

PATERNALISMO MÉDICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Carlos VIESCA T.**

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Definiciones*. III. *Medicina hipocrática, beneficencia y paternalismo*. IV. *El pensamiento positivista y el paternalismo médico*. V. *El paternalismo ante la bioética*. VI. *Paternalismo y beneficencia*. VII. *Consideraciones finales*. VIII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Es del consenso común que desde sus raíces en la antigüedad grecorromana, la medicina occidental, convertida paulatinamente en biomedicina y más recientemente en biología molecular aplicada —hoy con expectativas de devenir en medicina genómica—, ha cobijado y cultivado en el médico la tendencia a mostrarse como un protector de sus pacientes y a tomar decisiones en cuanto a su salud y su promoción, así como el diagnóstico de sus enfermedades y su manejo. Este decidir por el otro es el núcleo del denominado “paternalismo médico”. Y la manera en que se lleva a cabo este paternalismo médico en la realidad cotidiana da lugar a cuestionamientos, afirmaciones y varias reflexiones.

* El presente trabajo tiene como antecedente directo el texto *Paternalismo médico hacia el siglo XXI*, con Carlos Viesca T. y María Blanca Ramos de Viesca como autores, presentado en el Seminario “Medicina y Salud”, en 2012.

** Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina de la UNAM; Seminario Medicina y Salud, UNAM; responsable del Posgrado de Bioética en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Dirección General de Estudios de Posgrado de la UNAM; miembro del SIN; académico titular de la Academia Europea de Filosofía de la Ciencia y de la Academia Nacional de Medicina (México).

II. DEFINICIONES

El paternalismo médico ha sido definido recientemente de diferentes maneras. Por ejemplo, Tom Beauchamp inicia su artículo sobre “paternalismo” en la *Enciclopedia de Bioética* —editada por Warren Reich— diciendo que es la restricción justificada de la autonomía de las personas, si dichas personas decidieran y actuaran, o intentaran actuar, de manera que pudiera ser posible que se produjeran serios daños a sí mismas o fallaran en procurarse un importante beneficio. Además, Beauchamp compara esta forma de actuar con la de un padre benevolente hacia sus hijos pequeños.¹

Dworkin define al paternalismo en una línea más dura, como “la limitación intencional de la autonomía de una persona por otra, cuando la persona que limita la autonomía justifica su acto exclusivamente por llevarlo a cabo con el fin de ayudar a la persona cuya autonomía es limitada”.² Otra definición, propuesta por Kleinig³ y Vandever,⁴ sostiene que la única condición esencial consiste en que el paternalismo es un tratamiento beneficioso que pasa por encima de una preferencia conocida de otra persona, sin que su autonomía sustancial sea, asimismo, afectada de una manera esencial.⁵ De acuerdo con Cabanellas y Freddy García, el paternalismo médico implica una “actitud o comportamiento de suave dominación y protección desinteresada”.⁶

En última instancia, todas las definiciones concuerdan en que existe una relación asimétrica de poder entre el médico y el paciente, en la cual el primero detenta un poder, que puede ejercer sobre el otro de muchas y muy diversas maneras.

Otro punto de interés capital es que todos los autores mencionados coinciden en buscar una justificación al hecho de imponer una decisión a otro, basando esto ya sea en la autonomía disminuida de este último, negando la capacidad del paciente para tomar decisiones propias, o bien allanando

¹ Beauchamp, Tom, “Paternalism”, en Warren T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 2a. ed., Nueva York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995, p. 1914.

² Dworkin, Gerald, “Paternalism”, en Becker, Lawrence C., *Encyclopedia of Ethics*, Nueva York, Garland, 1992.

³ *Paternalism*, Totowa (Nueva Jersey), Rowman & Allanheld, 1983.

⁴ *Paternalistic Intervention and Moral Bounds on Benevolence*, Princeton-Nueva Jersey, Princeton University Press, 1986.

⁵ Beauchamp, Tom, “Paternalism...”, *cit.*, p. 1915.

⁶ García, Freddy, “Paternalismo médico”, en Tealdi, J. C. (dir.), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia-UNESCO-Red Bioética, 2008, p. 444.

esta autonomía —como lo dice Vanderveer— con la justificación atenuante de que no lo sea más que en el no respeto a una preferencia aislada, y no en cuanto a lo que él llama “autonomía sustancial”, hecho que a mi parecer resulta incongruente, pues el no considerarla en una preferencia no garantiza de manera alguna que esto no se convierta en una práctica corriente.

III. MEDICINA HIPOCRÁTICA, BENEFICENCIA Y PATERNALISMO

Los orígenes del paternalismo médico se remontan, en la tradición de la medicina occidental, a la medicina hipocrática. El reconocimiento del poder que posee el médico es expresado, sin dar lugar a equívocos, en el bien conocido texto del *Juramento*, en el cual es central la aseveración “utilizaré mi poder para ayudar a los enfermos con lo mejor de mi habilidad y juicio y me abstendré de dañarle o provocarle mal alguno...”. Este texto ha tenido una importancia simbólica inmensa en la medicina y en la cultura occidental, y es considerado como referente último de lo que debe regir a toda acción médica.

En interpretación y análisis de este texto, Pérez Tamayo destaca la ineludible necesidad de que el médico sepa medicina; es decir, que sea un experto en todo lo relacionado con el conocimiento médico, siendo esto el primer requisito para una práctica médica ética, por lo que destaca la imposibilidad de aplicarlo tal cual en la actualidad, ya que las situaciones médicas que el texto evoca no son hoy en día vigentes de manera alguna, dada la amplitud que ha adquirido actualmente el conocimiento médico y la imposibilidad de que un individuo, por profesional e inteligente que sea, pueda abarcarlo en su totalidad. Pero no cabe duda que con nuevas estrategias de adquisición y aplicación del conocimiento, el médico que sabe medicina sigue siendo considerado como un ser que busca ante todo el beneficio de su enfermo.⁷

Sin embargo, siguiendo de cerca la interpretación de Robert Veatch (un importante teórico de la bioética que encabeza un grupo de investigación en la Universidad de Georgetown), se denotan dos contradicciones importantes que implica este paternalismo: primero, el ser individualista, dejando de lado las conveniencias definidas por el mayor beneficio de la mayoría, dado que se dice expresamente que el beneficio de la acción debe dirigirse al

⁷ Pérez Tamayo, Ruy, *Ética médica laica*, México, El Colegio Nacional-Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 24-32.

paciente, sin mencionarse jamás las consecuencias que tales acciones pudieran acarrear a otras personas o a un grupo social en su conjunto, y segundo, el que la definición del beneficio del paciente dependa de lo que el médico considere como tal, incluyendo en ello la prohibición absoluta de administrar a los enfermos pócimas mortíferas, aun cuando ellos las requirieran, y de que no se administrarían medicamentos abortivos.⁸

De estas prohibiciones —tomadas al pie de la letra y reforzadas plenamente por el pensamiento judeo-cristiano— se ha derivado una fuerte tradición, en la cual se mantiene la sacralidad de la vida y se establece como meta unívoca de la medicina el preservarla y luchar contra todo aquello que pudiera amenazarla. Esto debe ser válido para cualquier sistema médico; es decir, para cualquier medicina, independientemente del momento histórico en el que se ejerza y de la cultura o de la sociedad en la cual se aplique.

