

EL PATERNALISMO EN SALUD PUBLICA. UN ANALISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA ETICO

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 27-32

Angélica Orb*

RESUMEN

Los objetivos de este artículo son discutir el concepto del paternalismo y examinar las implicaciones que esto tiene cuando se aplica al servicio de salud. La autora discute cómo la coerción será aplicada a los beneficiarios del servicio de salud australiano con el fin de alcanzar las metas propuestas en relación a la cobertura de los programas de inmunización. Se propone que el modelo paternalista aplicado a los beneficiarios del servicio sea reemplazado por uno de asociación.

INTRODUCCION

Es muy conocido para todos la noción de que vivimos en una sociedad patriarcal donde ciertos valores tienen supremacía sobre otros, los que frecuentemente son impuestos con el fin de mantener un orden social. Paternalismo ha influenciado la legislatura de un número de países occidentales (Hobson 1984), de ahí la importancia que una discusión sobre el tema es necesaria. El objetivo de este trabajo es examinar este concepto y analizar las repercusiones que éste tiene en la salud de la población.

Cuando hablamos de paternalismo no podremos dejar de mencionar el concepto de autonomía, el cual será discutido más adelante. Paternalismo es la interferencia de la autonomía del individuo con el fin de protegerlo contra posibles daños (Mappes y Zembaty 1991). La palabra paternalismo se deriva del latín "pater" que significa

padre o benefactor (Bandman y Bandman 1990). Generalmente este concepto está asociado a la idea de que el padre o la madre tienen la información y la autoridad suficiente sobre sus hijos como para decidir en materias relacionadas al beneficio de ellos. En otras palabras, la experiencia que los padres tienen les permite actuar en favor de la protección de sus hijos, con el fin de evitar riesgos y azares innecesarios que este mundo les demanda. El principio fundamental que guía esta doctrina es la protección contra el daño que puede ser causado por falta de experiencia o desconocimiento. Es necesario puntualizar que el peligro que esta doctrina encierra es que no respeta la autonomía de los individuos que son capaces de tomar decisiones (Brock 1988).

A pesar de los avances en las áreas de la tecnología y comunicación, esta doctrina ha prevalecido a través de la historia y es así como el paternalismo se ha transmitido a las instituciones que forman parte de nuestra sociedad.

Si aceptamos el principio de que los seres humanos son vulnerables, susceptibles a riesgos en ciertas circunstancias y que de una u otra manera necesitan protección contra posibles riesgos, entonces estamos aceptando esta doctrina. En otras palabras, estamos diciendo que la sociedad o el gobierno debe establecer mecanismos que permitan legislar en favor de la protección de sus ciudadanos contra los peligros que la sociedad les ofrece.

Es así como tenemos leyes que regulan la velocidad máxima para manejar, el uso de cinturones de seguridad, restricciones en cuanto al uso de alcohol y cigarrillos, y otras como la censura en la venta de material pornográfico.

* Directora y Associate Professor, Escuela de Enfermería, Curtin University of Technology.

Los contrarios a esta doctrina consideran que tal protección atenta contra el principio de autonomía de la persona, lo cual es definido como tener el sentido de autorregulación. Es decir, que como personas racionales tenemos la capacidad y el conocimiento para entender y elegir lo que es mejor para nosotros (O'Neill 1990). Frente a esto, los contrarios al paternalismo dicen que nuestras instituciones sociales como también ciertos individuos actúan como "padre", quien actúa paternalísticamente con el deseo de proteger a los individuos pero que con esto les coarta la libertad y libre albedrío. En otros casos el paternalismo usa el engaño, la mentira o rompe promesas. Por ejemplo, decirle a un adulto mayor que está firmando la autorización de la venta de su casa cuando la verdad es que está firmando un traspaso de sus bienes a terceras personas. En otras palabras, esta doctrina viola el principio de autonomía. Algunos llegan a expresar que la coartación de este tipo de libertad es inmoral.

