

No maleficencia en la práctica médico odontológica.

Non-maleficence in medical dental practice.

José Eduardo Orellana Centeno,* Roxana Nayeli Guerrero Sotelo,‡
Mauricio Orellana Centeno,§ Verónica Morales Castillo¶

RESUMEN

La humanidad como sociedad parte de premisas básicas y una de ellas es hacer a los demás lo que queremos que nos hagan a nosotros, que se traduce a ser empático en el trato con las demás personas y no olvidar en el caso del personal de salud que nuestra razón de ser es el servicio y la atención a un semejante. En el principlismo bioético, el principio de autonomía en la actualidad es el más importante, pero primero sin duda es el de la no maleficencia (*primum non nocere*: nunca hacer daño). En el sistema de valores morales del personal de salud es un principio básico (*bonum est faciendum et malum vitandum*: hacer el bien y evitar el mal) y se sabe que esos conocimientos son para curar, ayudar y servir a sus semejantes, eso debe de quedar claro para quienes desean estudiar una carrera en salud.

Palabras clave: bioética, principlismo, no maleficencia.

ABSTRACT

Humanity as a society starts from basic premises and one of them is to do to others what we want them to do to us, which translates into being empathetic in our dealings with other people and not forgetting in the case of health personnel that our raison d'être is to serve and care for our fellow human beings. In bioethical principlism, the principle of autonomy is currently the most important principle, but before that it is undoubtedly the principle of non-maleficence (primum non nocere: never do harm). In the moral value system of health personnel, it is a basic principle (bonum est faciendum et malum vitandum: to do good and avoid evil) and principles that dictate to them and they know that this knowledge is to heal, help and serve their fellow human beings, this should be clear to those who wish to study a career in health.

Keywords: bioethics, principlism, non-maleficence.

INTRODUCCIÓN

El personal de salud no solo debe de poseer conocimientos actualizados, habilidades y destrezas, sino además debe de tener valores y principios éticos en su labor médica y profesional. Uno de los principios con el que se forma el personal de salud es el de no maleficencia (*primum non nocere*: nunca hacer daño).

NO MALEFICENCIA

El personal médico tiene la obligación de no hacer daño de manera intencional, esto no es sólo al momento de egresar y hacer su juramento hipocrático, sino desde que ingresa a las aulas y comienza su formación educativa; ya que con sus conocimientos en anatomía, bioquímica, farmacología, etcétera tiene la capacidad

* Profesor Investigador Tiempo Completo de la Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Licenciatura en Odontología. ORCID: 0000-0002-9518-7319

‡ Profesora Investigadora Tiempo Completo de la Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública, Licenciatura en Enfermería. ORCID: 0000-0002-4503-7478

§ Profesor Investigador de la Universidad Cuauhtémoc, Facultad de Odontología, San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

¶ Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, HGZ No. 09, Rioverde, San Luis Potosí, México.

Recibido: 21 de abril de 2024. Aceptado: 03 de julio de 2024.

Citar como: Orellana CJE, Guerrero SRN, Orellana CM, Morales CV. No maleficencia en la práctica médico odontológica. Rev ADM. 2024; 81 (4): 216-219. <https://dx.doi.org/10.35366/117352>



para poder hacer daño a otra persona pero no lo hace, porque simplemente sus valores morales (principio básico de todo sistema moral, *bonum est faciendum et malum vitandum*: hacer el bien y evitar el mal) lo dictan y sabe que esos conocimientos son para curar, ayudar y servir a sus semejantes. Eso debe de quedar claro para quienes desean estudiar una carrera en salud.¹