Sin embargo, manteniéndonos en el terreno de la consideración de la validez histórica de este documento, tal afirmación requiere de un análisis más detallado en cuanto a su significado y alcances, y de una comparación con textos relacionados con el mismo tema, contenidos en otros documentos del *Corpus Hippocraticum*, ya que —finalmente— procede de la época inmediatamente posterior al tiempo histórico en que vivió Hipócrates, y responde a problemas específicos del contexto histórico en que fue redactado.

Los trabajos de Edelstein,⁹ Kudlien,¹⁰ Nutton¹¹ y Rütten¹² han puesto en claro que el *Juramento* no procede de la medicina griega en su integridad, ni siquiera hipocrática, sino que deriva de un grupo particular de médicos relacionado con la filosofía pitagórica, a la vez que expresa la necesidad de cerrar filas en un momento en el cual aparecen diferentes grupos que pretenden ser exponentes de la “verdadera medicina”. No está de más traer a colación la observación que hace el mismo Edelstein, en el sentido de que la necesidad de imponer la obligación de jurar posiblemente se debiera al hecho de que, al reclutar —adoptándolos operativamente— nuevos discípulos que no eran descendientes directos de las familias de Asclepiades, éstos debían comprometerse a mantener las normas morales que caracterizaban al ejercicio profesional de sus tutores. No puede dejarse de tomar

⁸ Veatch, Robert, “Medical Codes and Oaths”, en Warren T., Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 2a. ed., Nueva York, Simon & Schuster, MacMillan, 1995, p. 1429, y *Patient: Heal Thyself*, Nueva York, Oxford University Press, 2009, pp. 33-41.

⁹ 1943 y 1987.

¹⁰ “Medical ethics and popular ethics in Greece and Rome”, *Clio Medica*, 5, 1970.

¹¹ Nutton, Vivian, *Ancient Medicine*, Londres-Nueva York, Routledge, 2004, pp. 87 y ss.

¹² Rütten, Thomas, *Geschichte vom Hippokratische Eid* (audiovisual), Wofenbüttel, Herzog August Bibliothek, 2007.

en consideración el hecho, finamente destacado por Rütten, de que existe una carga ideológica no siempre hecha evidente en todas y cada una de las interpretaciones hechas al *Juramento*, derivadas de la posición intelectual y de la respuesta a contingencias históricas pertenecientes al contexto en que los diferentes autores realizan su reflexión.

En primer término, es fundamental destacar que el imperativo de no dañar al menos y de actuar siempre en beneficio del paciente representa el establecimiento de un criterio que no siempre habían compartido los representantes del arte de curar, ya que la posibilidad de provocar daño ha sido un lugar común de la práctica médica en muchas culturas; aunque se mantuvo como correcto dañar a los enemigos, a los extraños, y no hacerlo con los prójimos. La gran novedad que implica el juramento hipocrático es la renuncia expresa a utilizar el conocimiento que posee el médico para dañar. Es indudable que el poder que confiere el conocimiento de los fármacos es inmenso. Recordemos que el término *farmakon* significa en griego tanto medicamento como veneno, y que si bien técnicamente nos recuerda que todo medicamento puede dañar si no es utilizado en las dosis adecuadas o si es rechazado por el organismo del paciente, también significa que puede ser utilizado para envenenar o intoxicar a alguien. Al declinar la posibilidad de dañar, el médico hipocrático adopta la posición —paternalista en esencia— de emplear su saber y su saber hacer exclusivamente en beneficio de sus pacientes.

Por otra parte, el énfasis puesto en el no dañar ha sido referido fundamentalmente a tradiciones posteriores a la medicina hipocrática propiamente dicha. La tradición judeocristiana tomó la frase “ayudar o al menos no dañar” (*primum non nocere*), contenida en el primer libro de las *Epidemias* (I, 165), como estrictamente correcta y válida, más allá de toda posible interpretación, pero el original griego, transliterado como *oofelein é mé blastein*, orienta a considerarlo más como un actuar sin interferir con —sin perjudicar— la acción de la *physis*, dejando sobrentendido como beneficio el desarrollar sus acciones dentro de los límites de la naturaleza.

En segundo término, viene el establecer quién define el beneficio del enfermo y a partir de qué bases lo hace. En cuanto al primer compromiso, no hay mayor discusión, ya que es una premisa perfectamente establecida y que se mantiene vigente en la medicina científica hasta nuestros días, el que no se utilizarán medicamentos con el propósito de dañar al paciente. Sin embargo, cabe señalar que hasta épocas muy recientes se ha insistido en la posibilidad del empleo de armas químicas y bacteriológicas derivadas de la investigación médica, y se ha llegado al establecimiento de compromisos jurídicos internacionales para evitarlo. Este uso bélico, además de proscrito

en términos éticos, no tiene nada que ver con acciones médicas, sino con la utilización del conocimiento científico para fines que nada tienen que ver con la medicina.

Por su parte, el segundo término —el de la definición de qué es lo que significa el beneficio de los pacientes— es el que implica mayores problemas.

En la medicina hipocrática, en particular en un texto contenido en el primer tratado sobre las *Epidemias*, precisamente a seguir de la frase previamente citada, se establece un matiz significativo: “...el arte médica está constituido por tres componentes: la enfermedad, el paciente y el médico. El médico es un servidor del arte. El paciente debe combatir la enfermedad en cooperación con él”.¹³ La participación activa del paciente en el proceso terapéutico es algo que se ha dejado de lado al estudiar la medicina de la antigüedad, lo que ha permitido amplificar el papel de un paternalismo “duro” en ella y traerlo a colación para justificarlo en la práctica médica actual. No obstante, cabe decir que son pocos los atisbos de la acción del médico, más allá de su aproximación al conocimiento y manejo de la enfermedad, reduciendo la acción paternalista a la cura de ésta. En tal sentido, la crítica de Veatch, a pesar de que no es históricamente aplicable, es razonable.