De otra forma, si la sociedad permite a cada persona la libertad de decidir qué es y lo que no es riesgoso podríamos caer en un estado de anarquía. Por ejemplo, no serían necesarias las restricciones impuestas al uso de material pornográfico o el uso del cigarrillo en lugares públicos. Lo que es más, el material pornográfico sería de fácil acceso y al alcance de todas aquellas personas que son consideradas autónomas frente a la ley.

Por otro lado, aquellos en favor del paternalismo dicen que estas normas deben ser aplicadas y controladas para tener una sociedad libre de peligros que atenten contra sus ciudadanos. Es aquí básicamente donde el concepto de paternalismo tiene sus limitaciones y peligros, especialmente en sociedades que promueven esta doctrina en forma autoritaria. Los principios básicos que apoyan al paternalismo pueden ser manipulados con el fin de lograr un control sobre las personas en tal forma que resulte en una violación contra la libertad personal. Me refiero al ejercicio de un autoritarismo que con el deseo de proteger al individuo atenta contra su libertad. Debemos recordarnos que esta doctrina no requiere el consentimiento de los individuos en la toma de decisiones (Calder 1995).

Cabe hacer notar que el paternalismo también está ligado con masculinidad. Generalmente el paternalismo se asocia con sociedades patriarcales donde los valores "masculinos" de superioridad y subordinación prevalecen. Muy relacionado a lo anterior, aparece la supremacía masculina que crea una desigualdad entre los sexos, reduciendo al sexo femenino a un nivel inferior (Calder 1995).

A pesar de los peligros que encierra la adopción de este concepto patriarcal, la sociedad occidental se está viendo forzada a aumentar estas medidas paternalistas. Por ejemplo, el tráfico de drogas obliga a la sociedad a imponer medidas drásticas que de una manera u otra coartan la libertad de los individuos. Me refiero al control que existe en los aeropuertos en cuanto al tráfico de drogas o al uso de cámaras de TV en lugares públicos. Estas medidas se han derivado de la incapacidad de los ciudadanos de protegerse a sí mismos y de poner en peligro la vida de los demás. Es a través de este tipo de actividades paternalistas que se mantiene el control social y la conformidad a sus normas y valores. Para Calder paternalismo es sinónimo de observancia forzosa y obligatoria (Calder 1995).

En resumen, el valor que respalda el principio del paternalista es el bienestar o protección del individuo. En cambio el principio de autonomía o de autodeterminación enfatiza la libertad o decisión personal. Es indiscutible que estos valores fácilmente entran en conflicto, de modo que la atención preferencial de uno de ellos puede ir en detrimento del otro. Por esta razón la importancia o relevancia de estos valores deben ser considerados seriamente (Brock 1988).

PROFESIONALES DE LA SALUD Y PATERNALISMO

Al trasladar este concepto al área de la salud podemos ver que muchas de las acciones que los trabajadores de la salud llevan a cabo son paternalistas. El paternalismo se practica frecuentemente en el cuidado médico y de enfermería. Ahora, ¿es esta práctica moralmente aceptable?

En muchas ocasiones el profesional médico, de enfermería u obstetricia ha tenido que actuar paternalísticamente para salvar la vida del paciente. La libertad del paciente puede haberse coartado para evitar riesgos, por ejemplo, en el caso de salvar la vida de una madre o de un recién nacido. En este caso, para algunos, esta actuación profesional es moralmente aceptable. En ciertas ocasiones no sólo los profesionales han actuado paternalísticamente, sino también el sistema legal ha respaldado estas decisiones paternalistas. Murphy (1991) presenta el caso donde médicos y/o administradores han pedido a la Corte Suprema autorización para efectuar cesáreas sin el permiso de la mujer. Murphy se refiere a una ocasión donde de 20 peticiones que se hicieron a la Corte

sólo 3 fueron rechazadas. Es importante decir que la ley norteamericana le da derecho al individuo a rechazar el tratamiento médico si así lo desea. En estos casos, los profesionales consideraron que el juicio clínico sobrepesaba el derecho de la mujer a decidir si continuar o no con el tratamiento prescrito. Cuando esta acción podría ser considerada correcta por aquellos defensores del sistema patriarcal, no lo es para aquellos que consideran que la persona tiene derecho a participar en este tipo de decisiones. Por lo tanto, en este caso la imposición de la voluntad del profesional sería considerada moralmente incorrecta por los detractores del paternalismo.