El personal de salud debe considerar lo siguiente: es importante siempre mantenerse actualizado, esto implica no sólo quedarse con lo aprendido en la universidad, sino, mantenerse actualizado a través de educación continua (cursos, congresos, participar en sociedades académicas, colegios, etcétera), leer artículos científicos y todo aquello que pudiera aumentar y ampliar sus conocimientos. Sólo realizar para lo que el profesional de salud está capacitado, que el dinero no sea el motor de nuestra práctica médica, estamos formados para desarrollar ciertos procedimientos y no debemos realizar aquellos para los que no hemos sido capacitados o de los que tenemos un conocimiento parcial (diplomados o cursos de capacitación) que si bien nos sirven para actualizarnos, no nos garantiza que tengamos el conocimiento teórico-práctico suficiente para desarrollarlo en nuestra práctica médica. Conocer nuestras limitaciones para referir aquellos casos en los que no tenemos el conocimiento para atender a dichos pacientes, por ello es importante recordar la ética de Aristóteles que plantea que la virtud es una disposición habitual y firme para hacer el bien, mientras que el vicio por defecto o exceso es lo opuesto a la virtud. Ejemplo, el coraje que se encuentra entre los extremos de la cobardía y la temeridad, no siendo cobardes en el ejercicio médico porque para ello se ha formado y a su vez no ser temerarios para realizar actos médicos a los que no fuimos formados, en ese caso sería mejor referir.²

En 1930 Sir David Ross en el libro *The right and the good* plantea que la vida moral es aquella que se constituye en los principios básicos que los seres humanos consideran, en primer lugar, obligatorios (o *prima facie*). Partiendo desde ese primer libro, en el año de 1979, Beauchamp y Childress publicaron el libro *Principios de ética y biomédica* que junto con el Informe Belmont se incluyen dentro del principialismo como uno de los cuatro principios de la no maleficencia. Pero este no fue el primer momento de aparición de este concepto, ya que la no maleficencia es el principio más importante de la antigüedad.³

La interpretación del concepto de no maleficencia parte desde una visión occidental, que se divide en la preceptiva hipocrática, técnica, ético-paternalista y ético-autonomista. El precepto hipocrático tiene un origen des-

de el juramento hipocrático y los aforismos. Los aforismos son sentencias breves, definitorias de algo que acontece con regularidad; son por tanto preceptos médicos. Siendo estos aforismos como el equivalente de normas deontológicas o máximas de actuación por parte del personal de salud. Los tópicos son los lugares más comunes, con una opinión en general admitida, que ofrecen el saber sobre lo particular, ciencia sobre lo universal.⁴

El médico, en este precepto, se entiende como un físico, naturalista o un filósofo del saber práctico. La medicina es *téchne iatriké*, *téchne* su saber no es episteme sino doxa, se funda sobre tópicos que regulen de manera prudente su «actuar» (ética) y como «producir» (técnica). No se puede diferenciar los preceptos técnicos de los éticos porque la preceptiva manejada desde el punto de vista hipocrático es técnica y ética al mismo tiempo, es tan importante el conocimiento y la habilidad en el manejo y tratamiento de los pacientes como las cuestiones éticas y el respeto a la salud y la vida de los pacientes.⁵

Más tarde, apareció el precepto técnico, este precepto proviene del estrato más antiguo de la ética profesional es estrictamente técnico, se define no al médico bueno sino al buen médico. Se le conoce como técnico porque este tiene un sentido no moral, proveniente del término *akribeia* que significa exactitud, precisión y disciplina. Este precepto se manejó en demasía por el personal de salud en el siglo XIX, en el cual el concepto de no dañar se limitó a conocer con certeza de la enfermedad del paciente y su especificidad a través de conocer la causa (modelo unicausal biologicista). En la actualidad el concepto de no dañar es más amplio y se considera al tomar la decisión más racional posible, se cuantifica desde el concepto riesgo-beneficio. Este precepto a *posteriori* es parte de la corriente filosófica utilitarista (consecuencialismo) en realizar los procedimientos favoreciendo a los pacientes o no perjudicar a los mismos.⁶