Sin embargo, no puede un investigador consciente quedarse tranquilo ante esta aseveración. El *corpus* hipocrático es reiterativo en cuanto a los deberes del médico frente al enfermo; esto es un común denominador en los tratados derivados directamente de la escuela de Cos. Se insiste en varios de ellos en la dimensión estética que rodea al acto médico, que va desde el mantenimiento de normas de etiqueta médica a la consideración prioritaria del cuidado que se debe tener de la apariencia física del enfermo —a pesar de la enfermedad y considerando las secuelas que ésta pudiera dejar— en la elección del “mejor” de los recursos a su alcance; en la asiduidad de sus visitas, y en el interés mantenido en relación con el bienestar del paciente, el respeto al decoro moral de éste, el darle gusto —aunque por lo regular se posterga este hecho a lo que no dañe o deteriore su salud—, hasta el cuidado de su renombre y prestigio en la *polis*.¹⁴

No obstante, hay otra dimensión de la medicina clásica que no debe perderse de vista, que es la de su necesidad de enseñar, de constituirse en un *paideia*, como bien lo ha resaltado Jaeger,¹⁵ y destaca que para ello, el educar

¹³ *Epidemias*, I, 11, Jones, I:165.

¹⁴ Laín Entralgo, Pedro, “La medicina hipocrática”, *Revista de Occidente*, Madrid, 1970, pp. 386 y 387.

¹⁵ 1962, pp. 783-829, en particular pp. 793 y ss.

a los enfermos en lo referente a las generalidades de la enfermedad permitía a la vez un mejor conocimiento de sí mismos. En un pasaje de las *Leyes*, numerosas veces citado por los más diversos autores, Platón marca tajantemente la división de la medicina entre la que se ejerce con hombres libres y la llevada a cabo con esclavos. En la primera, la interacción del médico y el paciente es de importancia capital, y se señalan dos aspectos sustanciales: uno de carácter epistemológico, ya que el médico aprende las particularidades de la enfermedad que le narra el paciente y que corrobora por la observación y exploración, y otro de carácter ético, según el cual se desarrolla entre ambos una amistad.¹⁶

Así, *filia* —término que evoca un cierto paternalismo— es contrastado con *erotés*, señalando dos tipos diferentes de amor: el de contenido erótico, sea sexual o meramente estético, y el que se eleva a una amistad que involucra lo físico y lo psíquico; es decir, el ser entero de la persona, y que teniendo su origen en el afecto multidimensional que une a padres e hijos, este lo sobrepasa, implicando un conocimiento profundo de la esencia del otro, del ser humano con el que se comparte el mundo, así como experiencias vitales e intelectuales. En la relación médico-paciente, esto es, lo que Laín Entralgo ha llamado “el ser del paciente”; con ello comprende sus malestares físicos, psíquicos, emocionales y socioculturales, así como sus expectativas y su proyecto de vida alterado por la enfermedad. La *filia* se transforma en una amistad médica, en la cual compartir y discutir con el paciente acerca del juicio diagnóstico y los posibles caminos a seguir califica al encuentro entre el médico y el paciente, en el que se reúnen “el menester y la confianza de uno [con] la disposición a la ayuda técnica del otro”, conmiseración ante la necesidad y ejercicio de la vocación.¹⁷ En la medicina de esclavos no cuenta el paciente, y el ejercicio médico se reduce a una *techné* aplicada a lo físico.¹⁸ La imagen de ese médico es la de “un tirano brutal”, pues da instrucciones que deben ser cumplidas sin objetar; es decir, no las explica, sino que las impone.¹⁹

Por ello, en ambas posturas rige el paternalismo; pero en la segunda el beneficio del enfermo se reduce al manejo de los elementos somáticos de la enfermedad; en cambio, en la primera, el médico actúa —con su conocimiento— como consejero para definir qué es lo que se debe hacer y llevarlo

¹⁶ Platón, *Leyes*, 857 C-D.

¹⁷ Laín Entralgo, Pedro, “La relación médico enfermo”, *Revista de Occidente*, Madrid, 1964, pp. 403 y ss.

¹⁸ Platón, *Leyes*, 720 C-D.

¹⁹ 1962, p. 794.

a cabo, y que con la dimensión de amistad adquirida y con la estatura moral derivada de ella llevará conjuntamente con su paciente la toma de decisiones.²⁰

No obstante lo anterior, y a pesar de que entre sus pacientes se encontraban personajes distinguidos y poseedores de gran cultura, Galeno tomó otra posición, que puede ser calificada de “paternalismo dictatorial”. Éste se aplica al cuidado de quien ignora, que es como Galeno define genéricamente a sus pacientes. Para él, gran parte de las complicaciones o, incluso, del desenlace fatal de las enfermedades, así como el enfermar mismo, se deben a que los sanos no se ajustan al régimen de vida que debieran llevar, y los enfermos dejan de lado las indicaciones de sus médicos. De tal modo, el médico —que es quien sabe— debe determinar qué es lo que debe hacer, y no el individuo sano para no enfermar y el enfermo para sanar. El paciente debe confiar en su médico y obedecerle sin réplica. La justificación de esta actitud sería el que el bien del enfermo está definido como la posesión de un estado de salud, y que ignorante él de las sutilezas del arte médica, debe descansar plenamente en el juicio y criterio del médico para saber qué es lo que le conviene hacer o no hacer, qué tratamientos recibir, y cuándo suspenderlos o modificarlos.²¹

Sin embargo, en numerosos casos esta dictadura requería de negociación para ser impuesta. La clientela de Galeno comprendía individuos de clase social alta, entre ellos los senadores y hasta el emperador Marco Aurelio, como ha sucedido con otros muchos médicos a través de la historia, y ello daba un sesgo particular a su práctica y al ejercicio del paternalismo. Por ejemplo, al referirse al tratamiento de la esposa del senador Boethius, le exige a éste confianza para “permitirme hacer concerniente a tu mujer lo que considere conveniente por diez días”.²² Es decir, el paternalismo que impone es absoluto, pero es aceptado y permitido por el paciente, en este caso por el esposo de la paciente, que en la sociedad romana era quien decidía.²³

Con el advenimiento del cristianismo como rector de la vida social, el paternalismo médico se vio fortalecido por la investidura que se da al médico como factor coadyuvante de la voluntad de Dios, a la cual debía librarse plenamente el paciente. Al inicio, tal situación era el resultado de las escasas

²⁰ Platón, *Leyes*, 720 C-D y 857 C-D.

²¹ Galeno, *Methodo Medendi*, trad. de R. K. Hankinson, Oxford, Oxford University Press, 1991, 9.5; In *Hippocratis Epidemiarum librum 6 commentarius*, Venecia, Iuntas, 1576, 2.47 y 4.8, y *De optimo medico cognoscendo*, ed. y trad. de A. Z. Iskandar, Berlín, Akademie Verlag, 1988, 5, 14.

²² Galeno, *De Praecognitione*, ed. y trad. de V. Nutton, Berlín, Akademie Verlag, 1979, p. 8.

