

Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina

Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine

Alejandro Weber Sánchez*

Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan, Estado de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>

Resumen

Las indicaciones y consejos médicos siempre deben considerar al paciente como persona, tomando en cuenta en especial su dignidad. El análisis del proceso de la decisión es importante para entender que el paciente debe tomarla en libertad, y el médico debe esforzarse por tomar en cuenta sus razones, sentimientos y contexto para crear una alianza terapéutica, con respeto y compasión, evitando el paternalismo dominante y autoritario de antaño. La propuesta de Thaler y Sunstein, de un “paternalismo libertario” para cambiar el entorno y facilitar las buenas decisiones sin coacción puede ser adecuado, siempre y cuando la relación médico-paciente sea capaz de lograr ese vínculo

* Adscrito al servicio de cirugía del Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan, Estado de México, México. Correo electrónico: awebersanchez@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0223-9133>

Recepción: 28/07/2025 Aceptación: 12/08/2025

CÓMO citar: Weber Sánchez, A. (2025). Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

humano de amistad, para conseguir que el paciente otorgue su confianza y acepte lo que el médico propone cuando ha sido informado y formado en lo que conviene a su salud, promoviendo una medicina más humanizada, ética y comprometida con el bienestar integral del ser humano.

Palabras clave: decisiones, relación médico-paciente, ética, medicina, alianza terapéutica.

1. Las decisiones y la persona del paciente

Rara vez en la vida cotidiana nos detenemos a pensar cómo tomamos nuestras decisiones. Cuando nos encontramos en coyunturas complicadas de incertidumbre, ignoramos que nuestro cerebro hace un complejo análisis de los factores a favor y en contra de las alternativas que tenemos para elegir. En muchos de estos casos, aún cuando no fuera lo idóneo, elegimos lo que pensamos que es lo mejor en base a factores que se encuentran en diferente balance: la razón, los objetivos que pretendemos, nuestros sentimientos y emociones, sin darnos cuenta de que estos últimos, más inmediatos e impulsivos, dependen más del entorno y el momento y suelen ser más intensos y determinantes, incluyendo lo que se refiere a las decisiones en cuando a las indicaciones del médico.

El análisis de cómo tomamos decisiones tiene gran importancia, por ello ha interesado y movido a la reflexión a muchos pensadores desde tiempos remotos. En la Grecia clásica, Epicteto hablaba de la *Prohairesis* traducida como «albedrío», «voluntad», «elección» o «intención». Esta noción fue fundamental también en Aristóteles, quien ponía en juego la conexión entre los procesos deliberativos, por un lado, y los actos de decisión o elección resultantes de ellos, por el otro (1). Para Tomás de Aquino estudioso del ser humano, la inteligencia, la voluntad y la libertad juegan un papel clave: son las facultades más específicas de la persona y como tales, tienden a modular mejor su vida, su obrar y su fin: conocer la verdad y amar el bien (2).

Su análisis es profundo sobre el acto humano y da claves que lo explican. Algunas afirmaciones de su compleja obra ayudan a entender el proceso, como, por ejemplo:

...toda elección versa sobre todo aquello que de algún modo parece mejor... si se proponen dos bienes iguales según una consideración determinada, nada impide que acerca de uno de ellos se considere una condición en virtud de la cual sobresalga, y la voluntad se incline hacia él, más que hacia otro” (3).

Lo que deja claro, es que no es una condición real determinada de un *algo* (que es considerado un bien) lo que nos lleva a elegirlo, siempre escogemos lo que para nosotros es un bien si así lo presenta el intelecto, aunque objetivamente no lo sea. Es, en definitiva, la determinada consideración que nosotros mismos hacemos de esa condición (4). La experiencia que todos tenemos en nuestra toma de decisiones muestra lo acertado de esta afirmación.

Muchas veces, las alternativas que entran en juego en la decisión no son absolutamente correctas o incorrectas, para la persona, llevan implícitas cualidades tanto objetivas como subjetivas, por ello decidimos en función de nuestras motivaciones que son las de *para mí y ahora*. Por ello varían de acuerdo con las circunstancias de lo que percibimos como deseable y “bueno”, aún con el temor en ocasiones de cometer un error que pueda acarrear consecuencias negativas.

