

La riqueza del principio de no maleficencia

Ricardo Páez Moreno

Introducción

El principio de no maleficencia ha sido desde sus orígenes uno de los pilares de la ética de los profesionales de la salud. Sin embargo, para tener una mayor hondura en cuanto a su contenido se refiere, es necesario adentrarse en las distintas interpretaciones que el principio ha tenido a lo largo de su historia: la propia de la preceptiva hipocrática, como precepto técnico, como precepto ético-paternalista, como precepto ético-autonomista y como fundamento de la bioética. De esta manera se podrá especificar más y mejor este principio que puede correr el peligro, como el resto de los principios de la bioética, de quedarse sólo como una regla de actuación con una serie de aplicaciones, como sucede frecuentemente en la bioética norteamericana por su corte pragmático. En este artículo se pretende mostrar la riqueza del principio de no maleficencia, que hunde sus raíces en la ética hipocrática y a partir de ésta continúa hoy teniendo toda su vigencia en la bioética contemporánea. Se hará a partir del magistral trabajo presentado por Diego Gracia para su recepción pública en la Real Academia Nacional de Medicina de España: "Primum non nocere. El Principio de No-maleficencia como fundamento de la bioética".¹ Para ello se presentarán en primer lugar algunas generalidades del principio de no maleficencia. Enseguida se hará el elenco de interpretaciones que ha tenido el principio a lo largo de su historia en Occidente. Por último se harán algunas aplicaciones a la práctica médica contemporánea.

1. Generalidades del principio de no maleficencia

El principio de no maleficencia afirma, esencialmente, la obligación de no hacer el daño intencionalmente. Esto quita el error accidental o propio del arte médico, siempre y cuando éste no haya sido por irresponsabilidad. Se suele relacionar con la máxima hipocrática del *primum non nocere*, y recoge la obligación de no hacer daño junto a la de hacer el bien. Según Diego Gracia, la no maleficencia es el principio básico de todo sistema moral.² Se le puede encontrar en lo más alto del orden moral de la tradición medieval, que al reconocer el bien

como el fin de la conducta del hombre, la razón descubre su primer principio: *hacer el bien y evitar el mal* (*bonum est faciendum et malum vitandum*).³

En relación con la beneficencia, la no maleficencia contiene cuatro obligaciones generales:⁴

- No se debe hacer mal o daño en cualquiera de sus formas.
- Se debe prevenir el mal o daño, lo cual incluye la negligencia.
- Se debe remover el mal o daño, el cual puede ser conceptualizado de muchas maneras.
- Se debe hacer o promover el bien, y tiene que ver más con el principio de beneficencia.

Para Beauchamp y Childress⁵ el principio de no maleficencia recoge exclusivamente la primera obligación enumerada por Frankena, mientras que las restantes expresan diversos aspectos del principio de beneficencia. Estrictamente el principio de no maleficencia impone una obligación negativa que es la prohibición de hacer el mal o algún daño. Sin embargo, es difícil negar que se puede hacer daño al no prevenir las consecuencias nefastas de acciones u omisiones como las señaladas arriba, o al no remover el mal o daño que amenaza a alguien. De hecho, las obligaciones de no maleficencia (p.e. no matar, no robar) al estar relacionadas con la justicia, vinculan con más fuerza que las de beneficencia (p.e. ayudar al necesitado, promover la autonomía ajena).

El principio de no maleficencia se suele explicitar o través de las nociones de daño y perjuicio. Se admite una cierta ambigüedad o imprecisión de estos conceptos en inglés, aunque pasa lo mismo en español. Según el diccionario de la Real Academia Española,⁶ dañar significa: causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia; y perjudicar se define como: ocasionar daño o menoscabo material o moral. "Perjuicio" entra en la definición de daño y viceversa. Sin embargo la idea de "daño" parece ser la categoría fundamental. El principio de no maleficencia prohíbe solamente aquellos daños que son atribuibles a la voluntad humana y que infligen

Programa de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dr. Ricardo Páez Moreno

Páramo Núm. 15, Colonia Hacienda San Juan 14370

Tlalpan, D.F.

Tel. 5673-1532

E-mail: ricardomps@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

un daño injusto, es decir, un daño que implica una lesión o violación de los legítimos derechos e intereses de una persona, puesto que se puede sufrir daño sin que haya habido lesión de los derechos de alguien, anulándose así imputabilidad alguna. Así, por ejemplo, en el caso de una enfermedad o tragedia, la persona sufre daños pero no ha ocurrido ninguna violación de derechos ni ningún acto que sea imputable a alguien desde el punto de vista moral. Pero podría darse el caso de que a alguien se le ha ocultado una información a la que tenía derecho; aunque el ocultamiento redundase accidentalmente en beneficio suyo, el principio de no maleficencia quedaría infringido. Y también puede hacerse una acción dañina y estar moralmente justificada, como cuando un juez impone una condena justa a una persona que ha cometido un delito.⁷

Como afirma Diego Gracia a lo largo de toda su magnífica obra sobre la no maleficencia, el *primum non nocere* ha sido el santo y seña de la medicina a lo largo de toda su historia. La sentencia se halla en el estrato más primitivo de la ética hipocrática y a la vez constituye uno de los temas de mayor debate en las actuales discusiones bioéticas. Ningún otro principio puede servir mejor para comprender el sentido más profundo de la tradición ética a la que nunca han renunciado los médicos occidentales. La bioética actual no anula la ética hipocrática, sino que la absorbe como su verdadero núcleo. De ahí la importancia de extraer las principales enseñanzas que nos ofrecen las interpretaciones del principio a lo largo de la historia de la medicina en Occidente, las cuales enriquecerán la comprensión actual de la no maleficencia. Destacan las siguientes: la preceptiva hipocrática, la no maleficencia como precepto técnico, la no maleficencia como precepto ético-paternalista, la no maleficencia como precepto ético-autonomista, y la no maleficencia como fundamento de la bioética. Se presentarán basándose en el trabajo de Diego Gracia sobre el citado principio.

2. Interpretaciones del principio de no maleficencia a lo largo de la historia de Occidente

a) La preceptiva hipocrática

La no maleficencia aparece claramente en el Juramento de Hipócrates. Para los helenos, siendo el médico un sacerdote cuya función es restablecer el desorden moral contraído por la enfermedad, la primera obligación de éste sería no hacer daño. El juramento es un documento que atestigua cómo la no maleficencia ha sido uno de los principios constituyentes de la medicina occidental. La no maleficencia es interpretada como una serie de preceptos y como un precepto técnico.

La mayor parte de los pequeños libros atribuidos a Hipócrates son verdaderos manuales de preceptiva médica, cuyo ejemplo más significativo es el libro de los *Aforismos*. Los aforismos son sentencias breves, definitorias de algo que acontece con regularidad o que debe ser hecho de una forma concreta; son, por tanto, “preceptos” médicos. Los aforismos son normas deontológicas, máximas de actuación. A éstas corresponde un estatuto lógico, que Aristóteles estudió en el libro de

los *Tópicos*. Los tópicos o lugares comunes, son una “opinión generalmente admitida”. Para Aristóteles los tópicos ofrecen saber sobre lo particular, mientras que la ciencia trata siempre de lo universal. Por eso el tópico es tan importante en medicina, porque el médico intenta saber cómo comportarse ante situaciones particulares.

La medicina hipocrática también es científica en un nivel, en el que el médico hipocrático se vio a sí mismo como un “físico”, un “naturalista” o un “filósofo”. Pero este nivel es, probablemente, el menos médico de la medicina. La medicina es por esencia un saber práctico; es saber actuar con el enfermo concreto. La medicina es *téchne iatriké*. Y en tanto que *téchne*, su saber no es *epistéme* sino *dóxa*. Por eso ha de fundarse sobre tópicos que regulen prudentemente cómo “actuar” (ética) y cómo “producir” (técnica). De ahí que la medicina hipocrática se reduce a pura “preceptiva”. Ante la incertidumbre y relatividad de la medicina, se impone la necesidad de partir de unos buenos tópicos como los propuestos en el libro de los *Aforismos*. Lo que los hipocráticos pretendieron fue dotar a la medicina griega de unos adecuados tópicos.

El libro hipocrático de los *Preceptos* es un ejemplo paradigmático de preceptiva o tónica médica. Se trata de un conjunto de tópicos acompañados de su respectivo comentario. El autor reformula, a su manera, el primer precepto del libro de los *Aforismos*. Del conjunto del libro de los *Preceptos*, no se pueden diferenciar los preceptos técnicos de los éticos. Y ello porque los tópicos son juicios sobre cosas particulares, y tales juicios son generalmente a una ética y técnica. La preceptiva hipocrática es a la vez técnica y ética.

El libro primero de las *Epidemias* (Epid 1,11), después de afirmar que el arte médico no es una *epistéme* sino una *dóxa* que necesita de lento y prolongado trabajo, concluye con este precepto: “ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño”.⁸ El nivel menor o mínimo sería el negativo de no perjudicar, y sobre él estaría el positivo de favorecer. De ser esto así, cabría concluir que la “ética mínima” exige no perjudicar, en tanto que el favorecer tendría carácter más de consejo que de precepto. Esto explicaría porqué posteriormente se desglosó el primer precepto, dándole forma canónica en el aforismo que manda *primum non nocere*.

b) La no maleficencia como precepto-técnico⁹

El estrato más antiguo de la ética profesional de los médicos hipocráticos es estrictamente “técnico”. Lo que en él pretende definirse no es al médico bueno, sino al *buen médico*. Este es el sentido que en el texto de las *Epidemias* tiene la frase “favorecer o no perjudicar”. Con este principio cumple quien favorece técnicamente al enfermo, o al menos no le perjudica. Este es también, probablemente, el sentido originario de la expresión latina *primum non nocere*. Los preceptos griegos tienen primariamente un sentido no moral, sino técnico. Un cirujano bueno tiene que comenzar por ser un buen cirujano.

Hay otro texto dentro del propio *Corpus Hippocraticum*, éste del escrito *Sobre las afecciones* (De afecc 13),

que permite completar el estudio del *primum non nocere* como precepto técnico.

“...el que las trata (las enfermedades) no debe añadir con su intervención ningún mal a la enfermedad, que ya tiene suficiente por sí misma, y debe producir todo el bien que sea posible. Si a pesar de que el médico actúe bien, el enfermo es vencido por la fuerza de la enfermedad, la culpa no será del médico; pero si el médico no actúa bien o desconoce el mal y el paciente es vencido por la enfermedad, la culpa es del médico”.¹⁰

Su primer párrafo está presidido por la idea de que las enfermedades agudas exigen del médico *akribeia*, es decir, exactitud, precisión, diligencia, severidad, disciplina. Realmente éste es el precepto técnico por antonomasia, que el médico debe actuar con exactitud y precisión. En caso contrario, el médico se alía con la enfermedad contra el enfermo, con lo cual la victoria de éste resulta casi imposible.

En un texto de Tucídides, en que se aplica el principio de “favorecer o no perjudicar” a la política, se ve que mandar bien no requiere virtudes “éticas” o “morales”, sino esa virtud “dianoética” o “intelectual” que es la “prudencia”. La prudencia es una virtud indispensable, tanto en la *téchne iatriké* (la medicina como saber técnico) como en la *téchne politiké*. (la política como saber técnico). Además, este texto permite entender que el “favorecer o no perjudicar” es claramente consecuencialista, es decir, que parte de las consecuencias para determinar la moralidad de un acto. No se trata de un principio *a priori* o deontológico, que parte de los principios y se aplica a la vida, sino de un precepto *a posteriori* o teleológico (o consecuencialista). Así se explica que “favorecer” pueda identificarse con el logro de “lo más útil”. Si el “favorecer o no perjudicar” fuera un principio deontológico, no permitiría excepciones a veces necesarias. Así, este precepto tuvo originalmente un sentido técnico en vez de ético, y se interpretó de forma teleológica o utilitarista (regidos por aquello que produce el mayor beneficio). En el fondo, los hipocráticos no tuvieron una idea clara del principio de no-maleficencia. Ellos siempre interpretaron el “favorecer o no perjudicar” desde el exclusivo punto de vista de la beneficencia o generar el mayor beneficio.

La no maleficencia se da en medio del conflicto de distintas consecuencias producto del actuar, cuando hay que ponderar qué daño es menor respecto al otro. Este conflicto la tradición medieval lo ha manejado como “el mal menor”. Se trata de una ponderación consecuencialista en la que los absolutos pueden quedar en cuestión por la gravedad de algunas consecuencias. Tal es hoy día el caso del dilema frente a una paciente embarazada con eclampsia donde hay que elegir entre salvar la vida del bebé o de la madre.

El cirujano bajomedieval Henri de Mondeville aplica el principio de “no perjudicar” a la cirugía. El cirujano debe compartir con el médico sus mismos ideales técnicos y éticos, y a la cabeza de todos el principio que manda “no dañar”. En su opinión, esto es más importante en cirugía que en medicina. “El cirujano debe ser moderadamente

audaz, no disputar delante de quienes no son cirujanos, obrar con prudencia y sabiduría, no emprender ninguna operación peligrosa sin haber previsto todo lo necesario para evitar el daño...”¹¹ De ahí su conclusión general: donde la ética hipocrática lleva a su máxima aplicación es en el campo de la cirugía, razón por la cual puede afirmarse que ésta es de algún modo la culminación de toda la actividad médica.

En el campo del “cuidado” Florence Nightingale argumenta que la idea de cuidar con suficiencia técnica es básico para no dañar a los pacientes. Esta idea la llevó a fundar el cuerpo de enfermeras. El santo y seña de las enfermeras será no dañar, para lo cual requieren una adecuada preparación técnica. “Puede parecer un principio extraño el enunciar como la primera y fundamental condición de un hospital es que no dañe al enfermo”.¹²

En el difícil campo de la clínica, durante el siglo XIX, el no dañar se limitó a conocer con “certeza” la enfermedad del paciente, y su “especificidad”, es decir, su causa. Hoy, muchas veces el no dañar significa tomar la decisión más racional posible, que es tanto como optar por la decisión que concentra una mayor probabilidad. Es preciso optar por la alternativa más probable, si de veras se quiere no dañar al paciente. La lógica probabilística ha abierto una nueva vía de comprensión del hipocrático no hacer daño. Actualmente, en variadas ocasiones es posible cuantificar los riesgos y los beneficios, y hacer equiparable el no dañar como precepto técnico a la razón riesgo-beneficio. En la literatura actual es muy frecuente utilizar el *primum non nocere* en cuestiones relacionadas con los efectos adversos de los medicamentos y la ética del ensayo clínico, lo cual demuestra la enorme complejidad del “no dañar” como precepto técnico. En medicina el *primum non nocere* es siempre el mismo, pero aparece siempre distinto, y de ahí su intrínseca problematidad.

c) La no maleficencia como precepto ético-paternalista¹⁰

Según Zubiri, tres de los productos más gigantescos del espíritu humano se hallan en las raíces de la cultura occidental, y son la cultura griega, la religión de Israel y el derecho romano. En los tres ha tenido vigencia el principio *primum non nocere*, y en todos ellos ha recibido una interpretación paternalista.