²³ Viesca T., Carlos, “Galen and the Physician/Patient Relationship”, *XLIII International Congress on the History of Medicine*, Padua-Abano, septiembre de 2013.

posibilidades de tratamiento accesibles entre los primeros cristianos, pertenecientes mayoritariamente a grupos marginados, y en la Baja Edad Media, debido al reacomodo total de la cultura, priorizaba el papel pasivo del enfermo —del humano en general—, puesto ante el espejo de la providencia divina y de la intervención de ésta en las situaciones de la vida cotidiana. La imagen de Cristo médico impulsaba —e impulsa todavía— un paternalismo indiscutible, y la del médico, como su representante y ayudante en el ejercicio de su voluntad, al aplicar —con el beneplácito divino— los remedios que conducirían a la salud —si esto era lo previsto—, donde solamente expresaba la realización del hecho en el marco temporal.

IV. EL PENSAMIENTO POSITIVISTA Y EL PATERNALISMO MÉDICO

Desde otro ángulo, el del conocimiento, pero en el mismo sentido de reforzar el paternalismo médico resignificándolo, la medicina se encuentra basada en la realidad anatomopatológica —primero— y fisiopatológica —después—, en donde ambas conducen hacia el positivismo; es decir, el modelo vuelve a ser impositivo. El médico ahora conoce no sólo la evidencia tangible, sino también la realidad oculta de la enfermedad, y esto le otorga un poder mayor. En esta visión del conocimiento médico, el médico no sólo puede, sino también debe conocer y reconocer la presencia de la enfermedad desde mucho antes de que presente síntomas el futuro paciente, que resulta que ya está enfermo sin poderse dar cuenta de ello. La anécdota de Nicolás Corvisart percutiendo el pecho de Napoleón y ordenando un tratamiento sin dejarlo expresar lo que sentía evidencia esta situación. Para colmo, Napoleón después afirmaría: “No creo en la medicina, pero creo en mi médico Corvisart”.

Este paternalismo resulta bien justificado por el hecho de que la enfermedad es conocida por el médico, y muchas veces desconocida por el paciente, por lo que aún menos podría saber el paciente qué es lo que realmente le conviene. Por otra parte, el referente es que el ideal es el individuo sano, definido desde la medicina, y cuidado y curado por medio de las acciones del médico, enriquecidas desde entonces día con día a raíz de descubrimientos cada vez más numerosos y espectaculares. Así, el médico sabe qué es lo que es benéfico para su paciente, y determina lo que se debe hacer. El bien del paciente es lo primero, pero lo define el médico. El médico ordena, prescribe, interna y da de alta, “protegiendo” al paciente no sólo contra la enfermedad, sino a veces contra sí mismo. Este esquema se refuerza *ad infinitum* en el marco de las posibilidades de prevención, y más aún con el adveni-

miento de la medicina predictiva, ya no entendida en términos exclusivos de pronóstico ante evidencias clínicas desapercibidas por el enfermo y las personas de su entorno, pero aparentes al médico, sino de la aplicación técnica de datos estadísticos para no pronosticar, sino predecir lo que sucederá a un individuo en un futuro muchas veces remoto. Buenos ejemplos provienen actualmente del conocimiento de factores hereditarios que permiten inferir que los hijos varones de una pareja de características conocidas padecerán hemofilia o, yendo más allá, predecir que una criatura recién nacida, sana en apariencia, pero con antecedentes en su familia de corea de Huntington, desarrollará de manera prácticamente forzosa la enfermedad a una edad más temprana si presenta en su cromosoma cuatro una repetición que va de las seis veces, en la que normalmente aparece una secuencia de las bases CAG, hasta cuarenta.²⁴

No obstante, no puede dejarse de insistir en la unilateralidad de esta forma de pensar y actuar, así como en el carácter impositivo e irracional, en términos de qué es lo que al fin y al cabo conviene al paciente para su proyecto integral de vida, y no meramente para salir de un estado patológico o para mantenerse dentro de niveles médicamente razonables de control de una condición crónica.

1. *El paternalismo médico y el poder*

Resultante del desarrollo del conocimiento médico y de la aceptación de la ciencia positiva como parámetro de progreso, el médico ha sido investido de un poder que no tenía anteriormente. Además, la medicalización de cada vez más aspectos de la vida social contribuyó de manera importante a incrementarlo. Se medicalizan el embarazo y el parto; el crecimiento y desarrollo del niño; la enfermedad mental; la nutrición; la lucha contra la muerte en casos en los que antes de su arribo se percibía como natural, la salud pública, etcétera, lo cual da poder. El establecimiento en 1656 del Hospital General de París, institución múltiple que albergaba en sus varios establecimientos a enfermos indigentes, pobres, maleantes, prostitutas, enfermos mentales, huérfanos, etcétera, abrió las puertas al ejercicio del poder, en el sentido de que era el dictamen médico el que determinaba el internamiento asilar de todos estos “enfermos sociales” convertidos simplemente en enfermos reclusivos. Así pues, el paternalismo médico, que ahora

²⁴ MacDonald, Marcy, Huntington’s Disease Collaborative Research Group, “A Novel Gene Containing a Trinucleotide Repeat That is Expanded and Unstable on Huntington’s Disease Chromosomes”, *Cell*, 72, 1993.

se amplía a la protección de la sociedad contra la amenaza que representan la pobreza y la improductividad, se asocia al poder oficial y se empodera a su vez. Atenderse en caso de enfermedad se convierte en una obligación tanto social como moral, y significa el sujetarse al cuidado paternal del establecimiento médico. En la visión de Foucault, el médico, asociado al poder, representa tanto un auxilio para la salud como un peligro para la libertad del individuo y para la posibilidad de expresión de grupos marginados.²⁵ El paternalismo médico, entendido como un abuso de autoridad, es puesto en la picota desde el punto de vista de esta filosofía social.

Desde los setenta del siglo pasado es lugar común de la crítica al poder hecha desde las ciencias sociales, el rechazo al paternalismo médico, clasificado como un comportamiento antidemocrático y que atenta en contra de los derechos del ciudadano, al que se busca revestir con un poder que en realidad nunca antes había tenido. Los trabajos de Lombardi Satriani —la salud de los trabajadores—,²⁶ de Franco Basaglia²⁷ —la perversa presencia de la institución manicomial y la necesaria “liberación” de los enfermos mentales— y de Giovanni Berlinghieri²⁸ —el establecimiento de una nueva relación ética entre el poder y el ciudadano “empoderado”—, marcan otras tantas facetas del rechazo a un paternalismo de Estado que se ejerce a través de la atención de la salud. Sin embargo, la clave de este conflicto deriva de los ilustrados escoceses del siglo XVIII, en particular David Hume²⁹ y Jeremy Bentham,³⁰ quienes predicaron el ideal del ciudadano racional, libre, y, por lo tanto, capaz de tomar decisiones autónomas, previo otorgamiento de su consentimiento.