Las decisiones que tienen que ver con la vida y la salud son —especialmente en los casos complejos y graves— las más difíciles de tomar. Los médicos siempre hemos tratado de ayudar a nuestros pacientes en este camino decisional, recomendando lo que a nuestro entender se requiere para recobrar la salud. La escuela hipocrática, ejemplo de este noble afán, exhortaba al médico sobre el modo de tratar al paciente:

Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras ánimale con solicitud

y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y su futuro (Sobre la decencia. De habitu decenti, Perì euskshemosynes. Tratados hipocráticos) (5).

En las últimas décadas, después de veinticinco siglos de tradición hipocrática, los médicos hemos aprendido a tomar una mayor conciencia de la dignidad y la autonomía de los pacientes, para dejar de pretender hacer *todo por el paciente, aunque sin el paciente* (6). Este cambio ha traído actitudes médicas variables, que entienden por una parte el respeto al enfermo como el estricto cumplimiento del deber de informar lo que debe hacer para que en base a su libertad tome la decisión; o por otra, ejercer una presión para que se adhiera a lo que pensamos que es lo indicado, de una forma que en ocasiones parece lindar con la coerción.

En la tarea del médico —tan sublime como abrumadora— de tratar la enfermedad, en ocasiones puede, por desgracia, quedar relegada la consideración del paciente como persona incluida su dignidad. La noción tautológica de dignidad de la persona, tratada desde la antigüedad tanto por pensadores de la Grecia clásica como Platón y Aristóteles como idea alegórica, y más tarde como concepto por otros filósofos como Boecio, Tomás de Aquino, Pico della Mirandola y Kant, coinciden todos en relacionar la dignidad humana con la voluntad y la libertad. García Morente (7) lo expresó de manera muy clara: “Llamamos persona a un sujeto que rige con su pensamiento y voluntad libre, la serie de sus propias transformaciones”.

Por ello cuando estamos ante un paciente, tenemos que considerar siempre y en primer lugar su persona: el ser humano único, racional, con deseos, pretensiones, metas, creencias, esperanzas y preocupaciones propias; que vive, percibe y experimenta su enfermedad de manera única y exclusiva. Que tiene la libertad de dirigir y guiar sus propias transformaciones, y decidir lo que considere adecuado, por quien debemos tener un respeto absoluto.

Llama la atención que ni los textos ético–médicos de la antigüedad (los juramentos, las oraciones, las listas de mandamientos o consejos), ni los escritos medievales, ni los tratados de ética médica de la Edad Moderna hacen referencia específica al respeto por las decisiones del paciente. Por lo que en la opinión de Gonzalo Herranz (8) este respeto representa, en ética médica, una adquisición tardía, una actitud propia de nuestro tiempo, pero precisamente por ello madura y definitiva.

2. Nudges

Utilizando las nociones tanto filosóficas como científicas sobre la toma de decisiones, en toda la gama de posibilidades, surge hace un poco más de quince años, una corriente interesante de cómo influir en la elección, conocida como *nudge* que significa y traduce al español como “empujar suavemente, especialmente con el codo, para atraer la atención de una persona” (9). Este concepto lo utilizaron Cass Sunstein y Richard Thaler, premio nobel de economía, para titular su libro: *Nudge*. En su versión en español: *Un pequeño empujón: el impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad* (10), los autores utilizan el término con el sentido de mostrar cómo estimular, incentivar o encaminar en la toma de decisiones. Sostienen que las personas podemos ser arquitectos de las decisiones de los demás y tenemos la responsabilidad de organizar y acomodar el contexto en el que se toman, para que las personas acierten en el resultado aun cuando no sean conscientes de ello. Bajo la suposición de que las decisiones humanas están influenciadas por sesgos particulares, preocupaciones y situaciones que limitan la racionalidad, presentan pautas para comprender mejor la naturaleza de la conducta y la estrategia decisional con el objeto de influir positivamente en la persona.

El libro ha tenido gran impacto en el mundo, y esta corriente ha sido adoptada en esferas económicas, políticas, sociales e incluso sistemas de salud, por los alcances que tienen las técnicas conductuales

para influir en las decisiones. Por ello vale la pena conocer su teoría y reflexionar sobre ella por lo que tiene que ver con la ética de la práctica médica.