Es aquí donde debemos detenernos y pensar cuidadosamente si los trabajadores de la salud tienen derecho a violar la autonomía del paciente. De acuerdo con la teoría ética de Kant, la violación de la autonomía del paciente siempre será moralmente inaceptable. Lo que es más, John Stuart Mill rechaza el paternalismo diciendo que los individuos son capaces de juzgar sus propios intereses (Mappes y Zembaty 1990). ¿Cómo puede el profesional de la salud justificar que su acción es moralmente justificable?

Una de las conductas más notorias que diariamente ocurren en los círculos de salud es la omisión de información (Meadows, Lackner y Belic 1997). Es muy común escuchar que el médico tratante no ha informado a los familiares o ha omitido la información que los pacientes y familiares necesitan para tomar decisiones. Esta acción paternalista excluye del proceso de toma de decisiones a los pacientes o beneficiarios, los cuales raramente ponen objeción. Es así como el paternalismo se perpetúa.

Otros ejemplos muy comunes son las restricciones en las horas de visitas a los pacientes, a las salas de cuidado intensivo o salas de pediatría. Las instituciones hospitalarias tienen una gama de reglas y procedimientos que existen con el fin de ofrecer un servicio programado y de calidad que asegure la protección del paciente. Sabemos que muchas de estas normas atentan contra la libertad del beneficiario, pero a la larga deberían resultar en una mejor calidad en la atención. No debemos perder de vista que los principios fundamentales de estas reglas no sólo persiguen la mantención de un sistema administrativo, sino la protección de los individuos. Por esto es necesario que pensemos cuidadosamente en restricciones que en el pasado podrían haber sido necesarias, pero que hoy en día son vistas por los beneficiarios como crueles y deshumanizadas.

Ruddick (1994) enfatiza que hoy en día el paternalismo pasa a ser un problema en las instituciones de salud cuando hay una falta de ideales, dedicación y trabajadores esmerados. El principio de protección al paciente se ha perdido y distorsionado, siendo reemplazado por un paternalismo que se traduce en control y poder, donde el paciente pasa a ser un prisionero sometido a la complicada organización de las instituciones y las rígidas rutinas de los servicios (Aguilera 1986). Donde las rutinas están estandarizadas para facilitar el trabajo del personal, pero donde se han olvidado que el paciente es un individuo que tiene derechos y la capacidad de tomar decisiones. A esto se puede agregar además el alarmante comentario hecho por el Dr. Amado Neghme en 1985 quien dice: "El deterioro más notorio en América Latina resulta ser la deshumanización de la actitud médica a todo nivel".

Sabemos que desde el momento que el paciente/beneficiario es admitido al hospital o atiende a otros servicios de salud, automáticamente pierde todos sus derechos, los cuales, a pesar de estar escritos, no se respetan en la práctica. Esta conducta es moralmente inaceptable porque viola los principios de autonomía y respeto del individuo.

En general, la aplicación de medidas paternalistas en situaciones de salud no son tan fáciles de introducir en sociedades democráticas porque algunos grupos o individuos las consideran como una violación a sus derechos. Australia es uno de esos países.

UN DESAFIO

Las enfermeras comunitarias en Australia están enfrentándose hoy en día con un problema que ofrece serios riesgos a la salud de la población. Me refiero al bajo porcentaje de inmunización contra la tos convulsiva. A pesar de que un 90% de los niños australianos reciben su primera vacuna a los dos meses de edad, solamente un bajo porcentaje de ellos recibe la segunda y tercera dosis. Las estadísticas muestran que sólo un 60% de aquellos niños entre 3 meses y 6 años han recibido la dosis completa pero solamente un tercio de esta población han completado el programa establecido para esas edades (McLean, 1997). La situación es crítica. Desde 1993 una epidemia de tos convulsiva ha amenazado a la población infantil australiana. Se han reportado 4.000 casos anualmente con 4 muertes entre octubre 96 y febrero 97 (Nursing Review 1997). En 1996, 56 casos fueron notificados (ACN 1997).

El problema mayor es que algunos padres se resisten a vacunar a sus hijos por el temor a las complicaciones. En Australia no hay leyes de vacunación obligatoria. Varias medidas de tipo coercitivo se han propuesto con el fin de aumentar los índices requeridos. Como ejemplo de lo anterior, la vacuna sería un requisito para ingresar al colegio. Sin embargo, los profesores se oponen a este tipo de control diciendo que todo niño tiene derecho a la educación y que el profesorado no es la entidad a quien le corresponde sancionar si el niño tiene o no derecho a ingresar al sistema educacional. Los contrarios a la inmunización obligatoria objetan que esta medida sería una violación a los derechos humanos.

Algunos incentivos de tipo coercitivo, como dinero o cupones para comidas rápidas (fast food), han sido sugeridos como una manera de incentivar a los padres para que los niños sean vacunados. Sabiendo que esto es un problema bastante serio, ¿hasta dónde las autoridades de salud en un gobierno democrático pueden proteger a sus miembros contra ciertas enfermedades? (Nicholson 1996).

Algunos ejemplos podrían ayudarnos a aclarar esta situación desde un punto de vista internacional. En la mayoría de los países europeos las inmunizaciones son voluntarias. A pesar de esto, las tasas de coberturas de inmunizaciones en el Reino Unido también han bajado. Sin embargo, a pesar de que los padres británicos tienen el derecho a rechazar las inmunizaciones, ciertas medidas coercitivas se han usado para alcanzar las metas propuestas. Hoy en día existe una corriente bastante fuerte que indica que en el Reino Unido se introducirá la inmunización en forma obligatoria (Nicholson 1996).

Como resultado, es interesante enfatizar que después que las autoridades de salud en el Reino Unido llevaron a cabo una campaña masiva contra el sarampión y rubéola, en la que los niños recibieron las vacunas sin la autorización de los padres y en algunos casos en contra de la voluntad de ellos, sobraron millones de dosis. Aparentemente debido a un error en las etiquetas, los niños recibieron sólo un 70% de la dosis. No obstante, las autoridades de salud han mantenido que esta campaña fue muy exitosa. Ante esto, será difícil justificar los beneficios de la vacuna si ocurre una epidemia (Nicholson 1996).

Nicholson señala claramente que ante este sistema coercitivo es posible que las autoridades de salud muy pronto se vean enfrentadas con situaciones parecidas a las de Canadá donde los padres

han iniciado demandas judiciales contra el servicio de salud por haber recibido información incorrecta y coercitiva.

Por otro lado, está el caso de Irlanda del Norte donde el poder del Estado prevaleció ante los derechos de la familia. La Corte Suprema de ese país ordenó vacunar a un recién nacido contra la hepatitis B sin el consentimiento de los padres (Nicholson 1996). Hasta ahora este caso no ha sido cuestionado.

Mientras el Reino Unido ha adoptado una actitud paternalista para proteger la salud de la población, las autoridades australianas no están preparadas para tomar este tipo de decisiones. Si Australia adopta este modelo, de acuerdo a John Stuart Mill este tipo de paternalismo estaría justificado porque las autoridades de salud están más preparadas e informadas sobre esta materia que los padres de los menores (Mappes y Zembaty). Por eso, esta conducta sería moralmente justificable.

La posición de las autoridades de salud australianas es diferente. La tendencia es de continuar respetando la autonomía del individuo, pero al mismo tiempo usarlo como, anteriormente expuesto medios de coerción, con el fin de alcanzar las metas deseadas. Es aquí donde nos encontramos con un dilema de tipo moral que es necesario explorar. Por un lado está el respeto a la autonomía del individuo y por otro el principio de beneficencia que desea hacer el bien a otros. El respeto por la autonomía de los padres tiene el riesgo de que alguno de ellos continúen negándose a vacunar a sus hijos, lo que traería consecuencias desastrosas para la salud de la población infantil.