2. *Paternalismo y autonomía. Historia de una tensión*

En 1982, Childress planteaba la importancia de tener en mente no quién decide, sino quién debe decidir en las decisiones que involucran conductas encaminadas a la atención de la salud.

²⁵ Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimad, 1972; “L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté”, *Dits et écrits*, París, Gallimard, 1994, 4 vols.; “Histoire de la folie et antipsychiatrie”, *Foucault*, París, L'Herne, 2011.

²⁶ *Apropiación y destrucción de la cultura en las clases subalternas*, México, Nueva Imagen, 1978.

²⁷ *L'istituzione negate. Rapporto d'un ospedale psichiatrico*, Turín, 1968.

²⁸ *Crisi della medicina. Proposte di iniziativa politica di massa*, Roma, Editori Riuniti, 1974.

²⁹ *A treatise of Human Nature*, Nueva York, Barnes & Noble, 2005 (1740), pp. 390 y ss.

³⁰ *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Nueva York, Barnes and Noble, 2008 (1789), pp. 1-5, 46-53, 58 y 162.

Previamente, Joel Feinberg, a quien se deben numerosos conceptos sobre el juicio clínico, había ya traído a colación este tipo de problemática, solamente que la limitaba a aquellos casos en los cuales las acciones del sujeto a quien se aplicaba la protección paternalista pudiera hacerse daño de una manera “sustancialmente involuntaria o cuando una intervención temporal fuera necesaria para determinar si esto fuera voluntario o no”.³¹

Más tarde, el mismo autor llamaba la atención acerca de la necesidad de modular el paternalismo ejercido sobre los niños tanto por los propios padres como por el Estado. Con los años, la resultante ha sido el derecho de los niños a disponer de una protección legal para defender sus intereses y, en su caso, preferencias, y la discusión abierta en cuanto a las posibilidades y límites del ejercicio de una hasta ahora todavía contestada autonomía.³²

Esta tendencia, que es etiquetada como un “paternalismo débil”, es la que ha sido aceptada ampliamente en el terreno de la práctica clínica, en las legislaciones al respecto e, incluso, por la filosofía moral. A este respecto, deben tomarse en cuenta varias condiciones; por ejemplo, las representadas por pacientes bajo el efecto de drogas sicotrópicas o de alcohol; pacientes con estados de conciencia afectados, como en casos de traumatismos craneoencefálicos, dolores de gran intensidad, angustia ante una enfermedad grave e incapacitante, efectos de la enfermedad sobre la capacidad de toma de decisiones, etcétera. Un ejemplo no sólo interesante, sino impactante, es el de la cirugía estética —no reconstructiva—, en donde el deseo, la negación de la imagen corporal propia como fuente de expresión estética, así como la promoción e, incluso, imposición de modelos corporales, colocan a los y las presuntas pacientes en condiciones extremas de vulnerabilidad, y lo que es peor, de vulnerabilidad no percibida, y hasta propiciada, que les conduce a ser objeto de procedimientos quirúrgicos —muchas veces repetidos—, que no siempre son ni pequeños ni carentes de riesgos.³³

Por otra parte, se ha considerado un paternalismo calificado de “duro”, el cual aboga por justificar intervenciones que allanen decisiones autónomas tomadas por una persona competente. En éste siempre es invocado el beneficio de la persona sobre la cual recaen las consecuencias —favorables o desfavorables— de la acción que resulta de la decisión tomada a su nombre.

³¹ Feinberg, Joel, “Legal Paternalism”, *Canadian Journal of Philosophy*, 1, 1971, p. 113.

³² Feinberg, Joel, 1980, *cit.* por Beauchamp, Tom, “Paternalism...”, *cit.*, p. 1915. También véase McCullough, Lawrence B. y Wear, Stephen, “Respect for Autonomy and Medical Paternalism Reconsidered”, *Theoretical Medicine*, 6, 3, 1985.

³³ Ramos Rocha, María Blanca, *Problemas éticos de la cirugía plástica cosmética*, tesis de doctorado en bioética, UNAM, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias, Médicas, Odontológicas y de la Salud, División de Estudios de Posgrado, 2013.

Algunos de los problemas con frecuencia relacionados con este último tipo de paternalismo mencionado son el intervenir en contra de la aceptación voluntaria de riesgos para la salud, lo que impide —a través de diversos medios— que se realicen las conductas calificadas de riesgosas; los internamientos hospitalarios involuntarios; el no respetar la expresión del deseo de no resucitar; el imponer una conducta terapéutica ante la negación explícita a aceptar un tratamiento y la ruptura de los límites aceptados por el médico de ser el “guardián” de ese rechazo; el no respetar los límites de la confidencialidad; la administración de placebos sin el conocimiento informado por parte del paciente; el empleo de medicamentos en fase experimental; la revelación de información genética en la que se involucra la conciencia de riesgos o la predicción de males; el ocultar información o trasmitirla alterada, incompleta, o incluso mentir en cuanto al diagnóstico y pronóstico. Éstos son algunos de los problemas contra los cuales se ha invocado tanto el derecho de actuar de manera paternalista por parte de los profesionales en la atención de la salud como la necesidad de justificación moral para hacerlo.

Quizá, el que primero fue traído a colación es el llamado “privilegio terapéutico”, referente a no revelar información específica en cuanto al diagnóstico, si se considera que el conocerla provocaría un deterioro importante en las condiciones físicas, mentales o emocionales del paciente. Esto fue planteado por Hubert Smith (médico de Tennessee) desde 1946.³⁴

Sin embargo, pienso que es importante tener en mente la aseveración de Cassell con respecto a la presencia “verdadera” de autonomía y paternalismo, y de las tensiones existentes necesariamente entre ambos en la realidad clínica cotidiana, pidiendo que se ponga atención al hecho de que ninguna de las dos, como entidades abstractas y englobantes, es aplicable directamente a personas enfermas, de manera similar a que lo sean las ideas acerca de la enfermedad considerada como un objeto y no como modificaciones al interior de un individuo.³⁵ El paso de beneficencia, entendido como absoluto a la consideración y búsqueda de acciones concretas encaminadas al beneficio de alguien, asimismo, concreto, y de autonomía a las posibilidades de autodeterminación, constituye un tema apasionante y ofrece grandes expectativas a la práctica médica.

³⁴ Smith, Hubert, “Therapeutic Privilege to Withhold Specific Diagnosis from Patient Sick with Serious or Fatal Illness”, *Tennessee Law Review*, 19, 3, 1946.

³⁵ Cassel, Erik, “Foreword”, en Zaner, R., *Ethics and the Clinical Encounter*, Nueva Jersey, Prentice Hall-Englewood Cliffs, 1988, p. IX.

