samuels A. The clinical duty of care: is it enough that the doctor did what all or many of the other doctors do? Med Sci Law. 2006; 46(1): 76-80. Citado em PubMed; PMID: 16454465.
4. Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Ponocny Seliger E, Them C. Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals. Pflge. 2009; 22(6): 401-9. Citado en PubMed; PMID: 19943225.
5. Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care? Fam Med. 2009; 41(4): 285-8. Citado en PubMed; PMID: 19343560.
6. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta Bioeth [Internet]. 2012 [citado 24 Nov 2012]; 18(1): 121-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2012000100011&script=sci\\_arttext&lng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2012000100011&script=sci_arttext&lng=e)
7. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. Patient. 2012; 5(1): 1-19. Citado en PubMed; PMID: 22276987.
8. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 8(3): CD001431. Citado en PubMed; PMID: 19588325
9. Schulman A. Bioethics and the question of human dignity. In: Human dignity and bioethics. Essays commissioned by the president's Council on Bioethics. Washington; 2008.
10. Clark JD. Balancing the tension: parental authority and the fear of paternalism in end-of-life care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012; 166(7): 594. Citado en PubMed; PMID: 22751873.
11. Acosta Sarriego JR. De la ética médica tradicional a la bioética médica. En: Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. La Habana: Centro Félix Varela; 2009.
12. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? J Gen Intern Med. 2004; 19(11): 1069-79. Citado en PubMed; PMID: 5566435.
13. González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Rev Cubana Salud Pública [ Internet]. 2004 Jun [citado 7 Feb 2013] ; 30(2).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es)

14. Ocampo-Martínez J. La bioética y la relación médico-paciente. Cir Ciruj [Internet]. 2002 [citado 24 Nov 2012]; 70(1):56-60. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021k.pdf>
15. Smith V. La ética clínica. En: Acosta J, editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997.
16. Lolas Stepke F. Investigación que involucra sujetos humanos: Dimensiones técnicas y éticas. Acta Bioeth [Internet]. 2004 [citado 24 Nov 2012]; 10(1):11-6. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2004000100002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2004000100002&script=sci_arttext&lng=pt)
17. Schei E. Doctoring as leadership: the power to heal. Perspect Biol Med. 2006; 49(3):393-406. Citado en PubMed; PMID: 16960309.
18. Fallowfield L, Jenkins V. Current concepts of communication skills training in oncology. Recent Results Cancer Res. 2006; 168:105-12. Citado en PubMed; PMID: 17073196.
19. Prudil L. Access to health care: solidarity and justice or egoism and injustice? Med Law. 2008; 27(3):563-8. Citado en PubMed; PMID: 19004382
20. Ter Meulen R, Maarse H. Increasing individual responsibility in Dutch health care: is solidarity losing ground? J Med Philos. 2008; 33(3):262-79. Citado en PubMed; PMID: 18567906.
21. Jost TS. Health care access in the United States. Conflicting concepts of justice and little solidarity. Med Law. 2008; 27(3):605-16. Citado en PubMed; PMID: 19004385.
22. Iyalomhe GB. Medical ethics and ethical dilemmas. Niger J Med. 2009; 18(1):8-16. Citado en PubMed; PMID: 19485140.
23. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del método clínico. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 24 Nov 2012]; 38(3):422-37. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300009&script=sci_arttext)
24. Laucirica Hernández C. El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 May-Jun [citado: 24 Nov 2012]; 34(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol3%202012/tema13.htm>

## ANEXO

Recomendaciones importantes para una adecuada comunicación

-La persona o las personas que solicitan atención son seres humanos y como tal deben ser tratados.



- Se debe tratar a los pacientes como quisiéramos que nos trataran a nosotros mismos.
- El profesional debe, ante todo, escuchar.
- Nunca juzgar si no tenemos todos los elementos para hacerlo (evaluar es hacer un juicio de valor).
- Preguntar, desear conocer, es un derecho de los individuos. Es obligación de los profesionales de la salud satisfacer esas necesidades.
- Brindar todas las alternativas posibles de solución con sus ventajas y desventajas, y decidir por alguna solo con la anuencia del necesitado.
- El profesional de la salud debe ser un excelente comunicador si desea establecer una relación humana y de iguales con sus pacientes.
- La sociedad espera lo mejor de los profesionales de la salud, se debe trabajar en consecuencia.

Agradecimientos a: Ronaldo Valdés Villafranca, estudiante de segundo año de Medicina, en la Universidad de Ciencias Médicas, en Pinar del Río, Cuba; y Kokou Marcel Sounouve, estudiante de cuarto año de la Licenciatura en Bioanálisis Clínico, en la Filial Tecnológica de la Salud "Mártires del 27 de Noviembre", en Matanzas, Cuba.

Recibido: 10 de enero de 2013.  
Aprobado: 24 de febrero de 2013.

*Roberto Cañete Villafranca.* Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Calle Milanés esq. a Buena Vista. Matanzas, Cuba. CP. 40100. Correo electrónico: [parasitología.mtz@infomed.sld.cu](mailto:parasitología.mtz@infomed.sld.cu)

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez k . Paternalismo médico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>