Si el principio por el respeto de la autonomía del individuo tiene primacía sobre el bienestar y seguridad de la salud de la mayoría de los niños, esta medida paternalista no puede ser moralmente aceptable. Si la salud de la población infantil queda en manos de personas, que por una u otra razón ya sea por convicción o ignorancia, están en favor o en contra de la vacuna, el riesgo es grande. Esta situación puede ser comparada a la ruleta rusa donde nadie sabe si al apretar el gatillo el disparo resultará en la vida o muerte de la persona.

A pesar de que la autonomía significa respeto, apreciación y valoración de la libertad del individuo, el respeto por las decisiones individuales puede afectar el futuro de una comunidad. Respeto por el individuo significa el reconocimiento de la habilidad del individuo de tomar decisiones por sí mismo siempre y cuando estas decisiones sean razonables y no afecten a otros. Por otro lado coerción denota la incapacidad del individuo de tomar

decisiones libremente. Cuando una persona usa la coerción sobre otro individuo para que actúe de cierta manera, la persona que aplica la coerción está usando una forma de poder (Downie 1971), el cual puede ser de tipo físico o psicológico. Por ejemplo, si el poder persuasivo es usado en forma sutil y sin que la persona se dé cuenta que ha sido manipulada (Nash 1966), esto no muestra mucha consideración por el concepto de respeto hacia el individuo.

Sin embargo, las autoridades australianas consideran que ciertas medidas coercitivas podrían solucionar el problema de las bajas coberturas contra la tos convulsiva y especialmente de las inmunizaciones en general sin violar la autonomía del individuo. Pero ¿cuál es la diferencia entre coerción y paternalismo? Ambas medidas violan el mismo principio ético. La coerción reduce la autonomía del individuo, forzándolo a tomar decisiones o a obedecer órdenes impuestas por otros. Por cierto que está de por medio la decisión del individuo de aceptar o rechazar la coerción. Si ésta es hecha en una forma sutil y agradable el público no se daría cuenta que ha sido cuidadosamente manipulado. De esa forma no tendría la oportunidad para tomar decisiones libremente. Por otro lado el paternalismo limita la autonomía de la persona. Desde el punto de vista moral, la coerción como el paternalismo no promueven el respeto por las personas. Ambas conductas quedarían en el mismo plano moral mostrando una interferencia en la libertad del individuo. Ambas conductas violan o fuerzan al individuo a tomar una decisión.

UN MODELO DIFERENTE: UN MODELO DE ASOCIACION

Las enfermeras australianas tienen un dilema moral que discutir. La solución a este dilema es la aplicación de un modelo distinto, que permita la incorporación de los principios de promoción de la salud y el concepto de una asociación (*partnership*) entre los promotores de salud y sus beneficiarios. La perpetuidad del modelo paternalista solamente refuerza el concepto de dependencia en la toma de decisiones. Si realmente consideramos la seriedad de este problema debemos trabajar fervientemente hacia la adopción de un modelo diferente en el cual la responsabilidad del cuidado de salud sea compartida entre ambos participantes.

La introducción de este "modelo de asociación" no es una idea nueva, es más bien una idea

que está de moda. Desgraciadamente mucho se ha escrito de las ventajas de este modelo, pero en la práctica éste no se ha aplicado en la forma deseada, quedando siempre la imagen que hay una desigualdad en la distribución del poder (Calder 1995). Una verdadera asociación entre los trabajadores de la salud y el beneficiario debería resultar en la toma de responsabilidades en materias de salud por parte del beneficiario. La adopción del modelo médico que está fuertemente arraigado en la doctrina del paternalismo nunca permitirá el desarrollo de este proceso.