En la medicina griega, el texto del *Juramento* no distingue con nitidez la no-maleficencia de la beneficencia; o mejor, engloba ambos conceptos bajo el término genérico de “hacer el bien”. Son como las dos caras de una misma moneda. Además, no se entiende la beneficencia desde la no-maleficencia, sino al revés. El médico del *Juramento* tiene como criterio moral último y único la beneficencia, el hacer el bien al enfermo, y de acuerdo con su opinión, no según la del enfermo. Por eso no es sólo beneficentista, sino también paternalista: trata al paciente como el padre actúa con los hijos menores de edad: buscando su beneficio, pero sin contar con su opinión. De lo cual se deducen dos consecuencias: que en el interior de la propia medicina hipocrática los preceptos “favorecer o no perjudicar” y *primum non nocere* tuvieron no sólo sentido técnico sino también ético, y que

los autores hipocráticos, por ejemplo el del *Juramento*, interpretaron esa sentencia en sentido claramente beneficentista y paternalista.

En el caso de la religión de Israel su expresión más conocida es la del Decálogo, o el comienzo de la *Didaché*, que copia el *Tratado de los dos Caminos*.¹³ Aquí se ve bien cómo la Regla de oro va seguida de la enumeración de los mandamientos del Decálogo, y es de algún modo su síntesis: “ama tu prójimo como a ti mismo, y todo cuanto quieres que no te suceda, no lo hagas tú a otro”. La Regla de Oro de la cultura judía es otro modo de expresar el principio de no-maleficencia. Para Israel lo malo es cualquier incumplimiento de los preceptos del Decálogo. La ética médica cristiana mantuvo a lo largo de muchos siglos, desde luego durante toda la Edad Media, una interpretación del *primum non nocere* que, como la griega, fue siempre paternalista.

El derecho romano formuló así los preceptos del derecho: *honeste vivere* (beneficencia), *alterum non laedere* (no maleficencia), *suum cuique tribuere* (justicia). El segundo, *alterum non laedere*, parece una nueva formulación del principio de no maleficencia, comparable por su rigor y concisión a las dos ya analizadas, *primum non nocere* y *quod tibi fieri non vis, alteri ne feceris* (todo cuanto quieres que no te suceda, no lo hagas tú a otro). El problema está en determinar qué entendió el derecho romano por “no dañar a otro”. La norma general puede ser ésta: todo incumplimiento de las obligaciones jurídicas genera un daño y exige un resarcimiento. El derecho romano reconoce entre varios tipos de obligaciones jurídicas, al menos dos, que llama respectivamente *obligaciones civiles* y *obligaciones naturales*.

La evolución de la idea clásica de derecho natural continuó a todo lo largo de la Edad Media, y acabó cristalizando en una fórmula bímembre: *bonum est faciendum et malum vitandum*. Su semejanza con el “favorecer o no perjudicar” hipocrático es mucha, lo cual es una razón más para explicar el porqué del éxito de la fórmula hipocrática. Este se debería a que más que una pura sentencia médica, es la perfecta expresión del principio básico de toda la ley natural.

El médico debe unir las virtudes éticas con el dominio de una virtud dianoética, el arte de curar, el *ars medica*. Quien ha conseguido esto merece el título de médico perfecto. Él será, lógicamente, quien esté en mejor condición para discernir lo que le conviene o no al enfermo, y por tanto para cumplir el *primum non nocere*. Qué es *nocere* y qué no lo es sólo podía interpretarlo el médico.

Tanto la medicina griega, como la religión de Israel, como el derecho romano, conocieron y expresaron a su modo el *primum non nocere*. Todas coincidieron en conceder prioridad a la beneficencia sobre la no-maleficencia, hasta acabar interpretando ésta en función de aquélla. Toda la cultura antigua fue beneficentista y esto desde el paternalismo. La no-maleficencia, en tanto principio ético específico, les fue prácticamente desconocida.

d) La no maleficencia como principio ético-autonomista

En sentido estricto, sólo puede hablarse de no-maleficencia como principio distinto del de beneficencia a partir del siglo XVII, es decir, cuando se formula la primera tabla de derechos humanos.

Para John Locke todo ser humano tiene derechos individuales. Toda la vida ética y política no tiene otro objetivo que respetarlos lo más posible, o lesionarlos el menor número de veces; son, por ello, derechos “negativos”. Vienen impuestos por la naturaleza, y son anteriores a cualquier tipo de legislación o contrato social. Todos ellos se resumen en el principio de no-maleficencia. La beneficencia es posterior al contrato social. La función de ese contrato es claramente teleológica, en tanto que los derechos civiles y políticos tienen un carácter estrictamente deontológico. El derecho de propiedad es meramente negativo, lleva a no robar las posesiones de los otros, no a igualarlas positivamente.

Para Adam Smith el egoísmo premoral tiene su expresión más acabada en la ciencia económica, la ciencia del egoísmo racional. El sentimiento de simpatía es para Smith el origen de los actos morales de beneficencia, del mismo modo que el egoísmo lo es de los premorales de no-maleficencia.

John Stuart Mill partió de la opinión clásica entre los moralistas, de que hay dos tipos de deberes, los de obligación perfecta y los de obligación imperfecta. Mill continúa diciendo que en el lenguaje de los filósofos del Derecho, los deberes de obligación perfecta son aquéllos en virtud de los cuales se genera un *derecho* correlativo en alguna persona o personas. Los deberes de obligación imperfecta son, por el contrario, aquellas obligaciones morales que no originan tal derecho. Los primeros son deberes de justicia y no-maleficencia; los segundos, de caridad y beneficencia.

De todo esto se deduce que la beneficencia es siempre voluntaria (y por ello resulta inseparable de la autonomía), en tanto que la no-maleficencia no lo es. También cabe concluir que *la no-maleficencia y la justicia se identifican*. Para los pensadores liberales, la justicia es la no lesión de los derechos naturales de las personas, es decir, la no-maleficencia. El *primum non nocere* para el liberalismo, tiene que ver sólo con la no-maleficencia y la justicia, y debe ser completado con otro, referente a la moralidad y la beneficencia, que podría formularse así: *secundum, beneficere*.

Existen dos interpretaciones de esta doctrina liberal. Según Nozick sólo la no-maleficencia es exigible en justicia. La beneficencia debe quedar al arbitrio de los individuos y grupos sociales. La no-maleficencia es una obligación perfecta o de justicia; la beneficencia es obligación imperfecta, es decir, exclusivamente moral. Pero para el socialismo democrático, si bien existen obligaciones perfectas e imperfectas, no hay razón para pensar que sólo las primeras obliguen en justicia. Antes al contrario, cabe decir que obligan las dos, aunque de modo distinto. Todas son obligaciones de justicia, aunque unas deban considerarse de justicia “perfecta”, y otras de justicia “imperfecta”. El resultado es el establecimiento de dos tablas distintas de derechos humanos, una de derechos negativos o “perfectos”, y otra de derechos

positivos o “imperfectos”. Estos últimos son los llamados derechos económicos, sociales y culturales.

La tesis liberal es que el derecho a la propia autonomía no puede ser coartado más que para proteger los otros derechos civiles, y siempre en el menor grado posible. La autonomía es el derecho primario y fundamental de toda la lista, y todos los demás se fundan en él. El único límite es la autonomía que tienen los demás.

A diferencia del mundo clásico, en el mundo moderno se ha propuesto otra interpretación del *primum non nocere* de signo contrario, de estricto carácter autonomista. Si los deberes de obligación perfecta derivados del derecho de autonomía constituyen el ámbito de la no-maleficencia, la beneficencia ha de quedar reducida a los deberes supererogatorios o de obligación imperfecta. La diferencia entre unos y otros se establece de acuerdo con el principio de autonomía, que por tanto es el que da coherencia y unidad al sistema. De la tiranía del paternalismo se pasó a la tiranía del autonomismo.

e) *La no maleficencia como fundamento de la bioética*¹⁴

La primera crítica al autonomismo liberal consiste en señalar qué debe entenderse por “derechos humanos negativos”, es decir, cuál es el perímetro y el sentido del principio de no-maleficencia. Para esto, los filósofos desde el siglo XVIII han buscado un principio absoluto que dé razón suficiente del hecho de la moralidad. Kant encontró este principio en el imperativo categórico.¹⁴ El imperativo categórico es un principio de carácter “autónomo”, pero no en el sentido liberal. Es “absoluto”, y por ello mismo previo a la “voluntad empírica” (la dada en la experiencia cotidiana) de las personas. El imperativo moral depende de la “voluntad pura” (sólo a nivel racional, donde supuestamente no puede haber error). Se trata, por tanto, de un principio superior al de autonomía, que funda “obligaciones absolutas o de justicia”, no “obligaciones relativas o de beneficencia”. Luego entonces el perímetro de la no-maleficencia hay que definirlo según este principio, y no de acuerdo con la tabla de derechos humanos negativos.

Por lo tanto, los cuatro principios canónicos de la bioética desde hace dos décadas, desde un abordaje “puro” o estrictamente “racional”, tienen un rango jerárquico cuyo nivel superior lo ocupa el de no-maleficencia y el de justicia, el segundo puesto ha de ocuparlo la autonomía, y el tercero la beneficencia. Con lo que se concluye que *la no-maleficencia es el principio y fundamento de toda bioética auténticamente racional*. Debe, en consecuencia, afirmarse que *la no-maleficencia es el principio básico de toda la bioética, y la raíz de todos los otros principios*. En la interpretación contemporánea, el principio primario es el de no-maleficencia y justicia, y el secundario o derivado, el de autonomía-beneficencia.

En apariencia, la nueva ética médica debería fundarse en el principio de autonomía. Pero ello conduciría a paradojas mayores a las que hoy se denuncian en el paternalismo. Ni la autonomía ni la beneficencia son principios absolutos. Cuando la ética médica se hace descansar completamente sobre las opiniones

de los pacientes, se está con seguridad ante una ética que se halla “bajo mínimos”. Las obligaciones éticas “absolutas”, previas a toda autonomía, son las de no maleficencia.

Más aún, a la luz del paradigma contemporáneo caracterizado por la complejidad y la incertidumbre, el principio de no maleficencia pierde su carácter tan absoluto puesto que se puede tener la intención de no dañar y sin embargo hacerlo. La dinámica medios-fines se ha complejizado, ya no es lineal y absoluta, dando lugar al azar y a lo no previsible.

Las éticas contemporáneas, tales como la dialógica, la de la responsabilidad y la hermenéutica, tienen como apoyatura última al principio de no maleficencia con carácter absoluto y universal, pero no de manera apodíctica y deductiva, sino tomando en cuenta de diversa manera las circunstancias lo que lleva a especificarlo de diversas maneras.

3. Implicaciones para la práctica médica a la luz de la historia del principio de no maleficencia

Después del recorrido anterior, queda por delante recoger la riqueza aportada por las distintas interpretaciones del principio de no maleficencia y aplicarlas a distintos ámbitos de la práctica de la medicina.

a) *No maleficencia como precepto técnico y ético*

La medicina hipocrática se reduce a aforismos, que son sentencias breves cargadas de sabiduría que regulan prudentemente cómo producir y cómo actuar. El médico debe ser cauto y prudente en la toma de decisiones, y tener en cuenta los preceptos y criterios de actuación de los médicos predecesores. Su carácter es deontológico, y se mezcla la preceptiva técnica con la ética. El *primum non nocere* surge del universo mental de la preceptiva hipocrática.

La medicina al ser un saber práctico ha puesto muy en alto los preceptos para orientar la práctica médica, pero debido a la tecnificación de la misma, corre el peligro de perder este tipo de sabiduría acumulada. Sin duda la medicina basada en evidencias y el aporte de la investigación científica contemporánea son logros importantes de la ciencia médica. Sin embargo sería maleficente aquella práctica médica que obviara el saber técnico y ético acumulado de los antiguos, y pretendiera partir sólo de la ciencia actual. El que no toma en cuenta su pasado, corre el riesgo de cometer los mismos errores que sus antecesores. La humanización de la medicina se ha ido fraguando con la experiencia, y prescindir de ella sería muy probablemente una práctica maleficente.

b) *No maleficencia como precepto técnico*

A partir de la interpretación de la no maleficencia como *precepto técnico*, queda claro que el primer presupuesto para evitar la maleficencia es una buena técnica. La medicina es por esencia un saber práctico; es saber actuar con el enfermo concreto. Por lo tanto es necesario ante todo ser un buen médico, antes que un médico bueno. El primer nivel de moralidad pide hacer una buena técnica.

En la práctica clínica se produce mucho daño cuando los médicos no están bien entrenados.

La medicina que atiende a los sectores más vulnerables con menor capacidad de reclamar sus derechos, es donde se puede prestar a más mala práctica médica, y aunque ha crecido el número de inconformidades, la poca capacidad de exigir sus derechos en los pacientes impide poner límite a malas prácticas del médico. Otro factor que propicia la mala práctica clínica es la inadecuada enseñanza de una buena técnica, debido a la falta de ejercicio desinteresado de la profesión. Y se complican más las cosas cuando existe una inadecuada supervisión de la práctica clínica, puesto que en las instituciones de salud existe poco la rendición de cuentas, tal y como lo afirma el Dr. Alberto Lifschitz:

La relativamente reciente e indudablemente creciente regulación social de la práctica médica, en la que los médicos somos vigilados por nuestros pacientes, la comunidad, los grupos organizados y nuestros pares, ha reducido la excesiva libertad de que los médicos gozábamos para, literalmente, hacer lo que quisiéramos con nuestros enfermos, e introduce una saludable supervisión que, si no llega a extremos ni se maneja visceralmente, puede contribuir a que pongamos más cuidado en nuestro trabajo”.¹⁵

Por supuesto que para favorecer el no justificarse y reconocer haberse equivocado, se requiere de un sistema imparcial de justicia. No está en discusión que la sociedad dentro de los ordenamientos jurídicos que se da, tiene el deber y el derecho de establecer disposiciones que la protejan de eventuales abusos de los médicos en el ejercicio de su profesión. No sería aceptable que pudieran quedar impunes conductas incorrectas de algunos médicos.

Dentro de la concepción técnica de la no maleficencia está la falta de cultura de la prevención del daño, o negligencia, que eliminaría mucha mala práctica. La negligencia se da cuando se infringe el criterio del cuidado debido, es decir, la obligación de proteger a los demás de los riesgos irracionales o del descuido. Se reporta que casi un 70% de las complicaciones iatrogénicas son prevenibles, no obstante el calificativo de daño iatrogénico puede resultar injusto a partir de la idea de que muchas de las consecuencias nocivas de los actos médicos dependen más bien de las condiciones en que éstos se efectúan, por ejemplo, sin los recursos necesarios o atendiendo a normas inconvenientes.

Karl Popper (1902-1994), uno de los filósofos más importantes del siglo XX, decía que el error es la fuente de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana, y que debemos estar preparados para convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría. Una persona y una sociedad maduras sacan provecho de sus errores. Las sesiones anatomoclínicas ya no son sólo una ostentación de las habilidades de los médicos para el razonamiento diagnóstico, ni una oportunidad de poner en evidencia a los clínicos por parte de los patólogos, sino un análisis juicioso de los errores cometidos y de las propuestas para evitarlos.¹⁵

Y fuera del campo clínico ocurre también la no maleficencia por falta de prevención o negligencia, por ejemplo en el caso de la guardería ABC del Estado de Sonora, en México, donde murieron 49 niños y 76 resultaron quemados por la falta de detectores de incendios, extintores, y salidas de emergencia. Además de castigar a los responsables, lo que parece imposible dada la impunidad que existe en México y que es un factor causal importante de maleficencia de muchos tipos, habría que cultivar la posibilidad de evitar los errores y accidentes, tomando el ejemplo de las compañías de aviación, sistematizando los procesos a través de protocolos que consideren los errores latentes, los individuos de alto riesgo y las circunstancias.

c) No maleficencia como precepto ético-paternalista
Desde el punto de vista ético se incurre en no maleficencia al adoptar conductas paternalistas: tratar a los pacientes como menores de edad, porque ellos “no saben.” Muchas veces el poder de decisión está en manos del médico, lo que ha llevado a calificar a la medicina de “dominante.” Un importante motivo de queja de los pacientes frente a los médicos, es que no se les explique qué tienen, que se les prescriba sin preguntarles, que no se les escuche... en definitiva, que se les domine. Existe así una identificación de no hacer el mal con hacer el bien pero desde el paternalismo médico.

De manera semejante, puede darse una minimización o ignorancia de los efectos subjetivos de la acción médica: la maleficencia que se incurre por palabra (p.e. avisos inoportunos o imprudentes, carentes de tacto) o de obra (p.e. una ciega confianza en que la tecnología puede eliminar el dolor, la ansiedad, el estrés, la depresión). Estas conductas aunque pretendan no ser maleficentes, terminan dañando puesto que se ejercen de manera unilateral, sólo desde el criterio médico.

Como puede verse, muchos de los problemas están más asociados con la actitud y los valores en el desempeño del profesional que con la competencia técnico-científica. Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)¹⁶ los factores y condiciones que originaron conflictos entre médicos y pacientes o sus familiares, fueron una inadecuada adaptación a las necesidades de los pacientes y a la aplicación de la tecnología. Destacaron los relacionados con la actitud del médico ante los cambios experimentados en la profesión. Por ejemplo, privilegiar el paternalismo sobre la autonomía, el enfoque fraccionario y predominantemente biológico en la atención, el predominio del empleo de los recursos tecnológicos sobre los propedéuticos, centrar el trato en el cliente en lugar de hacerlo en el paciente, y centrar la atención en el bienestar de sí mismo y menos en el paciente.

Una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México sitúa al maltrato como una de las causas de mala calidad en la atención médica (19%). Y en el análisis de las quejas atendidas en la etapa conciliatoria, 27% se resolvió

mediante una nueva explicación. De lo anterior se deduce que gran parte de los problemas se debe a una inadecuada comunicación entre el médico y el paciente o sus familiares.

Por último, cuando el médico decide qué es mala práctica y qué no lo es, pueden obviarse aspectos maleficentes más de fondo. Un caso frecuente en la medicina pública en México se da cuando los médicos para ayudar a sus pacientes privados ante la necesidad de costosos estudios de gabinete utilizan aquella a discreción, quitándole su lugar o posponiendo a quienes podrían necesitarlo más o tienen derecho a ello. Las enormes listas de espera, que de por sí son una práctica maleficente del Estado al no otorgar los recursos suficientes a las instituciones públicas de salud, se engrosan más con este tipo de prácticas.

d) No maleficencia como principio ético-autonomista
Aunque este tipo de problemas son más propios de los países sajones, es necesario decir una palabra al respecto dado el creciente ejercicio de la autonomía a nivel global.

Un tipo de no maleficencia consistiría en no ayudar a conseguir los deseos del paciente. Se entiende por daño el obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen las condiciones autolesivas y los actos (intencionados o no) de la otra parte. La reflexión se centrará en daños físicos y en actos que buscan, causan o permiten la muerte o exponen al riesgo de muerte. Por ejemplo se incurre en maleficencia cuando no se permite el retiro de medidas de soporte vital que dañan al paciente, o con el encarnizamiento terapéutico que puede relacionarse con motivos religiosos mal entendidos, considerando que hay que luchar por la vida hasta el último momento porque así lo pide Dios.¹⁷ Son los casos en que los inconvenientes superan a los beneficios.

Hoy ante el pluralismo creciente algunas posturas liberales cuestionan qué es dañar, preguntándose si es un daño o no, por ejemplo, el aborto o la eutanasia, o más bien si se daña cuando no se accede a la petición del paciente de realizar un procedimiento que termine con la vida no deseada. Así mismo es propio del pluralismo que frente a este tipo de peticiones exista el derecho a la objeción de conciencia para el médico que considere que incurre en una conducta maleficente al practicar este tipo de procedimientos.

e) No maleficencia como fundamento de la bioética
La reflexión contemporánea, partiendo del imperativo categórico kantiano, pone al principio de no maleficencia como el fundamento más hondo de todo acto moral. De aquí parte una no maleficencia entendida como respecto a la dignidad humana basada no en presupuestos ontológicos, sino en la máxima racional: *obra según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal, u obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio.*

El imperativo categórico se especifica en múltiples formas que mandan no dañar. En el mundo moderno, una de sus más ricas expresiones son los derechos humanos. De tal manera que cualquier acto que lesione los derechos de otro incurre en no maleficencia. En el campo específico de la bioética resaltan los experimentos de Tuskegee, donde se dejó a presos de raza negra sin tratamiento de sífilis terciaria para ver su evolución, o recientemente en Guatemala donde investigadores norteamericanos inocularon deliberadamente el bacilo de la sífilis en pacientes de un hospital psiquiátrico para conocer el efecto de la penicilina.

El Estado debería ser el principal garante de la atención sanitaria de una nación. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..." De ahí que una nación que no garantice *efectivamente* este derecho, es decir no sólo con cobertura universal sino que ésta sea de unos mínimos de calidad, incurre en una práctica maleficente.¹⁸ Aquí habría que añadir la falta de políticas institucionales, que permitan incrementar el bienestar y/o reducir la angustia del paciente y sus familiares.

Considerar estructuralmente el principio de no maleficencia ayuda a descargar parcialmente la responsabilidad individual de ciertos actos maleficentes del médico o del personal de salud, y poner "el dedo en la llaga," esto es, en un sistema que opera maleficentemente. Un enfoque sistémico considera que los seres humanos son falibles y que los errores pueden ocurrir aún en los mejores individuos y que son consecuencias de las condiciones en que éstos trabajan y no de la perversidad humana, por ejemplo, la mala atención de los pacientes por saturación de los servicios de salud debido a la falta de inversión en gasto público en salud.

Dentro de la interpretación contemporánea de la no maleficencia se podría hacer una larga lista de prácticas que lesionan la dignidad humana y que es imposible abarcar en este trabajo. Queda a la labor del bioeticista o del comité de bioética determinar en cada caso, partiendo del imperativo categórico especificado de diversas maneras (dialógica, hermenéutica, procedimental, etc), aquello que es maleficente.

Conclusión

Al término de este recorrido histórico sobre las interpretaciones y algunas aplicaciones del principio de no maleficencia se ha podido constatar la riqueza de contenidos que éste puede tener, y cómo su estrato más primitivo, la ética hipocrática, sigue teniendo hoy toda su vigencia en el paradigma contemporáneo. Partiendo de su interpretación técnica, ética, autonomista o contemporánea, el principio de no maleficencia demuestra ser el pilar de todo el edificio bioético. Sus aplicaciones a la práctica clínica tienen gran relevancia, al abarcar un amplio espectro del mundo moral.

Referencias

1. Gracia D. *Primum non nocere*. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990: 103.
2. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid, Eudema, 1989: 46.
3. Tomás de Aquino. *Suma Teológica Parte I-IIae*. Madrid, BAC, 1956: q.94 art. 2.
4. Frankena W. *Ethics*. 2nd. ed.; Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1973: Chap. 3 *Utilitarianism, Justice and Love*: The Principle of Beneficence, en: <http://www.ditext.com/frankena/ethics.html> [Consultado: 28 de abril de 2011]
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th. ed.; New York-Oxford, Oxford University Press, 1994: 189-258.
6. *Diccionario de la Real Academia Española*. 22a ed; Madrid, Espasa Calpe, 2001. Voces: dañar y perjudicar.
7. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid, Universidad Pontificia Comillas - Desclée De Brouwer, 2003: 130-134.
8. García C. *Tratados Hipocráticos*, vol 5. Madrid, Gredos, 1989: 62-3, citado en: Ibid. p.25.
9. Littré E. *Oeuvres Complètes d'Hippocrate*. París, 1839-1869, vol. VI, p. 221, citado en: Ibid. pp. 27-45.
10. Littré E. *Oeuvres Complètes d'Hippocrate*. París, 1839-1869, vol. VI, p. 221, citado en: Ibid. 36-37.
11. *Chirurgie de Maitre Henri de Mondeville*. Traduction française par E. Nicaise. Paris, Félix Alcan, 1983: 90-91, citado en: Ibid. 41.
12. Nightingale F. *Notes on hospitals*. 3rd ed.; London, Longmans, Green and Co, 1863, citado en: Ibid. 42.
13. Benoit P, Boismard ME, Malillos JL. Sinopsis de los cuatro Evangelios. Bilbao, Desclée de Brouwer, Vol 2, 1977: 123-124, citado en: Ibid. 54-55.
14. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Traducción de Manuel García Morente. Madrid, Encuentro 2000: 57-81.
15. Lifschitz A. *El significado actual de "primum non nocere"*. Seminario: El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina, UNAM, en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html [Consultado: 1 de mayo de 2011].
16. Tena C, Juárez NL. Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS* 2003; 41: 461-63.
17. Brett, AS, Jersild P. Inappropriate treatment near the end of life: Conflict between religious convictions and clinical judgment. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1643-1649.
18. Venkatapuram S, Marmot M. Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health in Research. *Bioeth* 2009; 23: 79-89.