Toman para su tesis, de los psicólogos Daniel Kahneman y Amos Tversky, la intuición de que las personas no somos racionales en sentido clásico, especialmente en condiciones de incertidumbre, lo que recuerda con algunos matices lo que expresaban los pensadores clásicos. Los humanos utilizamos heurísticas (atajos, reglas, estrategias que guían y facilitan la resolución) cognitivamente eficientes para resolver problemas complejos, pero pueden tener sesgos o errores sistemáticos que muchas veces violan principios de racionalidad. Como el principio de *dominancia*, que sostiene que una persona debe elegir la opción que nunca sea peor que las demás y pueda ofrecer un mejor resultado; el de *invariancia* bajo el cual, la misma información debe entenderse y valorarse de la misma manera, independientemente de cómo se presente; y el de *valor sumergido*, que sostiene que, dado que las elecciones influyen en el futuro, quienes toman las decisiones deben sopesar las consecuencias futuras y no los resultados o comportamientos previos. Llevado al terreno de la salud, como apuntan Blumenthal y Krieger en su revisión del tema, no es difícil ver cómo estos múltiples sesgos y heurísticas se desarrollan en el contexto médico tanto en los pacientes como en los profesionales (11).

Por ello, la propuesta de Thaler y Sunstein es ejercer lo que denominan como “paternalismo libertario” como una postura intermedia entre el intervencionismo y el *dejar hacer*, tratando de modificar la arquitectura de las decisiones para que con pequeños nudges, la toma de decisiones sea más conveniente (12). Sostienen que la regla de oro del paternalismo libertario es ofrecer empujones que tengan la mayor probabilidad de ayudar y la menor de perjudicar. Así, estos empujones no restringen las opciones, no se trata de prohibir ni de imponer, sino rediseñar la manera en que se presentan las opciones para facilitar las mejores decisiones. Usan el conocimiento sobre la psicología humana para influenciar el comportamiento, en el entendido de que el resultado es más beneficioso para todos los involucrados, mejorando la

información para que los individuos decidan mejor. Sin embargo, el uso de estas técnicas para otra intención que no sea exclusivamente el bien del paciente, por ejemplo, inducir a un procedimiento quirúrgico que no fuera indispensable, atendiendo sólo a los intereses del médico, cae en el terreno de lo deshonesto.

3. Paternalismo

En relación con las ideas anteriormente expresadas, conviene analizar el término “paternalismo”, de origen anglosajón que tiene gran resonancia en el ambiente médico. Aparentemente se utilizó por primera vez en 1840, particularmente en los ámbitos laborales y en la relación política de las metrópolis con las colonias (13). El *Oxford English Dictionary* define “paternalism”, en una primera acepción, como “el principio y la práctica de la administración paternal; el gobierno como un padre; la pretensión o el intento de suplir las necesidades o regular la vida de una nación o comunidad de la misma forma que un padre hace con sus hijos” (14). Y en una segunda acepción más general: “el principio de actuar del modo como un padre en relación con sus hijos” (14). El *Diccionario de la Real Academia Española* lo define como: tendencia a aplicar formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etcétera. Y agrega que es utilizado mayormente en sentido peyorativo (15). La analogía entre el poder paternal y otras formas de poder es una idea ancestral. Bien pudiera decirse que el paternalismo es un término nuevo, pero un concepto antiguo (16). La analogía paternalista se ha utilizado para justificar al poder político, comparándolo con la naturaleza del poder que el padre ejerce sobre sus hijos. Considera al poder paternal como una dominación conforme a la naturaleza de las cosas, porque el padre naturalmente es quien debe gobernar la casa, por su mayor edad, y su gobierno es justo porque el padre naturalmente gobierna en interés de sus hijos, por el amor que siente por ellos. Esta analogía tiene una fuerza persuasiva que también se usa para tratar de

legitimar otros ejercicios de poder, menos conectados con lo que es “conforme a la naturaleza” (13). De ahí que la palabra evoca algo que puede interpretarse como peyorativo y negativo.

Carlos Viesca, en su excelente investigación sobre el paternalismo médico, asienta que en el médico se ha cultivado la tendencia sobreprotectora hacia sus pacientes y a tomar decisiones en cuanto a su salud y su promoción, un “decidir por el otro” que plantea cuestionamiento (17). Recuerda a Galeno calificando su actuar como *paternalismo dictatorial* porque éste consideraba que es el médico y no el paciente quien debe determinar qué es lo que se debe hacer. Cita también varias definiciones de paternalismo que varían desde lo que se considera como “actitud o comportamiento de suave dominación y protección desinteresada” (18) o “la limitación intencional de la autonomía de una persona por otra, cuando la persona que limita la autonomía justifica su acto por llevarlo a cabo con el fin de ayudar a la persona cuya autonomía está limitada” (19).