El precepto ético paternalista, aparece desde la cultura griega en donde se explica que el médico paternalista es aquel con un criterio moral último y único, siempre pensando y actuando en la beneficencia del paciente, pero sin contar con la opinión del paciente, ya que él no tiene consciencia o sabe lo que necesita o lo que le sucede. Este paternalismo se basa en una de las dos reglas de oro de la humanidad: no hagas algo que no quieras que te hagan a ti. En la época antigua la mayoría de los preceptos, sobre todo en el tema ético moral, tenía un peso religioso, por lo tanto sólo un ser divino o la consciencia era quien podía hacer que el ser humano cumpliera o no con estos principios morales. Pero en la Roma antigua el derecho romano impulsó, por primera

vez, obligaciones civiles y naturales como parte de la vida cotidiana y todo incumplimiento de las obligaciones jurídicas que generen un daño a otro individuo exige un resarcimiento del daño.⁷

El precepto ético autonomista, que aparece de forma posterior a la Revolución francesa, donde se inicia esta separación de los valores éticos y morales de la pertenencia religiosa; se comienzan a revisar estos principios en el campo laico y nacen los derechos humanos. En este periodo en particular aparecen teóricos que hablan de este tema, iniciando con John Locke quien habla de los derechos negativos y que son anteriores a una legislación o contrato social. Adam Smith quien habla del concepto del egoísmo como la premora de la no maleficencia y del utilitarista John Stuart Mill que nos maneja la presencia de dos tipos de obligaciones, la perfecta y la imperfecta. La obligación imperfecta se refiere a aquellas obligaciones morales que no originan o pueden invocar al derecho, como lo es la caridad y la beneficencia. La obligación perfecta es aquella que genera un derecho correlativo en alguna persona y en esta obligación recaen dos principios del principialismo bioético que son la justicia y no maleficencia.⁸

Dentro del precepto ético autonomista encontramos una corriente liberal que presenta la autonomía como el derecho primario y fundamental, con ello se cambia el pensamiento anterior donde el principio de no maleficencia era, dentro de los principios, el más importante. A partir del principialismo bioético y en el laicismo de la moral, la autonomía y el socialismo democrático nos hablan de obligaciones perfectas e imperfectas, ambas con una obligación de justicia. Asimismo, de los derechos negativos o perfectos y derechos positivos o imperfectos, donde se incluyen derechos económicos, sociales y culturales. Uno de los teóricos, Nozick, comenta que la no maleficencia es exigible en justicia, esto visto como una obligación imperfecta.

Emanuel Kant desde el principio de «imperativo categórico» menciona las obligaciones absolutas o de justicia y las relativas o de beneficencia, así como también señala a la no maleficencia como un principio de carácter absoluto y universal. Para él, la voluntad se divide en dos, la empírica que señala la importancia de la experiencia cotidiana y la pura que se encuentra solo a nivel racional, donde supuestamente no puede haber error.⁹

Las reglas típicas referidas al principio de no maleficencia son las siguientes:

- No matar.
- No causar dolor o sufrimiento.

- No ofender a otros.
- No incapacitar a otros.
- No privar a otros de aquello que aprecian en la vida.

Diego Gracia sostiene que el principio de no maleficencia es el fundamento de la ética médica, siendo éste el principio básico de todo el sistema moral.

La no maleficencia aprueba, en lugar de rechazar, la realización de juicios con relación a la calidad de vida. Los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses.²

Frankena, citado por Páez, une las obligaciones generales de la no maleficencia con la beneficencia en cuatro puntos:

- 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.¹⁰

Desde la postura de la bioética clínica y social, la no maleficencia debe ser vista como el principio que privilegia el no abandono al paciente, tener la precaución de los actos médicos a realizar (seguridad del paciente) y la responsabilidad que debe existir por parte de los profesionales e instituciones de salud. En el ámbito de la práctica médica se pueden cometer errores, por lo cual, se tiene la preocupación de cometerlos en el tratamiento e incluso que este pueda poner en riesgo la vida de la persona.¹¹

Los niveles en la toma de decisiones en la bioética se refieren a:

- Sistemas de referencia: el objetivo es saber cómo son las cosas en el mundo, es ideal de toda explicación racional posible, son previos a la razón.
- Esbozos morales: los contenidos materiales de la moral van evolucionando a lo largo del tiempo, se descubren por la razón. Contenidos que son parte de un sistema referencial. (Diez mandamientos, Declaración Universal de los Derechos Humanos).
- Experiencia moral o racional: se constata con los sistemas de referencia, con la experiencia, se aprueba o reprueba con la realidad. Tenemos la excepción a la regla. La realización de la propia personalidad.