En primer término, es importante enfatizar que la adopción de este nuevo modelo no es una tarea fácil de alcanzar especialmente cuando el sistema de salud es parte de una burocracia que tiene ideas paternalistas profundamente arraigadas. No solamente principios filosóficos se requieren para establecer este proceso, sino una infraestructura que permita una comunicación directa con los beneficiarios. Por cierto, el éxito de este modelo depende fundamentalmente del compromiso formal que las autoridades de salud pongan en esta iniciativa. La participación activa de los beneficiarios en los programas permitirá el desarrollo de una actitud positiva y de responsabilidad hacia los problemas de salud.

En segundo término, si deseamos adoptar este modelo como parte de nuestra práctica de salud, los profesionales de la salud tienen una tarea dura por delante. Particularmente importante resulta, en este aspecto, la necesidad de reflexionar cuidadosamente en cuanto a la forma que se entrega la información. Una actitud autoritaria y de superioridad no sería aceptada por los miembros de la comunidad.

Hasta ahora el profesional o trabajador de la salud ha actuado como una fuente con poder y control especialmente del conocimiento científico. La adopción del modelo de asociación obliga al profesional o trabajador de la salud a compartir tal conocimiento, lo que permite crear un balance en la relación interpersonal entre el profesional y el beneficiario. El momento está dado para dejar atrás la idea de que los profesionales o trabajadores de la salud son los únicos expertos en materias de salud, el beneficiario también tiene información que necesita compartir con el proveedor de salud.

En tercer término, el desarrollo de un ambiente de igualdad y respeto mutuo permitirá a los profesionales asegurarse que no habrá discriminación social, cultural, religiosa o racial contra los beneficiarios y donde las ideas y experiencias de

éstos serán escuchadas y los derechos respetados. Finalmente, es necesario decir que así como las opiniones de los beneficiarios serán respetadas también éstos tendrán que respetar sus obligaciones para con los profesionales o trabajadores de la salud.

REFERENCIAS

- Aguilera, N. (1986). La lesión de los derechos de los enfermos: una enfermedad crónica. En Gafo, J. (Ed.). *Dilemas éticos de la medicina actual*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Capítulo I, p. 101-114.
- Brock, D.W. (1988). Paternalism and autonomy. *Ethics* 98. Vol. 98, N° 3, April, 558-565.
- Calder, M.C. 1995. Child protection: Balancing paternalism and partnership. *Journal of Social Work*, 25, 749-766.
- Downie, R.S. (1971). *Roles and values. An introduction to social ethics*. London: Methuen & Co. Ltd.
- Hobson, P. (1984). Another look to paternalism. *Journal of Applied Philosophy*. Vol. 1, N° 2, 293-304.
- LeNavenec, C-L. (1995). Family and marriage. En French, P. (Ed.). *The Nurse. Self & society. An introduction to applied behavioral sciences for nurses and health care professionals*. Waverly Info-Med Ltd. Chapter 3, p. 231-242.
- Mappes, T.A. & Zembaty, J.S. (1991). *Biomedical ethics*. 3rd ed. Mc Graw-Hill.
- Meadows, L.M., Lacker, S. & Belic, M. (1997). Irritable bowel syndrome. An exploration of the patient perspective. *Clinical Nursing Research*, Vol. 6, N° 2, 156-170.
- Mc Lean, J. (1997). Immunisation push after pertussis death. *Nursing Review*. February 97, 7.
- Murphy, E. 1991. Legal outlook. *Nursing Outlook*. Vol. 39, N° 3, 144.
- Nash, P. 1966. *Authority and freedom in education. An introduction to the philosophy of education*. Boston: John Wiley & Sons.
- Nicholson, R.H. (1996). U.K. moves towards compulsory vaccination. *Hasting Center Report*, Vol. 26, N° 2, 4.
- Neghme, R.A. 1985. Etica médica. La ética en la práctica médica actual. *Revista Médica de Chile*. 113, 590-592.
- Nursing Review* (1997). New DTP whooping cough vaccine approved. p. 2. July issue.
- RCNA Fact Sheet* (1997). Immunization in Australia. How you can have an impact! N° 1, p. 1-2. RCNA : Canberra.
- Ruddick, W. (1994). Transforming homes and hospitals. *Hasting Center Report*. September-October, Vol. 24, N° 5, S11-S14.