V. EL PATERNALISMO ANTE LA BIOÉTICA

En uno de los textos que más influencia han tenido en el pensamiento bioético —*Principles of Biomedical Ethics*—, Tom Beauchamp y James Childress incluyeron el principio de respeto a la autonomía como parte elemental de toda ética de la atención de la salud, al lado de los viejos principios hipocráticos de buscar el beneficio del paciente y no dañarlo, y exploraron su importancia y posibilidades para el desarrollo de una ética que respondiera a la problemática actual.³⁶

Necesariamente, estos autores llegaron a constatar las tensiones (graves en muchos casos) que se presentan entre el ejercicio del paternalismo por parte de los médicos y las instituciones de atención de la salud y otros componentes de la sociedad civil, los pacientes mismos en primer término. La consideración de un paternalismo “duro”, que pasa por encima de las preferencias conocidas de otra persona en orden de beneficiarla o evitar su daño, lleva a estos autores a señalar casos en los que se aduce el paternalismo para justificar acciones que de ninguna manera son paternalistas (por ejemplo, la realización de experimentos en presos), a pesar de que se insiste en que el hacerlo promueve el bien común, al aplicar a la sociedad en su totalidad los resultados benéficos de las investigaciones, marcando los límites, a veces estrechos, entre acciones paternalistas y abuso de poder.³⁷ Este último es, evidentemente, inaceptable.³⁸

Bernard Gert, Charles Culver y K. Danner Clouser (autores que han hecho serias objeciones a las teorías basadas en principios éticos) han aportado importantes consideraciones acerca del paternalismo. Su primera consideración coincide con nuestro punto de vista; de que el paternalismo es, en la actualidad, uno de los problemas morales más presente en la medicina. Lo primero es la prevalencia entre los médicos de que existe el presupuesto de que deben actuar de manera paternalista hacia sus pacientes, mientras que cada vez mayor número de ellos piensan que nunca debe ser así. De esto se deriva una tensión de base, que puede resultar insuperable a primera vista. ¿Es necesario el paternalismo médico?, o ¿es completamente injustificado?³⁹

³⁶ Cuarta ed., Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1994 (1a. ed. en 1979), pp. 120-188.

³⁷ *Ibidem*, p. 274.

³⁸ Viesca T., Carlos, “Problemas éticos de la investigación médica que afecta a terceras personas”, en varios autores, *Humanismo en educación, medicina, ciencia y tecnología*, México, Sociedad Internacional Pro-Valores Humanos E. Fromm-S. Zubirán, 1990.

³⁹ Gert, Bernard *et al.*, *Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 237.

Por otra parte, cada vez más se trae a colación la necesidad de una justificación moral para ejercer el paternalismo en prácticamente cada caso individual. La pregunta es si esto se debe a que se gestan aún más dudas con respecto a la validez de decidir en cuanto al bien del otro, o al que la aplicación del conocimiento médico implica la consideración de más aristas en cuanto al pretendido beneficio de las acciones.

VI. PATERNALISMO Y BENEFICENCIA

La relación entre paternalismo y beneficencia es clara y relevante. Pero a raíz del fortalecimiento del principio de autonomía llevado a cabo por los teóricos de la bioética en el último cuarto del siglo pasado, así como de la evidencia de las tensiones que existen entre ambos principios, se han analizado los límites que tienen los modelos de toma de decisiones y acción, derivados tanto de la aplicación rectora del principio de autonomía como del paternalista.

Uno de los intentos más logrados y más cercanos a la práctica médica es el propuesto por Edmund Pellegrino y David Thomasma,⁴⁰ en el cual separan al paternalismo de la beneficencia y priorizan a esta última, postulándola como la esencia moral de todo acto médico. En cuanto a la autonomía, nos limitaremos aquí a señalar dos riesgos que nos parecen serios: el atomismo moral —si se da el mismo valor a cualquiera de las moralidades hechas expresas a través de un pretendido ejercicio de la libertad individual— y la erosión del concepto de democracia subyacente —en términos de que sea minada la presencia de un ente colectivo por naturaleza a favor de un individualismo desmedido—. ⁴¹

Por lo que toca al paternalismo, no dejan de existir limitaciones, que bien señalan los autores citados. El primero de ellos es la violación de la humanidad del paciente; en este sentido, Pellegrino y Thomasma sostienen que violar la autonomía, aun en aras de beneficiar a la persona, significa causar una herida a su humanidad, lo que es anular la posibilidad de beneficio. La relatividad de las indicaciones médicas “irrebatibles” cuando se trata de una visión positivista de la enfermedad, pero sumamente débiles cuando se considera al individuo enfermo en su integridad, es otro factor importante para ser tenido en cuenta, sobre todo si se sostiene que una persona racional debe tener el control del curso de su propia vida. Pero la objeción más

⁴⁰ *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1988.

⁴¹ *Ibidem*, pp. 21 y 22.

fuerte al ejercicio “libre” del paternalismo es la falta de contextualización con respecto a la realidad del paciente de que se ha hecho gala rutinariamente. En la actualidad no se puede negociar la abdicación irracional, por parte del paciente, de dos factores esenciales: 1) su contexto y circunstancia, y 2) su dimensión existencial.⁴²

En este sentido, es sumamente importante el desarrollo del concepto de salud, que sobrepasa el límite de lo físico para buscar los componentes psicológicos, sociales y culturales de la persona, de modo que su beneficio no se puede concebir ya en términos de enfermedad somática, ni siquiera mental, sino que debe abarcar los ámbitos socioculturales e incluir los antecedentes biográficos y el proyecto de vida del paciente. Así pues, este beneficio no significa meramente la curación de una enfermedad, sino que va mucho más allá.

Es por ello que en los últimos años se han propuesto algunas soluciones. Las más pertinentes, a nuestro modo de ver, son aquellas que plantean cambios en la relación médico-paciente, adecuándola a las condiciones de la sociedad y al pensamiento posmoderno. Un ejemplo es el planteamiento de Tsouyopoulos, quien aboga por la inclusión preferencial de la vivencia de la enfermedad, del sufrimiento, de la discapacidad, para tomas de decisiones específicas e individualizadas.⁴³ Otro ejemplo es la propuesta de Árnason, referente a la centralidad del diálogo entre el paciente y su médico, basado en el respeto y la confianza, en el cual se puedan canalizar bajo la modalidad de conversación las aspiraciones y deseos del paciente, y el médico pueda y sepa diferenciarlos de los suyos, a fin de no interferir con ellos en una toma de decisiones adecuadas. Se trata de un modelo de cooperación basado en la autenticidad de la expresión de la persona.⁴⁴

Por otro lado, una interesante propuesta es la de Zaner, quien plantea que la ética médica debe tomar una dimensión cualitativa al expresarse como portadora de una forma exquisita de “ligazón clínica”; es decir, de elemento central, conducente a la correcta confluencia de todos los elementos constitutivos del acto médico.⁴⁵ Finalmente, mencionaré el interesante planteamiento de O’Neill, quien señala que la única manera racional de ejercer la autonomía es ubicándola en un contexto de confianza,

⁴² *Ibidem*, pp. 22-25.

⁴³ Tsouyopoulos, Nelly, 1994.

⁴⁴ Árnason, Vilhálmur, “Towards Authentic Conversations. Authenticity in the Patient-Professional Relationship”, *Theoretical Medicine*, 15, 3, 1994.

⁴⁵ Zaner, Richard, *Ethics and the Clinical Encounter*, Nueva Jersey, Prentice Hall-Englewood Cliffs, 1988, pp. 242 y 267.

elemento cuya ausencia tanto se lamenta en el terreno de la atención de la salud.⁴⁶

La necesidad de un paternalismo modulado podría ejemplificarse mediante algunas consideraciones sobre situaciones en que su ejercicio aparentemente estaría justificado; para ello, tomemos las posibilidades que plantean Beauchamp y Childress. En primer término se debe considerar si el daño prevenido mediante la acción paternalista sobrepasaría los daños provocados por la pérdida de la independencia y la sensación de invasión por parte del paciente. Una segunda posibilidad es el que las condiciones del paciente limiten seriamente su habilidad para llevar a cabo una decisión autónoma. Una tercera posibilidad es cuando la intervención pueda ser universalmente justificada bajo circunstancias relevantes y similares. Finalmente, una cuarta justificación se presenta cuando existe un consentimiento, un deseo de consentimiento o la posibilidad de consentimiento —si la persona pudiera hacer una decisión racional— en cuanto a las acciones que se llevarán a cabo y lo afectan.⁴⁷ Con respecto a este último caso, pensamos que deben tomarse con suma precaución las asunciones que se pueden hacer bajo el pretexto de pensar como si la persona involucrada lo hiciera.

Una justificación más que se ha aducido para el paternalismo es la importancia que han venido tomando la promoción de la salud, así como la prevención y su aplicación a un nivel colectivo mediante acciones en la atención de la salud pública. En este terreno, la falta de percepción de las problemáticas y las necesidades por parte tanto de individuos como de comunidades sería un factor relevante de justificación. Es, sin embargo, un tema que requiere de un análisis y una reflexión detallados.

Como contraparte a un paternalismo exigente, muchas veces de apariencia irracional o, por lo menos, surgido de una racionalidad, que no siempre es acorde con las dimensiones existenciales de la problemática encarnada en el paciente, ha surgido el concepto de consentimiento informado. Siendo el fin de este capítulo o el estudio de este requerimiento ni en el terreno de lo ético ni en el de lo jurídico, me referiré a él muy brevemente, entendiéndolo solamente como un elemento de posible oposición al paternalismo, o bien como un posible modulador de sus exigencias exageradas.

El concepto de autonomía, que ha sido señalado párrafos atrás, surge en las filosofías de la Ilustración, y marca que el ser humano occidental y civilizado, el que se convertirá en ciudadano en la Revolución francesa, ha

⁴⁶ O'Neill, Onora, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

⁴⁷ Beauchamp, Tom y Childress, James, *Principles...*, *cit.*, p. 280.

llegado a la mayoría de edad; por lo tanto, es capaz de tomar en sus manos la responsabilidad de las decisiones que le atañen, no importando si éstas implican riesgos severos o si su ejercicio pudiera entrañar problemáticas complejas que resulten difíciles de comprender, y que pueden conducir a modificaciones sustanciales de la actividad cotidiana del decisor y de su proyecto de vida. Esta persona debe ser informada, en caso de problemas de salud que requieran intervenciones médicas, acerca de lo que padece y de lo que esto pudiera significar para su futuro; sólo así podría tomar una decisión libre y razonada. Pero debemos recordar que es común a ambos (médico y paciente) la libertad, que fundamenta su autonomía para tomar decisiones sin ser forzado a ello; la capacidad de comprensión de su situación como enfermo o como médico de cada enfermo en particular, el cual, entonces, se torna en paciente, así como de lo que es la enfermedad que padece, su significado patológico y existencial, y de las alternativas posibles para su manejo, y la competencia para tomar decisiones.

En tal sentido, no es posible concebir que la medicina actual cobrará una dimensión ética, bioética, si simplemente se sustituye la figura y acción del médico beneficiante por las del paciente que ejerce su autonomía, manifestándola a través de decisiones unilaterales. La beneficencia es, en parte, esencial de la actividad médica, del ejercicio de la medicina, de la *techné iatriké*. Lo primero es que esta práctica de la medicina debe rescatar la tríada hipocrática que la constituye, bajo la pena de quedar desequilibrada. Así, la medicina la constituyen el médico —sin el cual no hay medicina, sino, a lo más, autoatención o medicina casera—, el paciente —que es el ser que padece o a quien se hace percibir que puede ser víctima de una enfermedad— y la enfermedad —que constituye el vínculo que une a ambos—.

El problema central en muchos momentos de la historia de la medicina ha sido su tendencia patocéntrica; es decir, limitada a reconocer, diagnosticar, pronosticar y tratar, en la medida de lo técnicamente posible, la enfermedad. Sin embargo, si la práctica médica no se eleva al nivel de una relación individual entre cada médico y cada paciente, de la que además surja necesariamente una *filia*, entendida en el secular significado hipocrático —es decir, el de una amistad (que es forzosamente médica, dadas las condiciones en que se inicia y desarrolla) entre dos seres humanos racionales y capaces, en la que priva como centro la confianza, y en donde el consentimiento lleve implícito el asentimiento íntimo—, no se accederá al ejercicio de una buena medicina.⁴⁸