La no maleficencia y la justicia corresponden de forma directa a esa no discriminación biológica ni social de la que habla el sistema.

- Ambos son expresión de que todos los hombres son iguales.
- Todos tenemos obligación de cumplir estos principios y los demás nos pueden obligar a cumplirlos aún contra nuestra voluntad.

La seguridad del paciente bajo el lema ante todo no hacer daño, tiene como objetivo global crear estrategias para reducir la incidencia de enfermedades y muertes asociadas, de manera directa, con la atención en salud.¹²

Por lo tanto, nos hacemos la pregunta, el error en la atención médica es evitable, no existe como tal una respuesta que sea única y deberíamos considerar varios factores como son los siguientes: el profesional de la salud debe de desarrollar su labor basado en la evidencia, para que realmente sea la medicina considerada como una ciencia y no que se realice sólo de una manera práctica; para que esto sea constante debemos no solamente practicar una medicina con técnica y ciencia, sino que el personal médico adopte una actitud favorable con una buena relación médico-paciente, privilegiando la comunicación, empatía y los intereses del paciente.¹³

CONCLUSIONES

Reconocer el riesgo desde la visión bioética permite que se pueda dar respuesta a este mundo que es cambiante y requiere respuesta al manejo de los riesgos dentro de la atención médica, cuya comprensión sea un análisis de la información y se encuentre fundamentado no sólo desde el punto de vista biomédico. Cualquier acto médico en el que se demuestre la mala práctica clínica está incurriendo en el principio de la no maleficencia, pudiendo ser no sólo por fallas técnicas, sino también en el desempeño profesional, con los comportamientos,

no observando el principio de autonomía y observando los derechos humanos del paciente como un deber de parte del profesional de la salud.

REFERENCIAS

1. Koepsell DR, Ruiz de Chávez MH. Ética de la investigación, integridad científica. Comisión Nacional de Bioética Secretaría de Salud, 1era Ed; México, 2015.
2. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Eudema Universidad, 1989: p. 624.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th. ed; New York-Oxford, Oxford University Press, 1994: 189-258.
4. Siurana-Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010; (22): 121-157.
5. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc). 2001; 117: 18-23. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdfS0025775301719987-S300.
6. Sanz-Ortiz J. ¿Qué es bueno para el enfermo? Medicina Clínica. 2002; 1 (119): 18-22.
7. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. 2da Edición, Ed. Desclee de Brouwer. España, 2005.
8. Zerón A. Beneficencia y no maleficencia. Rev ADM. 2019; 76 (6): 306-307.
9. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Traducción de Manuel García Morente. Madrid, Encuentro. 2000: 57-81
10. Páez-Moreno R. La riqueza del principio de no maleficencia. Cir Gen. 2011; 33 (2): 178-185.
11. Sánchez-Barroso J. Vigencia y operatividad de los principios de la Bioética en la solución de problemas a partir de la deliberación moral y de la argumentación jurídica. Pers Bioét. 2010; 14 (2): 187-204.
12. Tena C, Juárez NL. Error y conflicto en el acto médico. Rev Med IMSS. 2003; 41: 461-463
13. Venkatapuram S, Marmot M. Epidemiology and social justice in light of social determinants of health in research. Bioeth. 2009; 23: 79-89.

Conflicto de intereses: ninguno.

Aspectos éticos: no aplican.

Financiamiento: fuente propia.

Correspondencia:

José Eduardo Orellana Centeno

E-mail: jeorellano@unsis.edu.mx