A partir de la ilustración, con la presunción genérica y la búsqueda de la libertad individual, se establecen limitaciones a las intervenciones que pretendan o puedan invadir dicha libertad. Desde entonces especialmente en las últimas décadas, el pensamiento que privilegia la autonomía, como el principialismo bioético especialmente, el paternalismo se mira con recelo y se critica (20). Ciertamente es reprochable cuando se da desde una posición de superioridad, de poder de quien toma decisiones por y para otros y da órdenes sin informar nada, de manera que no puedan discutirse ni cuestionarse. Un paternalismo en el campo medicina al que podríamos catalogar como nefasto y tóxico, que genera una molestia justificada en el receptor y en la sociedad, aunque su intención sea presuntamente ayudar.

No cabe duda de que la interacción entre el médico y el paciente es compleja y asimétrica, se encuadra en el escenario del problema de salud de una persona y la capacidad de otra persona para remediarlo (21). El enfermo ha acudido con el médico porque tiene un padecimiento, y confía en la atención médica que pueda darle para su solución. Ya sean situaciones graves con riesgo de vida, o menos graves

como tener que seguir indicaciones que limitan o lo afectan de alguna manera, todas de algún modo pueden tener incomodidades, entrañar riesgos, peligros o complicaciones y por ello pueden generar temor o reticencia. En algunos casos el paciente literalmente tiene que poner su vida en las manos del médico. Por ello, es inadmisibles que aproveche esta situación de vulnerabilidad adoptando una actitud autoritaria y prepotente.

Antonio Pardo advierte que la atención especial que se debe al paciente por tratarse de una vida dependiente implica poner los medios para que pueda desarrollarse la amistad terapéutica, en la que el enfermo comunica sus problemas al tiempo que el médico se hace cargo de sus peculiaridades humanas (22).

Podría calificarse como un paternalismo bueno, éticamente aceptable, o amistad fraternal que aconseja y encamina para que el paciente tome las decisiones que le convienen en el ámbito de alianza terapéutica, algo que podría concordar con los nudges bien orientados que proponen Sunstein y Thaler. Una relación que se preocupa genuinamente por la persona y la entiende así, empleando su saber exclusivamente en beneficio de sus pacientes.

4. Medicina y relación médico paciente

Por ello, es alentador que la actitud actual señalada por Herranz (8) más madura y definitiva, basada en la afectividad, el respeto y la confianza mutuas, reconozca los fallos de conductas médicas inadecuadas. El trasnochado paternalismo dictatorial de antaño, el paternalismo libertario de los nudges mal entendidos —cuando éstos buscan más, estrategias para estructurar las decisiones del enfermo de forma determinante—, o el “liberalismo indiferente” que, pretendiendo observancia irrestricta por su autonomía, se despreocupa de su bien objetivo con desinterés por su persona. No se trata de imponer, mandar o tomar decisiones por el paciente, sino aconsejar para persuadir y convencer.

La alianza terapéutica entre el médico y el paciente en la que colaboran ambos para lograr el objetivo común de la salud, se basa en un vínculo maravilloso de confianza que se va estableciendo desde el principio de esta relación profesional, única y casi mística. Esta ha sido el fundamento de todo acto médico, pero ahora con una visión renovada centrada en la persona: una relación humanitaria y humanizadora en la que el médico proporciona ayuda, cuidados, pero también compañía, consuelo y compasión, una conexión única, en la que al mismo tiempo hay un respeto extraordinario y profundo por la persona. Comprende también una familiaridad-intimidad noble, que le permite al médico el privilegio de ser confidente, con la enorme responsabilidad de tener acceso al cuerpo del paciente para tratar de devolverle el bienestar de la salud, objeto formal de la medicina y el bien buscado por ella, entendida como una perfección entitativa que le corresponde naturalmente al hombre, que por alguna razón a veces no posee (23). Acciones y actitudes que se orientan a cuidar la vida del paciente buscando la forma de restablecer y proteger el equilibrio somático, social, psicológico y espiritual que entendemos como salud, y cuando no es posible lograrlo, ayudar a disminuir el sufrimiento que causa la enfermedad, o acompañarlo y atenderlo en la última etapa de su vida, entendiendo y aceptando las limitaciones que tienen ambos como personas.