⁴⁸ Viesca T., Carlos, “Galen and the Physician...”, *cit.*

VII. CONSIDERACIONES FINALES

El paternalismo médico se revela como el ejercicio responsable de una obligación por parte del médico, y como el aspecto esencial de llevar a cabo uno de los fines de la medicina, que es curar o aliviar al paciente, buscando su bien. Sin embargo, es claro que ya no puede ser ejercido como se venía llevando a cabo, dentro de un modelo positivista que tacha de entrada al paciente como ignorante, no sólo con respecto al conocimiento médico, lo cual pudiera ser correcto, sino también con respecto a lo que considera valioso para sí mismo. Por lo tanto, esto debe modificarse hacia lo que llamaríamos una *filia*, una amistad médica humanista que integre al conocimiento médico aplicable la reificación del ser del paciente, de su dimensión existencial, así como los modelos de autenticidad, y que regrese al paciente la expresión de su propia narrativa, vehículo de su experiencia, sus preocupaciones, sus deseos; en síntesis, de su propia definición de lo que es su beneficio. Médico y paciente constituyen una díada asimétrica, en la cual el poder que detenta el primero debe siempre supeditarse a lo decidido conjuntamente. Además, la beneficencia médica y el consentimiento informado no son opuestos, sino que son la fuente de la dimensión adecuada de una medicina antropocéntrica.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ÁRNASON, Vilhálmur, “Towards Authentic Conversations. Authenticity in the Patient-Professional Relationship”, *Theoretical Medicine*, 15, 3, 1994.
- BASAGLIA, Franco, *L'istituzione negata. Raporto d'un ospedale psichiatrico*, Turín, 1968.
- BEAUCHAMP, Tom, “Paternalism”, en WARREN T., Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 2a. ed., Nueva York, Simon & Schuster-MacMillan, 1995, 5 vols.
- y CHILDRESS, James, *Principles of Biomedical Ethics*, 4a. ed., Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1994 (1a. ed. en 1979).
- BENTHAM, Jeremy, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Nueva York, Barnes and Noble, 2008.
- BERLINGHIERI, Giovanni, *Crisi della medicina. Proposte di iniziativa politica di masa*, Roma, Editori Riuniti, 1974.
- CASSEL, Erik, “Foreword”, en ZANER, R., *Ethics and the Clinical Encounter*, Nueva Jersey, Prentice Hall-Englewood Cliffs, 1988.
- CHILDRESS, James F., *¿Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1982.

- DWORKIN, Gerald, "Paternalism", en BECKER, Lawrence C., *Encyclopedia of Ethics*, Nueva York, Garland, 1992.
- FADEN, Ruth R. y BEAUCHAMP, Tom, *A History and Theory of Informed Consent*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1986.
- FEINBERG, Joel, "Legal Paternalism", *Canadian Journal of Philosophy*, 1, 1971.
- FOUCAULT, Michel, "Histoire de la folie et antipsychiatrie", *Foucault*, París, L'Herne, 2011.
- , *Histoire de la folie a l'age classique*, París, Gallimad, 1972.
- , "L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté", *Dits et écrits*, París, Gallimard, 1994, 4 vols.
- GALENO, *De optimo medico cognoscendo*, ed. y trad. de A. Z. Iskandar, Berlín, Akademie Verlag, 1988.
- , *De Praecognitione*, ed. y trad. de V. Nutton, Berlín, Akademie Verlag, 1979.
- , *In Hippocratis Epidemiarum librum 6 commentarius*, Venecia, Iuntas, 1576.
- , *Methodo Medendi*, trad. de R. K. Hankinson, Oxford, Oxford University Press, 1991.
- GARCÍA, Freddy, "Paternalismo médico", en TEALDI, J. C. (dir.), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia-UNESCO-Red Bioética, 2008.
- GERT, Bernard *et al.*, *Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 2006.
- HIPÓCRATES, *Epidemias*, libro I, en HIPÓCRATES, *Works*, trad. de H. S. Jones, Loeb Classical Library, 2002.
- HUME, David, *A Treatise of Human Nature*, Nueva York, Barnes & Noble, 2005.
- KLEINIG, John, *Paternalism*, Totowa (Nueva Jersey), Rowman & Allanheld, 1983.
- KOPELMAN, Loretta, "Changing Views of Paternalism in Research: AIDS Activist Demands Change", en ENGELHARDT, H. Tristram, JR., *The Philosophy of Medicine. Framing the Field*, Dordrecht-Boston-Londres, Kluwer Academic Publishers, 2000.
- KUDLIEN, F., "Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome", *Clio Medica*, 5, 1970.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, "La medicina hipocrática", *Revista de Occidente*, Madrid, 1970.
- , "La relación médico enfermo", *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.
- LOMBARDI SATRIANI, L., *Apropiación y destrucción de la cultura en las clases subalternas*, México, Nueva Imagen, 1978.

- MACDONALD, Marcy, Huntington's Disease Collaborative Research Group, "A Novel Gene Containing a Trinucleotid Repeat That is Expanded and Unstable on Huntington's Disease Chromosomes", *Cell*, 72, 1993.
- MCCULLOUGH, Lawrence B. y WEAR, Stephen, "Respect for Autonomy and Medical Paternalism Reconsidered", *Theoretical Medicine*, 6, 3, 1985.
- NUTTON, Vivian, *Ancient Medicine*, Londres-Nueva York, Routledge, 2004.
- O'NEILL, Onora, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
- PELLEGRINO, Edmund D. y THOMASMA, David, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1988.
- PÉREZ TAMAYO, Ruy, *Ética médica laica*, México, El Colegio Nacional-Fondo de Cultura Económica, 2002.
- PLATÓN, "Laws", *The Collected Dialogues of Plato*, Princeton (Nueva Jersey), Princeton University Press, 1969.
- RAMOS ROCHA, María Blanca, *Problemas éticos de la cirugía plástica cosmética*, tesis de doctorado en bioética, UNAM, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, División de Estudios de Posgrado, 2013.
- RÜTTEN, Thomas, *Geschichte vom Hippokratische Eid* (audiovisual), Wofenbüttel, Herzog August Bibliothek, 2007.
- SMITH, Hubert, "Therapeutic Privilege to Withhold Specific Diagnosis from Patient Sick with Serious or Fatal Illness", *Tennessee Law Review*, 19, 3, 1946.
- TSOUYOPOULOS, Nelly, "Postmodernist Theory and the Physician-Patient Relationship", *Theoretical Medicine*, 6, 3, 1985.
- VANDEVEER, Donald, *Paternalistic Intervention and Moral Bounds on Benevolence*, Princeton-Nueva Jersey, Princeton University Press, 1986.
- VEATCH, Robert, "Medical Codes and Oaths", en WARREN T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 2a. ed., Nueva York, Simon & Schuster, MacMillan, 1995, 5 vols.
- , *Patient: Heal Thyself*, Nueva York, Oxford University Press, 2009.
- , *The Patient-Physician Relation*, Bloomington (Indiana), Indiana University Press, 1991.
- VIESCA T., Carlos, "Galen and the Physician/Patient Relationship", *XLIII International Congress on the History of Medicine*, Padua-Abano, septiembre de 2013.

- , “Problemas éticos de la investigación médica que afecta a terceras personas”, en varios autores, *Humanismo en educación, medicina, ciencia y tecnología*, México, Sociedad Internacional Pro-Valores Humanos E. Fromm-S. Zubirán, 1990.
- , “Consentimiento informado y asentimiento”, *Congreso Conmemorativo del CL Aniversario de la Academia Nacional de Medicina*, México, octubre de 2014 (edición en DVD, conteniendo las actas del Congreso).
- ZANER, Richard, *Ethics and the Clinical Encounter*, Nueva Jersey, Prentice Hall-Englewood Cliffs, 1988.