En cada consulta y tratamiento, el médico debe tomar en cuenta a la persona en su multidimensionalidad, entendiéndolo al mismo tiempo en su individualidad y diversidad. Un universo corpóreo que tiene nombre y apellidos. Por esto, un médico puede optar por tratar de una determinada manera un trastorno específico en una persona y decidir no hacerlo –o hacerlo de otra manera– en otra, un “especialista” para ese paciente en particular, entendiéndolo como el sujeto único y original, al que le explicará y propondrá la intervención pensada específicamente para él. El paciente no tiene los conocimientos para saber lo que le pasa, por ello requiere que le expliquen lo que sea necesario para que comprenda y tome la decisión adecuada en la complejidad de la situación. Es una persona a la que debe

informar, pero también formar en la salud respetando siempre su libertad, ampliándola con las explicaciones que le permitan decidir adecuadamente.

Por ello es indispensable que lo escuche, que conteste sus preguntas e inquietudes en un clima de cordialidad, para que pueda comentar todo lo que sirva para restablecer su salud y conquistar así la adherencia en un ambiente de naturalidad, comentando los planteamientos desde su perspectiva personal, tanto los beneficios como los riesgos, facilitándole cuando sea posible, el margen de las alternativas posibles, dirigidas todas a lograr el objetivo.

Las decisiones relativas a la salud son compartidas entre el médico y el paciente. El médico tiene la responsabilidad de saber lo que se debe hacer. Por ello es importante considerar también la confianza.

A diferencia de lo que piensa la mayoría de las personas, la confianza no se gana, se otorga. El paciente que confía lo hace porque cree que el médico será capaz y actuará lo mejor posible en beneficio de su vida y su salud. Por ello él tiene que responder a esta confianza y honrarla con su actitud, siendo honesto expresando tanto el beneficio como los riesgos de lo que indica incluyendo sus propias dudas. No puede garantizar lo que está fuera de su esfera de posibilidades, pero sí puede y debe comprometerse a hacer todo lo que esté en su mano para tener las mejores posibilidades de éxito. Es la realidad que expresa la conocida frase en medicina: “una confianza que se entrega a una conciencia”. La confianza es fundamental para establecer una relación terapéutica sólida y efectiva. La empatía es esencial para construir relaciones de confianza, pero no basta. Cuando el paciente percibe no sólo las buenas intenciones de su médico, sino que éste lo comprende en su padecer, en una interacción más intensa que la empatía llamada compasión —actitud la mayor parte de las veces mal entendida pero necesaria y maravillosa, porque entraña el deseo y la intención de aliviar—, esto facilita el trabajo médico. En otras palabras, es lo que pretende el consentimiento informado, que no es un documento, sino ese delicado proceso de lograr la alianza y la toma de decisiones compartidas con la activa participación del

paciente, en un ambiente amigable que culmine en la salud o cuando menos el alivio del sufrimiento (24).

Hay ocasiones excepcionales en que el paciente se siente tan abrumado por su situación y tan confiado en la capacidad, juicio y experiencia de su médico, que deja en él la decisión que considere pertinente.

Escribonio Largo, médico del emperador romano Claudio, completaba la definición clásica del médico como *vir bonus medendi peritus* (hombre bueno experto en tratar), con los calificativos *plenus de misericordia et humanitatis* (lleno de misericordia y humanidad) (22). Así es como el médico debe ser. No hay duda de que la medicina entraña conocimientos y técnica, pero también es un arte que requiere tiempo y destreza. La prudencia es uno de los atributos más necesarios que con la competencia y el profesionalismo deben guiar su camino. En la medida de sus posibilidades, el médico virtuoso ha de tratar que el paciente tenga paz y perciba un trato fraternal y amable, bondadoso, paciente con optimismo sano y con la alegría que se advierte en él cuando cumple su misión. En otras palabras, el amor que tiene a su profesión y a sus pacientes.

La Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino Iberoamericana, entregada al Papa Francisco en 2016 resume perfectamente así estos conceptos:

Las raíces filosóficas del profesionalismo médico incluyen la tradición hipocrática de la Medicina como institución social y moral, coincidente con los principios del humanismo cristiano, junto al propio acervo humanista y cívico de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estableciendo una alianza que representa el compromiso incondicional con la competencia profesional, el altruismo y la confianza de la sociedad. Hoy entendemos nuestro profesionalismo médico como un valor de servicio incondicional a los pacientes y a la propia sociedad. Esto significa no solo la exigencia de una práctica asistencial técnicamente competente, sino también, y de forma preferente, la asunción de valores y compromisos de ejemplaridad personal

como la integridad, la honestidad intelectual, la compasión, la humanización y calidez en el trato, todo ello como expresión de una vocación de servicio (25).

Referencias

1. Vigo A. Deliberación y decisión según Aristóteles. *Tópicos Rev Filos.* 2013; (43): 51-92. <https://doi.org/10.21555/top.v0i43.32>
2. Gallagher D. Tomás de Aquino, la voluntad y la Ética a Nicómaco. *Tópicos Rev Filos.* 2013; 6(1), 59-70. <https://doi.org/10.21555/top.v6i1.498>
3. Tomás de Aquino. *Suma Teológica Parte I-II*, cuestión 13, artículo 6, obj.3.
4. Llano C. Examen filosófico del acto de la decisión. Ciudad México: Universidad Panamericana, Publicaciones Cuz; 1998.
5. Kvitko L. La Relación Médico Paciente hipocrática. *Med Leg Costa Rica.* 2010; 27(1): 7-14. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000100002
6. Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63(4): 555-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007
7. García M. La estructura de la historia. En: *Obras Completas II/2*, Madrid: Ediciones Rialp; 1957.
8. Herranz G. El respeto, actitud ética fundamental en Medicina. Lección inaugural del curso 1985–86, Universidad de Navarra, Pamplona, 3 de octubre de 1985. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-respeto-actitud-etica-fundamental-en-la-medicina#gsc.tab=0>
9. Cambridge dictionary [Internet]. Nudge. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-spanish/nudge>
10. Thaler R, Sunstein C. Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad. Bogotá: Taurus; 2008.
11. Blumenthal-Barby J, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Med Decis Making.* 2015; 35(4):539-57. <https://doi.org/10.1177/0272989X14547740>
12. Silva J. Sesgos, heurísticas y arquitectura de las decisiones: “Un pequeño empujón” como introducción al paternalismo libertario de Richard H. Thaler y Cass R. Sunstein *Soci Econ.* 2018; (35): 221-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/996/99659352011/99659352011.pdf>
13. Alemany G. El concepto y la justificación del paternalismo [Tesis doctoral]. Alicante; 2005.
14. Oxford English Dictionary. Voz “Paternalism”. Oxford Clarendon Press; 1970.
15. Real Academia Española. Voz “Paternalismo”. Diccionario de la lengua española. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://dle.rae.es/paternalismo>

16. Resta E. Metáfora del contrato. *Doxa*. 1988; (5):227-42. Disponible en: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/ccb2276a-e9e6-4eec-ab9b-295c6375303b/content>
17. Viesca C. *Paternalismo Médico*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
18. García F. Paternalismo médico. En: Tealdi, JC editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; UNESCO; Red Bioética; 2008.
19. Dworkin G. Paternalismo. En: Becker LC, editor. *Encyclopedia of Ethics*. Nueva York: Garland; 1992.
20. Díaz P. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento. *Cuad Bioét*. 1997; 31(8):1157-63. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/paternalismo-y-la-autonomasa-moral-individual-con-posible-aplicacion-en-el-ambito-del-tratamiento-prof-dasaz-pintos/>
21. Chivato P, Piñas MA. Editores. *La relación médico paciente. Claves para un encuentro humanizado*. Madrid: Dykinson; [s.f.]
22. Pardo A. La ética en medicina. *Pers Bioét*. 2011; 15(2): 166-83. <https://doi.org/10.5294/pebi.2011.15.2.4>
23. Besio R. El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone. *Acta Bioeth*. 2010; 16(1), 51-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100008>
24. Weber S. Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético. October 2016; *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15(5). <https://doi:10.1016/j.gamo.2016.08.003>
25. INFAC. Participación del paciente en la toma de decisiones. INFAC. 2014; 22(3) [Consultado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf