

El dilema bioético
entre lo natural y lo artificial;
el caso de la cirugía plástica estética



Mariblanca Ramos Rocha de Viesca

El dilema bioético
entre lo natural y lo artificial;
el caso de la cirugía plástica estética



Seminario sobre
Medicina y Salud

Seminario sobre Medicina y Salud

El dilema bioético
entre lo natural y lo artificial;
el caso de la cirugía plástica estética

Mariblanca Ramos Rocha de Viesca



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

México, 2016

El dilema bioético entre lo natural y lo artificial; el caso de la cirugía plástica estética /
Mariblanca Ramos Rocha de Viesca, autor. -- Primera edición.
páginas.

ISBN 978-607-02-8330-7

1. Cirugía plástica -- Aspectos morales y éticos. I. Título. Ramos Rocha de Viesca, Mariblanca, autor.
RD119.R35 2016

Seminario sobre Medicina y Salud

Dr. Octavio Rivero Serrano

Director

Lic. María del Rosario Gutiérrez Razo

Editora responsable

Dictaminadores

Mtra. Beatriz Vanda Cantón

Programa Universitario de Bioética - UNAM

Mtro. Víctor Manuel Martínez Bullé-Goyri

Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM

Dr. Carlos D'Hyver De Las Deses De Juillac y Wiechers

Facultad de Medicina - UNAM

Primera edición: 2 de septiembre de 2016

D.R. © 2016, Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán,

C.P. 04510, Ciudad de México

Secretaría de Desarrollo Institucional

Ciudad Universitaria, 8o. Piso de la Torre de Rectoría,

Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México

ISBN: 978-607-02-8330-7

El contenido de los artículos es responsabilidad de la autora.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Libro para distribución gratuita.

Impreso y hecho en México.

Diseño y Diagramación:

Comarketing Editorial, S.A. de C.V.

Cuidado de la edición

Lic. Fernando Arreola Coria

Diseño y formación

Lic. Marissa Elías Morales

Para quienes han dado sentido a mi existencia:

A mi esposo y amigo... Carlos

A mi hijo Andreas

Con amor...

Y en especial para aquellos que partieron y
dejaron en mi corazón un ejemplo a seguir

In memoriam

A Sofía Montserrat

A mi abuelo Marín Ramos Contreras

A mi padre Mario Ramos Palacios

Agradecimientos

Todo libro tiene una historia, una ocurrencia, una idea, un diálogo, un espacio de reflexión, y este trabajo no es la excepción.

Con gran afecto al doctor Fernando Ortiz Monasterio, miembro del Seminario sobre Medicina y Salud, querido amigo quien se adelantó en el camino; y a sus colaboradores cercanos, los doctores Fernando Molina Montalva y Marcia Pérez-Dosal, que a través de su experiencia revitalizaron el proyecto y me aconsejaron en esta labor.

Agradezco también a los doctores Juliana González Valenzuela, Víctor Martínez Bullé-Goyri y Carlos Viesca Teviño, apasionados de la Bioética; a la doctora Olga Labastida Gómez de la Torre, dermatóloga, quienes me guiaron y aconsejaron dentro de una dimensión de crítica y de discernimientos.

A mi Casa de Estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, siempre generosa y a los que fueron testigos de esta transformación, con especial admiración a mi amigo y maestro el doctor Octavio Rivero Serrano.

Y a todos aquellos que me acompañaron en esta aventura: Mauricio Cuevas, Beatriz Vanda Cantón, Hugo Ramírez, Martha Romero, Ángel Alonso, María del Rosario Gutiérrez Razo, Luis Armando Martínez Gil y Rosa María Cruz Martínez.

Al Seminario sobre Medicina y Salud, a María del Carmen Durán Landgrave, Perla Cristal Blas De la Cuadra, Norma Sánchez Peña y al Dr. Rafael Villaseñor Caloca, por permitirme acceder a su archivo fotográfico.

Sin ser menos importante, a todos aquellos pacientes que compartieron sus experiencias y su padecer...

Contenido

Prólogo	XIII
Octavio Rivero Serrano	
Introducción	1
Capítulo 1	
Antecedentes históricos de la cirugía plástica reconstructiva y estética	7
Antecedentes de la cirugía plástica y reconstructiva en el mundo	9
Inicios de la cirugía plástica y reconstructiva en México	15
Los antecedentes prehispánicos	15
El siglo XIX	16
Siglo XX	18
Capítulo 2	
La belleza. De lo social a lo bioético	23
La belleza y lo bello	25
La belleza y la tendencia corporal a través de la historia	27
El cuerpo y la identidad	32
La imagen del cuerpo	34
El padecer por “fealdad” o la “no belleza”	36
Capítulo 3	
La cirugía plástica estética. Una visión actual de su práctica	39
El concepto de cirugía estética	41
El cirujano plástico y la regulación de su especialidad. La formación de consejos y asociaciones	42
La transformación de una especialidad. De la cirugía reconstructiva a la cosmética	43
El campo de la cirugía estética. Tierra de nadie	45
Los procedimientos estéticos. Cifras y estadísticas	46
La proliferación de clínicas privadas. El turismo estético y el financiamiento bancario	54
Publicidad en la cirugía estética	58
Los comités de vigilancia y la cirugía estética. Protección al consumidor	59
Capítulo 4	
La persona humana frente a la cirugía estética. Un análisis bioético de los principios de autonomía, libertad y su vulnerabilidad	61
El paciente y la cirugía estética. Una perspectiva bioética	63

Orden ético en la <i>praxis</i> de la cirugía plástica y reconstructiva	64
El deseo y la cirugía estética. Un dilema bioético	65
La libertad, reflejo de la autodeterminación	67
La autonomía como principio básico	68
La autonomía y sus límites	69
La dignidad humana y la libertad	70
La autonomía, la libertad y la cirugía estética	72
La vulnerabilidad	74
La vulnerabilidad y la cirugía estética	77
Consideraciones sobre la relación del paciente con el cirujano estético. Un análisis desde la vulnerabilidad	79
Población vulnerable en cirugía estética	81
Capítulo 5	
El cirujano estético frente al paciente	89
El cirujano estético y la sociedad contemporánea	91
El cirujano estético. Su primer encuentro	92
Análisis de los principios bioéticos en cirugía estética	93
Responsabilidad profesional del cirujano estético	95
Valoración clínica completa	100
La relación cirujano estético-paciente	102
Práctica clínica y expectativas en cirugía estética	106
Veracidad en la información	107
Consentimiento informado en cirugía estética	107
Establecimientos médicos y servicios de salud en México	111
Obligaciones y responsabilidad médica. Una visión legal de la <i>praxis</i> del cirujano estético	113
Posible infracción deontológica	115
Mala <i>praxis</i> en cirugía estética	115
Demandas más frecuentes en cirugía estética	116
Conflicto de interés y cirugía estética	118
La legislación y la cirugía estética	119
Aspectos profesionales del cirujano estético	122
Requisitos legales	122
Legislación mexicana y sus cambios	123
Reflexión bioética	
Entre lo natural y lo artificial. El dilema de la cirugía estética	127
Anexos	134
Bibliografía consultada	150

Prólogo

En el desarrollo del año académico del Seminario sobre Medicina y Salud, la doctora Mariblanca Ramos Rocha de Viesca ha presentado diversos temas, uno de ellos, convertido en un extenso estudio que le ha permitido acceder al título de Doctora en Ciencias Médicas.

El Seminario sobre Medicina y Salud, conociendo la calidad y la oportunidad del estudio realizado, ha decidido su publicación en uno de los libros que el Seminario editará en el año 2016.

La cirugía plástica y reconstructiva tiene dos facetas distintas, casi antagónicas. Por una parte, con la cirugía reconstructiva logra verdaderas proezas al reconstruir órganos deformados por problemas congénitos o accidentes en el transcurso de la vida; por otra parte, la cirugía plástica permite mejorar el aspecto físico deteriorado por la edad, por cirugías o por accidentes.

En esta última faceta, es posible caer en aspectos de medicina comercial. En este campo, la posibilidad de que el cirujano actúe en forma que rebase los principios éticos del ejercicio de la medicina, existen en una medicina actual, que por intereses económicos está organizada como una industria más.

Desde que el Banco Mundial propuso un cambio en el paradigma de la medicina, proponiendo que ésta dejara de considerarse una profesión liberal y se convirtiera en una industria más, el entorno del ejercicio de la medicina propicia que los interesados en realizar con ella un negocio redituable encuentren nichos, como el de la cirugía plástica, donde la promoción de sus resultados estéticos puede encontrar acogida en una sociedad (sobre todo en las mujeres) para que caigan en las redes de una medicina organizada con este fin comercial.

Por eso, el libro de la doctora Ramos permite un análisis completo de la situación actual.

Esta obra explora los antecedentes históricos de la especialidad; su desarrollo a través del tiempo; la situación actual de los aspectos del área reconstructiva y de las peculiaridades del área plástica.

El libro cumple ampliamente las tareas del Seminario de analizar la medicina actual, con sus fortalezas y sus problemas.

Octavio Rivero Serrano

Director del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM



Introducción

La cirugía plástica estética de tipo cosmético es uno de los mejores ejemplos del empoderamiento de la salud, el puente entre la medicina del bienestar y la sociedad moderna de consumo, el gran desarrollo de la biotecnología y su impacto en la población. La proliferación de clínicas y métodos cosméticos hasta en un 200% en comparación con décadas anteriores son indicadores de la presión social actual, consecuencia de la intolerancia hacia la vejez y la exigencia a estándares globalizados de belleza cultural. Las cifras ofrecidas por la Asociación Americana de Cirujanos Plásticos y Estéticos muestran que México se encuentra actualmente en tercer lugar a nivel mundial de estos procedimientos, a seguir de Estados Unidos de Norteamérica y Brasil. Las estrategias para hacer frente a esa necesidad social han desafiado al campo médico y especialmente al de la Bioética. La Bioética nos aporta herramientas para repensar los dilemas que surgen de la vida cotidiana, y no puede estar ajena a este fenómeno moderno; la cirugía con fines estéticos ofrece "la posibilidad de aliviar el padecer por no sentirse bello" y modificar radicalmente el proyecto de vida de un individuo. El deseo y la necesidad como elementos de la condición humana se proyectan en la creación de lo artificial para su satisfacción.

No es sencillo preguntarnos el por qué la sociedad del siglo XXI ha volcado su mirada a lo bello vinculado al cuerpo y socialización a través de la corporalidad. El tema de la belleza no es nuevo, nació con el hombre y ha estado presente en cada cultura a través de manifestaciones artísticas y de la vida cotidiana. Asimismo, lo bello ha sido abordado por filósofos, sociólogos, psicólogos y puedo afirmar que su definición ha generado debates sin fin, no es un constructo absoluto, pues en él se insertan variables socioculturales e individuales, lo simbólico, la percepción, el afecto y lo vivido. En la sociedad moderna actual la belleza dejó de pertenecer al ámbito de las virtudes para ser depositada en el cuerpo y el potencial de modificarlo a placer. La belleza es ahora un elemento para generar un padecer. No se aceptan los cuerpos naturales, es necesario ajustarse a los constructo social de la belleza que es dictado por la moda y la corriente de antienvjecimiento. El involucramiento de la medicina biotecnológica para manipular y crear cuerpos artificialmente estéticos vulnera el equilibrio de lo natural y lo social. La salud entonces se encuentra enmarcada dentro del equilibrio belleza-cuerpo-salud-enfermedad. Allí es cuando la salud-belleza adquiere un carácter moral. Lo natural en el cuerpo con todas sus propiedades puede ser modificado por una normatividad subjetiva que surge de lo establecido y aceptado socioculturalmente. El problema estético se ha transformado en un dilema bioético para elegir entre lo naturalmente dado y lo artificial,

el cambio potencial a través de la tecnología. La percepción y la imagen corporal del individuo serán producto de su historia, de sus vivencias, de sus anhelos, así los gustos aunque globalizados tomarán formas caprichosas e inimaginables, donde se dirige el hombre, lo complejo de la propia percepción y la vulnerabilidad a la que se encuentra expuesto.

La cirugía cosmética representa a esa industria de la belleza artificial. En esta práctica médica se exhibe la vulnerabilidad existencial y social del individuo. El ejercicio de la cirugía cosmética tendrá que balancear su *praxis* centrada en la revisión exhaustiva de cada caso en particular, la elaboración de un plan quirúrgico con expectativas reales, una mayor vigilancia de tipo sanitario, y un nuevo código de ética para fijar la frontera entre lo natural y lo artificial. Aunque legalmente los cirujanos estéticos son los únicos autorizados para realizar este tipo de intervenciones, existen muchos otros especialistas que las realizan a diario, como oftalmólogos, ginecólogos, otorrinolaringólogos, y la biotecnología estética también está a disposición para cada especialidad, como sería el caso del aclaramiento del color de ojos o el rejuvenecimiento vaginal con el uso de láser. El límite de la *praxis* de la cirugía estética es el deseo del enfermo y su poder económico. Los códigos vigentes de las sociedades médicas no han sido suficientes para garantizar el bienestar del enfermo. En Estados Unidos de Norteamérica existen especificaciones estrictas sobre los procedimientos estéticos; desafortunadamente, es frecuente observar que el deseo del paciente es el que finalmente dará el visto bueno a la opinión del cirujano plástico. Idealmente, sería quien a través de un paternalismo débil guiara al enfermo para la mejor opción, pero el médico necesita comprender y descifrar el deseo del paciente y el concepto de belleza que se encuentra en su imaginario corporal, quizá es éste el proceso más difícil dentro de la relación médico-paciente. El médico es quien informará bajo el modelo deliberativo cuáles son las mejores opciones. La exigencia de un consentimiento informado amplio es indispensable en todas las clínicas y hospitales en donde se realicen procedimientos de tipo estético. Este tipo de cirugía debería tomarse con reserva en menores de edad, y en los pacientes con depresión, duelos recientes, separación de la pareja, u otros problemas emocionales o de personalidad, o en donde sea una solución rápida a problemas físicos que requieran un esfuerzo por parte del enfermo. Es una obligación de los médicos y del Estado el establecer un control estricto de la venta de materiales con fines cosméticos, así como la vigilancia de la procedencia de estos productos.

El primer capítulo se centra en los antecedentes históricos de los procedimientos estéticos hasta el surgimiento de la especialidad a nivel mundial y de México.

El segundo capítulo estudia la belleza como fenómeno social y bioético, la modificación de los patrones culturales de belleza y la imagen de la mujer a través de la historia hasta llegar al momento actual. El cuerpo desde la bioética, la identidad, el padecer por "fealdad".

El tercer capítulo está centrado en el panorama actual de la cirugía estética apoyado en estadísticas, análisis del fenómeno comercial, la proliferación de clínicas privadas, la publicidad y la protección al consumidor.

El cuarto capítulo corresponde al análisis bioético de la persona frente a la cirugía estética. Allí se analizan a profundidad desde la bioética diferentes temas: el orden ético en la *praxis* de la cirugía; el deseo como dilema bioético; los principios de autonomía, libertad, dignidad y vulnerabilidad

en el campo de la cirugía estética; así como las consideraciones sobre la relación del paciente con el cirujano.

El quinto capítulo habla sobre el cirujano estético y el paciente; se analiza el primer encuentro, la relación médico-paciente; la responsabilidad profesional del cirujano estético, la veracidad de la información, las expectativas, el consentimiento informado, así como las obligaciones médicas y legales de su ejercicio profesional. Hasta dónde el cirujano puede ejercer una relación paternalista con el enfermo y cuál es el verdadero límite en el ejercicio de su profesión. En el caso de la cirugía cosmética, el cuidado hacia el enfermo tiene un límite que puede teorizarse *a priori*, siempre y cuando se hallan aclarado los recursos disponibles y las necesidades psicológicas del enfermo.

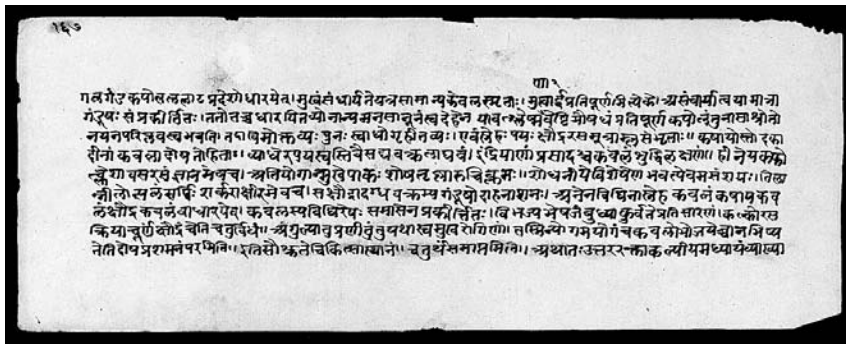


Capítulo 1

Antecedentes históricos de la cirugía plástica reconstructiva y estética

***Historia... Depósito de las acciones, testigo de lo pasado,
ejemplo de lo presente, advertencia de lo por venir.***

Miguel de Cervantes (1547-1616)



Página del *Susruta Samhita*, libro de texto *Ayurveda* de varios procedimientos e instrumental quirúrgicos. El texto muestra las enseñanzas de Dhanvantari, Rey de Kasi (Benares) a su alumno, Susruta

Antecedentes de la cirugía plástica y reconstructiva en el mundo

La historia de la cirugía plástica reconstructiva puede dividirse en dos grandes periodos: el antes y el después de la aparición de la anestesia y los procedimientos de asepsia y antisepsia en el siglo XIX.

Las primeras cirugías de carácter estético están documentadas en la India Antigua, alrededor del año 600 a.C. en el libro *Susruta Samhita*, cuyo autor fue el médico de nombre Susruta, se describe en detalle la técnica conocida en la actualidad como *método Indiano*. Se trata de colgajos pediculados tomados de la mejilla o de la frente para la reconstrucción de la nariz amputada, castigo que se infringía por delitos considerados como mayores. La mutilación tenía como fin la estigmatización del delincuente ante la sociedad. Una variante a este modelo es el Indiano antiguo, en donde el tejido era extraído de la región glútea, tras ser flagelada hasta producir un gran edema; posteriormente con un cemento se “pegaba” el colgajo a la zona lesionada.^{1,2} En la Roma Imperial, Aurelio Cornelio Celso, en su obra *De Re Medica*, describe los colgajos de “avanzamiento” y los colgajos en isla con pedículo subcutáneo erróneamente conocidos como el modo francés.³

¹ González Ulloa M. “Desarrollo de la Cirugía Plástica. Ensayos”. México. Tesis Recepcional, Facultad de Medicina. UNAM. 1938, p. 10.

² Sorta-Bilajac I. Muzur A. The nose between ethics and aesthetics: Susruta's legacy. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 2007; 137 (5): 708.

³ Vecchyo C, Rabell J. "La Cirugía Plástica y su evolución histórica". En: *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México, 1993, pp. 16-17.

Históricamente, se considera como el padre de la cirugía plástica reconstructiva a Gaspar Tagliacozzi (1546-1599) de la Universidad de Bolonia en Italia. En 1597, Tagliacozzi publicó el libro *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*, en el que explica en forma detallada el colgajo pediculado del brazo para reconstruir la nariz, lesiones que principalmente eran ocasionadas por la sífilis, o como un castigo por violación a las normas sociales, principalmente infidelidad y por mutilaciones de guerra. La técnica consistía en realizar dos incisiones paralelas de veinte centímetros de longitud y ocho centímetros de separación en la cara anterior del brazo llegando hasta la primera fascia aponeurótica. Este colgajo se separaba por telas de lino empapadas en aceite y los pedículos se cortaban en su parte superior una vez transcurridos 15 días, y se unían al defecto nasal después de haber revivido los bordes. El brazo se mantenía en esa posición por medio de un vendaje especial que pasadas tres semanas se amputaba el lado correspondiente al brazo y se amoldaba para dar forma a la nariz. A este modo quirúrgico se le conoce como la técnica italiana o de Tagliacozzi.⁴⁻⁷

Las innovaciones de Tagliacozzi cayeron en el olvido debido a que el libro fue censurado y ocultado por la Inquisición, pues se consideraba un desacato a Dios que la mano del hombre intentara calmar el castigo divino, el pecado por el que se merecía la distorsión de la cara y la nariz.

Para ocultar la destrucción de la pirámide nasal se idearon medidas para repararla. Lo más frecuente fue la manufactura de prótesis metálicas, entre las cuales las más elegantes eran de plata, como la tan renombrada nariz postiza del Cardenal Gonzaga, quien se ufana de haber vivido



Gaspar Tagliacozzi (1546-1599) e imagen del método italiano de reconstrucción nasal de su libro *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*

⁴ González Ulloa M. *Op. cit.* 1938, p. 10.

⁵ Haeger K. *Historia de la Cirugía*. AB Nordbook, 1988, Gothernburg, Suecia. Traducción de Alfredo Cruz Herce de la edición en inglés *The Illustrated History of Surgery*. 1999, pp. 111-112.

⁶ Torres Estrada A. "Algunos trabajos de cirugía plástica de la cara". En: *Gaceta Médica de México. Academia Nacional de Medicina* 1929; 60 (1): 353.

⁷ Vecchy. *Op. cit.* 1993, p. 18.

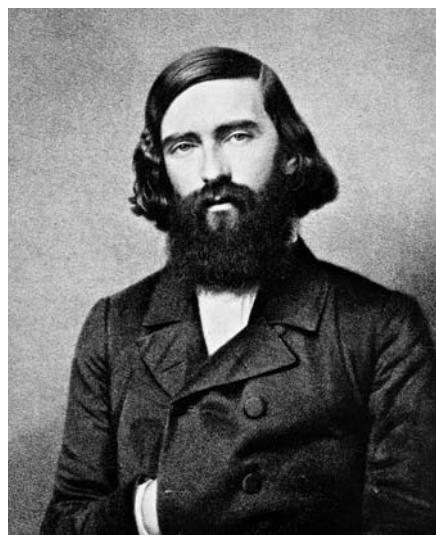
intensamente “en el mundo” durante su juventud, antes de emprender seriamente el camino de la virtud. Destacan también el tratamiento de heridas y las prótesis diseñadas por Ambrosio Paré, padre de la cirugía moderna, cuyas obras fueron publicadas en 1585.⁸⁻¹⁰

Es Reneaulme de la Garanne (1712) quien se atreve a revivir el procedimiento de Tagliacozzi, con la variante de colocarlo sin un tejido de granulación, aunque no logró obtener buenos resultados, pero brindaba nuevamente la oportunidad de repensar este tipo de técnicas. Por aquel tiempo, Desavit introduce por primera vez el término de cirugía “plástica”, haciendo referencia a la capacidad de moldear el cuerpo, palabra derivada del griego *plastikós*.¹¹

La difusión del método Indiano en el continente europeo fue en octubre de 1794 a manera de un artículo anónimo firmado con las iniciales B.L. y titulado “*Penant’s View of Hindustan*” en el *Gentlemen’s Magazine* de Londres. En él, se relataba el caso de un chofer *parsi* llamado *Cowasjee*, quien se encontraba en el servicio británico cuando fue capturado por la rebelión de *Tipu Sultan, Fath Ali, Nawah de Mysore* (1753-1799) y al que le habían amputado la nariz y una mano. Un año después habría sido operado por un miembro de la casta de fabricantes de alfareros de las cercanías de Poonah: “es... muy curiosa, y en Europa, una cirugía desconocida... que utiliza un colgajo de la piel para reconstruir o reemplazar la nariz”. El procedimiento, observado por Cruso y Trindlay, y descrito por Trindlay del sorprendente resultado quirúrgico, dice:

“...el alfarero tomó un molde sobre el muñón de la nariz amputada, lo extendió después hacia la frente e hizo una incisión a su alrededor, dejando un pequeño pedículo en la raíz de la nariz por donde se establecería la irrigación, posteriormente torció el colgajo hasta colocarlo en su sitio, previamente reavivando los bordes, y luego lo fijó con terra japónica.”

Posiblemente un cirujano militar que leyó el artículo en el periódico de Madras en marzo de 1794 hizo una reseña de este procedimiento. El retrato de *Cowasjee* elaborado por James Wales existía con todas las versiones de esta historia. J.C. Car-pue fue el primer cirujano en Londres en reproducir la técnica en 1814, primero en cadáveres y posteriormente en dos pacientes. En 1818 Von Graefe publica el primer tratado de cirugía plástica moderna posterior al de Tagliacozzi.¹²⁻¹⁵



Albrecht Von Graefe

⁸ Haeger. *Op. cit.* 1999, p. 110.

⁹ González Ulloa. *Op. cit.* 1938, p. 24.

¹⁰ Torres. *Op. cit.* 1929, pp. 359-361.

¹¹ Vecchy. *Op. cit.* 1993, p. 19.

¹² González Ulloa. *Op. cit.* 1938, p. 11.

¹³ Klein. “Uber Rhinoplastick”. En: *Heidelberg Klinische Annalen* 2 1826: 103-111.

¹⁴ Torres. *Op. cit.* 1929, p. 353.

¹⁵ Vecchy. *Op. cit.* 1993, p. 19.

La lista puede ser larga o interminable, en cada lugar del mundo se sumaron médicos y técnicas que convirtieron a la cirugía general en una especialidad, esa cirugía que pretendía no sólo la obtención de la salud, sino también como fin el conservar y promover la estética del individuo.

Antes de 1840, el gran problema para realizar cualquier intervención quirúrgica era el dolor. Las drogas disponibles para inducir la sedación eran el extracto de opio, la belladona, el eléboro, la mandrágora, el *musk* y la escopolamina. El alcohol se consideraba por excelencia el anestésico de elección dada su facilidad de inducir sedación completa, y un tiempo de acción calculado en 20 minutos, suficiente para extirpar de un solo golpe tumores en cara; a pesar de los molestos efectos colaterales como la náusea, vómito, congestión cerebral y muerte. Otras técnicas anestésicas descritas a lo largo de la historia fueron los golpes en la quijada hasta inducir la inconsciencia, la aplicación de irritantes frotados en la piel y las flebotomías para producir "inestabilidad" en los pacientes.

A finales del siglo XVII fue introducido en Viena y en París por Antón Mesmer (1734-1815), un procedimiento al que James Braid (1795-1860) le llamó *sueño nervioso* o *mesmerismo*. Esta técnica producía en sujetos sensibles un estado de sonambulismo o magnetismo animal. James Esdaile (1808-1859), promotor del mesmerismo, durante su trabajo en la India, obtuvo buenos resultados, reportando una mortalidad por dolor del 5% en 261 intervenciones. Humphry Davy (1778-1829) descubrió el óxido nitroso, conocido como el gas de la risa y junto con Michael Faraday (1791-1867) describieron el efecto soporífero del éter.^{16,17}

Es importante resaltar el hecho que aún con la carencia de una anestesia segura, a través de la historia se puede evidenciar que los cirujanos siempre procuraron aliviar el dolor de sus pacientes. Las técnicas que a nuestros ojos parecen insólitas, sólo nos dejan ver el esfuerzo y la tenacidad de médicos que carecían de recursos tecnológicos.

La anestesia quirúrgica formal fue introducida en el año de 1840 por dos dentistas, Horace Wells y William Thomas Green Morton, que experimentaron con el óxido nitroso y el éter. Ellos lograron satisfacer los criterios de una anestesia satisfactoria con relación al alivio del dolor que era quitarlo de forma completa, inevitable y segura. James Young Simpson descubre el cloroformo, y John Snow lo utiliza en una mujer en trabajo de parto en el año de 1853. La anestesia local, fundamental en el desarrollo de la especialidad de la cirugía plástica, se aplicó por primera vez en el año de 1850, por Sertürner, quien aisló los cristales de morfina a partir del opio. Otro anestésico local fue la cocaína, el oftalmólogo Carl Söller la uso en la córnea, y Halstead (1880) la aplica en los trayectos nerviosos, en punciones subaracnoideas y epidurales, y se conoce desde entonces como anestesia espinal.^{18,19}

La teoría bacteriana junto con la asepsia y antisepsia fueron conocimientos que surgieron paralelamente al de la anestesia, y es otro de los grandes factores que revolucionan las técnicas

¹⁶ Entralgo Laín. "El tratamiento y la prevención de la enfermedad". En: *Historia de la Cirugía e Historia de la Medicina*. Salvat. Barcelona. España. Primera edición 1978, Reimpresión 1978, p. 524.

¹⁷ Barquín M. "La revolución de la cirugía, anestesia y asepsia. Hemostasia y anestesia". En: *Historia de la Medicina*. Méndez Editores, Octava Edición, 2001, pp. 313-314, 316-319.

¹⁸ Entralgo. *Op. cit.* 1978, pp. 524-526.

¹⁹ Barquín. *Op. cit.* 2001, pp. 316-319.

quirúrgicas al disminuir el riesgo de infección. Joseph Lord Lister en 1867, había demostrado que en las fracturas expuestas la infección era la responsable del 60% de la mortalidad en los enfermos, por lo que sugirió la desinfección de manos, instrumentos y un vestido especial para la cirugía, concepto al que llamó asepsia y antisepsia. En noviembre de 1877 Robert F. Wier, uno de los cirujanos plásticos americanos más reconocidos, apoyó abiertamente las teorías alemanas y británicas de la antisepsia. Además, el simple hecho de disminuir el riesgo de infección favoreció a que los enfermos desearan someterse a procedimientos quirúrgicos.^{20,21}

Una vez resuelto el dolor y posteriormente la infección, la cirugía toma el rumbo de la especialización. Los médicos por primera vez son reconocidos históricamente como cirujanos, y no sólo se dedican a procedimientos como las flebotomías, amputaciones o la reducción de fracturas. Su trabajo se volvió cada vez más sofisticado para la reconstrucción de la cara y el cuerpo. En el siglo XIX destacaron diferentes médicos como Johann Friedrich Dieffenbach de Berlín²² quien retoma la técnica publicada en Heidelberg por Klein (1826), con el fin de restaurar la belleza y la funcionalidad de la nariz, que consistía en el reemplazamiento en la nariz de sus partes perdidas o lesionadas por sífilis o traumatismos con prótesis de oro, o escisiones externas para elevar o deprimir la punta nasal y la reducción de narices largas, todo lo anterior para restaurar la belleza y la funcionalidad de la nariz.²³

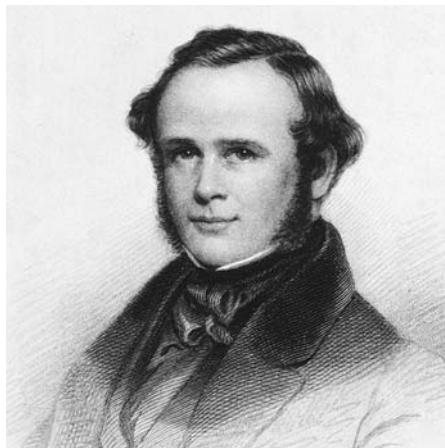
En mayo 15 de 1899, se realizó por primera vez la aponectomía abdominal o dermolipectomía para reducir el panículo adiposo abdominal, método desarrollado por Howard A. Kelly

²⁰ Entralgo. *Op. cit.* 1978, p. 528.

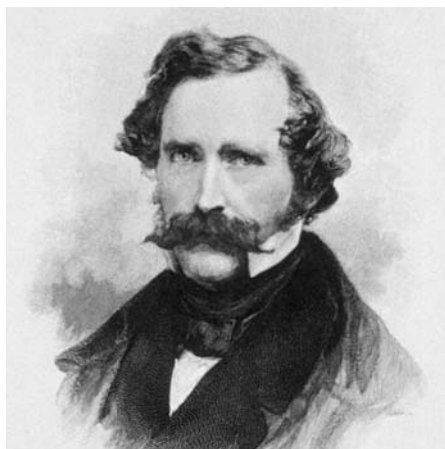
²¹ Barquín. *Op. cit.* 2001, pp. 311-315.

²² Dieffenbach JF. *Chirurgische Erfahrungen, besonders ubre dieWiederherstellung zerstörter. Theile des menschlichen Köpers nach neueun Methoden.* 4 vols. Berlin Ensilin, 1829, p. 39.

²³ Klein. "Über Rhinoplastick". En: *Heidelberg Klinische Annalen* 2 1826: 103-111.



Horace Wells



William Thomas Green Morton



Experimentación de anestesia con éter

en Baltimore para el tratamiento de la obesidad extrema. Kelly removió un panículo adiposo que pesaba 14.9 libras de una mujer judía que tenía un peso de 285 libras. La pieza reseca era de 90 cm de longitud, por 31 cm de ancho y 7 cm de grosor, de acuerdo con lo expresado por el cirujano era “mayor que un abdomen normal femenino ordinario”.²⁴ A esta mujer con anterioridad el cirujano J.W. Chambers, también de Baltimore, le había removido 25 libras de sus senos. En aquel entonces, el antropólogo Hans F.K. Günther (1891-1968) hacía una representación característica de la mujer judía como el símil del antisemita Arnoldo Bocklin, un vientre protuberante, senos caídos y abundante grasa corporal, semejante a la figurilla de la Venus de Willendorf; estas imágenes marcaron la ideología estética en Estados Unidos. El eugenista norteamericano Albert Wiggam (1871-1957) afirmaba que su país estaba siendo invadido por mujeres horribles que eran regordetas, bajas de estatura, de piernas pequeñas con pies grandes, y con caras que denotaban falta de expresión y poca belleza.

Los cirujanos plásticos centraron su atención en el cambio de los aspectos étnicos, que tenían su origen en el racismo y el rejuvenecimiento. Era evidente que en Nueva York a los judíos inmigrantes se les negaba trabajar por identificarlos fácilmente con su raza. El cirujano Eugen Holländer en 1901 efectuó la primera ritidectomía o *lift* en un aristócrata polaco. Según sus apuntes, las mujeres acudían a la consulta para solicitar cambios físicos en cara y cuerpo. Él proponía y mostraba con dibujos la cirugía a realizar; el corte de la piel facial al frente de la oreja, o el tirar del pliegue nasolabial, y cómo las esquinas de la boca podrían ser sujetadas. Erich Lexer describe una técnica



Howard A. Kelly

similar que practicó en una actriz, jaló la piel de la frente con ligas por las noches hasta provocar que ésta se estirara y se lograra obtener pliegues transversos, para posteriormente realizar incisiones en forma de “S” atrás de las orejas y en la línea del pelo.²⁵

El cirujano Johann K.G. Fricke introdujo el término de *blefaroplastia* en 1829, con el fin de aliviar las alteraciones de la visión por la laxitud del párpado. Este método era similar al realizado por Aurelio Cornelius Celsus en el siglo I d.C pero, Celsus tenía como objetivo la reconstrucción de la pérdida de un ojo. La corrección de cualquier defecto fuera de la laxitud del párpado que provocaba alteraciones de la visión, o la pérdida de la nariz por enfermedad o mutilación, era mal visto pues se consideraban la manifestación de un pecado, y su corrección era atentar contra la voluntad de Dios. En Chicago, Charles Conrad Miller (1906) por primera vez realizó un procedimiento para

²⁴ Kelly HA. “Excessive Growth fat”. En: *Bulletin of Johns Hopkins Hospital* 1899: 10: 197.

²⁵ Lexer E. *Die gesamte Wiederherstellungschirurgie*. 2 vol. Leipzig JA Barth 1931, p. 548.

remover las bolsas palpebrales, retirándose años después para dedicarse únicamente a la cirugía general, pues las críticas de los pacientes y de sus familiares no se hicieron esperar, pues “el resultado no era el pensado”.^{26,27}

En París, después de Holländer y Lexer, vino Susan Noël, reconocida como la primera cirujano estética-reconstructiva, quien al principio de su carrera se desempeñó como dermatóloga cosmética. Su entusiasmo se vio reflejado al atender en 1912 a Sarah Bernhardt que regresaba de Chicago, que había sido intervenida quirúrgicamente por Conrad Miller. A principios del siglo XX los dermatólogos fueron los primeros en realizar los procedimientos de embellecimiento físico sólo en aquellas mujeres diagnosticadas como casos desesperados, por el riesgo que sus maridos las abandonaran; la cirugía era una manera de reforzar el amor, la fineza y la belleza, pero entonces existía el estigma de que aquellas mujeres con cirugía “no debían hablar de ello”.²⁸⁻³⁰

Para 1912 Jacques Joseph introduce la técnica de levantar los cachetes, intervención que dejaba una pequeña cicatriz en la oreja.^{31,32} Raymond Passot, estudiante de Hippolyte Morestin, implementa el cortar excedente de las mejillas, maniobra que se efectuó para el *lift* de cara hasta el año de 1970.³³

A partir del *lift* de cara —estiramiento y corte—, este se convirtió en un método estándar para cambiar la superficie del cuerpo estirando la piel, los cirujanos hablaban de que a través de éste se lograba también el rejuvenecimiento del espíritu. Charles Willi escribió en 1926 acerca de las inyecciones subcutáneas de grasa en los pliegues nasolabiales, sin dolor ni peligro por rechazo, y como resultado los pacientes eran inmediatamente rejuvenecidas. En contraparte, Conrad Miller estaba interesado en los signos de madurez en las mujeres y en que muchos de estos signos continuaran y en no perpetuar la “juventud” a base de cirugías. La compulsividad para encontrar la belleza se unió como en la actualidad a los diagnósticos de temperamento basados en las protuberancias o hundimientos en el cráneo, disciplina llamada frenología.^{34,35}

Inicios de la cirugía plástica y reconstructiva en México

Los antecedentes prehispánicos

Igual a lo que sucedía en otras partes del mundo, la amputación de la nariz era una lesión frecuente en el México prehispánico, sólo que la causa era otra: la nariz, que quedaba al descubierto en los yelmos utilizados en la guerra por los caballeros águila y jaguar, podía ser cercenada cuando el

²⁶ Zeis E. *Handbuch der plastischen chirurgie* (Berlin, Reimer 1838). Patterson. TSJ, *Zeis' Manual of Plastic Surgery*. Oxford University Press, 1988. p. 53.

²⁷ Gilman S. *Making the Body beautiful. A cultural History os aesthetic surgery*. 1999. Princeton University Press, New Jersey USA. Second printing. Paperback. p. 136.

²⁸ *Ibid.* 1999, pp. 319-320.

²⁹ Noël A. *La Chirurgie esthétique*. Paría, Masson 1926; pp. 6-7.

³⁰ Noël A. “Cultural and Socio-economic Background”. En: Millikan L, Parish C (eds.). *Global Dermatology*. New York Spriger 1944: 25-27.

³¹ Joseph J. *Nasenplastik und sonstge Gesichtsplastik*. Leippzig 1931; pp. 3-4.

³² Gilman. *Op. cit.* 1999, p. 146.

³³ *Ibid.* 1999, p. 311.

³⁴ *Ibid.* 1999, pp. 310-314.

³⁵ Stafford BM, La Puma J, Schiedermayer DL. One face of beauty, one picture of health: the hidden aesthetic of medical practice. *Journal of Medicine & Philosophy* 1989; 14 (2): 213-230.

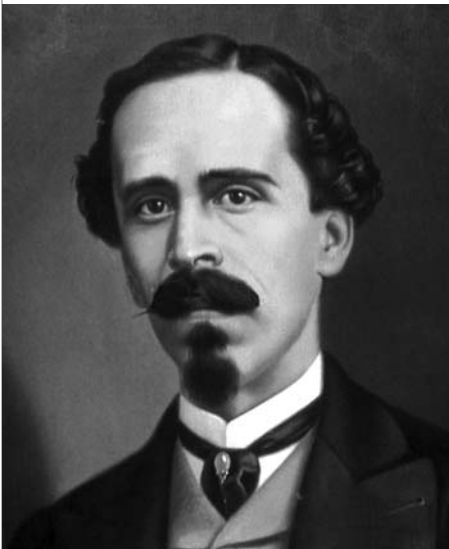
guerrero echaba la cabeza hacia atrás para evitar el golpe de la macana, pues las afiladísimas navajas de obsidiana que tenía ésta cortaban de tajo la nariz. Los médicos tlatelolcas y mexicas relataron a fray Bernardino de Sahagún, que los guerreros al sufrir una herida, recogían la nariz y visitaban al *texoxotla ticitl*, el cirujano. Lo que éste hacía, tras limpiar la herida y los bordes cercenados de la nariz, era volver a colocarla en su sitio, suturándola con cabellos o fibras muy delgadas de hilo de maguey, empleando como aguja la punta de una penca del mismo, ésta era seleccionada por su pequeño diámetro. Los puntos deberían colocarse a muy corta distancia uno del otro y la sutura cubrirse con miel; se señalaba que en caso de que la nariz se pusiera negra, es decir, que no recobrara la circulación, no quedaría otra cosa por hacer que quitarla y recurrir a una artificial. Lamentablemente, los textos de la época no hacen ninguna mención de cómo se hacía esta nueva nariz artificial.³⁶

El siglo XIX

En México, Lauro María Jiménez publica en el volumen de 1856-1858 de la *Unión Médica de México*, un artículo titulado “Nuevo método de rinoplastia”, en el cual se hacen consideraciones que continúan vigentes hasta nuestros días. La idea de que no sólo las prendas adornan un espíritu inteligente y justo, sino también debe “procurarse que su cuerpo se conserve limpio de toda lacra que pueda inspirar ideas desfavorables, producto de algunas enfermedades, que lo convierten en un ente asqueroso e indigno de tratarlo”. Seguramente se refería una vez más a la sífilis. La rinoplastia para me-

diados del siglo XIX pretendía devolver su forma a la nariz perdida, para que ésta dejara de ser una fuente de estigma y así evitar que agentes externos pudiesen destruir aún más los tejidos de la cara.³⁷

También de forma temprana se reportaron la cirugía de labio leporino en el año de 1836, por el doctor Pablo Martínez del Río.³⁸ Con el empleo de la recién descubierta anestesia por inhalaciones de cloroformo, era posible reparar lesiones de tipo congénito, como lo comenta Lauro María Jiménez que, en su experiencia, era posible también la corrección del labio leporino, agregando a la sutura la incisión subcutánea del músculo orbicular de la boca. La principal complicación, a su modo de ver, era que después de cicatrizada la herida el labio presentara en su parte media una superficie más pronunciada, volteándose el borde hacia arriba y hacia fuera. El defecto podía depender del tipo de incisiones y de la contracción del músculo orbicular.³⁹



Lauro María Jiménez

³⁶Viesca C. *Ticiotl. La medicina prehispánica en México*. Facultad de Medicina. UNAM. 1995.

³⁷Jiménez LM. Nuevo método de rinoplastia. *La unión Médica de México* 1856-1858 (2): 100-104.

³⁸Martínez del Río P. Operación del labio leporino. *Periódico de la Academia de Medicina de México* 1836: (1): 356-357.

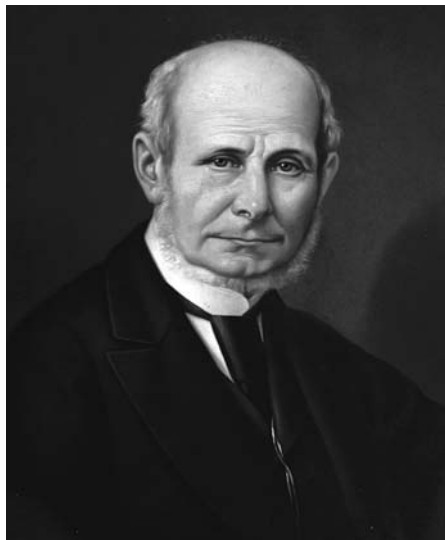
³⁹Jiménez. *Op. cit.* 1856-1858, pp. 100-107.

Luis Muñoz fue uno de los puntales de la cirugía mexicana por medio siglo. Hijo de Miguel Muñoz, heredó de él el cuidado de la perpetuación de la vacuna en México, tarea que cumplió impecablemente desde 1844. Su contribución a la cirugía plástica fue la realización de injertos dermo-epidérmicos de acuerdo con una técnica propia, modificación de las preconizadas por los autores franceses contemporáneos suyos, en pérdidas grandes de sustancia y los éxitos obtenidos, los cuales reportó en la *Gaceta Médica de México* en 1870.⁴⁰ Asimismo, José María Bandera (1871) escribe acerca de la nobleza de los injertos para reparar lesiones.⁴¹

Los cirujanos estéticos y reconstructivos se dieron a la tarea de tratar las deformidades secundarias a las neoplasias, especialmente de la cara. El cirujano Agustín Villalobos, reporta diferentes técnicas quirúrgicas efectuadas a lo largo del año de 1887, en ellas estaba la corrección del labio leporino simple, de un lado, que había cicatrizado por primera intención.⁴² El cirujano Francisco de P. Chacón escribió en la *Gaceta Médica de México* en 1890:

“...las incisiones y la práctica con amplitud y franqueza, facilitan el manual operatorio, pero en regiones de la cara, el cirujano debe economizar cuanto sea posible, esto es una mayor laboriosidad, no perder de vista los resultados postoperatorios consecutivos con el fin de evitar deformidades y procurando que la técnica quirúrgica sea compatible con la extirpación total del neoplasma.”⁴³

En el Hospital Béistegui, el doctor Chacón junto con los doctores Hurtado, Icaza, Vértiz, Prieto e internos del hospital, llevó a cabo la resección de un sarcoma encefaloide,



Pablo Martínez del Río



Luis Muñoz

⁴⁰ Muñoz L. Sobre el injerto epidérmico. *Gaceta Médica de México* 1870; 1 (5): 344-347.

⁴¹ Bandera JM. Injerto epidérmico. *Gaceta Médica de México* 1871; (6): 82-84.

⁴² Villalobos A. *Gaceta Médica de México*. *Gaceta Médica de México* 1887; (22): 41-61. Describe cómo en un lipoma en hombro derecho fue resecado y curado en veinte días. Asimismo, un tumor quístico unilocular en el lado izquierdo del cuello sobre la carótida. Otro tumor fibroso en el seno derecho que se había reproducido a los seis y diez meses. En el caso de una osteitis craneana sífilítica tratada con vaciamiento, y la cirugía de labio leporino simple de un lado, intervenido y cicatrizado por primera intención, así como la observación de hemorragia.

⁴³ De Chacón F. Sarcoma del maxilar inferior. Osteotomía lineal. Curación. *Gaceta Médica de México* 1890; 25: 21-39.

tratando de conservar la parte sana del maxilar y evitar una malformación mayor, reportó la técnica utilizada en detalle.

Siglo XX

En la Escuela Nacional de Medicina se puede constatar el interés que despertó la cirugía plástica y reconstructiva. El alumno Salvador Quevedo y Zubieta desarrolló nuevas técnicas de rinotomías y raspas nasales, compartiendo experiencia con uno de sus maestros, el doctor Castex, francés, en el Congreso Francés de Cirugía de 1896.

Este material, que es el reporte de tres casos, fue utilizado para obtener el título de médico cirujano y para la publicación de un artículo en la *Revista de Anatomía Patología y Clínica Médico-Quirúrgicas*.⁴⁴

Destaca también la tesis de David Flores Hernández, realizada en 1929, en la cual aborda los injertos dermo-epidérmicos para la corrección de lesiones traumáticas, en este caso el de una mujer que, al arrojarle bajo las ruedas de un tren en un intento suicida, sufrió una abrasión de la mitad del hemicráneo derecho, que fue tratado mediante injertos.⁴⁵ Le siguió, en 1936, la tesis de Evaristo



Mario González Ulloa
Fotografía facilitada por el Dr. Carlos Del Vecchio

Villavicencio, "Tratamiento de grandes pérdidas de piel y tejido celular por medio de injertos dermo-epidérmicos libres"; para lo que se empleó el método "en parrilla", dejando puentes para cicatrización por segunda intención entre un injerto y otro.⁴⁶ Cabe hacer notar que también en 1929 fueron presentadas dos tesis que comenzaban a ampliar la mirada de la corrección de secuelas postraumáticas hacia diversos tipos de cirugía orientada a los problemas congénitos y a situaciones puramente estéticas. Son éstas "Ensayos de cirugía plástica" de Alfredo Gutiérrez Ayala, y "Cirugía plástica y reparadora facial" de Enrique Millán y Muro.^{47,48}

En 1936, desde su tesis recepcional, "Cirugía plástica y estética", hace presencia en el campo de la cirugía estética Mario González Ulloa, quien sería pionero en México en la especialidad. Después de pasar siete años en Estados Unidos y en Europa, antes y durante la Segunda Guerra Mundial, a su regreso dio inicio a su práctica en el Hospital

⁴⁴ Quevedo y Zubieta. "La rinotomía y la raspa nasal". Tesis recepcional de la Escuela Nacional de Medicina. Imprenta Literatura y Encuadernación de la Paz. 1897; 3-37.

⁴⁵ Flores Hernández D. "Breves apuntes sobre los injertos dermoepidérmicos en cirugía". Facultad de Medicina. UNAM. México, 1929, pp. 56.

⁴⁶ Villavicencio QE. "Tratamiento de las grandes pérdidas de piel y tejido celular por medio de injertos dermoepidérmicos libres. Método en Parrilla". Facultad de Medicina. UNAM, 1936, pp. 1-65.

⁴⁷ Gutiérrez Ayala A. "Algunos ensayos de cirugía plástica". Facultad de Medicina. UNAM, 1939, p. 43.

⁴⁸ Millán Muro E. "Cirugía plástica reparadora y facial". Facultad de Medicina. UNAM, 1929. p. 39.



Hospital Civil de Guadalajara
Fotografía de Jorge Iñiguez Vallejo

General, para después fundar el Sanatorio Dalinde, donde ejerció de manera privada y promovió la enseñanza tutelar de esta disciplina en México.

La cirugía reconstructiva entonces era realizada por los cirujanos generales, pues no existía el concepto preciso de dicha especialidad, por lo que en Estados Unidos surge el concepto de *cirugía plástica y reconstructiva* como respuesta a la demanda de correcciones de las secuelas de lesiones sufridas en la Segunda Guerra Mundial en soldados y en la población general.⁴⁹

Es en este contexto que comienza la formación de los primeros especialistas mexicanos. Un personaje destacado, sin duda, dentro de la cirugía mexicana contemporánea fue el doctor Palemón Rodríguez Gómez, que a muy corta edad llegó a radicar a la ciudad de Guadalajara; gustaba en sus tiempos libres de realizar suturas en cadáver con crin de caballo —que por su exótica procedencia se conocía genéricamente como “*crin de Florencia*”, evocando una preparación italiana— y agujas de chaquirá, pues como él relató, su deseo era ser cirujano dermatólogo. Era el año de 1948, cuando el doctor Ignacio Chávez, no es nuestro conocido cardiólogo y fundador de instituciones, sino su homónimo, el Jefe de Dermatología en el Hospital Civil de Guadalajara, que durante esas fechas, conociendo su habilidad, le pidió investigara las posibilidades de reconstruir a un paciente que había perdido el labio superior y la parte del ala nasal derecha. Se encontró en la biblioteca un libro titulado *Fundamentos de la cirugía plástica* del doctor Stanislaw Wessman, y a



Palemón Rodríguez Gómez.
Fotografía facilitada por el Dr. Alejandro Rodríguez

⁴⁹ Gilman. *Op. cit.* 1999, p. 64.

través del colgajo de Tagliacozzi en forma tubular, intervino al paciente. Con motivo de la Asamblea de Occidente, es presentado el caso al doctor Mario González Ulloa, de lo que resultó que el doctor Palemón Rodríguez fuera invitado por espacio de un año y medio al Hospital General en México.⁵⁰

El primer servicio formal de cirugía plástica y reconstructiva en México fue fundado en el Hospital Civil de Guadalajara en el año de 1951, siendo su jefe, como era de esperarse, Palemón Rodríguez Gómez. El servicio contaba con ocho camas, un área para atención de pacientes pediátricos; algunos de los médicos formados allí fueron el doctor Humberto Orozco Aceves y José Guerrero Santos; este último fue fundador en el Instituto Dermatológico de Guadalajara del Servicio de Cirugía Plástica, después de haber realizado estudios con el doctor Paul Greeley en Estados Unidos.⁵¹

En el año de 1950, a su regreso a México tras una estancia en el Hospital Naval de San Diego, California, el doctor Alfonso Serrano Rebeil, ya dentro del Hospital General, inicia la cirugía reconstructiva, aunque ya se venían realizando esporádicamente intervenciones en pacientes con malformaciones congénitas; cabe mencionar que no había un servicio específico, y su trabajo lo realizaba en diferentes pabellones. Durante la misma década, el doctor Fernando Ortiz Monasterio se ausenta de 1952 a 1954 del hospital, con el fin de formarse en Estados Unidos, y a su regreso forma un equipo con el doctor Serrano. Al reorganizarse los pabellones del Hospital General, se da cabida a las nuevas especialidades, el Pabellón 13 es destinado a cancerología con los doctores Guillermo Montaña, J. Manuel Velasco Arce y Horacio Zalce Torres, en él se ofrece una nueva visión reconstructiva de la cirugía tumoral. Los cirujanos plásticos y reconstructivos recibieron el Pabellón 7.^{52,53}

Un problema que recibió desde el inicio especial atención, dada su frecuencia, gravedad y el aspecto posterior de la cicatrización, es el de las quemaduras. Desde siempre había sido terreno de cirujanos que manejaban cirugía de trauma; en el área habían destacado los cirujanos del Hospital Juárez; tanto Serrano como Ortiz Monasterio dedicaron sus esfuerzos a la mejora de las técnicas para realizar injertos mejor aceptados y estéticamente más correctos, enfocando su atención a las cicatrices en cara, cuello y en manos. Posteriormente, Serrano desarrolló un importante trabajo al respecto desde la Cruz Roja.

A la lista de centros hospitalarios importantes con servicios de cirugía plástica y reconstructiva se sumaron otros centros, en primer término el Hospital Universitario de Monterrey, en donde Óscar Ulloa Gregori abrió en enero de 1954 un servicio de cirugía plástica y de atención a quemaduras, cuyo primer residente egresado, y luego su sucesor, sería Alfredo Cavazos García.

El Hospital Central Militar, con ocho camas a cargo de César Laborde, fortaleció su trabajo en cirugía reconstructiva con la llegada, a fines de los cincuenta, de Roberto Prado Pérez; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tuvo su primer servicio formal en el Hospital de Traumatología

⁵⁰Ulloa O. "Evocación de la cirugía plástica en Monterrey". En: Vecchyo C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 83-92.

⁵¹Barceló de la Isla. "Albores y presente de la cirugía plástica en Jalisco". En: Vecchyo C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 93-101.

⁵²Vinageras Guarneros E. "La Cirugía en el Hospital General de México". En: Vecchyo C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 113-118.

⁵³Caloca Acosta J. "Itinerarios, pabellones y presencias". En: Vecchyo C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-20, 101, 109-112, 336.

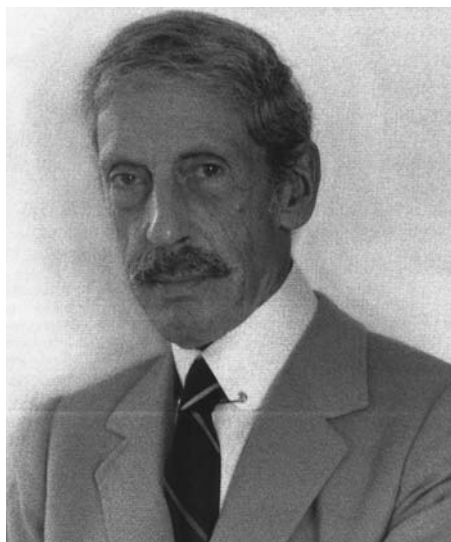
del Centro Médico Nacional en 1963, contando con 54 camas, con Gustavo Barrera como jefe y, a su retiro, por Joaquín Araico; en 1965 la institución contaría con un servicio similar en Guadalajara, fundado por Palemón Rodríguez, y en 1968 en el Hospital de La Raza, con Luis Gómez Correa a su cargo; en este mismo hospital, en 1979, se divide el servicio destinando una de sus partes al desarrollo de la microcirugía, el cual se encomendó a José García Velasco, quien no sólo fue pionero, sino también figura de grandes dimensiones en este campo.⁵⁴⁻⁵⁶

En los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en particular en el Hospital Rubén Leñero, se estableció un servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, puesto a cargo de González Rentería, quien obtuvo la sede de un curso. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el Hospital 20 de Noviembre, Francisco Xavier Gómez Ojeda y Luis Gómez Correa formaron el servicio correspondiente y la residencia en la especialidad en 1978, dependiendo de ésta, la formación de residentes en otros hospitales de la misma institución, como el Hospital Adolfo López Mateos.⁵⁷

En 1977 el doctor Fernando Ortiz Monasterio había presentado al doctor Emilio Martínez Manaoutou, Secretario de Salubridad y Asistencia, el proyecto para la construcción del Instituto de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Como respuesta a su petición recibió ser el director del recién creado Hospital Manuel Gea González y se le dieron todas las facilidades en infraestructura para que le integrara el Servicio de Cirugía Plástica. A cargo del Servicio del Hospital General quedó el doctor Enrique Margarit G, y en el Hospital Gea González como jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva el doctor Gustavo Barrera P,



Alfonso Serrano Rebeil.
Fotografía facilitada por el Dr. Carlos Del Vecchy



Fernando Ortiz Monasterio

⁵⁴Ulloa O. "Evocación de la cirugía plástica en Monterrey". En: Vecchy C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 83-92.

⁵⁵Rangel Gaspar H. "Historia de la Cirugía Plástica en el IMSS". En: Vecchy C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.

⁵⁶Valdés Galicia JL. "La microcirugía en el Centro Médico La Raza". En: Vecchy C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.

⁵⁷Escamilla Olivera J. "La formación en el extranjero". En: Vecchy C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1- 20, 49-51.

y como adjuntos, Ignacio Trigós Micolo, Nicolás Sastré y Antonio del Campo. El doctor Ortiz Monasterio, con gran visión, integró el programa de "Fellows", estancias de seis a doce meses, por medio del cual se han entrenado a un sin número de especialistas del mundo.⁵⁸

A través del breve recorrido de la historia de la cirugía plástica y reconstructiva, en México y en el mundo, puedo afirmar que esta especialidad es un fenómeno moderno que demanda no sólo una agrupación de innovaciones técnicas específicas, sino también una presuposición cultural para que el sujeto con autonomía pueda ejercer el derecho de remodelar su cuerpo con la ayuda del cirujano. La autonomía representa en la cirugía plástica un acto del deseo para ser feliz, manifestado a través de la belleza y el acto de perpetuar la juventud.



Hospital General



Hospital Manuel Gea González

⁵⁸Trigós Micolo I. "Compendio del Hospital General Dr. Manuel Gea González". En: Vecchyo C, Rabell J. *La Cirugía Plástica en México, una historia colectiva*. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 101, 119-123.



Capítulo 2

**La belleza.
De lo social a lo bioético**

***La belleza del rostro es frágil, es una flor pasajera,
pero la belleza del alma es firme y segura.***

Molière (1622-1673)

La belleza y lo bello

Bello, gracioso, sublime, maravilloso son adjetivos que se utilizan a menudo para calificar una cosa que nos gusta¹. La belleza ha dado lugar a abstracciones filosóficas de gran trascendencia, pero en la práctica nunca ha obtenido el estatuto de algo absoluto; se han propuesto y aún impuesto cánones de relaciones, de proporciones, de rasgos, pero, finalmente aún éstos dependen de la época y del contexto sociocultural en donde y desde los cuales se observan. Ahora bien, ¿qué es lo que define aquello que nos gusta? Esta pregunta es la que se plantea la antropóloga Deborah L. Rhode en su estudio acerca de cuáles son los referentes para guiar la modificación de los seres humanos con fines de realzar su belleza, haciendo sinónimos lo que nos gusta, lo bello y aquello que nos atrae:

“...¿qué es lo que exactamente definimos como ‘atractivo’?”²

En esto estriba el dilema de la belleza llevada a la vida cotidiana, ¿es posible definirla en términos cuantitativos o cualitativos? La pregunta es sustancial, ya que se puede decir sin mayor problema que alguien o algo es más bello tras ser objeto de una modificación, pero, ¿qué tanto más bello? o ¿llegó a ser bello sin haberlo sido antes?

Para Kant, la percepción de la belleza es resultante de la asociación entre el objeto de la naturaleza y el placer asociado a su observación; “...en lo bello el placer va asociado a la cualidad, en cambio en lo sublime el placer acompaña a la cantidad”,³ y que tanto la atracción como el rechazo son dependientes de la sensibilidad propia de cada ser humano. De tal modo, la respuesta no es sencilla ni puede ser lineal, pues la belleza de ninguna manera es un constructo determinante y absoluto... es la percepción de características propias de la naturaleza del objeto o sujeto en cuestión, captado a través de la mirada y de acuerdo con la subjetividad del individuo que lo percibe, en especial lo mira y lo define como bello; sin embargo, esta definición depende de la identidad cultural, la sociedad, la época, la moda, en una palabra de la percepción individual y social, así como de lo que le

¹ Ecco H. *Historia de la belleza*. Traducción por María Irazazábal. Editorial Lumen. Octava edición. Barcelona, España. 2007, p. 7.

² Rhode D. 2010, p. 24.

³ Kant I. *Crítica del juicio*. Traducción de José Rovira Armengol. Losada, Buenos Aires, 1968. “Intr. III”, pp. 22, 23, 85.

significa y/o simboliza cierto rasgo a la persona que observa. Si fuera sencillo delimitar el término de belleza no existirían controversias ni opiniones encontradas. Ecco afirma que la relación entre belleza y arte se ha planteado a menudo de una forma “ambigua”, no puede existir una idea preconcebida de la belleza en tanto que “el sentimiento de la belleza difiere del deseo”⁴

Abordando el problema de la belleza y de la percepción de lo bello a través de la cultura y de las variables que ésta ha construido en el devenir de los siglos en que se ha desenvuelto la cultura occidental, recordaré solamente algunas manifestaciones que ofrecen puntos clave para particularizar el problema del ser bella o bello, es decir, de poseer belleza como característica definitoria de relaciones emocionales y sociales y, más allá, de la posibilidad de modificar rasgos para aproximar al individuo consecuentemente cambiado a un ideal de belleza que, necesariamente, es temporal y espacialmente limitado.

En la filosofía griega de los siglos V y VI a.C. la belleza estuvo siempre asociada a la bondad y divinidad. El término de belleza expresaba perfección, nobleza y valor;⁵ significaba el medio para unir el mundo finito humano con lo divino e infinito. Es bien conocido que Platón estableció una teoría según la cual todo lo relacionado con el mundo de los fenómenos y, por tanto, de los sentidos es solamente reflejo de la verdadera realidad, la cual se encuentra solamente en el mundo de las ideas, que sí son definitivas y absolutas. A través de las formas y cuerpos bellos, el hombre contempla la belleza que hay en el alma y desde ahí es como puede llegar a la episteme, al conocimiento, dado que el modo de observar conduce a contemplar la belleza de la sabiduría.⁶ No está de más señalar que asimismo, para Platón, el universo y las cosas que le pertenecen acceden a la calidad de bellas al ajustarse a modelos numéricos, lo bello es el *métron-metrión kiarós* del Filebo y del Teeteto.⁷ Derivado del pensamiento pitagórico que reconoce la armonía del universo y la existencia de relaciones numéricas, es la expresión de reglas para considerar cuándo un ser humano —y me limito a esto pues es el tema de este texto— es bello y, por tanto, proporcionado. De allí el establecimiento de proporciones entre el rostro y otras partes del cuerpo, entre la longitud y la forma de la nariz y el conjunto del rostro y, por analogía, entre la cabeza y el cuerpo

⁴ Ecco. *Op. cit.* 2007, p. 10.

⁵ El valor en el hombre (*valere* en latín y *axios* en griego) era una cualidad intrínseca y equivalente a su mismo ser, inseparable de su realidad. La belleza, el bien, la justicia, santidad se asimilan a las virtudes (Sócrates o Aristóteles) o al verdadero ser (ideas o esencias de Platón). El hombre es un sujeto con valor, de manera que los valores son desgajados de los objetos, de las cosas reales y reconocidos como creaciones humanas. Los valores, de acuerdo con diversas interpretaciones filosóficas han sido considerados como producto del deseo y la pasión (Hume), de la voluntad del poder (Nietzsche), de la libertad subjetiva incondicionada y gratuita (Sartre). Su origen es subjetivo y no objetivo.

⁶ Citado textual por Granja 2004, XXIV. Platón, Banquete, 210 e1-212 a7: “...eterna, improducta, indestructible, no sujeta a aumentos ni a decadencias; no en parte bella y en parte fea; ni bella unas veces y otras no; ni bella relativamente a unas cosas y fea con respecto a otras; ni bella aquí y fea allá; ni bella para unos y para otros fea. Como tampoco es posible figurarse esta belleza en la imaginación cual si tuviese un bello rostro, ni hermosas manos, ni otra cosa alguna de las que constituyen la partes del cuerpo, ni como algún género de palabras o conocimiento científico. Y no subsiste en ningún otro ser que viva o exista en la tierra, en el cielo o en cualquier otro sitio; sino que eternamente es de por sí y se halla consigo misma en solitaria y bellísima unicidad de Idea. Todas las demás cosas bellas lo son por participación de Ella, en modo tal que, con sus engendramientos o extinciones, no la acrecientan ni disminuyen en nada, impasible como es en absoluto...” Véase también Hipias Menor, 289 d2-5.

⁷ Granja. 2004, pp. XXIII-XXIV; Ecco H. 2007, p. 50.

y entre el capitel y la columna que lo sostiene. Praxíteles fue encomiado por proponer este orden en las relaciones y ajustarse a él en sus esculturas, mismas que han sido modelos para los artistas occidentales de los siglos posteriores y no han dejado de servir de modelo, muchas veces inconsciente, para los cirujanos plásticos de hoy en día.

En ese mismo sentido puede ser citado el pensamiento de Hegel con respecto al hecho de que:

“...la belleza artística es belleza nacida (*geborene*) del espíritu y reflejada (*wiedergeborene*) por él, y cuanto más elevado aparece el espíritu y sus producciones sobre la naturaleza y sus fenómenos, superior es también la belleza del arte frente a la naturaleza.”⁸

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que la naturaleza y sus formas caprichosas obedecen a una razón, y es aquí en donde el hombre moderno ha olvidado el porqué o el para qué de la naturaleza de los objetos. Los motivos y la expresión de la naturaleza son discriminados y eliminados por la tecnología, para convertirse en arte, en algo artificial propio de su creación, que para el individuo que la contempla es bello.

La belleza y la tendencia corporal a través de la historia

El ideal de belleza varía en el tiempo definiéndose desde criterios socioculturales. Es posible a través de las imágenes de la pintura y la escultura observar las diversas preferencias. Desde la historia antigua diferentes textos mencionan la costumbre de las mujeres de embellecerse, con el uso de adornos, corsés, tacones y otros objetos con el fin de destacar una clase social y los valores aristocráticos. La belleza es sinónimo de mujeres hermosas, mujeres ociosas.⁹ Aunque no se debe olvidar la exquisita apreciación de Kant al justificar la definición del “sexo bello” en la tercera sección de “Sobre la diferencia de lo sublime y lo bello en la interrelación de los dos sexos” afirma que:

“...sin tomar en consideración que su figura es, en general, más fina, sus rasgos más tiernos y suaves, y su rostro más expresivo y cautivante en la expresión de la amabilidad, el donaire y afabilidad en comparación con el sexo masculino...”¹⁰

Tomando como centro de atención la belleza femenina, hagamos un breve recorrido por algunos momentos de la historia. En el neolítico, la belleza estaba asociada a la capacidad de fertilidad, la mujer era comparada con la tierra. Las esculturas representativas en este periodo resaltan los senos voluminosos, un rostro poco elaborado como en las Venus Paleolíticas. En la cultura egipcia era común la utilización de cosméticos y aceites, con el fin de “distraerse y agrandar al marido”. En el mundo griego, la belleza fue considerada una manifestación de la naturaleza ideal a través de la composición de lo espiritual y la belleza útil o funcional.

⁸ Hegel. *Estética I. Siglo Veinte*, Buenos Aires, 1983, p. 39.

⁹ Lipovetsky G. *La tercera mujer*. 1997, Edition Gallimard. Traducción por Editorial Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona, Sexta edición. 2007, p. 99.

¹⁰ Kant. *Op. cit.* 2004, pp. 29 [228], 48.

Ecco refiere que la escultura griega no idealiza un cuerpo abstracto, sino que va en busca de una belleza ideal que se manifiesta en “cuerpos vivos” y se convierte en el depositario de una belleza psicofísica que armoniza el alma y el cuerpo.¹¹

El oráculo de Delfos responde al criterio de la belleza:

“Lo justo es lo más bello, siempre asociado a la medida y a la conveniencia.”¹²

En la Edad Media y el Renacimiento las mujeres regordetas eran consideradas eróticas y estaban hasta hace muy poco tiempo de moda, es posible admirar en las pinturas de Rubens o Rembrandt, mujeres carnosas y con vientres redondos, con caderas voluminosas y grandes senos. Es más, “La Olympia” de Manet (1863) fue fuertemente criticada por no ser suficientemente voluminosa.



“Rapto de las hijas de Leucipo”, de Rubens

Para Grogan (2008), la idealización de un cuerpo delgado de principios del siglo XX en la cultura occidental fue dada por los estándares de belleza impuestos por la industria cosmética. Las revistas de moda mostraban “cómo las mujeres tenían que verse”.¹³ La delgadez se asociaba a la felicidad, éxito, juventud y aceptación social; en cambio, el sobre peso a la flojera, a la falta de fuerza de voluntad y a la ausencia de autocontrol. El cuerpo se convirtió en un símbolo personal de orden individual o aún en el reflejo de un trastorno.¹⁴

¹¹ Ecco. *Op. cit.* 2007, p. 45.

¹² Ecco. 2007, pp. 39-40. De acuerdo con las palabras que se traducen como “bello” y puede generar una confusión, —*Kalón*— es lo que nos gusta, lo que suscita admiración y atrae la mirada en virtud de su forma, que satisface los sentidos especialmente la vista y el oído. Pero no son sólo los aspectos perceptibles por los sentidos los que expresan la belleza del objeto: en el cuerpo humano también desempeñan un papel importante las cualidades del alma y del carácter, que son percibidas con los ojos de la mente más que con los del cuerpo.

En los himnos de la belleza se expresan en armonía del cosmos, en poesía se expresa en el encanto que hace gozar a los hombres, en la escultura en la medida proporcionada y en la simetría de las partes, en retórica en el ritmo adecuado, siendo *Kalón* lo que gusta. Citemos por ejemplo una de las *Elegías* de Teognis de Megara (S. VI-V a.C):

Musas y gracias,

Hijas de Zeus, vosotras que

Un día en las bodas de Cadmo

Cantasteis la bella canción:

“Lo que es bello es amado;

lo que no es bello no es amado”

Y se difundió en los labios divinos.

Teognis (S VI-V). *Elegías*. I,v.v. pp. 17-18.

¹³ Grogan S. *Culture and Body image*. Chapter 2, pp. 9-40, *Body Image*. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children. Second Edition. Routledge Taylor and Francis Group, Psychological Press. London, New York. 2008, p. 19.

¹⁴ Grogan. *Ibidem*. 2008, p. 9.

La imagen de las mujeres regordetas fue mutada, comenzaron a vendarse los senos para ocultar su tamaño y adelgazar su figura, utilizaron dietas y ejercicio vigoroso para adoptar la imagen de una joven púber. En 1920, *The New York Academy of Science* se dio a la tarea de estudiar lo que estaba sucediendo con las ganadoras de *Miss America*, en donde las medidas eran de 32-25-35 pulgadas. En 1930 y 1940 los ideales corporales aumentaron dos pulgadas, a 35-25-35 pulgadas, nuevamente los pechos abundantes se convirtieron en una moda y la ropa tendía a enfatizarlos; ejemplos como Lana Turner y Jane Russell eran las "famosas chicas del sweater". Posteriormente, Hollywood promovió la imagen de Marilyn Monroe como icono de una época, abundante busto, cintura pequeña y piernas delgadas. En el concurso *Miss America* se incrementaron las medidas de caderas y busto, pero la de la cintura disminuyó, 36-23-36 pulgadas. Algunas actrices como Grace Kelly y Audrey Hepburn eran delgadas, esto otorgó un nuevo significado a la corporalidad, la delgadez se asoció con clases socioeconómicas altas. La figura que revolucionó en la década de los 60 la moda fue la modelo Twiggy, quien sólo pesaba 96 libras.¹⁵ También las mujeres que concursaron en *Miss America* redujeron su talla corporal. La tendencia en la moda fue la publicación en revistas como *Vogue* de modelos cada vez más delgadas. En la revista *Playboy* se promovían las mujeres delgadas pero con pechos opulentos. Ejemplo de las modelos mejor pagadas en la década de los noventa fueron Cindy Crawford, Claudia Schiffer, Christy Turlington y Kate Moss. Durante esta etapa emergió la tendencia del término físico de "heroin chic", es decir, mujeres que parecerían adictas a la heroína, con maquillaje en negro, labios azules y pelo mate. El escándalo trascendió cuando el fotógrafo Davide Sorrenti, promotor de este estilo, murió de una sobredosis de heroína, y Emma Balfour condenó la industria de la moda por impulsar el uso de estimulantes para adelgazar. Desde el año 2000 se puso especial atención entre



Marilyn Monroe



Armi Helena Kuusela Kovo, primera ganadora del concurso de belleza Miss Universo en 1952

¹⁵ Grogan. *Ibidem*. 2008, p. 19.



Look Heroin chic

el vínculo de la industria de la moda y los trastornos de la alimentación emergentes en la sociedad.¹⁶ A pesar de las críticas y la prohibición de las modelos ultra delgadas talla "0", éstas siguen siendo las protagonistas en las principales revistas de moda.

La cultura contemporánea occidental ha idealizado los cuerpos delgados impuestos en la década de los 90 del siglo pasado, más que las figuras regordetas de los años 20. Las explicaciones ofrecidas desde una perspectiva sociológica son el deseo de emular a las clases socioeconómicas altas, en donde el sinónimo de delgadez es igual al de salud, y la posibilidad del cambio de rol entre los hombres y las mujeres, el deseo de juventud (los jóvenes son generalmente delgados, o lo eran), o/y poseer los rasgos corporales que dominan culturalmente.¹⁷

Gilles Lipovestky escribe en su libro *La tercera mujer* sobre la "invención del bello sexo", que la belleza

no tiene el mismo valor en el hombre que en la mujer; la mujer se encuentra identificada con lo "bello". Y afirma:

"Una mujer nunca es demasiado bella, cuanto mayor es su atractivo, mas resplandece su femineidad, no ocurre lo mismo con el hombre: la imagen de la virilidad no se haya en relación directa con la belleza."¹⁸

La delgadez y el antienvjecimiento han tomado un papel protagonista en la sociedad del siglo XXI. La industria relacionada con productos dietéticos facturó en 1989 treinta y tres mil millones de dólares, y las estancias hospitalarias con fines cosméticos unos diez mil millones de dólares. Las cifras son alarmantes, una de cuatro francesas querría adelgazar, 70% por razones estéticas, mientras que en Estados Unidos 75% de las mujeres se consideran gordas.¹⁹

Ambas tendencias son reflejo de la edad moderna. La interpretación del binomio delgadez-juventud obedece a la presión social. Como bien señala Wolf:

"...la cualidad llamada belleza existe objetiva y universalmente. Las mujeres se quieren envestir de ella y los hombres desean poseer a quien la tiene... Los hombres fuertes luchan por mujeres hermosas, y

¹⁶ Grogan. *Ibidem*. 2008, pp. 19-25.

¹⁷ Jackson L. "Cap 2. Physical Attractiveness. A Sociocultural Perspective". En: *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press 2002, Paperback Edition 2004, pp. 13-21.

¹⁸ Lipovestsky G. *La tercera mujer*. Edition Gallimard. Traducción por Editorial Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona, Sexta edición. 2007, p. 93.

¹⁹ Lipovestsky. *Ibidem*. 1997, p. 122.

las mujeres hermosas tienen una exitosa reproducción. La belleza se correlaciona con la fertilidad y ya que este sistema se correlaciona con la selección sexual es inevitable el cambio.”²⁰

Así, la belleza está apuntalada en la intimidad, en el sexo y la vida, y se compone en la actualidad del distanciamiento emocional, las finanzas, la política y la represión sexual.²¹

Según la misma autora, se han fincado tres mentiras alrededor de la belleza: la primera es la belleza que califica a la mujer como legítima y necesaria en el poder. La segunda, que tiene un propósito discriminatorio vital, que encasilla en el "modelo del sueño americano" de belleza como ideal de trabajo. Y como tercera mentira, es la belleza como concepto indeterminado, producto del movimiento y el poder de la mujer en la sociedad.²² La mujer se encuentra atrapada en la moda y la distorsión de la auto-imagen. Los "rituales de embellecimiento" representan un fundamentalismo que transforma el mundo occidental en un modelo represivo, modelo de un mundo secular occidental. De allí que la mujer occidental se adhiera a la "hipermoda" y sus tendencias.²³ La belleza se apuntala en la intimidad, en el sexo y en la vida cotidiana.

Un fenómeno paralelo a la modificación de los patrones corporales lo constituye la moda en el vestido. Los cambios en la vestimenta eran exclusivos de la nobleza. A finales de la Revolución Industrial surge la alta costura que reemplaza las leyes suntuarias y la confección seriada permite vestir a la sociedad. A partir de 1860 se instalaron ciclos con una cadencia de dieciocho años en cuanto formas y texturas que tenían como objetivo cumplir con un ritual, diferenciar sutilmente las clases sociales, los líderes, los pudientes y el nacimiento de una sociedad de consumo. Aunque parezca inverosímil, es hasta este momento cuando se toman en cuenta los cambios de estación y los atuendos, se realizan colecciones de invierno y de verano con texturas y colores apropiados. Cuando el vestido se organizó con Charles Frédéric Worth, en el París de Napoléon III y Eugenia de Montijo, es el vestido el que podía hacer frente al desarrollo tecnológico y los cambios sociales. Bajo una idea tipológica se realizaban variaciones para dinamizarlas.²⁴



Claudia Schiffer

²⁰ Wolf N. The body myth; how images of beauty are used against women. Originalmente publicado por New York Morrow, 1991. Harper Perennial, New York USA. 2002, 1991, pp. 12-13.

²¹ Wolf. *Ibidem*. 1991, p. 13.

²² Wolf. *Ibidem*. 1991, p. 28.

²³ Wolf. *Ibidem*. 1991, p. 89.

²⁴ Saulquin S. En: La moda como sistema en Desarticulación del sistema de la moda. Capítulo II. pp. 69-124. *La muerte de la moda, el día después*. Paidós Entornos. Buenos Aires, Argentina. 2010, pp. 79-84.

Para el siglo XX, fue necesario que los modistos fueran seguidos de cerca por la Cámara Sindical de la Alta Costura Francesa. El exclusivo grupo está constituido por 22 miembros: Chanel, Christian Dior, Lanvin, Yves Saint Laurent, Christian Lacroix, entre otros. La Cámara Sindical de la Alta Costura Francesa debía ocupar en sus talleres un mínimo de 20 empleados y tener dos temporadas, cada una de ellas con 75 modelos originales y tres *mannequins*.²⁵ La alta costura y la moda cambiante fueron y siguen siendo los emblemas de la sociedad moderna tecnológica, y el cuerpo también fue víctima de la cultura y el desarrollo comercial.

Tal y como Saulquin lo cita:

“El cuerpo, democratizado, estandarizado, homogeneizado y simplificado en sus formas, resulta además un cuerpo fragmentado. Considerado no como una totalidad sino como un conjunto de partes, que le permiten cumplir diferentes funciones tanto físicas como simbólicas, se lo visualiza como materia prima... Al actuar la naturaleza o la técnica sobre esa materia prima, consciente o inconscientemente, se produce un cuerpo estético, el cuerpo sano o enfermo, el deportivo o intelectual, el gordo o delgado, el de raza blanca o el de raza negra. Además de utilizarse como instrumento de placer, de seducción, de autodestrucción, de violencia, permite el señalamiento de los estados de ánimo.”²⁶

Como resultado la mujer empoderada social y laboralmente continúa siendo el blanco de la sociedad, objeto del deseo y reflejo de su autoestima. La apariencia física determina la posición laboral, la belleza da el acceso a una vida marital sustentada en lo corporal, lo corporal proporciona un estatus, y a mayor “perfección corporal” mayor acceso a las oportunidades en diferentes facetas de lo social.

La sociedad que ha colocado la mirada en el cuerpo junto con el desarrollo de la tecnología médica, ha ubicado al cirujano estético como el antiguo escultor griego con su cincel y mazo, el poder de manipular el arquetipo corporal bajo un contrato, apegado a los códigos vigentes de la eterna juventud y patrones corporales ofreciendo un mínimo riesgo. La sociedad ha asimilado en la idealización del cuerpo a través de los medios de comunicación, revistas de moda y en un culto narcisista y racista manifestado por su sumisión a la belleza, la moda y al poder detrás de ellas. En la exageración por demostrar quién es superior, el cuerpo es utilizado como vehículo para autenticar un lugar en la sociedad, la feminidad y el poder.

El cuerpo y la identidad

El discurso filosófico acerca del cuerpo siempre se encuentra implícito en el ámbito de la naturaleza y ser, así como en el de la sociedad y la cultura en donde se ha desarrollado. En la medicina es el referente obligado, se trabaja con y para el cuerpo, se es por el cuerpo, se existe por el cuerpo y se muere con el cuerpo. El cuerpo es una imagen, una mediación entre la representación del imaginario y la realidad externa. El cuerpo es algo que pertenece al “sujeto”, y es el presente de cada

²⁵ Saulquin. *Ibidem*. 2010, pp. 79-84.

²⁶ Saulquin S. *Ibidem*. 2010, pp. 168-169.

individuo en su espacio temporal. Es a través de él, que el individuo toma contacto con su medio y registra las representaciones que lo harán único en su existencia, su alma, su *psique*, la diferenciación entre lo que es un objeto y un sujeto.

El cuerpo desde la medicina, las ciencias de la vida y de la tecnología es un cuerpo de derecho, con dignidad. El cuerpo es individual, es particular, es singular y, sin embargo, es el modo más potente de una universalización porque es el recipiente en que podemos ser reconocidos por otros, y con el que se puede construir una red de relaciones interhumanas respetuosas de las identidades individuales y colectivas.²⁷

Sartre en el *Ser y la Nada*, cita:

"...un cuerpo es cuerpo en cuanto que esa masa de carne que se define mediante la masa a la que mira, la silla que coge, la acera donde camina... El cuerpo es totalidad de relaciones significantes en el mundo... no podría desaparecer, en efecto, sin mantener la totalidad de lo que es, relaciones significantes."²⁸

El cuerpo nos da una identidad como *Homo Sapiens*, como humanos dotados de razón. James Baillie, en su libro *Problems in Personal Identity*, alude los criterios reduccionistas sobre la identidad, si sólo se considera como la existencia de un cerebro con cuerpo que se interrelaciona con los estados físicos y mentales; o sólo cuando una persona viva puede tener experiencia, o si la existencia es un estado "impersonal" siempre y cuando no se le haya dado una asignación, o la identidad es una continuidad puramente psicológica o física, y finalmente, si falta la separación entre un sujeto y otro. Mientras que las teorías no reduccionistas sostienen que la persona es un ente desligado del cuerpo y el cerebro, que deriva en estados físicos y mentales, la identidad es irreductible, es temporal, dependiente del lugar y el tiempo, y su subsistencia es la propia vida.²⁹ Finalmente la existencia del sujeto se dará independientemente de su conocimiento, la experiencia y su capacidad de decidir. El cuerpo es el vehículo que lo hará presente en el mundo, el que lo definirá a sí mismo, y le dará la posibilidad, en una percepción objetiva, de ser humano independiente.

La concepción del cuerpo social de Campbell, nos da un sentido de propiedad que se liga a derechos y obligaciones. El autor del libro se refiere en *The Body in Bioethics*, a la lista de Honoré, que data de 1961, como ejemplo de la relación entre derechos, obligaciones y su propiedad.³⁰

²⁷ Tealdi JC. *Cuerpo Humano*. pp. 22-227. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Director Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, pp. 226-227.

²⁸ Sartre. *Op. cit.*, p. 411.

²⁹ Baillie J. *Problems in personal identity*. Paragon Issues in Philosophy. New York. USA. 1993, pp. 7-8.

³⁰ Lista de Honoré tomada textualmente de Campbell (2009, 12); Honoré T Ownership in AG Guest (ed.) *Oxford Essays in Jurisprudence A Collaborative Work*. London, Oxford University Press. 1961. Es la relación entre el objeto y su poseedor: 1) El derecho a poseer, esto es el control físico absoluto de la cosa; 2) El derecho a usarlo; 3) El derecho a conducirlo; 4) El derecho al ingreso; 5) El derecho al capital, esto es el derecho de alienar la posesión, esto significa vender, darlo como regalo o destruirlo; 6) El derecho a la seguridad, derecho a la posesión indefinida; 7) Transmisibilidad, el objeto puede pasar de su poseedor como parte de un legado o herencia; 8) Ausencia de término, no hay un tiempo límite para poseerlo; 9) Derecho a prevenirle el daño por él u otros; 10) Liabilidad para ejecutar, el objeto poseído puede ser legítimamente removido; 11) Residualidad, el objeto, si no es poseído por su propietario, puede ser de otros.

Aquel agente moral, racional y con capacidad de autoconciencia posee libertad, inherente a su ser, que le otorga la referencia a valores públicos y privados. El problema surge en el momento que se puede malinterpretar la posesión del cuerpo como un objeto material, de allí que Campbell se cuestione la pertinencia de catalogar a éste dentro de una ley de la propiedad.³¹

Desde una perspectiva filosófica, el cuerpo es la manifestación de la humanidad, posee significado y expresión específica. En su forma de relación se dice "persona" a quien vive su propia existencia y se relaciona con otros hombres a través del cuerpo. Éste es la presencia de la persona en este mundo, es el origen de la cultura y de la intencionalidad humana, en el cuerpo es posible manifestarse el Yo "en su existencia", el significado comunitario "ser para los demás" y un significado trascendente "yo, como humanizador y transformador del mundo".³²

Diego Gracia opina que:

"El cuerpo es siempre mi cuerpo, se identifica conmigo, con mi personalidad e identidad, con el yo, es el instrumento donde realizo mis proyectos y se define por principios como el de autonomía. Pero al mismo tiempo, posee una intransferible dimensión genética y social, pertenece a la especie y sólo tiene sentido en la dimensión de los seres humanos, opuesta a la dimensión individualista."³³

Asimismo, este cuerpo con vida es la persona que en su desarrollo capta lo que le rodea, sufre, vive, se sensibiliza internamente y crea conciencia. Es capaz de captar una realidad "objetiva" que le pertenece sólo a él. La consciencia y la percepción le ofrecen la posibilidad de reflexionar, pensar y conocer. Cuando Descartes distingue en el ser humano los elementos de *res cogitans* o sustancia del pensamiento y la *res extensa* o sustancia material, genera una dicotomía entre el "alma y el cuerpo", el cuerpo también se conceptualiza como una máquina.³⁴

El derecho al propio cuerpo es una condición inalienable de todo ser humano, por la existencia de la persona como un ser moral y social en lo material y la legalidad, socialmente otorgada por la ley para salvaguardar la vida y el cuerpo del individuo. En lo individual el derecho del ser humano se demuestra en la capacidad de elección, para disfrutar una vida con dignidad y calidad. El poder y el derecho de decidir sobre el propio cuerpo varían de país en país. Asimismo, la sociedad "cosifica" al cuerpo por la idealización de patrones de comportamiento subordinados, el cercenamiento de la sexualidad, por ejemplo, se ha hecho evidente que las mujeres en Latinoamérica disfrutaban menos de su cuerpo por una multitud de obstáculos culturales, sociales y económicos.³⁵

La imagen del cuerpo

La persona humana está supeditada a su interacción con el medio ambiente y la percepción de él.

³¹ Campbell. 2009, pp. 12-19.

³² Casas Martínez ML. "La experiencia del cuerpo propio". En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Director Jaun Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2008, pp. 228-231.

³³ Gracia D. Citado textualmente en: Casas. 2008, p. 230.

³⁴ Kotow Kotow M. "Cuerpo y corporeización". En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Director Juan, 2008, p. 231.

³⁵ Porto Porto D. "Derechos al cuerpo propio". En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Director Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2008, pp. 233-235.

En este entrecruce de imágenes se construirá su mundo interior y la forma en que se relacionará en lo psicológico y en lo social. El cuerpo será el vehículo que dará sentido al individuo y a su existencia. La capacidad de abstracción y el lenguaje le han permitido diferenciarse de otros seres. El cuerpo es el receptor donde se capturan esas imágenes permitiendo un registro y la posibilidad de integrar una huella psíquica, que individualmente será rescatada por la memoria; es:

“...imposible comprender la cosmovisión como una unidad de nuestro propio almacén personal de imágenes, así como tampoco se puede comprender la vida misma bajo reglas y conceptos fijos.”³⁶

Las imágenes están fundamentadas en significados, símbolos que ocupan nuestro espacio neuronal. Allí se procesan, se les da un significado. El concepto de imagen descansa en una dualidad, las exteriores y las internas, que necesitan del cuerpo para ser elaboradas:

“Las imágenes internas no son siempre de naturaleza individual, cuando son de origen colectivo las interiorizamos tanto que las llegamos a considerar como propias.”

En el orden colectivo:

“...significa que no sólo percibimos el mundo como individuos, sino que lo hacemos de manera colectiva, lo que supedita nuestra percepción a una forma que está determinada por la época.”³⁷

El cambio en la experiencia de la imagen del cuerpo expresa también la modificación de la historia cultural de una sociedad y su simbolismo, las imágenes permanecerán unidas a lo que representan y al deseo incrustado en ellas.

El concepto de imagen corporal es un elemento indispensable para la comprensión sobre la evolución del sujeto en el mundo y su identidad. Es un hecho que el cuerpo-sujeto experimentará modificaciones desde que nace hasta su muerte. Para entender el rol de la imagen corporal es necesario comprender el funcionamiento, la apariencia y la adaptación psicológica del individuo ligada a su experiencia y calidad de vida. El constructo de imagen corporal comprende un fenómeno multidimensional, difícil de definir, ya que reúne en un solo término diferentes significados, desde como lo define Pruzinski y Cash “la imagen de nuestro propio cuerpo que se forma en nuestra propia mente”,³⁸ hasta la vivencia en lo social. El cuerpo se ha convertido en el depositario de la experiencia emocional y sociocultural, el vehículo por el cual se expresan deseos y en el que se

³⁶ Belting H. Capítulo 1. Medio-Imagen-Cuerpo. Introducción al tema, pp. 13-70; Capítulo 2. El lugar de las imágenes II. Un intento antropológico, pp. 71-108. En: *Antropología de la Imagen*. Título de la edición original: *Bild-Anthropologie Paderborn*, Alemania. 2002. Traducción por Vélez Espinosa GM. Katz, Buenos Aires, Argentina, 2007, p. 75.

³⁷ Belting, *Ibidem*. 2007, p. 75.

³⁸ Pruzinski Y C. (2002) p. 7. Por lo menos se encuentran 16 variables asociadas con el término de imagen corporal, en las que se incluyen la satisfacción en el peso, la percepción del tamaño, la satisfacción del cuerpo, la satisfacción en la apariencia, la evaluación de la apariencia, la orientación y la apariencia, la autoestima, la preocupación sobre el cuerpo, la disforia del cuerpo, la dismorfofobia del cuerpo, el esquema corporal, la distorsión del cuerpo, la imagen del cuerpo.

impactan, sin filtro alguno, las tendencias de la sociedad moderna, juventud, poder, la moda, y autocontrol como virtudes.

En la investigación sobre la atracción física se ha llegado a la conclusión que la cara es la parte más importante del cuerpo, pues es la más estable en apariencia, aunque sufra las modificaciones por la edad, proporciona información acerca de los sentimientos en la interacción social, y se liga a la percepción de la persona y su auto-imagen. Además constituye el atractivo social, un estatus difuso determinado culturalmente que discrimina, a decir de Linda Jackson, a los individuos entre ellos y estableciendo expectativas sin límites.³⁹ La imagen corporal ideal en la mujer occidental se asocia con el auto-control, la elegancia, el atractivo social y la juventud.⁴⁰

El padecer por “fealdad” o la “no belleza”

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴¹ aclara que la salud es “un medio” y no “un estado abstracto” para llegar a un fin. En su Constitución de 1948 define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”

La salud mental (de acuerdo con la OMS) se considera como:

“...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

El sujeto a través de la salud como “recurso” se posibilita una vida individual, social y económica en un sentido productivo positivo. En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Ginebra, 1986) se enfatizan “prerrequisitos” para la salud, como son la paz, recursos económicos, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenido de recursos. Esto evidencia la estrecha relación que existe entre la salud y la sociedad con sus diferentes variables económicas, culturales y de “estilo individual” de cada uno de sus miembros. La OMS establece a la salud como un derecho fundamental y, por tanto, todas las personas deben tener acceso a los recursos básicos de salud.⁴² Según Alexander Moran Capron:

“...el derecho a la salud se convierte en un derecho a la felicidad, o a todo lo que una persona desee,

³⁹ Jackson L. Cap 2. Physical Attractiveness. A Sociocultural Perspective, pp. 13-21. En: *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press 2002, Paperback Edition. 2004, pp 15-17.

⁴⁰ Grogan. 2008, p. 42.

⁴¹ Ver: Definición de Salud y Salud Mental por la Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. WHO/HPR/HEP/98.1. En su Constitución de 1948.

⁴² OMS. *Ibidem*. 1986, pp. 10, 16-20.

lo cual constituye una aspiración y no un derecho, lo que supone una diferenciación entre dos conceptos, los derechos (*rights*) y las obligaciones o deberes (*duties*).⁴³

Por su parte, Arthur Kleinman apuntó la importancia de entender a la enfermedad a partir de quien la padece o la sufre, en su libro *The illness narratives, suffering, healing & the human condition* indica que el sufrimiento es una condición individual que cambiará de forma inevitable la propia existencia individual. La persona confiere a la enfermedad y al sufrimiento su propia interpretación de acuerdo con sus valores y medio sociocultural.⁴⁴

El cuestionamiento de antropólogos, sociólogos, feministas, médicos e inclusive de la población en general es que si aquellos sujetos que solicitan una intervención de tipo estético son personas “sanas” o si “padecen emocionalmente”, por una preocupación excesiva o una perturbación mental por encontrarse inconformes, molestos o a disgusto con su cuerpo por no ajustarse a los patrones social y culturalmente aceptados de belleza y su tendencia de acuerdo con lo que dicta la moda. La molestia, aun pequeña a los ojos de los demás, puede provocar un gran sufrimiento psicológico, que desde “el padecer”, en lo más íntimo de la vida del hombre, le genera dolor, vergüenza, rechazo, desequilibrio emocional y mental, perjudicando su felicidad, el nivel de satisfacción personal y su productividad. Justamente, por tratarse de una alteración subjetiva, “algo” que cuantitativamente es imposible medirlo, tal como sucede en el caso del “dolor”, constituye un problema para el personal médico y de salud, el determinar hasta dónde se encuentra el padecer, ese padecer anclado en el deseo y la fantasía de “la belleza”, o la “presencia de fealdad”. De lo anterior se desprende que la definición de salud, como el “completo bienestar, físico y mental”, es también un derecho a la felicidad. Porque no, dentro de este marco conceptual, brindar el alivio al sufrimiento psicológico y emocional a través de una intervención estética, aunque la razón lógica para algunos, o irracional para otros, descansa en la satisfacción de una aspiración o un deseo totalmente individual.

La popularidad alcanzada por la cirugía estética y su rápido crecimiento para contrarrestar un malestar social: “la intolerancia hacia la vejez” y la “fealdad cultural”, nos obliga a reflexionar acerca de las conductas encaminadas a promover la salud, independientemente de su efectividad; y el empoderamiento de la salud como proceso social, cultural y psicológico



Maisie Beech.
Autorizada su reproducción por Maisie Beech

⁴³ Tealdi. *Op. cit.* 2008, p. 242.

⁴⁴ Kleinman. *Op. cit.* 1998.

para expresar y diseñar estrategias con que hacer frente al requisito de cubrir la “necesidad” creada de “belleza” con el objetivo de mejorar la calidad de vida —individual y colectiva—. La infinidad de recursos disponibles, y los comportamientos “como estilos de vida”, exige cuestionarnos sobre el límite permisible para la búsqueda de la “belleza”, sin caer en conductas de riesgo, pensar en patrones culturales de “belleza o fealdad globalizados”. Los indicadores más confiables de esta problemática en salud pública son la proliferación de clínicas y métodos cosméticos de embellecimiento, y nos proporciona la pauta para pensar en la vulnerabilidad social del momento actual.

En la posmodernidad los hombres se han acostumbrado a no mirar con los ojos del alma al cuerpo. Nos conformamos con el ideal de la imagen matemáticamente perfecta, equilibrada para sólo captar la belleza artificial, con ello se escinde la actitud del alma agradable, el vínculo más bello, desplazándolo a la belleza exterior.



Capítulo 3

**La cirugía plástica estética.
Una visión actual
de su práctica**

***Ser bella y amada es condición de muchas mujeres.
Ser fea y saber hacerse amar, es la máxima expresión del genio de la mujer.***

Averroes (1126-1198)

***Las mujeres juegan con su belleza,
como los niños con un cuchillo, y se lastiman...***

Víctor Hugo (1802-1885)

El concepto de cirugía estética

La cirugía estética es la máxima representante del puente de la cultura del consumo y la medicina de alta especialidad, característica de los siglos XX y XXI. El poder económico invertido en la biotecnología y la publicidad de la industria cosmética, nos ha permitido ser espectadores de la transformación y del nuevo rumbo que ha tomado el concepto de belleza.

Las técnicas médicas implementadas entre los años de 1950 y 1960 generaron múltiples discusiones desde la ética por las complicaciones secundarias al rechazo de materiales sintéticos como la parafina y la acumulación de líquidos en los tejidos que, por sí mismos, desfiguraban al paciente. Fue hasta la década de 1970 cuando surge la conocida cirugía cosmética o estética de “contorno corporal”, que como objetivo tiene el embellecimiento corporal por medio de *lifts*, implantes, abdominoplastías, dermoabrasiones y las nuevas formas de rellenos de silicones, entre otros.¹

Se define como cirugía cosmética o estética aquel procedimiento “que tiene como fin el remodelar las estructuras normales del cuerpo o adornar sus partes, con el fin de mejorar la apariencia física del consumidor y su autoestima”, generalmente se da por iniciativa del paciente y no por una indicación médica, dentro del término se excluyen los procedimientos reconstructivos.² En comparación con la cirugía general encaminada a restablecer la salud en un cuerpo enfermo, la cirugía estética o cosmética entra en el rubro de la medicina del “bienestar”, en la que no existe patología evidente a tratar, y su carácter es perfectivo y voluntario.

El término de *cirugía estética* o *cosmética* según Harris (1989) se define como toda intervención en el físico del individuo que padece de “dolor psicológico” causado por la autoconciencia de una apariencia anormal de no belleza o fealdad dentro de un concepto sociocultural específico.³ Sin embargo, pienso que el término “estético o cosmético” es mucho más amplio pues incluye todas las maniobras en el cuerpo sin que necesariamente exista sufrimiento psicológico. Dichas intervenciones se enmarcan en la satisfacción de la vanidad y la sumisión ante una sociedad corrupta

¹ Sullivan DA. Technological Imperialism. The Emergence of Cosmetic Surgery. Chapter 3. En: Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, p. 59.

² Ring AL. Using "anti-ageing" to market cosmetic surgery: just good business, or another wrinkle on the face of medical practice? *Medical Journal of Australia* 2002; 176 (12): 598.

³ Harris DL. Cosmetic Surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1989; 71: 195.

que ha puesto a la belleza corporal un valor estético comercial con el cual frecuentemente se lucra.

Kathy Davis en su libro *Reshaping the female body* escribe cómo los cirujanos estéticos han tenido que defender el ejercicio de su profesión de acusaciones de charlatanería por operar cuerpos sanos y, por el otro lado, la superficialidad con la que se conduce el ser humano para embellecerse —pues con el bisturí en sus manos satisfacen tanto el capricho como la vanidad del paciente—. Para Davis, el cuerpo:

“Simplemente es un vehículo para reconocer nuestros deseos y proyectos individuales. La promesa ofrecida por el cirujano es simple: un cuerpo diferente que no tiene nada que ver con restricciones normativas asociadas con el género, la 'raza' o la nacionalidad.”⁴

El cirujano plástico y la regulación de su especialidad.

La formación de consejos y asociaciones

En 1931, un grupo de 18 médicos cirujanos fundaron la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Estética (*American Society of Aesthetic Plastic Surgery*, ASAPS). La regulación de la especialidad en Estados Unidos dejó a un lado el ejercicio informal de la cirugía cosmética, se implementaron programas universitarios para la residencia médica, un espacio dentro de los hospitales, la autorización gubernamental para ejercer, y con ello, la búsqueda de un estándar de calidad para las técnicas quirúrgicas.

La Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos y Reconstructivos (ASPRS, por sus siglas en inglés) dio a conocer en 1982 los requisitos para la formación del cirujano estético, que eran tres años de estudio en Cirugía General para posteriormente cursar dos años más de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Como premisas básicas estaban: la continua actualización médica, tanto en procedimientos como en los nuevos recursos tecnológicos; el entrenamiento para corregir cualquier deformidad congénita o hereditaria; un desempeño ético que como fin persiguiera el aumentar la calidad de vida de los pacientes, y la amplia información a los enfermos acerca de los posibles resultados con una expectativa realista.⁵ Con ello, el cirujano era certificado por el *American Board of Plastic Surgery* para ejercer legalmente como Cirujano Plástico Reconstructivo y Estético. En 1988 el número de afiliados era de 1,000, para 1999 el número ascendió a 5,728 especialistas,⁶ estas cifras indican claramente el aumento en la demanda de sus servicios.

En el año de 1948 en México, el curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva fue organizado por el doctor Mario González Ulloa apoyado por el doctor Aquilino Villanueva dentro del Hospital General de México. El objetivo de este programa era aumentar los conocimientos de los médicos recién

⁴ Davis K. Introducción. En: *El cuerpo a la Carta. Estudios culturales sobre la cirugía cosmética*. Título original: *Dubious Equalities and Embodied Differences Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Traducción Ingrid Ebergenyi Salinas. La Cifra Editorial. México. 2007, p. 20.

⁵ Sullivan DA. Technological Imperialism. The Emergence of Cosmetic Surgery. Chapter 3. En: *Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, p. 87.

⁶ Pierce HE, Cynwyd B. Ethnic Considerations in Multidisciplinary Cosmetic Surgery. *Brief. Journal of National Medical Association* 1984; 76 (9): 916.

graduados de las áreas de medicina y cirugía. El mismo González Ulloa convocó a otros cirujanos para fundar la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, que se conoce en la actualidad con el nombre de Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos Estéticos y Reconstructivos.⁷ En 1960, a instancias de los doctores Alfonso Serrano y Fernando Ortiz Monasterio, el curso de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital General fue incorporado como Especialidad Médica en la División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), fungiendo en aquel entonces como Jefe de la División el doctor Bernardo Sepúlveda. Un programa similar fue desarrollado en el Hospital Universitario de Monterrey con el doctor Óscar Ulloa Gregori. Posteriormente fueron abiertas otras sedes en el país, el Centro Médico Nacional, en la Universidad del Estado de Jalisco, en el ISSSTE y en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal.⁸

El Consejo Mexicano para Cirujanos Plásticos Estéticos y Reconstructivos (CMCPE) creado en 1968, contaba con 1,301 miembros certificados hasta abril del 2010. Dentro de sus objetivos está promover la educación continua y actualización de los especialistas, vigilar los hospitales y los recursos en donde se enseña la especialidad, y examinar a los alumnos egresados de la especialidad. Los miembros del Consejo son evaluados cada cuatro años (Certificación).⁹⁻¹¹

La transformación de una especialidad.

De la cirugía reconstructiva a la cosmética

Sullivan (2004) cita que la creciente demanda de cirujanos plásticos en Estados Unidos con especialización en el área cosmética, se da por la confluencia de tres variables. La primera fue la obligatoriedad del uso de cristales no fragmentables tras colisión en los vehículos automotores, y para los pasajeros los cinturones de seguridad, que disminuyó el trabajo de los cirujanos plásticos como “especialistas en trauma”. La segunda variable se basa en el hecho de la baja de la tasa de natalidad por recursos anticonceptivos, los consejos genéticos y la biotecnología aplicada a la reproducción, que trajo consigo la reducción de nacimientos de niños con malformaciones, y la búsqueda de una eugenesia en la especie humana. Y como una tercera variable, la aparición de los nuevos fármacos, antibióticos o antineoplásicos que redujeron las grandes deformidades corporales por tumores e infecciones. Yo me atrevería agregar otros factores decisivos a los citados por Sullivan, el principal es la paz social en algunas partes del mundo y la falta de guerras, razones por las cuales nació la Cirugía Reconstructiva siglos atrás, la intolerancia a la vejez y la tecnología médica que dieron paso a la comercialización de la belleza en todas sus modalidades, industria de la moda,

⁷ Ortiz Monasterio F. Cirugía reconstructiva. Cap XXX. En: La Salud en México: Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Pasado, Presente y Futuro. Volumen 2. Valdés C (coord.), Soberón G, Kumate J, Laguna J (comp.). Biblioteca de Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica. 1989, p. 83.

⁸ *Ibid.* 1989, pp. 83-85.

⁹ Sullivan DA. Medical Entrepreneurs. Market forces, Regulatory Changes, and the Growth of Cosmetic Surgery. Chapter 4. En: Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, pp. 87-88.

¹⁰ Ortiz Monasterio F. Miembro Honorario del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Manuel Gea González. Comunicación personal 2010-2011.

¹¹ Ortiz Monasterio F. *Op cit.* 1989, pp. 87-88.

vestidos y cosméticos. En suma, se abrió un nuevo mercado para los cirujanos: el estético. Se calcula que cada año se gradúan entre 200 a 220 cirujanos plásticos en Estados Unidos. En el año de 1995 se calculaba un cirujano por cada 56,600 habitantes, comparado con uno por cada 350,000 en el Reino Unido. Ya en 2001 en Estados Unidos había un cirujano por cada 38,461 personas, los procedimientos más solicitados eran los de tipo estético y no los reconstructivos.¹²

Es imposible negar que el campo de la cirugía estética es atractivo. Lo es porque en sí misma es la cirugía del “bienestar”, los pacientes no tienen un cuerpo enfermo, sino que *padecen o desean sentirse más bellos*. Además el embellecimiento físico ha demostrado a través de la historia ser una de las actividades enlazadas ontológicamente al ser humano, y desde el punto de vista económico de las más redituables.

Por lo que no parece extraño la opinión que se tiene acerca de los procedimientos cosméticos, la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS) en su informe del 2010, alude que el 51% de la población norteamericana aprueba la cirugía de tipo cosmético (49% de hombres y 53% de mujeres) y el 60% estaría dispuesto a someterse a un procedimiento (27% de casados y 33% de solteros). Pensar que el ingreso económico y el estado financiero de los individuos podría constituir una limitante para la cirugía cosmética, tampoco lo es, el 52% con ingresos menores de 25 mil dólares anuales; 48% entre 25 y 50 mil; 45% entre 50 y 75 mil y 56% de más de 75 dólares estarían listos para tomar la decisión. Asimismo, el 67% de los estadounidenses no se avergüenza de haber tenido una cirugía estética y de que se conozca lo que se realizaron.¹³

De acuerdo con el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica y Reconstructiva, la mayoría de los cirujanos plásticos se encuentran concentrados en las grandes ciudades del país, como la Ciudad de México, Guadalajara, Tijuana, lo que contrasta con algunos estados como el de Chiapas, que sólo cuentan con cuatro cirujanos para todo su territorio,¹⁴ situación que nos puede explicar en parte la demanda de los procedimientos estéticos como una necesidad en las modernas ciudades del país.

En México es posible documentar el estrepitoso aumento en la formación de especialistas en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. En 1998 el doctor Hugo Aréchiga publicó un trabajo sobre las especialidades médicas en la UNAM. Dentro del área quirúrgica, el mayor número de cursos que se ofrecían eran por orden de solicitud: urología, neurocirugía y en tercer lugar, cirugía plástica, cirugía oncológica, cardioráica, coloproctológica, angiología y cirugía vascular.¹⁵ También advirtió en ese momento el incremento en el número de las matrículas para las especialidades, que pasaron de 5,463 alumnos en 1994 a 6,743 en 1999.¹⁶

En los últimos cinco años han proliferado los cursos universitarios, diplomados y especialidades avaladas por una infinidad de instituciones que tienen como fin el capacitar a médicos, cosmetólogos, odontólogos y cualquier persona interesada en el campo de la medicina

¹² Sullivan DA. *Op. cit.* 2004, pp. 76, 78.

¹³ American Society of Plastic Surgeons. (ASPS 2010) Report of the TOTAL PROCEDURES FOR 25 TOP COUNTRIES. Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPs 2010, p. 16.

¹⁴ Asociación de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva A.C. www.cirurgiaplastica.org.mx. Número de miembros activos y directorio por Estados de la República Mexicana. Abril de 2010.

¹⁵ Aréchiga H, Ruiz Pérez L, Durand O, et al. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 34 (1): 22.

¹⁶ *Ibidem*. 2000, p. 20.

estética.¹⁷ Es importante apuntar que la mayoría de los procedimientos dentro de la cirugía plástica cosmética son complejos y requieren un alto grado de conocimiento anatómico, habilidad quirúrgica y una buena apreciación estética, imposible de adquirir en cursos o diplomados de ocho meses. ¿Qué está sucediendo para que exista tanta permisividad en cursos y capacitaciones?, ¿es sólo el valor y la globalización de la belleza junto con los intereses económicos que mueven a la sociedad para tolerar que personas no expertas ejerzan fuera de un marco educativo y legal? Sólo las autoridades de Salud son las indicadas para vigilar que se cumplan las normas propuestas que cuiden el ejercicio de la “medicina del bienestar”, la proliferación de clínicas, y la disponibilidad de materiales biotecnológicos de buena calidad. Durante la elaboración de este libro fueron modificados los estatutos del Código de Ética de los Cirujanos Plásticos y Reconstructivos en México, así como la legislación en el rubro de Salud.

El campo de la cirugía estética. Tierra de nadie

Las agencias federales de Estados Unidos manifestaron su preocupación sobre la capacidad, definición y privilegios de algunos cirujanos para realizar intervenciones de tipo estético. Aquel que se hace llamar *Cirujano Plástico* está certificado por el *American Board of Plastic Surgery*. Existen otros médicos especialistas como los oftalmólogos, dermatólogos, gineco-obstetras, urólogos, neurocirujanos que sin ostentar el título de "Cirujano Estético" avalado por instituciones universitarias y con cédula profesional realizan estos procedimientos. No obstante, salta a la vista que algunas de las grandes aportaciones a la Cirugía Plástica y Reconstructiva las realizan cirujanos generales o urólogos, como en el caso de los trasplantes de cara, o la primera cirugía de cambio de sexo.

Una frase popular utilizada por los cirujanos estéticos dice: “Menos gente, pero más preparada”. Ahora este grupo es el primero en estar preocupado por la invasión de su “territorio”. Recientemente las especialidades quirúrgicas pueden optar por una certificación como subespecialidad en Cirugía Plástica-Reconstructiva, y reciben el título de Cirujanos Plásticos Regionales. Más de mil oftalmólogos, cuatro mil otorrinolaringólogos, mil dermatólogos, 180 cirujanos máxilo-faciales, dos mil neurocirujanos, 920 ortopedistas, seis mil urólogos, y más de 30 mil cirujanos generales ejecutan técnicas reconstructivas y estéticas, incluyendo el tratamiento de quemaduras. Se calcula que el 40% del trabajo de los cirujanos plásticos es de tipo estético y corresponde al 80% de sus ingresos económicos.^{18,19}

¹⁷ La oferta académica se encuentra en las universidades públicas —como la UNAM, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Autónoma de Juárez (UAJ) en Tabasco, Universidad Autónoma de Coahuila, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma del Estado de México— y universidades privadas como La Salle y la Anáhuac del Norte. Además de diferentes clínicas y sociedades privadas que se anuncian a través de Internet como: Grupo Corporativo Galeazzi que capacita a personal, comercializa y distribuye productos de medicina estética; el de la Sociedad Mexicana Cinética de Medicina Estética que publican en su página *Web* que sus cursos están avalados por la UNAM y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; Agrupación Mexicana para la Práctica Estética Interdisciplinaria (AMPEI); Centro Especializado en Salud Interdisciplinaria para la Estética (CESIE) de la STPS Secretaría del Trabajo y Previsión Social, sólo por mencionar algunos.

¹⁸ Pierce HE, Cynwyd B. Ethnic Considerations in Multidisciplinary Cosmetic Surgery. *Brief. Journal of National Medical Association* 1984; 76 (9): 918-919.

¹⁹ Orton C. Regulating cosmetic Surgery. Members of the public would be better protected if they consulted their general practitioners first. *BMJ* 2002; 321: 30.

En México la subespecialización en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva evolucionó en cinco áreas: la cirugía de mano, quemaduras, microcirugía, cirugía cráneo-máxilo-facial, así como la cirugía estética-cosmética. La justificación que dio en su momento el doctor Ortiz Monasterio fue que el ejercicio profesional moderno de alto nivel tecnológico requería de un esfuerzo multidisciplinario.²⁰ El mismo doctor Ortiz Monasterio no se equivocó al predecir que las diferentes especialidades incorporarían las técnicas quirúrgicas desarrolladas por los cirujanos estéticos. Asimismo, una de las especialidades consideradas con mayor labor altruista en el tercer mundo es la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. El 20% aproximadamente de los cirujanos plásticos en conjunto con ortopedistas, anestesiólogos, oftalmólogos han donado su tiempo y su trabajo en aquellos países en donde son inaccesibles los servicios de salud. Los proyectos se han llevado a cabo en África, la Huasteca en México, y se estima que más de 400 mil personas han sido beneficiadas, especialmente las que han padecido labio y paladar hendido.^{21,22}

Actualmente en mi opinión, otra variable que ha influido de manera decisiva para la aceptación de la cirugía cosmética es la difusión por los medios electrónicos, la radio, la televisión y los sitios *Web* sobre los procedimientos y la facilidad de su ejecución minimizando los riesgos a los que se ven expuestos los enfermos. Asimismo, la poca regulación existente en México sobre los productos "milagros" y las diferentes estrategias para la obtención de la belleza en las que se ha permeado la medicina del bienestar, se ha transformado en un vehículo para promocionar la salud como forma de vida y medio para prolongar la vida.

Los procedimientos estéticos. Cifras y estadísticas

En las últimas décadas la cirugía plástica de tipo cosmético se ha transformado en una "obsesión pública" y una industria a nivel mundial. La demanda de los procedimientos había crecido en Estados Unidos un 26% entre 1999 y el año 2000, mientras que disminuía en el Reino Unido.²³ La *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) es una de las pocas organizaciones que cuenta con más de una década de información y estadísticas de las cirugías efectuadas en Estados Unidos, es también la más grande a nivel mundial con cirujanos plásticos asociados y certificados. La ASPS en el año 2008 tenía 7 mil miembros, y el 94% de los cirujanos plásticos pertenecían a ella, cifra que es similar a la reportada en el 2015.²⁴ Cuenta con una fototeca del antes y después de la cirugía, disponible con fines de investigación para quien lo solicite tan sólo con ponerse en contacto con su Departamento de Relaciones Públicas. Todos sus asociados están específicamente entrenados: por lo menos durante cinco años en Cirugía General, y dos años más en Cirugía Estética y Reconstructiva, trabajan en lugares certificados, se adhieren a un código de ética

²⁰ Ortiz Monasterio F. *Op. cit.* 1989, pp. 89-90.

²¹ Laub D. Third World Plastic Surgery. *The Western Journal of Medicine* 1999; 154 (2): 229. Letter to the editor.

²² Ortiz Monasterio F. Miembro Honorario del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Manuel Gea González. Comunicación personal 2010-2011.

²³ Orton. *Op. cit.* 2002, p. 1229.

²⁴ International Society of Plastic Surgery (ISAPS). Documento PDF.file:///Users/mariblancaramos/Documents/2016 ISAPS pp1-20 Results.pdf,pp7

estricto, siendo además indispensable la actualización continua para ser recertificados y poder laborar.²⁵

La *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) reúne a más de 35 mil cirujanos de por lo menos 60 países. Desde el año 2010 se puede encontrar la base de datos de las cirugías plásticas que recopila a través de las sociedades nacionales de cada uno de los países; por primera vez se tienen cifras estéticas confiables. México reporta a 1,550 cirujanos, y ocupaba el quinto lugar en procedimientos estéticos a nivel mundial y se reportan un total de 461,544 procedimientos quirúrgicos de tipo estéticos, siendo 400,069 quirúrgicos, entre los que destacan en orden la liposucción, el aumento de senos, blefaroplastía, rinoplastía y abdominoplastía, mientras que los procedimientos considerados no quirúrgicos un total de 446,369 cosméticos son la toxina botulínica, ácido hialurónico, tratamiento para la celulitis, depilación con láser y métodos para reafirmar la piel²⁶ y 494,741 mínimamente invasivos, lo que dieron un total de 907,913 intervenciones.²⁷

Las intervenciones varían de país a país y son el reflejo de su cultura e idiosincrasia. En México, al igual que en China y Estados Unidos, Japón, Brasil, India, Corea, Alemania, Italia, Rusia, Turquía y España, la cirugía más solicitada es el implante de mamas y la liposucción. Otras solicitadas son la rinoplastía, la blefaroplastía y la inyección de labios, que exactamente se ajustan al modelo “Barbie” de las últimas décadas.^{28,29} (Véase la tabla que corresponde al 2015, la cual muestra a detalle las cifras y los procedimientos que se efectúan en cada país, en la sección de anexos.)

Cifras mundiales de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos. Datos que pertenecen a la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética. Estadísticas de la ISAPS

Procedimiento	1997	2010	2011	2013	2014	2015
Quirúrgicos	939,192	6,735,640	6,371,070	11,599,336	9,645,395	9,641,253
No quirúrgicos	740,751	7,371,211	8,336,758	11,874,937	10,591,506	12,055,418
Total	1,679,943	14,106,852	14,707,827	23,474,273	20,236,901	21,696,671

ISAPS-Results-Procedures-2010, 2011, 2014, 2015 y 2016³⁰

²⁵ American Society of Plastic Surgeons (ASPS 2009). Report of the 2008 Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPs 2009, p. 2. En:

www.plasticsurgery.org/documentos/Newsweek-resources/statistics/2011-statistics_stats_full_full_report.pdf

²⁶ ISAP. *Op. cit.* Reporte 2016, p. 14.

²⁷ ISAPS 2016, file:///Users/mariblancaramos/Documents/2016 ISAPS Results.pdf, pp7

²⁸ *Ibidem.* 2011, p. 8.

²⁹ *Ibidem.* p. 23. En México, los cinco procedimientos quirúrgicos más frecuentes son: aumento de senos (61,663), blefaroplastía (63,756), liposucción (70,773), rinoplastía (39,897) y abdominoplastias (39,634). Mientras que entre las mínimamente invasivas están el bótox (161,355), ácido hialurónico (86,320), rejuvenecimiento (28,350); y entre otros, depilación láser (30,008).

³⁰ ISAPS-Results-Procedures-2011, 2012, 2014, 2015 y 2016 PÁGINA Consultada el 9 agosto 2016: www.ISAPS.com
ISAPS 2016 file:///Users/mariblancaramos/Documents/2016%20ISAPS%20Results.pdf pp. 4, 5 (total de páginas 1-20)
ISAPS 2015 file:///Users/mariblancaramos/Documents/2015%20ISAPS%20Results.pdf pp. 2, 3 (total de páginas 1-18)

Cifras mundiales de los procedimientos estéticos en los años 2011, 2013, 2014 y 2015 de la ISAPS

2011. Tomado de ISAPS 2012. *Op. cit.*, p. 3

Orden por país	Total	%	Quirúrgicos	No quirúrgicos
1. Estados Unidos	3,105,246	21.15	1. EU 17.2%	1. EU 24.1%
2. Brasil	1,447,213	9.8	2. Brasil 14.2%	2. China 7.6%
3. China	1,050,860	7.2	3. China 6.5%	3. Japón 7.0%
4. Japón	952,651	6.5	4. Japón 5.9%	4. Brasil 6.5%
5. México	794,567	5.4	5. México 4.7%	5. México 5.9%
6. Italia	704,918	4.8	6. Italia 5.0%	6. Italia 4.7%
7. Corea del Sur	649,938	4.4	7. Corea del Sur 4.0%	7. Corea del Sur 4.7%
8. India	466,231	3.2	8. India 3.0%	8. India 3.3%
9. Francia	443,296	3.1	9. Francia 3.2%	9. Francia 3.0%
10. Alemania	415,448	2.8	10. Alemania 2.9%	10. Alemania 2.7%

2013. Tomado de ISAPS 2014. *Op. cit.*, pp. 4 y 5

Orden por país	Total	%	Quirúrgicos	No quirúrgicos
1. Estados Unidos	3,996,631	17.0	1. Brasil 15.4%	1. EU 17%
2. Brasil	2,141,210	9.1	2. EU 12.5%	2. Brasil 9.1%
3. México	884,353	3.8	3. México 4.2%	3. México 3.8%
4. Alemania	654,115	2.8	4. Alemania 3.0%	4. Alemania 2.8%
5. España	447,147	1.9	5. Colombia 2.5%	5. España 1.9%
6. Colombia	420,955	1.8	6. Venezuela 2.0%	6. Colombia 1.8%
7. Italia	375,256	1.6	7. España 1.8%	7. Italia 1.6%
8. Argentina	287,823	1.2	8. Italia 1.6%	8. Venezuela 1.2%
9. Irán	174,778	0.7	9. Irán 1.0%	9. Irán 0.7%

2014. Tomado de ISAPS 2015. *Op. cit.*, pp. 4 y 5

Orden por país	Total	%	Quirúrgicos	No quirúrgicos
1. Estados Unidos	4,064,571	20.1	1. EU 15.4%	1. EU 24.4%
2. Brasil	2,058,505	10.2	2. Brasil 13.9%	2. Japón 8.8%

(Continúa)

ISAPS 2014 file:///Users/mariblancamos/Documents/2014%20ISAPS%20Results%20.pdf pp. 2, 3 (total de páginas 1-16)
 ISAPS 2011 file:///Users/mariblancamos/Documents/ISAPS-Results-Procedures-2011.pdf pp. 10, 11 (total de páginas 1-11)
 ISAPS 2013 file:///Users/mariblancamos/Documents/ISAPS-Results-Procedures-2013.pdf pp. 10, 11 (total de páginas 1-11)

(Continuación)

Orden por país	Total	%	Quirúrgicos	No quirúrgicos
3. Japón	1,260,351	6.2	3. Corea del Sur 4.6%	3. Brasil 6.8%
4. Corea del Sur	980,313	4.8	4. México 4.0%	4. Corea del Sur 5.1%
5. México	706,072	3.5	5. Japón 3.4%	5. México 3.1%
6. Alemania	533,622	2.6	6. Alemania 3.0%	6. Alemania 2.3%
7. Francia	416,148	2.1	7. Colombia 2.6%	7. Francia 1.7%
8. Colombia	357,115	1.8	8. Francia 2.4%	8. Colombia 1.0%

2015. Tomado de ISAPS 2016. *Op. cit.*, pp. 4-6

Orden por país	Total	%	Quirúrgicos	No quirúrgicos
1. Estados Unidos	4,042,610	18.6	1. EU 14.7%	1. EU 21.8%
2. Brasil	2,324,245	10.7	2. Brasil 12.7%	2. Brasil 9.1%
3. Corea del Sur	1,156,234	5.3	3. México 4.8%	3. Corea del Sur 5.9%
4. India	935,487	4.3	4. Corea del Sur 4.6%	4. India 4.3%
5. México	907,913	4.2	5. India 4.4%	5. México 3.7%
6. Alemania	617,408	2.8	6. Colombia 3.3%	6. Alemania 2.6%
7. Colombia	542,635	2.5	7. Alemania 3.2%	7. Italia 2.3%
8. Francia	488,718	2.3	8. Francia 2.7%	8. Colombia 2.3%
9. Italia	418,760	1.9	9. Italia 1.4%	9. Francia 1.9%

Como es evidente, Estados Unidos de Norteamérica es el país en donde se realizan el mayor número de procedimientos de tipo estético y de tipo quirúrgico. Es de llamar la atención que en los últimos cinco años, México se encuentra entre los primeros cinco lugares de procedimientos de tipos estético y tiene registrados dentro 1,550 cirujanos.

Total de procedimientos estéticos año 2015³¹

Rank*	País	Cirujanos registrados	Procedimientos	% del total
1	Estados Unidos	6,500	1,414,335	14.7%
2	Brasil	5,500	1,224,300	12.7%
3	México	1,550	461,544	4.8%
4	Corea del Sur	2,150	445,144	4.6%
5	India	2,150	420,454	4.4%

(Continúa)

(Continuación)

Rank*	País	Cirujanos registrados	Procedimientos	% del total
6	Colombia	950	314,783	3.3%
7	Alemania	1,100	308,258	3.2%
8	Francia	950	259,208	2.7%
9	Italia	800	138,864	1.4%

- Los *rankings* se basan exclusivamente en los países que enviaron los datos suficientes para realizar una estadística
- A la tabla original le fue agregado el número de cirujanos registrados
- Los datos fueron obtenidos de 1,398 cirujanos del mundo

Durante los años 2013, 2014 y 2015 se gastaron más de 12 billones de dólares a nivel mundial en procedimientos cosméticos. Los más populares fueron la liposucción, aumento de senos, cirugía de ojos, aumento de glúteos y rinoplastia. Mientras que los cinco procedimientos más populares no quirúrgicos fueron toxina botulínica, ácido hialurónico, depilación de pelo, *peeling* químico y microdermoabrasión.³² Es posible observar que se tienen estadísticas de menores de 18 años, siendo un total de 31,201 el 1.8% del total del año 2014. Las cirugías más frecuentes fueron cirugía de orejas, rinoplastia, aumento de senos, disminución de senos y liposucción. Asimismo, de los procedimientos no quirúrgicos en este grupo de edad se encontró la aplicación de inyectables, rejuvenecimiento de la piel, depilación láser o por luz pulsada.³³ El porcentaje por grupo de edad es de 18 años y menores 1.8%; 19-34 años 27%; 35-50 años 38.8%; 51-64 años 24.6%; más de 65 años 7.9%.³⁴

En Tanzania, al este de África, a diferencia de lo observado en Europa o en América, la cirugía estética cubre más necesidades de tipo reconstructivo que estético, como lo es el tratamiento para quemaduras, infecciones, trauma, tumores de cabeza, sepsis y deformidades por tratamiento tardío; la ausencia de intervenciones de anomalías congénitas refleja la actitud cultural a estos padecimientos, el 25% de los niños mueren antes de los 5 años por poco cuidado, y en general es una sociedad que tolera más la deformidad e incapacidad física.³⁵

En los siguientes párrafos me referiré a algunos problemas observados en las estadísticas que reflejan lo complicado del abordaje del tema. En México los datos no son del todo confiables, debido a que la mayoría de las cirugías se realizan en el ámbito privado y son ocultadas tanto por

³¹ ISAPS International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Procedures performed in 2015. file:///Users/mariblancaramos/Documents/2016%20ISAPS%20Results.pdf pp. 2-18, página 2

³² *Ibid.* Op. cit. ASAP, p. 6.

³³ *Ibid.* Op. cit. ASAP, pp. 15, 16.

³⁴ *Ibid.* Op. cit. ASAP, p. 17.

³⁵ Goodacre T. Plastic Surgery in rural African Hospital; spectrum and implication. *Annals of Royal College of Surgeons of England* 1986; 68: 42-44.

médicos como por los mismos pacientes, basado en la defensa del secreto profesional. Aunado a que son mínimos los procedimientos con fines exclusivamente estéticos dentro de los hospitales públicos en México.^{36,37}

La ISAPS reportó que el 32.7% de los procedimientos se realizan en los consultorios médicos, dentro de los hospitales 46.7%, en clínicas tipo cosméticas 19.8%.³⁸

Las cirugías cosméticas que se llevan a cabo en el consultorio médico corresponden a un 56%, en un centro de cirugía ambulatoria al 24%, y en el hospital al 19%.³⁹



Lipoescultura

2015 Percent of Cosmetic Procedures by Location

	World Wide	Brazil	Colombia	France	Germany	India	Italy	Mexico	South Korea	USA
An office facility	32.7%	33.9%	20.6%	21.4%	35.1%	24.4%	36.3%	25.9%	60.4%	41.6%
A hospital	46.7%	56.1%	56.3%	60.4%	53.0%	54.4%	26.1%	54.1%	34.0%	18.6%
A free-standing surgicenter	19.8%	9.8%	22.5%	18.2%	11.9%	20.1%	37.0%	19.9%	5.7%	39.5%
Other	0.8%	0.2%	0.7%	0.0%	0.0%	1.1%	0.6%	0.1%	0.0%	0.3%

De acuerdo con el reporte dado por Buford (2009), en Estados Unidos la cirugía estética se realizaba en centros quirúrgicos privados en un 27%, en el hospital 19% y en el consultorio médico en un 54%. De acuerdo con la ASAP, sólo un 14% trabaja en conjunto con los SPAs.⁴⁰ Según la ASAP (2009) en una sola intervención se efectúan varios procedimientos (9%↑), el (7%↑) de los pacientes acuden por segunda o más veces (ASAP, 2009, 5). Comparando el periodo de 2009-2010 hubo un

³⁶ Molina F. Comunicación personal. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Gea González", y también ejerce de manera privada. Abril de 2011.

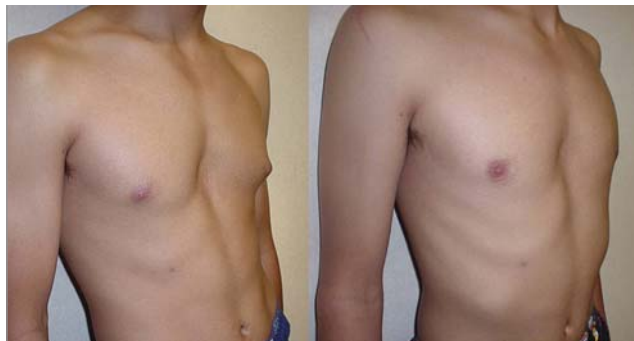
³⁷ Musago A. Comunicación personal. Clínica privada en Bari, Italia. Septiembre de 2011.

³⁸ ISAPS. *Op. cit.* 2016, p. 20.

³⁹ ASAP. *Op. cit.* 2010, p. 3.

⁴⁰ Buford. *Op. cit.* 2009, p. 38.

Archivo de la Dra. Marcia Pérez-Dosal y del Dr. Rafael Villaseñor Caloca



Ginecomastía (reducción de senos de hombre)



Otoplastia (cirugía de orejas)

incremento del 9%, con más de 1.6 millones de procedimientos.⁴¹

De lo expuesto, puedo comentar que más de la mitad de las intervenciones de tipo cosmético menores se efectúan dentro de los consultorios médicos, y una mínima proporción requieren de un quirófano dada su naturaleza y el uso de tecnología más sofisticada, lo que fue reportado tanto por Alfredo Musago, Fernando Molina y Fernando Ortiz Monasterio.⁴²

Terry (1995) hace referencia a la posibilidad de error en los registros de cirugía cosmética, y toma como ejemplo los implantes de senos. Durante el periodo comprendido entre 1963 a 1988, 890 mil mujeres habían sido implantadas, no obstante, las cantidades entre las diferentes publicaciones arrojaban que podrían ser un millón o dos. La dificultad para obtener confiabilidad en las cifras se atribuye a tres variables: errores en la información y codificación de la cirugía, la inexistencia de registros cuando se trata de reimplantes, y en tercero, el que no se diferencia cuando se trata de una cirugía cosmética de una reconstructiva.⁴³

La Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASAP) y el *National Clearinghouse of Plastic Surgery* (NCPS) realizaron un estudio retrospectivo (1992-2005), en donde los procedimientos estéticos

no se encuentran asociados a ningún factor económico. Se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se realizan más de 10 millones de cirugías estéticas por año y se espera que para el 2015 se elevará a más de 55 millones de intervenciones por año. Es evidente que el desarrollo de tecnología cosmética con ácido hialurónico (como relleno para arrugas), y el uso del rayo láser en sus diferentes modalidades han desplazado a la cirugía, pues son de fácil aplicación con un alto beneficio y bajo riesgo. Los procedimientos quirúrgicos entre 1997 a 2008 aumentaron a un 88% (de 2 a 10.2 millones), mientras que los no quirúrgicos se incrementaron en un 233%.⁴⁴

⁴¹ ASAP. *Op. cit.* 2010, p. 3.

⁴² Fernando Ortiz Monasterio, Fernando Molina Montalva y Alfredo Musago. Comunicación personal. Septiembre de 2011.

⁴³ Terry MB, Skovron ML, Garbers S, *et al.* The estimated Frequency of Cosmetic Breast Augmentation among US Women, 1963 through 1988. *Am J Public Health* 1995; 85: 1122-1124.

⁴⁴ Buford AG, House SE. Potential Growth, Demographics, and Future Trends. Chapter 4. En: *Beauty and the Business. Practice, Profits and Productivity, Performance and Profitability.* Morgan James Publishing. New York USA. 2009, pp. 27, 28.



Láser fraccionado



Rinoplastia en mujer y tratamiento de acné

De hecho, se calcula que en 2008 la cifra es por lo menos siete veces mayor para procedimientos mínimamente invasivos llamados “no quirúrgicos” en comparación con la década anterior. Buford (2009) especifica que en la actualidad la importancia de la apariencia física, el “verse bien”, se correlaciona con el grado de competitividad y la habilidad de encontrar y conservar un trabajo.⁴⁵

La ASAP reúne las estadísticas de los procedimientos realizados en todo el territorio estadounidense a partir del año 2008 a través de su *American Society of Aesthetic Plastic Surgery and National Clearinhouse*, el último reporte publicado en el 2010. La precisión de sus resultados se calcula en un 95% con rango de error máximo de 3.3%, por lo que se puede considerar que son estadísticas confiables.⁴⁶ Los procedimientos más solicitados en 2010 fueron liposucción, rinoplastia, blefaroplastia, reducción de senos en los hombres y cirugía de orejas. Los americanos gastaron \$10.7 billones de dólares en procedimientos cosméticos; \$6.6 billones fueron en métodos quirúrgicos, \$1.9 billones en tratamientos de la piel para rejuvenecimiento, mientras que \$500 millones en otros procedimientos.⁴⁷

De acuerdo con la edad, por primera vez son citadas las intervenciones quirúrgicas en menores de edad. El grupo etario entre 13-19 años corresponde al 3% (230,617) del total de todos los procedimientos; invasivos 5% (76,755) y no invasivos 1% (153,862). Entre los 20-29 años de edad se registró un incremento del 6% (794 mil) siendo éste en los métodos mínimamente invasivos 9% (541 mil). En el grupo de 30-39 años hubo un aumento del 5% (2.5 millones), tanto en que las cirugías fueron de 1% (364 mil), como en los mínimamente invasivos (6%) 2.1 millones. El grupo de edad entre los 40-54 años es el que se efectúa el 48% de todos los procedimientos, allí se registraron 6.4 millones de éstos (con aumento del 6%); 525 mil quirúrgicos (2%); 5.9 millones (6%). Del grupo correspondiente a 55 o más años registró un aumento de 5% (3.4 millones), quirúrgicos 3% (3.1 millones), mínimamente invasivos 5%. Las mujeres son el 91% de las que acuden al cirujano a comparación del hombre (9%).⁴⁸

⁴⁵ *Ibidem*. 2009, pp. 25, 26.

⁴⁶ ASAP. *Op. cit.* 2010, p. 4.

⁴⁷ ASAP. *Op. cit.* 2010, p. 3.

⁴⁸ ASAP. *Op. cit.* 2011, p. 2.

Las cirugías más solicitadas por el grupo entre 13-19 años fueron el aumento de senos 8,882 (3%), reducción de senos 14,371 (73%), otoplastia 7,489 (28%), rinoplastia 33,882 (14%); mínimamente invasivos bótox 16,160, depilación láser 69,343 (6%); reestructuración de la piel con láser (5%), tratamiento de venas en las piernas con láser 21,882 (9%), microdermoabrasión 8,919 (1%).⁴⁹ En el último reporte del ISAP del 2016, entre los menores de 18 años 45,116 (3.0%) acuden para aumento de senos; 32,494 (2.3%) para liposucción; 55,064 (7.5%) para rinoplastia; 29,155 (0.6%) para toxina botulínica, mientras que 10,633 (2.5%) lo hacen para otras formas como reducción de grasa corporal.⁵⁰

La proliferación de clínicas privadas. El turismo estético y el financiamiento bancario

De la mano de la oferta de los cirujanos estéticos y del reclamo social surge la pregunta acerca de la necesidad de ser incluida la cirugía de bienestar dentro de la cobertura de salud de los sistemas de gobierno y de seguridad social, bajo el argumento que los pacientes sufren de una ansiedad subyacente. En Inglaterra en 1987 se publicaba que sólo existían cirujanos plásticos de tipo reconstructivo para resolver emergencias. El *National Health Service* (NHS) decía que para darse abasto en la demanda de trabajo, por lo menos tendría que haber un cirujano por cada 250 mil habitantes, ya que para ese momento, sólo se tenían 117 cirujanos consultantes que atendían una población de 54.5 millones de habitantes. La lista de pacientes en espera era de 30,670 a 43,075 en 1986, 4/5 partes de la población tenía una demora en su atención hasta de un mes, a pesar de tratarse de admisiones urgentes, y 2/3 partes de hasta de doce meses. Para 1999, en el distrito de Salisbury se había propuesto un nuevo sistema para excluir pacientes que demandaban una cirugía cosmética, sólo los enfermos con malignidad o un potencial de desfiguración serían atendidos, las quejas de médicos y pacientes no se hicieron esperar, pues se cuestionaban diagnósticos, criterios de inclusión y de exclusión, argumentando que las finanzas, ética y estándares de servicio de ninguna manera podían tener un perfil restrictivo.⁵¹

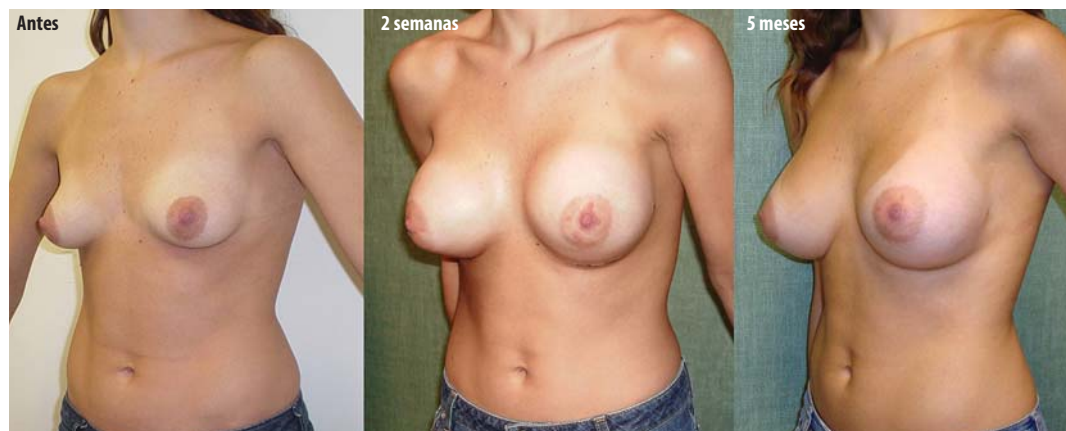
Al mismo tiempo en Inglaterra, durante la década de los ochenta, la solicitud de intervenciones estéticas creció diez veces, de la mano con el incremento del número de clínicas privadas que ofrecían un salario de hasta 150 mil libras esterlinas por un año de trabajo al médico responsable. Todas ellas ofrecían paquetes quirúrgicos con la ausencia de un verdadero consentimiento informado, algunas fueron denunciadas por la incapacidad de ciertos cirujanos para el manejo de complicaciones postoperatorias. Aquí afirmo categóricamente, la persona dispuesta a someterse a una cirugía estética también lo está para cubrir los altos honorarios médicos. Una solución propuesta por Davies es que se incorporen a los Servicios de Asistencia Pública o Seguridad Social de cirujanos estéticos de tiempo completo.⁵² En contraste, en enero del 2007, el *British Medical Journal* publicaba un trabajo titulado "Nosotros no necesitamos 400 cirujanos plásticos" por el entendido

⁴⁹ American Society of Plastic Surgeons (ASPS 2011). Report of the 2011 Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPS 2011, p. 14. www.plasticsurgery.org/documentos/Newsweek-resources/statistics/2011-statistics_stats_full_full_report.pdf file:///Users/mariblancaramos/Documents/2016%20ISAPS%20Results.pdf PP

⁵⁰ ISAPS. *Op. cit.* 2016, p. 20. Los porcentajes corresponden al total de las intervenciones.

⁵¹ O'Boyle CP, Cole RP. Rationing in the NHA; audit. The outcome and acceptance of restriction criteria for minor operations. *British Medical Journal* 2001; 3213: 428-429.

⁵² Davies DM. Plastic Surgery: an speciality on its kness. *Br Med J* 1987; 295 (12): 1502.



Mamatuberosa, TX y aumento

de que “todos ellos quieren ser cosméticos”. El análisis llevado a cabo por el NHS demostró que la cirugía estética representaba una mínima parte de las intervenciones que se realizan dentro del sistema, pues una gran parte eran de tipo reconstructivo por trauma, quemaduras, cáncer, además de hacerse evidente que la clasificación para estadísticas era muy complejo pues los enfermos generalmente contaban con más de un diagnóstico. Las estadísticas arrojaron que el total de procedimientos del 2005 al 2006 fue de 22,283 casos, con un total de 36,300 días de cama. En este año hubo más mujeres que hombres, el 25.3% tenía problemas económicos, y el registro de nuevos casos fue de 26,480.⁵³

En la Revista del *British Medical Journal*, Orton (2002) denunció que una gran parte de los cirujanos que trabajaban en clínicas privadas no reunían los criterios de actualización y entrenamiento que exigía el Real Colegio de Cirujanos. En Inglaterra, con el fin de solucionar este problema se dieron dos años de moratoria para entrenarlos, y la sugerencia fue que a aquellos médicos no calificados se les suspendiera la licencia médica. Era y es evidente que los estándares entre clínica y clínica varían, y algunas se sostienen sólo de su publicidad y promociones. Además, en ese momento era del conocimiento público que los integrantes de las clínicas ni siquiera estaban capacitados en el área estética, y pertenecían a otras especialidades como oftalmología, dermatología u otorrinolaringología. El nuevo gobierno insistió en una regulación preoperatoria en la consulta con un cirujano y otra postquirúrgica, y, que no hubiera división en el Real Colegio de Cirujanos para realizar cirugías cosméticas. Se ordenó que las clínicas y su información fueran inspeccionadas regularmente. Aquellos pacientes quejosos o insatisfechos con el procedimiento podrían demandar al cirujano existiendo la posibilidad de suspenderle la licencia para ejercer como especialista. Asimismo, con esta medida la población estaría mejor informada y consultaría primero a su médico general.⁵⁴

Un problema observado en diferentes países es que los sistemas de Salud Gubernamentales o

⁵³ Brewster C, Shoab T. Caseload of NHS plastic surgery in Scotland, 2005-2006; analyses of Scottish hospital activity data. *J Royal Soc Med* 2009; 102: 148-156.

⁵⁴ Orton. *Op. cit.* 2002, pp. 1229-1230.



Dermolipectomía abdominal



Dermolipectomía abdominal más pexia de mama

los Planes de Seguro de Compañías Privadas no contemplan, o lo hacen parcialmente, la cobertura de gastos por cirugía estética, y en ocasiones existe una gran diferencia entre los honorarios médicos de sistema a sistema. Un ejemplo claro es que las aseguradoras privadas pagan más que el mismo *Medicare* en Estados Unidos de Norteamérica por la reducción de senos, una diferencia hasta de 3,000 dólares por procedimiento.⁵⁵ Un *lift* de cara en el año de 1990 costaba 10 mil dólares aproximadamente, un trasplante de pelo iba de 30 dólares por pelo.⁵⁶ Inclusive en Inglaterra el aumento de los senos por motivos estéticos no estaba cubierto por el NHS, aunque los motivos para efectuar este procedimiento fueran las razones psicológicas, sociales o de incomodidad.⁵⁷ En México, las compañías de seguros no cubren procedimientos de tipo estético, a menos de que se trate de sujetos que requieren la cirugía por accidentes, inclusive, para malformaciones congénitas el plan debe ser pagado con anterioridad al nacimiento.

Algunas políticas económicas se implementaron en América del Norte, el gobierno fe-

deral decidió en la década de los noventa gravar con un 7% más de impuestos a los cirujanos estéticos, en razón de que los procedimientos se llevaban a cabo fuera del sistema nacional de salud, al cirujano se le retenía hasta el 55% de sus ingresos en clínicas privadas y los costos se podían elevar hasta un 60%, el problema es quién finalmente cubre ese incremento. Es evidente que el 50% del dinero viene de los planes de seguro y el otro 50% del bolsillo de los pacientes, y tal como sucede en diferentes países, no se sabe a ciencia cierta cuál fue el costo real de la cirugía.⁵⁸

La reducción de las indicaciones de cirugía estética por parte del NHS en Inglaterra, provocó el incremento de procedimientos en el sector privado, a ello, respondieron las instituciones bancarias

⁵⁵ Levan NE. About those US fees. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (6): 761.

⁵⁶ Sullivan P. GTS on cosmetic procedures will drive patients away, surgeons say. Section Bussiness. Les Affaires. *CMAJ* 1990; 142 (1): 55.

⁵⁷ Sommerville M, Radford G, Hews N. Interventions requested for psychological reasons should be studied. Letter to the editor. *BMJ* 1996; 313.

⁵⁸ Sullivan P. *Op. cit.* 1990, pp. 55-56.

con financiamientos específicos para cubrir los honorarios. Este fenómeno se dio a principios del 2000⁵⁹ y ya se extendió por diferentes países, incluyendo México. Vigente desde el 2005, IXE Banco México, institución que comandaba en aquel entonces Javier Molinar Orcasitas, a través de su programa “Matices”, ideado por Christelle Castañón, Licenciada en Administración de Empresas por el Tecnológico de Monterrey, lanzó como eslogan publicitario “El dinero ya no es problema para tu cirugía estética”, ofreciendo un crédito de cuenta corriente en moneda nacional que se ejercía a través de la tarjeta de crédito IXE Visa Oro Internacional, con lo que se financiaban los honorarios de los médicos especialistas y los gastos de hospitalización por cirugía. Muchos de los cirujanos plásticos tienen ya convenio con el banco:

“...tienen una tasa y pagos fijos a plazos de 6,12,18 y 24 meses, toda persona entre los 20 y 64 años, con una antigüedad de un año en su domicilio particular y el mismo lapso en su trabajo, con un ingreso mínimo de 10 mil pesos mensuales, y un buen historial crediticio, puede obtener el financiamiento.”⁶⁰

Otra modalidad en la cirugía estética es lo que se conoce con el nombre de “turismo estético”, que consiste en ofrecer “paquetes quirúrgicos” en países como Costa Rica, Colombia, Brasil y México, a un costo menor que el de Canadá y Estados Unidos, en estos dos últimos países existen Asociaciones de Acreditación de Cirugía Ambulatoria, que verifican, supervisan las instalaciones y tratan de mantener estándares de alta calidad para proteger al consumidor, enfatizando que la técnica ofrecida por los cirujanos es de vital importancia para un buen resultado.⁶¹ A Costa Rica ingresan un aproximado de 14% (105) de turistas por semana que acuden por razones médicas, de los cuales 39% son americanos, 13% europeos, 4% canadienses y 37% de otras naciones latinoamericanas, planifican por paquete algunos hospitales privados en Costa Rica, en la Clínica Bíblica o en el Hospital de San Juan de Dios. Los precios son considerablemente más bajos, calculados hasta en una tercera parte del costo en comparación con los de Miami, Florida. Un *lift* de cara cuesta entre dos o tres mil dólares comparados con los once mil dólares de Estados Unidos. Algunos de los precios publicados en 1993 eran de 2,800 por un *lift* de cara, reconstrucción de senos por 2,800, liposucción 1,800 dólares. La estancia hospitalaria y la convalecencia cotizaban por paquete, hospital y hotel de lujo, por 3 mil dólares.⁶² Los precios publicados en línea por el ASAPS y el *National Clearing House* en Estados Unidos 2011,⁶³ estiman el precio de los procedimientos en los siguientes: aumento de senos 3,338.00; implantes mamarios 2,282.00; mastopexia 4,286.00; implantes de glúteos 4,283.00; otoplastia 3,148.00; blefaroplastia 2,741.00; *lift* facial 6,426.00; transplante de pelo 4,939.00; inyectables en labios 1,650.00; liposucción 2,859.00; *lift* de la parte inferior del cuerpo 7,928.00; rinoplastia 4,422.00; abdominoplastia 5,279.00 y *lift* de brazos 3,809.00. De los procedimientos mínimamente invasivos: bótox 365.00; *endermology* 219.00; *peeling* químico 653.00; luz pulsada 467.00; láser depilatorio 358.00; láser

⁵⁹ Orton. *Op. cit.* 2002, p. 1229.

⁶⁰ Castañón C. “El dinero ya no es problema para tu cirugía plástica”. Líder del programa Matices en IXE BANCO. En: <http://www.ixe.com.mx/storage/RevCirujanosPlasticosComp.pdf>

⁶¹ Voice S. Is surgery in Costa Rica really cheaper? Letter to the editor. *Can Med Assoc J* 1993; 306: 596.

⁶² Castonguay G, Brown A. “Plastic surgery tourism” proving a boon for Costa Ricas’s surgeons. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 74-76.

⁶³ ASAPS. *Op. cit.* 2011, p. 20.

ablactivo 2,169.00 y Fraxel 1,223.00; tratamiento de venas por láser 387.00; ácido hialurónico 529.00; ácido poliáctico 987.00 (*Scrupta*) o el *silk prevelle* (*Restylane*). En total se calcula que el gasto por procedimientos quirúrgicos fue de 57,127,382.00 y los mínimamente invasivos 10,434,350,360.00; todas estas cifras se encuentran expresadas en dólares.

Desde una perspectiva ética, el ejercicio de una profesión requiere el máximo de preparación y de compromiso con el paciente, está claro, que el aumento en demanda de la cirugía estética ha provocado que la especialidad dé un giro, la consulta se ha convertido más en una de tipo cosmético que reconstructivo; no obstante, esto no justifica la carencia de una reglamentación tanto para la enseñanza como para el registro de procedimientos y la comercialización de los productos para brindar la mejor atención a los pacientes. Este punto de suma importancia se discutirá en el capítulo sobre el cirujano estético frente al paciente.

Publicidad en la cirugía estética

A mediados del siglo XX los cirujanos estéticos tomaron ventaja de la legislación relajada de anuncios en servicios y resultados de la cirugía en revistas no médicas y en programas de televisión. En Inglaterra, el Comité Disciplinario del Consejo General de Medicina (1961) apuntaba el hecho:

“...de anunciarse directa o indirectamente, con el propósito de obtener pacientes o promover las ventajas de su profesión, por cualquier tipo de propósito, o procurar, o el consentimiento de una publicación de noticias que directamente mencionan la habilidad del practicante, conocimiento, servicios, calificaciones, o el desprecio hacia otros médicos, o la asociación con o de empleados, que procuren o sancionen la publicación, o el anuncio... Son un descrédito para la profesión médica y son contrarios al interés público. Cualquiera que recurra a este tipo de práctica es censurable...”⁶⁴

La relación entre el médico especialista, el médico general y el paciente, idealmente debería establecerse a través del médico general y no por un anuncio publicitario, pues es el médico quien se hará cargo de los intereses del paciente y de su cuidado posterior. Se hizo igualmente evidente, que los médicos generales están en desacuerdo con el ejercicio de ciertas especialidades como la psicoterapia y la cirugía cosmética, por lo que niegan canalizarlos a los especialistas, aún esté en juego el bienestar del enfermo por un sufrimiento psicológico.⁶⁵

Los comentarios realizados por la prensa eran una vez más de carácter crítico en referencia al comportamiento médico, a los códigos de ética que gobiernan el ejercicio de los cirujanos plásticos, y en general a la conducta displicente mostrada por los médicos al criticar, censurar, descalificar a otros colegas o, el hecho de dar dinero por la referencia de pacientes. No sólo esto, el recibir dinero por el ingreso de pacientes a los hospitales o aumentar el número de cirugías que en ese momento no son indispensables, son algunos de los aspectos que deberían ser vigilados por la autoridad sanitaria.

En México, se encuentra contemplado en la Ley General de Salud, el Reglamento en Materia de Publicidad (IV) [Artículos 1 al 112], y se incluye en el título decimotercero (Artículos 99 y 100), como

⁶⁴ Editorial. The Case of the Plastic Surgeons. Editorial. *British Medical Journal* 1961; 12: 1483-1484.

⁶⁵ Kidd HB. The case of Plastic Surgeons. Correspondence. *BMJ* 1961; 16: 1641-1642.

obligación de los consejos, colegios y asociaciones, la formulación de códigos de ética para la difusión de material publicitario,⁶⁶ no obstante, no contempla específicamente el rubro de la cirugía plástica. Es común observar en los consultorios de cirujanos plásticos las fotografías de artistas que han sido intervenidos, e incluso en revistas de espectáculos "venden" las exclusivas por las que se pagan varios miles de pesos. La prensa en Inglaterra, Canadá y Estados Unidos es más crítica con respecto al anuncio publicitario, pues se piensa que la relación del médico con el paciente debería establecerse a través de su médico.⁶⁷ En México, las revistas de espectáculos pagan las "exclusivas" de cirugías estéticas en algunos artistas, inclusive los mismos artistas son los que promueven esta clase de anuncio, pues obtienen un doble beneficio, su publicidad personal y el pago de los honorarios médicos.

Aún con la existencia de códigos, muchos de los cirujanos estéticos se anuncian por diferentes medios. Por mencionar algunos ejemplos, una página en la revista del Hotel *Four Seasons & Resort* tiene un costo de 20 mil dólares.⁶⁸ Otros, ampliamente utilizados, son los programas de concurso como el "*Vancouver Extraordinary Makeover Experience*", en donde los concursantes ganan 100 mil dólares para someterse a una intervención estética por médicos de Alberta. A pesar de que estos concursos se consideraban indecentes, pues se advertía el riesgo de realizar una cirugía cosmética en un paciente no candidato, y había la falta de un consentimiento informado amplio y validado, los precios disminuían evitando así la crítica y la vigilancia pública.⁶⁹ Los programas de *Medical Health* en que se expone el procedimiento, el antes y después de la cirugía, las opiniones acerca de los anuncios se encontraban divididas; la Suprema Corte de Ontario (1990) tras el alegato entre dentistas llamado caso Carlisle, propuso que todos los médicos podían anunciarse en medios disponibles, siempre y cuando la información fuera real, verificable y que no tomara ventaja de los pacientes y, de ninguna manera, podían endosar productos o dar testimoniales. En la opinión del doctor John Williams, director de ética de la Asociación Médica de Canadá (1992), la reputación de médicos debe basarse en su habilidad e integridad y sólo pueden promocionarse por medios regulados y profesionales, con una certificación médica, quedando prohibidos los cupones, ofertas especiales por nacimiento o de temporada.^{70,71} En México, es frecuente observar en los programas de revista matutinos que realizan entrevistas a cirujanos estéticos que muestran el antes y el después de los procedimientos (como el de "*Hoy*", y la participación del doctor Krasovsky), y que dicen poco o nada de las posibles complicaciones de las intervenciones; o las cápsulas de salud que promocionan medicamentos o remedios mágicos para adelgazar, aunque exista ya en la Legislación Mexicana para anunciarse.

Los comités de vigilancia y la cirugía estética. Protección al consumidor

El Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra en 1994 propuso una guía práctica y una Comisión de Vigilancia en conjunto con la Unidad de Labor y Vigilancia del Dinero del Departamento de Salud

⁶⁶ Ley General de Salud. En: IV. Reglamento para Salud en Materia de Publicidad. Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 1-24.

⁶⁷ Editorial BMJ. 1961, pp. 1483-1484.

⁶⁸ Sullivan P. Plastic surgery take advantage of relaxed rules, launch and campaigns. *Can Med Assoc J* 1992; 146 (1): 55.

⁶⁹ Jones D. BC and Alberta crack down on cosmetic prizes. *Medical Ethics. JAMC* 2004; 171 (11): 1334.

⁷⁰ Sullivan. *Op. cit.* 1992, pp. 55-57.

⁷¹ Jones. *Op. cit.* 2004, p. 1334.

que exhortaba a los cirujanos a seguir un protocolo como guía para efectuar las cirugías ambulatorias. La mayoría de los pacientes están de acuerdo con estos criterios, mismos que se han aplicado en Estados Unidos desde hace más de 20 años por el Comité de Cirugía de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos y Reconstructivos que acreditaron a la Asociación de Cirugía Plástica Ambulatoria. El modelo insiste en la distribución de cuadernillos con la información acerca del procedimiento al que van a ser sometidos, guías específicas de estándares de cuidado, calidad de atención, y un record estricto de las cirugías realizadas en forma ambulatoria.⁷² Atinadamente Buford comenta que el aumento de intervenciones cosméticas obligadamente incrementa la necesidad de un entrenamiento y educación para asegurar los resultados óptimos y reproducibles, la tecnología es efectiva sólo cuando existe un personal eficaz atrás:

“No hay milagros en el tratamiento, y los buenos resultados son la combinación de lo que se está usando y de cómo se hace.”⁷³

La competitividad es inevitable y los pacientes buscarán los precios más accesibles que puedan satisfacer sus deseos; por ello, los Comités de Ética, los Consejos Médicos de Especialidades e inclusive la legislación para la prestación de servicios de atención médica a nivel mundial son las vías para orientar y proteger al consumidor.

Los Comités de Ética son estructuras interdisciplinarias en las que se abordan preguntas de carácter ético, desde hace treinta años, su trabajo se ha centrado en los aspectos de investigación y los comités para el cuidado de la salud (*Healthcare Ethics Committees*, HECs). Los primeros se encuentran regulados internacionalmente, mientras que los del cuidado de salud dependen de aspectos locales. En Europa, la mayoría de los países son miembros del *European Conference of National Ethics Committees* (COMETH). Los HECs se encuentran regulados tanto de forma central que depende de una agencia gubernamental, una Comisión Nacional y la local de cada distrito u hospital. Las regulaciones estrictas o débiles según Steinkamp (2007) corresponden a cuál es el concepto ético del médico y la regulación que se sigue en cada caso en particular. Tras el análisis de ocho países europeos concluyó que existen varios factores que influyen directamente en la regulación, la apreciación de los comités de salud, por mencionar algunos, son la consistencia y el trabajo del comité, la sobreadministración en la co-coordinación de las guías y comités, así como la conexión y el ajuste diario a las necesidades básicas del sistema de salud. Por esto, es indispensable que los HECs faciliten la reflexión bioética para llevar a cabo estrategias para beneficiar al paciente con respeto absoluto de su autonomía. Asimismo, si la vulnerabilidad es considerada “como un principio moral básico, que expresa las obligaciones de los proveedores de salud” debe convertirse en un punto de referencia para la regulación de estos comités.⁷⁴

⁷² Ward C. A day of day plastic surgery in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76: 102, 106.

⁷³ Buford. *Op. cit.* 2009, p. 26.

⁷⁴ Steinkamp N, Gordijn B, Borovecki A, et al. Regulation of healthcare ethics committees in Europe. *Medicine Health Care and Philosophy* 2007; 10: 461-462, 469-470, 473.



Capítulo 4

**La persona humana
frente a la cirugía estética.
Un análisis bioético de los
principios de autonomía,
libertad y su vulnerabilidad**

***Todo lo que existe en el Universo es fruto del azar
y de la necesidad.***

Demócrito (460-370 a.C)

No se desea lo que no se conoce.

Ovidio (43 a.C.-17 d.C.)

El paciente y la cirugía estética. Una perspectiva bioética

El principio ético de *primiun non nocere* en el tratamiento médico del ser humano, en este siglo XXI cada vez más plural, ha abandonado la idea de que curar es exclusivamente la intervención en un ente “biológico”; ahora se visualiza como la comprensión de su “padecer”, y su identidad reflejada en su criterio moral que emerge de su historicidad y de la convivencia sociocultural y de sus deseos y necesidades. La teorización de la persona humana ha dejado de ser una abstracción individual fracturada y parcial para convertirse en el análisis de su cosmovisión.

La bioética aporta las herramientas para hacer frente a los dilemas éticos que surgen en la vida cotidiana y en la práctica clínica, con ella es posible constituir el diálogo entre el desarrollo tecnológico de las ciencias médicas y su aplicación a la persona. Francesc Abel en su libro *Bioética, orígenes, presente y futuro*, apunta una serie de requisitos para tender el puente del diálogo:

“...el respeto hacia el otro, la tolerancia, la fidelidad a los propios valores, la escucha atenta, una actitud interna de humildad y el reconocimiento de que nadie puede adjudicarse el derecho a monopolizar la verdad y que todos hemos de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones.”¹

Es en especial para la medicina llamada del “bienestar” que los criterios escapan a cualquier racionalidad y normatividad. La cirugía estética y los procedimientos cosméticos son considerados como ejemplos máximos de ésta.² Aquí, en este terreno resbaladizo se confrontan posturas radicales ancladas en la subjetividad de la belleza; en donde la medicina proveerá el alivio al sufrimiento del imaginario personal, de cómo se vive, de cómo se percibe la propia existencia.

Las imágenes poéticas han dado paso a las imágenes prescriptivas, el fin es diferente, el placer estimula el consumo y la finalidad ya no consiste en la contemplación de la belleza “desinteresada” de las Venus. No es más la pintura, la escultura en la que pueden ser apreciadas y admiradas, ahora, los cuerpos antes plasmados en el arte, han tomado forma real, son ahora figuras que llaman:

¹ Abel F. *Bioética, orígenes, presente y futuro* 2001; 205.

² Jacobson N. The Socially Constructed Breast. Breast Implants and the Medical Construction of a Need. *J Public Health* 1998; 88: 1256.

“...a la acción correctora, a la eficacia y a la optimización estética. La belleza es apropiable...”³

Orden ético en la *praxis* de la cirugía plástica estética y reconstructiva

Las decisiones aplicadas a problemas de orden primario en la cirugía estética y reconstructiva plantean problemas diferentes en el campo de la ética médica. Se trata de pacientes que sufren de manera objetiva y clara de alguna malformación física, y corporalmente están fuera totalmente de la media poblacional. En este grupo, por ejemplo, se encuentran los pacientes con trastornos congénitos (labio paladar-hendido); o aquellos en los que es necesario restaurar su apariencia física por haber sufrido quemaduras o accidentes graves; en la microcirugía y los trasplantes de piel y nervios; y como caso excepcional, el trasplante de cara.⁴ Los dilemas bioéticos que se enfrenta el equipo médico son ponderar el riesgo-beneficio del procedimiento; el uso del consentimiento informado como un herramienta para proporcionar la información indispensable al enfermo y familia; y asegurarse de la comprensión por el paciente de los problemas inherentes a una cirugía mayor como son la anestesia, el uso de inmunosupresores, el riesgo de rechazo al trasplante, o las múltiples cirugías para la corrección de malformaciones corporales, entre otros.

Los aspectos éticos de orden *secundario* merecen una consideración especial por la naturaleza de la intervención. Dentro del contexto social y médico, esta práctica es vista con recelo, e incluso con cierta objeción de carácter ético, pues no es el tratamiento de un “cuerpo enfermo”. Es la intervención quirúrgica del “cuerpo sano” de un sujeto que “padece y sufre” y que es “puesto en riesgo”, “lastimado” para reencontrar la salud. La indicación a decir de Thomas es del tipo psicosocial.⁵

Es en la ética de orden secundario donde el ejercicio de cirugía estética se encuentra en continuo debate. La definición de la OMS, los conceptos y críticas de Capron, Kleiman, Davies, Lipovetsky (ya discutidos en el capítulo de “Lo bello”), me obligan a reflexionar sobre lo complejo del ser humano y su vulnerabilidad. El discurso bioético no puede alejarse de lo que ahora es una realidad cotidiana, es cierto, la cirugía estética ofrece el alivio al “padecer” y puede modificar el proyecto de vida de un individuo, pero tal como Thomas (2008) escribe:

“...el colectivo profesional de cirujanos plásticos debería estar alerta de aquellos de sus miembros que son demasiados propensos a la tentación de la cirugía cosmética y el encanto del negocio, ya que eso perjudica realmente el prestigio colectivo... El padecimiento psicosocial no constituye realmente una indicación quirúrgica. Por una parte tiende a alienar la profesión, y por otra a someterla a intereses privados o públicos que le son ajenos...”⁶

Los “sufrimientos psicológicos causados por la falta de belleza” no se encuentran dentro de los

³ Lipovetsky G. *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Traducción de Rosa Alapont. Editorial Anagrama. Barcelona, España, 1997. Séptima edición, 2007, pp. 168-169.

⁴ Thomas H. Aspectos éticos de la cirugía plástica y reconstructiva. Cuadernos de Bioética, Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia, España, enero-abril de 2008; XIX (065): 133-134.

⁵ *Ibidem*. 2008, p. 141.

⁶ *Ibidem*. 2008, pp. 142-143.

presupuestos de la seguridad social pública o cubiertos por compañías privadas de seguros médicos a nivel mundial. La mayor parte de la cirugía estética se realiza de manera privada, en un convenio médico-paciente. Curiosamente, a diferencia de lo que sucede en el resto del mundo, en México, algunos hospitales del sector Salud como el Hospital "Manuel Gea González" o el Hospital General de México con Servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva, realizan intervenciones de carácter estético, siendo éstos un porcentaje mínimo calculado en menos del 10% del total de sus cirugías.⁷

El deseo y la cirugía estética. Un dilema bioético

Como condición humana, el deseo y la necesidad definen su capacidad para mejorar las condiciones de vida. La facultad inventiva humana nos ha llevado a la creación de "lo artificial" para satisfacer deseos que cesan sólo al morir. Aristóteles en su *Metafísica* definía:

"Se llama necesario aquello que es la causa cooperante sin la cual es imposible vivir. Así, la respiración y el alimento son necesarios al animal. Sin ellos le es imposible existir... La necesidad envuelve la idea de algo inevitable, y con razón, porque es lo opuesto al movimiento voluntario y reflexivo. Además, cuando una cosa no puede ser de otra manera de cómo es, decimos, es necesario que así sea."⁸

Si el hombre es un ser que requiere de la necesidad y del deseo para su movimiento, será imperativo reconocer que por su simple existencia será vulnerable y, sus decisiones enmarcadas en el contexto de lo sociocultural tomarán un carácter heterónimo.

El deseo provoca en el individuo un profundo efecto emocional. Los filósofos estoicos sostenían que la llave para tener una buena vida se encontraba en el deseo, Marco Aurelio decía:

"...opónganse a los murmullos de la carne... No complazcan los sueños a los que no se puede acceder, incitaba a borrar de la imaginación, las migajas del impulso porque apagan el deseo... ¿Y qué recompensa deviene de dominar el deseo? La tranquilidad..."⁹

Los estoicos como Séneca alentaban a reducir en la medida de lo posible las emociones negativas, de venganza o enojo que trastornan la tranquilidad interior. La alegría se encuentra en los propios recursos del ser, en su interior,¹⁰ proponían a la reflexión del surgimiento del deseo, a su observación cuidadosa y a la fortaleza interna para poderlos desechar, a evitar la pérdida del tiempo y energía en lo que no se podía remediar. Esto es lo que proporciona la verdadera libertad al individuo. Séneca advertía el reflexionar dos veces antes de actuar para satisfacer un deseo no-natural (la diferencia consistía en la presencia de una necesidad como la sed, y la simple complacencia de tomar agua).¹¹

⁷ Molina F. Comunicación personal. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Gea González. Abril del 2011.

⁸ Aristóteles. *Metafísica*. Libro V. Traducción de Patricio Azcárate, Editorial Espasa Calpe, Madrid, 1972, p. 105.

⁹ Irvine W. *On desire. Why we want what we what*. Oxford University Press, New York 2006, p. 204.

¹⁰ *Ibidem*. 2006, p. 240.

¹¹ *Ibidem*. 2006, pp. 241-242.

El hombre en la actualidad está influido como en ningún otro momento de su historia por la moda, el hedonismo, una mente positivista y reduccionista. El placer ya no se concibe como la alegría interior, o el valor de los placeres no materiales como el de la amistad, el amor, de lo justo y lo bello, las verdaderas virtudes del hombre. El deseo requiere la gratificación inmediata. No hay posibilidad de saciarlo, la tolerancia y el esfuerzo para alcanzar un objetivo no están dentro del pensamiento moderno. La intranquilidad y la ansiedad han invadido al ser humano, que busca como fin el poder y la fama.

A diferencia de los filósofos griegos, la libertad, la humildad, la tranquilidad, el placer y el cuestionamiento frecuente —acerca del deseo y sus posibles consecuencias— forjaban la templanza y el carácter. Irvine (2006) en el capítulo dedicado a la evolución del deseo, puntualiza que aquellas criaturas con mayor posibilidad de supervivencia son las que han introducido en su ser deseos específicos, esa capacidad de “sentirse bien”. El hombre a través del deseo y su razonamiento es capaz de elaborar un proyecto de vida.¹² El deseo es parte fundamental del destino del hombre, es la expresión de la volición, los pensamientos y los deseos racionales o irracionales que constituyen el movimiento que controla su vida.

El deseo y la necesidad juegan un papel fundamental en la decisión de someterse a una cirugía estética. Las razones se encuentran apuntaladas en la gran preocupación de la sociedad moderna por la apariencia física y tecnología desarrollada para modificar el cuerpo. Jefferson (1976) hacía un símil con los fabricantes de ropa y cosméticos:

“...cambian continuamente estilos con gustos erráticos de manera que la apariencia es equivalente al éxito y a la juventud. Los fabricantes de cosméticos reciben fortunas por el fanatismo de los consumidores, por un deseo desesperado de mantener una imagen. La edad se ha convertido en un factor determinante con significancia social que en muchos casos determina el tipo de trabajo, la socialización y la organización del grupo.”¹³

Parecería burdo el comparar el ejercicio de la cirugía con fines cosméticos con comerciantes de ropa y maquillaje, pero actualmente —hablamos del siglo XXI— el sistema de valores se ha modificado. El miedo al envejecimiento, la fantasía de juventud, la obsesión por un “cuerpo sano y bello”, fijan la apariencia y la belleza como un valor social, bajo estándares y tendencias de moda.

Las presiones y aceptación social hacen que los sujetos busquen una solución cosmética a lo que consideran “un problema físico”. Diferentes estudios han demostrado que las deformidades corporales son menores “en ellas mismas”, ya que el grado de deformidad no está relacionado directamente con el trastorno psicológico o la satisfacción post-quirúrgica,¹⁴ más bien, “la molestia” está ligada a una estigmatización personal o social simbólica. La apariencia física, y del cómo se percibe el paciente

¹² *Ibidem*. 2006, pp. 120-121.

¹³ Jefferson RS. The Psychiatric Assessment of Candidates for Cosmetic Surgery. *Journal of the National Medical Association* 1976; 68 (5): 414.

¹⁴ Crisp A. Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. Regular Review. *BMJ* 1981; 282 (4): 1099.

en su imaginario es el principal origen del deseo que se ha convertido en una necesidad para el cambio.

Las necesidades en sí mismas pueden constituir estados de dependencia para obtener ciertos objetos, ligados al ánimo expresarán el deseo o el esfuerzo para alcanzarlos.

De lo anterior se desprende el principal dilema bioético de la cirugía estética. Por un lado, la libertad del sujeto para disponer de su cuerpo, y como obligación del médico, el alivio de su sufrimiento psicológico bajo la premisa de beneficencia, no maleficencia, y la medición del riesgo-beneficio del procedimiento. ¿Pero cuáles serían los límites para complacer el deseo del paciente?

La libertad, reflejo de la autodeterminación

A raíz del Informe Belmont¹⁵ y de la bioética angloamericana propuesta por Beauchamps & Childress el amplio sentido de la "libertad"¹⁶ se redujo al principio de autonomía.

En el "Siglo de las Luces", el hombre *ilustrado* defiende su individualidad y se asume como el actor de sí mismo, sus valores y derechos propios, como el único protagonista y responsable de su vida social y económica. El sujeto es "libre" en toda situación caracterizada por la ausencia de restricciones y/o impedimentos, de obligaciones y/o prohibiciones impuestas por el poder de otro sujeto (individual o del Estado), libre mientras que ningún otro ejerza poder sobre él.¹⁷ Al estar presente la libertad surge la ética, pues no existe un determinismo absoluto o una causalidad necesaria. El mundo no puede ser concebido sin: "alternativas o posibilidades abiertas", por "acciones constantes y voluntariamente asumidas".¹⁸

La idea de libertad descansa en dos premisas, el ser (la identidad e integridad) y el deber ser (los fines de la libertad como acto en el ser), que tienen una correspondencia dialéctica en donde no se puede:

"...imaginar uno de los términos sin imaginar simultáneamente al otro..."¹⁹

Para el hombre, carece de sentido ser libre si no tiene como objetivo el constituirse como un sujeto no-determinado ante los demás y autodeterminado ante sí mismo como individuo, cuyo significado es la construcción de su propio proyecto de vida.²⁰ La libertad moral en Kant, lo que él llama

¹⁵ La National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research estableció los "principios éticos básicos que orientarían la investigación en seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina", situación derivada del caso Tuskegee en 1932. Los tres principios considerados en el Informe son: el respeto por las personas, beneficencia y justicia.

¹⁶ Derivado del latín *libertas*, la libertad es el ejercicio de forma activa y concreta de la autodeterminación de la persona.

¹⁷ Bovero M. "La libertad y los derechos de libertad". En: *Diccionario mínimo contra los falsos liberales, ¿cuál libertad?* Bovero M (Coord.). Traducción del italiano de la obra *Quale libertà, Dizionario minimo contro i falsi liberali*, 2004, Guis Laterza & Figli S.p.a. Roma Bari. Editorial Océano de México, S.A. de C.V. 2010, pp. 25-26.

¹⁸ González J. Ética y libertad. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras. Fondo de Cultura Económica. México. Segunda Edición. 1997, pp. 1, 9.

¹⁹ Tealdi JC. Libertad. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Universidad de Colombia. Impreso en Colombia, 2008, pp. 413-432.

²⁰ *Ibidem*. 2008, p. 413.

“ley de libertad o ley moral”, viene a ser en el individuo el reflejo de la creación de sus propias leyes, por ser racionales y autónomos. Para Locke el hombre tiene la propiedad de su persona y nadie fuera de sí mismo tiene el derecho sobre la voluntad y su persona y:

“...se fundamenta en el hecho de que está dotado de razón, y en que ésta puede instruirlo en la ley que ha de gobernarse, haciéndole saber las cosas que quedan a la libertad de su propio arbitrio...”²¹

El acto moral se libera de toda determinación natural sólo para someterse al imperativo de la razón, es otra forma de determinación, de causalidad “pura” y de necesidad.²²

De acuerdo con lo anterior, el hombre libre no tiene ataduras sociales, es determinante de sí mismo en las decisiones con sólo poseer una razón pura, autosuficiente, y que sustente su capacidad de construir su propia ley dentro de su mundo “racional o irracional”.

La autonomía como principio básico

En la actualidad la autonomía²³ se define como la capacidad de autogobierno y de elección individual intencional, la libertad de actuar por encima de la ley moral y de acuerdo con un plan autoelegido, sin coerción, libre de interferencia y de manipulación por otros; derechos de libertad, privacidad, elección individual, libertad de deseo por causa del comportamiento de uno mismo y el ser uno mismo como persona.

La autonomía tiene dos requisitos fundamentales; la libertad (independiente de fuerzas que la controlen) y la agencia (la capacidad de una acción intencional). El ejercicio de la libre elección se da en el contexto de una acción por la inclinación o deseo heterónimo, un permiso aunque éste sea por inclinación o deseo y en tercera instancia, la autonomía se justifica en la búsqueda de un bien mayor a pesar que al ejercerse invalide un consenso.^{24,25}

Tal y como lo señala Engelhart (2000), la autonomía debe ser observada con cuidado por las ambigüedades que surgen ante los diferentes argumentos; los de una moralidad secular, la visión moral irreductible y diversidad de la cultura y propiamente de los individuos como personas, junto con los derechos del ambiente, el hombre y los animales.²⁶

El concepto de autonomía se articula con otros principios básicos como son el de la dignidad, integridad y de la protección de la vulnerabilidad que proveen al sujeto de protección en un campo

²¹ Locke J. Ensayo sobre el gobierno civil, pp. 34, 35, 63, 64.

²² González. *Op. cit.* 1997, p. 11.

²³ Del vocablo griego acuñado por Aristóteles, *autos* (yo, *self*) y *nomos* (regla, gobernancia, ley), la libertad surge como uno de los principios más profundos de la moralidad que —según John Locke— prescribe el respeto al individuo como un Yo liberado de toda constricción impuesta por un poder no establecido o reconocido por su consentimiento (Kemp, 2007, p. 48).

²⁴ Beauchamp TL, Childress JF. Respect for Autonomy. Chapter 3. En: Principles of Medical Ethics. Fifth Edition. Oxford University Press, USA, pp. 57-59.

²⁵ Engelhardt T Jr. 3. Autonomy: The Cardinal Principle of Contemporary Bioethics. En: Bioethics and Biolaw. Vol. II. Four Ethical Principles. Kemp P, Rendtorff J, Johansen N (eds.). Rhodos International Science and Art Publishers & Centre for Ethics and Law. Copenhagen, 2000, pp 37-38.

²⁶ *Ibidem.* 2000, pp. 37-38, 45.

normativo y de privacidad frente al desarrollo biomédico. En una sociedad moderna y democrática lo deseable sería que las personas fueran agentes autónomos morales y con libre elección, aunque sus decisiones se juzgasen como equivocadas de acuerdo con la opinión de la mayoría, de allí que la persona sea su propio agente. La resolución del sujeto trae consigo otras consideraciones de tipo moral. El respeto hacia la autonomía no puede ser concebido desde una perspectiva individualista, que niega la naturaleza social y el posible impacto de la elección que se ha fundamentado en la razón y con lineamientos puramente legales. Los individuos autónomos tienen la capacidad de un control reflexivo e identifican los deseos básicos y sus preferencias, asimismo incorporan dentro de su elección las nociones morales derivadas de principios culturales, de tradición, códigos y reglas de ética profesional.²⁷

En ocasiones las costumbres impiden el cuestionamiento de la conducta humana. En la autonomía John Stuart Mill en su tratado de *On Liberty*, precisa que el control externo de la espontaneidad individual sólo se autoriza cuando las acciones implican un acto perjudicial hacia los demás. En su cuerpo, su espíritu y sus decisiones el hombre es soberano.²⁸ Como ser libre y autónomo, ni siquiera el daño que podría causarse a sí mismo sería una limitante de ese derecho, a su libertad. De allí, surge la polémica de hasta qué punto los pacientes, sujetos ya vulnerables por definición, son capaces psicológica o legalmente para hacer una decisión.

Por lo anterior, en cualquier procedimiento médico es necesario asegurarse que el paciente comprenda el acto al que va a ser sometido, lo que le ha sido revelado, y que además exista la voluntad, la competencia y el consentimiento voluntario.²⁹ En la elección autónoma están incluidas las nociones morales y afectivas derivadas de la vida en sociedad, la cultura, las tradiciones y los códigos éticos pertenecientes a la persona. Y tal como lo refiere Weiss y Dyer (2004), el concepto de autonomía y la decisión es difícil de definir por la subjetividad implícita que va ligada a la experiencia del enfermo en el ámbito de lo físico, mental y social.³⁰ El carácter de la determinación *per se* es una situación casi imposible de generalizar dentro de la práctica clínica.

La autonomía y sus límites

El principio de autonomía es el concepto que apunta como ideal el autogobierno y total

²⁷ Beauchamp & Childress. *Op. cit.* 2002, pp. 57-60, 69.

²⁸ Mill Stuart *On Liberty*. 1969, pp. 95-96.

²⁹ Redentorff JD. The Limitation and Accomplishments of Autonomy as a Basic Principle in Bioethics and Biolaw. En: *Autonomy and Human Rights in Health Care. An International Perspective*. Weisstub DN, Díaz Pintos G (eds). En: *Il Parte The Centrality and Limits of Autonomy*. Cap VI. Editorial Springer, Dordrecht, The Neatherlands. 2008, pp. 80 y ss. Criterios para evaluar la autonomía son: 1) La capacidad de la creación de ideas y metas en la vida; 2) La capacidad de un insight moral, la autolegislación y privacidad; 3) La capacidad de una decisión racional y una acción sin coerción; 4) La capacidad de un involucramiento político y de responsabilidad personal, y 5) La capacidad de un consentimiento informado para experimentos médicos. Para los pacientes que sufren de alguna incapacidad mental —la toma de decisiones avanzadas—, se han elaborado mecanismos de tipo legal como el "*Mental Capacity Act*" (diciembre de 2007), en donde se buscan sus mejores intereses. Brown E, Pink J. *Real Life ethics. Autonomy versus duty to care*. DOI:10.399/big08X280038. Hempson Conset to treatment www.hempsons.co.uk (Brown 2008; 1).

³⁰ Weiss Roberts L, Dyer AR. *Clinical Decision-Making and Ethics Skills*. Cap 2. En: *Ethics in Mental Health Care*. American Psychiatric Publishing, Inc. USA. 2004, p. 26.

autocontrol del individuo. Pero, en algunas “circunstancias falla el razonamiento que no es un asunto exclusivamente de los niños, seniles y locos”. La autonomía puede verse afectada en personas inteligentes que sienten debilidad o dependencia de otros, o porque simplemente no comprenden el proceso médico al que van a ser sometidos.³¹

La libre elección puede verse limitada por el padecer, el sufrimiento, falta de control emocional, la enfermedad, por un deseo convertido en necesidad y por ignorancia. Un factor determinante del posmodernismo es la información disponible en la *Web*, poco precisa o falsa, proveniente de fuentes de *no legos* y, que en algunas situaciones se tratan de anuncios que publicitan el ejercicio de la profesión sin censura alguna. Los casos extremos se dan en el ámbito de lo privado, las relaciones de pareja, la coerción o manipulación individual, las ataduras sociales y la vulnerabilidad por sí misma surgida de la presión mediática.

La autonomía, la libertad y la diversidad no son valores absolutos. La vida en sociedad se ha edificado bajo valores comunes, una moral social que presupone un antecedente cultural bajo el marco de la tolerancia y el respeto a la libertad personal. Rentorff (2008) y Beauchamps & Childress (2001) argumentan que la autonomía “no puede ser totalmente liberal” pero se debe situar en un gran número de prácticas sociales, promesas o cometidos, en la compasión y la relación con otras personas. La autonomía nos hace olvidar los componentes de fragilidad y vulnerabilidad de la condición humana. La autonomía como un ideal no toma en cuenta la realidad diaria de la vida humana, esa realidad social en la que se entrelaza la estructura de una identidad personal y la experiencia individual, y el medio sociocultural, variables englobadas en la autonomía de relación. La experiencia humana es incorporada como identidad y junto a la elección siempre estarán enclavadas dentro de un contexto social, en donde también existe la posibilidad de una actitud intervencionista por parte del médico.^{32,33}

La dignidad humana y la libertad

La idea de la dignidad humana renace como concepto, poco después de la Segunda Guerra Mundial, por las atrocidades cometidas dentro de los campos de concentración nazis. Del latín *dignusum*, y en griego del *axios* (valioso, precioso, merecedor), es un valor, una cualidad o estatus que merece estimación y honores. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) hizo patente la necesidad de un consenso de uso universal del concepto, a pesar de que existía vaguedad en la definición como tal. En la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre* (1948)³⁴ dice en su preámbulo:

³¹ Redentorff. *Op. cit.* 2008, pp. 80-82.

³² *Ibidem.* 2008, pp. 80-82.

³³ Beauchamps & Childress. *Op. cit.* 2001. pp. 58, 61

³⁴ Ver: Organización de las Naciones Unidas. En: www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml. DUDH. 217/III. *Carta Internacional de los Derechos del Hombre*. El primer documento redactado fue la *Carta de las Naciones Unidas* para garantizar los derechos de cada uno de los individuos que habitan la tierra, posteriormente pasaría a ser *La Declaración Universal de Derechos Humanos*, analizada en la Asamblea de 1946. La Comisión en 1947 formuló un “Anteproyecto de Carta Internacional de derechos Humanos, y la Declaración definitiva se presentó en septiembre de 1948, y aceptada en la 183ª Sesión plenaria del 10 de diciembre de 1948. La Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, la Asamblea aprobó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana... Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y se ha proclamado como la aspiración más elevada la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado como la aspiración más elevada del hombre la construcción de un mundo en el que todos los hombres gocen de la libertad de palabra y de creencias y se vean libres del miedo y la miseria.”³⁵

La dignidad vinculada al principio de autonomía y a la libertad es considerada dentro de la bioética un valor común en las sociedades, independientes de su culto y costumbres. Francesc Torralba afirma que el individuo por su sola pertenencia al género humano le genera un deber de respeto hacia su persona, este rasgo es incondicional y único desde la bioética. En contraposición cualquier acción de “indignidad” sería la oposición a la libertad, la injusticia, la humillación, la explotación de los seres humanos o la vejación.³⁶ Ambos términos están tan cercanos que en ocasiones pueden utilizarse como equivalentes, así la doctora Juliana González escribe:

“...la dignidad del hombre corresponde ciertamente a esa nota distintiva esencial que es su capacidad de ser autónomo, de darse a sí mismo (*autós*) su propia ley (*nomos*), su propio sitio en el mundo... Y apunta: Autonomía y dignidad se implican e iluminan mutuamente sin ser por completo idénticas; 'la autonomía' no dice todo cuanto dice la 'dignidad' y esta no hace expreso cuanto expresa la 'autonomía'. Pero ambas... son incomprensibles sin la condición de 'persona' que define al ser humano!”³⁷

En la bioética el sentido de dignidad está cimentado en el respeto a la autonomía, la individualidad de la persona, y su capacidad para interactuar en lo social, que devendrá en una propiedad intrínseca metafísica para cimentar la filosofía moral y el respeto a los derechos humanos. La dignidad se entiende desde diferentes ángulos, e inclusive a decir de Richard Aschroft, admite grados y la heterogeneidad del término. Aplica a situaciones *indignas* el abuso en la tecnología, ventas de órganos, los derechos del paciente sobre la genética, la tortura, la muerte irremediable con sufrimiento psicológico o físico, el abandono de personas seniles. El mismo Aschroft cita como

“Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

“Artículo 2. 1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. 2. Además no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía. Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Artículo 5. Nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.”

³⁵ *Ibidem*. Declaración Universal de los del Hombre, Documento facsimilar en red. 1948, p. 34.

³⁶ Torralba F. ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Herder Editorial. España. 2003, pp. 54-55.

³⁷ González. *Op. cit.* 2008, p. 278.

ejemplo injustificable, de insulto a la dignidad, el racismo y su potencialidad de agresión.³⁸

El respeto a la autonomía y a la dignidad humana se puede comprender sin mayor dificultad cuando se quiere decidir qué es lo que queremos hacer con nuestro cuerpo, pero, el cuerpo vivo y sus actos tienen una expresión, la de la persona que vive a través de él, en su interno, en el mundo social y en la capacidad de trascender su naturaleza. Las acciones en nuestro cuerpo tendrán siempre un impacto en lo social, aunque para ello, la primera premisa básica sería el cuestionar qué tan capaz es el sujeto para la toma de decisiones, pues la tecnificación de la medicina ha roto límites de la Naturaleza.

De acuerdo con Robert Spaemann (1997), la persona es “alguien”, una persona humana, y de allí el primer dilema de la vulnerabilidad. Se puede dar el mismo trato a aquellos enfermos o los sujetos que no pudieron desarrollar su Naturaleza *ad integrum*. Para él, la sociedad actual es hedonista y la única obligación es la de ser feliz; el sufrimiento, la muerte, las deformidades y el dolor son algo insoportable.³⁹ La persona es la que posee cualidades y competencias, no es un estado indeterminado ni un ser totalmente espiritual o corporal, es aquel capaz de respetar, elegir, razonar y hacer juicios morales. La dignidad le exige la buena voluntad en sus actos. Al tener conciencia de ellos, la persona podrá discernir y conferir un valor moral.

La autonomía, la libertad y la cirugía estética

En la mayoría de los casos, el paciente que acude al cirujano estético lo hace de forma “libre y voluntaria”. Su motivación principal descansa en el deseo de cambiar su apariencia física, algo que les incomoda y que interfiere en su calidad y proyecto de vida. No están satisfechos, ni felices con su cuerpo. Hace no más de cuatro décadas era impensable que la cirugía cosmética se insertaría en nuestras vidas como una práctica cotidiana. La necesidad social creada alrededor de la “belleza” ha empujado al individuo a echar mano del progreso de la ciencia. La autonomía es la respuesta volitiva para complacer el deseo y no perder el ideal del yo fantaseado de la belleza.

El cirujano de manera realista se encuentra obligado a descifrar las motivaciones psicológicas subyacentes en el paciente con la meta de orientar el tratamiento para aliviar su “padecer” desde un punto de vista estético y funcional.

Innumerables son las razones expuestas por el sujeto frente al cirujano estético. A través de la consulta la persona expresa cuál es su deseo, su imaginario fantaseado y su voluntad. No es un asunto que radique en la simple expresión de la capacidad de decisión y libertad de un sujeto para decir sí o no a una preferencia. Las emociones, la percepción, los afectos, la historia individual constituyen las verdaderas guías en la introspección y el juicio del paciente. El paciente entrampado en la subjetividad como la experiencia del sujeto mismo, abierto e infinito en posibilidades, de ese “destino interior”, por el deseo inconsciente y la necesidad apuntalada en la exigencia social exterior introyectada que emergió como sufrimiento por lo bello, le exige al cirujano una respuesta, una guía autorizada para conocer los límites del procedimiento. La autorreflexión, la autocrítica

³⁸ Ashcroft R. Making sense of dignity. *Med Ethics* 2005; 31 (11): 679.

³⁹ Spaemann R. *Op. cit.* 1997, pp. 1027-1033.

podrían considerarse las variables para una deliberación racional, pero cuando las ideas pasan a través del tamiz emocional, la capacidad para comprender la información, el riesgo-beneficio de una intervención estética en este caso, quedan limitadas al deseo. La dependencia emocional y psicológica son la fuente de la vulnerabilidad e interfieren en el control de las decisiones.

Por tanto, el tratar de realizar un ejercicio racional sobre la motivación inconsciente y la elaboración psicológica que lo llevó con el cirujano, la discusión sobre la existencia de una razón científica en estos casos es una empresa casi imposible, a menos de que exista una:

“...realidad espacio-temporal, fenoménica... y no se pretende ser algo aparte y absoluto...”⁴⁰

“...a que a eso 'que se llama libertad' es una palabra que encubre una ignorancia; un mundo que desconocemos e incluso 'necesitamos' o 'procuramos desconocer'... y al citar a Freud dice: la conciencia del libre albedrío es 'verdadera' por cuanto confirma que no todo obedece un determinismo exterior o extra-psíquico; pero que en esta conciencia de libertad no hace, sino encubrir otro determinismo, que tiene el carácter interno e in-consciente. El consciente queda libre, pero el inconsciente recibe su determinación de índole fatal o necesaria. La supuesta 'libertad' no es entonces sino un destino interior, ciego y subterráneo.”⁴¹

La pregunta forzosa que surge de la *praxis* de la cirugía cosmética es si sería adecuado el complacer el deseo del consumidor sin una justificación médica. El límite de alterar la naturaleza humana en razón de un beneficio que descansa entre el débil puente de lo que es la medicina del “bienestar” y la del “curar”. El alivio es emocional y psicológico, encontrar el estado de “belleza perfecta”.

La autonomía y la libertad en el caso de la cirugía estética no es total y absoluta. El dilema bio-ético sería ¿por qué no aliviar esa tensión interior?, ¿por qué aliviar el padecer si al final del camino se verá reflejado directamente en su calidad de vida? El paciente autónomo tiene el derecho a ser respetado y a actuar de acuerdo con sus creencias y valores personales. Todas aquellas personas que no tengan déficits mentales, falta de información, o que su voluntad no se someta a coacciones dominantes internas o externas son autónomas.⁴² El respecto a su autonomía —como *principio prima facie*— implica también la no interferencia en los:

“...derechos, deberes y valores de la persona, y también la no interferencia (y la aceptación) de las opciones que los manifiesten.”⁴³

Si la decisión para una cirugía estética tiene como objetivo “acercar” a un patrón de “normalidad colectiva” al individuo que padece, por ejemplo en los casos de mamas hiperplásicas, o inclusive cuando se quieren revertir los signos del envejecimiento, no existe ninguna duda de una corporalidad

⁴⁰ González. *Op. cit.* 1997, p. 12.

⁴¹ González. *Op. cit.* 1997, p. 15.

⁴² Beauchamps. *Op. cit.* 1987, p. 50.

⁴³ *Ibidem.* 1987, pp. 49.

diferente, el enfermo recibirá un beneficio —a menos de que sea un acto impuesto por un tercero, como un acto de coerción o manipulación—. Wolf (2001) afirma que la belleza es utilizada como un fin social que coloca a las mujeres por arriba de la voluntad del hombre; la facilidad para obtener trabajo; la vestimenta y significativo en la moda; la presión mediática de las revistas como *Vogue* o *Harpers*, que venden la imagen de una mujer sensual; o la violencia puesta en el cuerpo a manera de estrés, con dietas extremas, el fumar para adelgazar o el uso de prótesis mamarias.⁴⁴ En un caso extremo, la pareja puede ejercer presión para someterse a una cirugía para colocar joyería excéntrica en pequeños fragmentos extraídos del cuerpo.⁴⁵

En la búsqueda de la “belleza” como patrón cultural anclada en el deseo, la razón en su carácter íntimo es la presión social y económica de la industria cosmética. Reflejo de ello, es como se despliegan y matizan de forma caprichosa los deseos en el imaginario, las pulsiones que en lo interno movilizan al sujeto a la toma de decisiones, indeterminadas, sin “razón científica” o inclusive “opuesto a natura”, cuando se trata de cambiar “rasgos étnicos” o el modelar el cuerpo a capricho sólo con el fin de transformarlo en el modelo “ideal-social” de belleza. A pesar de ello, aún con opiniones encontradas, la libertad da a la persona que acude al cirujano el derecho a elegir y decidir sobre su propia vida y físico, de acuerdo con su propia concepción y deseo. Lo más delicado es el fijar los límites a esa necesidad. Merecería poner a consideración si es válido realizarla cuando el deseo se encuentra anclado en expectativas falsas y distorsionadas de la imagen corporal, o el riesgo-beneficio dada la magnitud de la intervención expone a complicaciones de orden médico al enfermo. Las razones entre la moralidad, el deseo y el deber, nos aseguran que el hombre por su condición moral y libertad puede exponer su integridad.

La vulnerabilidad

La vulnerabilidad (*vulnus*) se define como la “posibilidad pasiva de sufrir una herida”. En el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del 2005, se apunta:

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos o grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad de dichos individuos.”⁴⁶

El principio de integridad inseparable del de la vulnerabilidad, se refiere al carácter inviolable del individuo, a su derecho a no ser “tocado” física o psicológicamente. La vulnerabilidad no es en todos los casos absoluta, existen poblaciones más propensas como son las mujeres (embarazadas y en condiciones sociales particulares), los niños, estudiantes, empleados, inmigrantes, minorías

⁴⁴ Wolf N. The beauty myth. How Images of Beauty Are Used Against Women. Harper Perrenial second edition 2001, from the first edition 1991 by William Morrow and Company. New York, pp. 28, 79, 136, 229.

⁴⁵ Brassington I. Body Art and medical need. *J Med Ethics* 2006; 32 (1): 14.

⁴⁶ En el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del 2005, (CIBU) 2009, 3 Comité Internacional de Bioética de la Unesco. (CIBU) Bioética; en busca de consensos. Proyecto de Informe. El principio de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal. Martínez Palomo A (comp.). Colegio Nacional. México. 2009, pp. 1-25.

étnicas y raciales, desempleados, personas sin hogar, prisioneros, analfabetas, discapacitados temporal o permanentemente, personas mayores de edad y sujetos con enfermedades mentales.⁴⁷

El cuerpo es vulnerable de acuerdo con el estado natural e inherente de la propia vida, pues puede ser lastimado y sometido a riesgos contra su integridad: "El ser humano como todos los seres vivos son vulnerables". Paul Ricoeur argumenta que la existencia del hombre se caracteriza por una "síntesis frágil" entre la finitud del cuerpo y el deseo infinito de la mente. Esa fragilidad se manifiesta justamente en la muerte corporal, en su temporalidad, y en el enlace activo del mundo y el cómo se debe lidiar con la posibilidad de dañarlo o estar expuesto a la infelicidad, destrucción y muerte. Lo que va más allá de un fenómeno biológico es la amenaza de su calidad y proyecto de vida.^{48,49}

Para tomar conciencia de su condición mortal es indispensable que el hombre se enfrente existencialmente con ella. La muerte constituye un desafío psíquico-espiritual para el cual es necesario que la vida tenga un sentido. En la misma metáfora de la vulnerabilidad está implícito el sufrimiento de la misma vida y del paso del tiempo, la temporalidad humana es fugaz y da paso a la destrucción del cuerpo. La experimentación de la vejez como estado también es la manifestación de la vulnerabilidad corporal, y requiere del ajuste emocional, social y familiar. Vivir humanamente es vivir en vulnerabilidad, somos seres pluridimensionales e interrelacionales, dependientes de otros seres humanos para la construcción de una unidad estructural y de realidad que nos circunda.⁵⁰

La vulnerabilidad del ser humano se exhibe en tres planos: primero, en la fragilidad de mantenerse con vida: la vulnerabilidad vital. En segundo término, la vulnerabilidad de subsistencia, asociado a la dificultad de asegurar elementos biológicos necesarios para mantenerse y desarrollarse. En tercer término, la vulnerabilidad existencial y social, consistentes en las amenazas al proyecto de vida que cada cual persigue.

La distinción entre vulnerabilidad y susceptibilidad o vulneración es esencial porque son condiciones humanas que la sociedad enfrenta de diversas maneras. De allí parte la idea de la importancia de proteger a los sujetos propensos a la vulnerabilidad a través del cuidado y el respeto de los derechos humanos básicos en un orden social justo.⁵¹

Waldow (2008) ofrece una visión que él llama pluridimensional de la vulnerabilidad:

"Todo ser humano es vulnerable, en todas sus dimensiones físicamente, porque puede enfermarse, sufrir, tener dolor y necesita de cuidado. También psicológicamente vulnerable pues su mente es frágil,

⁴⁷ CIBU. *Op. cit.* 2009, pp. 16-21.

⁴⁸ Rendtorff JD, Kemp P. 3. The Principle of Vulnerability Chapter I. Introduction: Description of the Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw. En: Basic Ethical Principles in European bioethics and biolaw. Vol 1, Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project BASIC ETHICAL PRINCIPLES IN BIOETHICS AND BIOLAW 1995-1998. Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institute Borja de Bioética, Barcelona, Spain. 2000, pp. 11-62.

⁴⁹ Kottow M. Vulnerabilidad y protección. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Universidad de Colombia. Impreso en Colombia. 2008, p. 340.

⁵⁰ Simoes JA. Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port* 2010; 23 (3): 484-485.

⁵¹ Kottow M. Vulnerabilidad y protección. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Universidad de Colombia. Impreso en Colombia. 2008, p. 340.

necesita de atención y de cuidado; socialmente vulnerable por ser una gente social, ya que es sujeto susceptible al estrés y la injusticia social; es espiritualmente vulnerable en la definición de su "sí mismo" y puede ser sujeto de instrumentalización por sectas. El ser humano es la más vulnerable de las criaturas, pero tiene una mayor capacidad para protegerse."⁵²

No obstante, el principio de la autonomía dominado por la ética de los sistemas modernos de salud ha pasado de lado la necesidad del respeto a la vulnerabilidad. Rendtorff y Kemp (2000) puntualizan el deber y la necesidad de reconocer los límites de la autonomía y la vulnerabilidad como reflejo al respeto del ser humano. También, afirman que es un indicador de los límites del principio de la dignidad humana, ya que el principio de vulnerabilidad es ontológicamente anterior a otros principios.⁵³ El respeto a la autonomía exige también por parte del médico una actitud moralmente adecuada y de respeto. Las decisiones no deben ser coaccionadas por los demás y a eso también me refiero a la presión que puede ejercer la sociedad.

Consecuentemente el médico no sólo debe entender la salud y la enfermedad, el bienestar y el dolor, que caracterizan el cuerpo como cosa objetiva en el mundo sino como el cuerpo vivo. Conceptualizar la enfermedad como el padecer del enfermo que sufre. De allí, se desprenden dos maneras de observar la relación entre la enfermedad y el cuerpo. Una, la experiencia interna, consciente y subjetiva del cuerpo vivo, y otra, el cuerpo visto desde fuera como un instrumento funcional entre las cosas del mundo. El filósofo francés Maurice Merleau-Ponty acertadamente expresa la tensión entre el cuerpo viviente y el cuerpo como objeto y la ambigüedad que recae sobre el cuerpo. La enfermedad puede cambiar las percepciones, acciones y experiencias en el tiempo y espacio del cuerpo humano que encarna a la persona, que finalmente se harán manifiestos en el balance personal y su *self*.⁵⁴

La identidad de la sociedad moderna no está matizada por la tradición, al liberarse de su cultura —tradiciones— y los fundamentos simbólicos, se encuentra la propensión a una mayor vulnerabilidad social, que incluye la marginación psicológica y física de sus ciudadanos.⁵⁵

No se pueden olvidar los aspectos psicológicos y sociales, y su interacción con el cuerpo, depósito de la vulnerabilidad en una cultura moderna. Existen poblaciones que se han convertido en vulnerables porque se han creado factores que así han influido, por la biotecnología, el racismo y la polución. El estado de bienestar se relaciona con otras necesidades además de lo físico, que son la seguridad, el amor, las relaciones cercanas, una autorrealización de las personas en una buena vida y en las estructuras sociales. La ideología de la sociedad moderna es una cultura de sobrevivencia narcisista y autónoma que crea un extremo de mayor vulnerabilidad en el ser humano.

⁵² Waldow VR, Borges RF. The caregiving process in the vulnerability perspective. Rev Latino-am Enfermagem. Canoas, Brasil. julio-agosto de 2008; 16 (4): 767.

⁵³ Rendtorff JD, Kemp P. 3. The Principle of Vulnerability Chapter I. Introduction: Description of the Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw. En: Basic Ethical Principles in European bioethics and biolaw. Vol 1. Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project BASIC ETHICAL PRINCIPLES IN BIOETHICS AND BIOLAW 1995-1998.. Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institute Borja de Bioethical, Barcelona, Spain. 2000, p. 46.

⁵⁴ *Ibidem*. 2000, p. 52.

⁵⁵ *Ibidem*. 2000, pp. 53-55.

La vulnerabilidad y la cirugía estética

El cuerpo, además de ser una realidad biológica, es la estructura material-psíquica que abarca la dimensión del hombre como persona humana. El cuerpo toma la expresión del sí mismo y le da sentido a la existencia. La conciencia del ser en su afectividad e imaginación es el nicho de los deseos de donde emerge la voluntad del individuo. La dimensión espiritual se convierte en una prioridad para encontrar el sentido a la vida.

La medicina es responsable del aumento de la longevidad alcanzada en el hombre. La expectativa de vida estimada al nacer para la población total en México es de 76.47 años, para los hombres es de 73.65 años y el de las mujeres 79.43 para el 2011.⁵⁶ El envejecimiento confronta al cuerpo biológico con debilidad. Es innegable que en la vejez se capta la realidad del desgaste corporal, con la pérdida subsecuente de la fuerza vital.

Los cirujanos plásticos manipulan a ese cuerpo entendido como la parte más frágil, vulnerable y digna del ser humano. A ese cuerpo-sujeto se encuentran ligados diferentes valores, la dignidad humana y la autonomía, dependientes de la diversidad cultural y social de donde se desenvuelve el hombre. Entonces, si mi identidad está fusionada con la de otros, el resultado es un desarraigo de lo simbólico cultural que me pueda definir.

El aumento estrepitoso de las cirugías estéticas en los últimos treinta años nos obliga a reflexionar sobre los patrones de “belleza” globalmente aceptados y el “no envejecimiento” como determinantes en la salud de la población. Ambas se han convertido en estimulantes sociales y económicos de la tecnología médica y comercial —industria cosmética—. La sociedad actual se puede denominar como “sociedad en riesgo”, pues es portadora de una “identidad globalizada de belleza”. Los indicadores de salud, la oferta y demanda de mayores servicios médicos cosméticos, apuntan al cuidado de la vulnerabilidad de la población. MacIntyre en su libro *Animales racionales y dependientes* (2001) asienta en su tesis que el individuo vive en un estado de dependencia social:

“Lo más frecuente es que todo individuo dependa de los demás para su supervivencia, no digamos para su florecimiento, cuando enfrenta una enfermedad o lesión corporal, una alimentación defectuosa, deficiencias y perturbaciones mentales y la agresión o negligencia humanas. Esta dependencia de otros individuos a fin de obtener protección y sustento resulta muy evidente durante la infancia y la senectud, pero entre estas primeras y últimas etapas en la vida del ser humano suele haber periodos más o menos largos en que se padece alguna lesión, enfermedad o discapacidad, y hay algunos casos en que se está discapacitado de por vida.”⁵⁷

El individuo que acude con el cirujano estético deliberadamente manifiesta el deseo de cambiar su cuerpo. Sin duda, deposita su confianza, y delinea a través de la palabra sus razones, deseos y fantasías. En este encuentro, médico-paciente, único e individual, puede o no adherirse a las

⁵⁶ 2011: www.indexmundi.com

⁵⁷ MacIntyre. *Op. cit.* 2001, p. 15.

recomendaciones médicas. Es frecuente, que el cirujano además del procedimiento solicitado, enliste cuáles son los “cambios” que podrían “mejorar” su apariencia. En el imaginario se fantasea la propuesta, el deseo, y se proyecta un placer anticipatorio a los resultados reales. La decisión autónoma se transforma entonces en un acuerdo heterónimo, en donde el cirujano de acuerdo con su gusto paradójicamente puede contradecir e incluso objetar su deseo. El paciente puede o no aceptar, pero el cirujano con “su proyecto” en mano, deja sembrada la duda, en aquellas personas frágiles o susceptibles de ser manipuladas. A lo anterior se suma que es un servicio que se “solicita y se paga” sin intervención de un comité hospitalario. La regulación gubernamental se limita al cuidado de quien proporciona la atención y que la unidad sea la adecuada. Pero, la mercadotecnia (paquetes quirúrgicos), la publicidad y la recomendación de paciente a paciente, son los que determinaran finalmente su elección. Las opciones para una cirugía estética son limitadas. El consentimiento informado en la mayor parte de los casos es tomado con ligereza, y más que nada es por la fantasía de que las operaciones serán un éxito. No se valora el riesgo-beneficio en toda su magnitud.

Las motivaciones para una cirugía de tipo cosmético tienen que ser exploradas por el cirujano desde la primera consulta. Las motivaciones internas (aumento de la autoestima) y externas (como una ganancia secundaria, por ejemplo la posibilidad de reencontrar una pareja sentimental), cambian el pronóstico e inclusive aumentan las posibilidades de un fracaso posterior. Las motivaciones internas generalmente tienen un sustento psicológico en el que se busca la mejoría física, mientras que las externas, las expectativas pueden ser totalmente falsas e irreales.⁵⁸ Pero podemos afirmar que el sufrimiento interno o externo no constituye por sí mismo una condición para la vulneración de los individuos, la relación social, su dependencia hacia el entorno, las expectativas de belleza y sus juicios le dan las razones suficientes para el deseo de una intervención estética.

Los sujetos racionales son aquellos capaces de ser agentes morales para la toma de decisiones, mientras que aquellos discapacitados y cito a MacIntyre (2001):

"Cuando se habla en los libros de filosofía moral de los enfermos o quienes padecen alguna lesión o sufren de alguna discapacidad, se les trata casi exclusivamente como individuos que pueden ser sujetos de benevolencia por parte de los agentes morales, quienes aparecen en cambio, como sujetos continua y constantemente racionales, con buena salud y no padecen alteración alguna."⁵⁹

No obstante, afirma que el individuo está sumergido en una red de reciprocidad en la cual, generalmente, lo que "cada uno puede dar depende de lo que ha recibido y puede dar en la medida que ha recibido":

"Las virtudes que el ser humano necesita para alcanzar su propio bien y el bien de los demás, a través de la participación de tales redes, sólo operan como auténticas virtudes cuando el ejercicio se halla

⁵⁸ Sarwer DB. Psychological Assessment of Cosmetic Surgery Patients. Chapter 16, pp. 267-285. En: Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives. Sarwer D, Pruzinsky T, Cash TF, et al. (eds.). Philadelphia, Pennsylvania USA. 2006, p. 268.

⁵⁹ MacIntyre. *Op. cit.* 2001, p. 16.

moldeado por una conciencia de la distribución del poder. Tanto aquí como en otros aspectos de la vida, es necesario aprender a vivir con la realidad del poder y a luchar contra ella.⁶⁰

Pero, ¿será posible luchar contra los emporios de la industria cosmética, farmacéutica y de la moda, si las virtudes se han desgastado? El hombre parece más frágil que nunca para identificar lo que es suyo y por qué depende del medio que lo rodea. Su ajuste hacia una sociedad es cada vez más demandante en cuanto a los estándares de “salud” y “belleza”, la creencia de lo bello como un “arma de poder” en contra del racismo y la exclusión social, han tendido la trampa de “estar pensando que se ejerce una libertad y autonomía” por muto propio, siendo que son los medios, la misma población que le exige se acerque a estos patrones. No hay más un “yo moral”, el “yo” le pertenece en la modernidad a la sociedad cuya característica principal es el olvido de sus tradiciones e identidad.

Consideraciones sobre la relación del paciente con el cirujano estético. Un análisis desde la vulnerabilidad

El ejercicio de la cirugía y la visión esencial de la ética médica es brindar alivio al sufrimiento del paciente basado en la excelencia de los principios de beneficencia y no maleficencia. El problema fundamental en la cirugía estética, como se ha expuesto, es la subjetividad de quien padece por su imagen corporal y su sufrimiento en lo social. Generalmente el paciente acude con una idea más o menos clara de cuáles son los cambios físicos que desea. De allí, la importancia del médico en analizar cuidadosamente las razones que se le exponen, de cuánto interfiere la “molestia” con su vida personal y social, el ajuste emocional y las expectativas de la cirugía. Aquel paciente que tiene una deformidad sin historia psiquiátrica o patología psicosocial sería el candidato ideal y excelente para el procedimiento.^{61,62} No obstante, es lo menos frecuente en las consultas de tipo estético. La libertad y la competencia del paciente para otorgar el consentimiento informado, se encuentran limitados por la confrontación de una presión social y cultural con el ideal de belleza. El constructo social introyectado de lo bello en el imaginario del paciente puede ser descubierto o no por el cirujano, de allí se desprenden muchas de las quejas y demandas a los cirujanos.

La información disponible en los medios de comunicación y en la *Web* acerca de los procedimientos es escasa o llena de términos médicos que son incomprensibles para el paciente, quien no pondera el riesgo real al que va a ser sometido. Aunque el cirujano explique a través del consentimiento informado los riesgos y beneficios del tratamiento, las alternativas terapéuticas, incluidas la ausencia de una intervención, el paciente con el proyecto en mano es quien finalmente decide o no. Si el cirujano plástico se niega a realizar un procedimiento, el paciente cambiará de médico y llegará con quien sí le efectúe el cambio tan deseado o esperado. La dificultad para el

⁶⁰ MacIntyre. *Op. cit.* 2001, p. 122.

⁶¹ Jefferson. *Op. cit.* 1976, p. 412.

⁶² Olley PC. Social and psychological Sequelae. Aspects of Plastic Surgery. *Medical Practice. British Medical Journal* 1974; 3: 323.

manejo y conceptualización del padecer de estos enfermos finalmente pudo ser cristalizada y colocada en el campo de la psiquiatría con la creación de una nueva categoría diagnóstica llamada "trastorno dismórfico", en la que el criterio es el pensamiento repetido y el sufrimiento por un malestar en el cuerpo.

Si a la inestabilidad emocional se le suma que estos pacientes son más susceptibles a descompensarse durante el procedimiento —relacionado con las expectativas centradas en el cuerpo— y a mayor cambio mayor desajuste emocional.^{63,64}

Por tanto, se hace indispensable en la valoración del sujeto que busca la mejoría de su autoimagen y autoconcepto por medio de la cirugía estética. La evaluación psicosocial con énfasis especial en alteraciones de la personalidad, situación socioeconómica, marital y la presencia de un segundo informante.⁶⁵ A través de la revisión bibliográfica llegué a la conclusión de que no existe una guía clara y precisa de cómo analizar a los candidatos a una cirugía cosmética. Lo que se cita con frecuencia es que los sujetos que solicitan el procedimiento se encuentran insatisfechos o inconformes con su cuerpo.

Para los pacientes que sufren de alguna "incapacidad mental" —la toma de decisiones avanzadas—, se han elaborado mecanismos de tipo legal como el *Mental Capacity Act* (diciembre de 2007), en donde se buscan sus mejores intereses,⁶⁶ o las diferentes escalas que reflejan las experiencias de la imagen corporal y la calidad de vida como el *Body Image Quality Inventory* (BIQLI), que mide aspectos psicosociales de su funcionamiento, afecto, relaciones, comportamiento; o el *Body Image Disturbance Questionnaire* (BIDQ), una adaptación del cuestionario de *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* y el *Self Report* por *Body Dysmorphic Disorder*.⁶⁷

El consentimiento informado debe obtenerse en cualquier intervención médica. Es el reflejo del respeto a la voluntad del paciente por un lado, y la experiencia del cirujano que discute abiertamente de tal manera que el paciente pueda comprender la cirugía, y las posibles alternativas para solucionar su problema. El Colegio Americano de Cirujanos plantea la formulación de 10 preguntas básicas. Con ellas se ha observado menor ansiedad y quejas del paciente, quien soporta mejor las posibles complicaciones y existe una mayor satisfacción postquirúrgica.⁶⁸

"1) ¿Cuáles son las indicaciones que le dio su cirujano en su opinión para sustentar que la cirugía es necesaria?, 2) ¿Cuáles son las alternativas, si hay, para su condición?, 3) ¿Cuál sería el resultado si usted no tuviera la cirugía?, 4) ¿Cuáles son los procedimientos básicos que se involucran en la cirugía?,

⁶³ Jefferson. *Op. cit.* 1976, 417.

⁶⁴ Cash T. *Body Image and Plastic Surgery*, Chapter 4, pp. 37-59. En: Chapter 18, pp. 301-313. En: *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery*. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives. Sarwer D, Pruzinsky T, Cash TF, et al. (eds.). Philadelphia, Pennsylvania USA. 2006, p. 3.

⁶⁵ Crisp. *Op. cit.* 1981, p. 1100.

⁶⁶ Brown. *Op. cit.* 2008, p. 1. Brown E, Pink J. Real Life ethics. Autonomy versus duty to care. DOI:10.399/big08X280038. Hempson Consent to treatment: www.hempsons.co.uk

⁶⁷ Cash. *Op. cit.* 2006, pp. 48-49.

⁶⁸ Laneader. *Op. cit.* 2006, p. 304.

5) ¿Cuáles son los riesgos?, 6) ¿Cómo la cirugía podría mejorar su salud o su calidad de vida?, 7) ¿Si la hospitalización es necesaria cuánto tiempo piensa que puede permanecer?, 8) ¿Qué puede esperar en el periodo de recuperación?, 9) ¿Cuándo piensa usted poder reincorporarse a sus actividades habituales?, 10) ¿Cuáles son los efectos residuales de la cirugía?”

Población vulnerable en cirugía estética

En los siguientes párrafos enumeraré los grupos que considero con mayor propensión a ser vulnerados.

1. El género

De acuerdo con las estadísticas mundiales, la mujer es la que con mayor frecuencia acude al cirujano estético en una relación 9:1 con el hombre.

Morgan opina que la identidad femenina emerge de acuerdo con las normas de belleza establecidas en su entorno social. La mujer se asume como un ser determinado, como un blanco cultural que la fuerza a alterar su cuerpo como respuesta a presiones sociales. Lo anterior explica en parte el sufrimiento o el “deseo” impuesto en su cuerpo, un problema de la experiencia corporal como identidad. Al cuerpo bello se le ha cargado de un simbolismo de “poder”, en donde las prácticas sociales y culturales pueden ser materia de opresión, coerción y control. En esta concepción de poder, las mujeres son víctimas de sus amantes, maridos y cirujanos, son objetos del “poder normalizador” que trata de colonizar sus cuerpos. Esta ideología confunde y mistifica la retórica de la “libertad” y la “elección individual”. El poder de la cirugía estética otorga poder a la mujer, el “poder” controlar su “cuerpo” y a la vez su vida (Davies, 1995, 168-169).

Aunado a la imposición de estándares de apariencia mucho más estrictos de la sociedad comparado a décadas anteriores, existe actualmente una intolerancia hacia la obesidad —no necesariamente relacionada con la salud sino con el concepto de “fealdad”—. El envejecimiento normal, con la pérdida de la elasticidad de los tejidos, es visto como un rasgo estigmatizante de “déficits de funciones”, que son una fuente de problemas psicosociales especialmente en el campo laboral.

2. Adolescentes

La demanda de procedimientos con carácter estético en esta población es muy alta y disminuye conforme avanza la edad. Para el 2004, se calculaba que del total de las intervenciones cosméticas, el 4% correspondía a menores de 18 años. De acuerdo con las agencias estadounidenses del *Food and Drug Administration* (FDA) y la Asociación de Cirujanos Plásticos, el implante de senos y la rinoplastia son las cirugías más solicitadas en adolescentes.

En este periodo del desarrollo del ser humano son evidentes las modificaciones corporales “incontrolables” que demandan al joven una nueva forma de convivencia con su mundo circundante. La pérdida de la identidad infantil implica la búsqueda de una nueva *identificación consciente e inconsciente*, de allí la elección de determinados adultos como ideales. También es frecuente, la vanidad y la estigmatización de rasgos familiares que caen en el terreno de lo simbólico. El odio a

estos rasgos cambia conforme el sujeto madura y envejece. La crisis de la adolescencia puede convertirse en una enfermedad "neurótica" si el chico es expuesto a una gran presión social.^{69,70}

Asimismo, un denominador común durante esos años es la insatisfacción con la imagen corporal, manifestada por una constante preocupación hacia el cuerpo, que se acompaña de sentimientos y pensamientos influenciados por los medios de comunicación y familiares.

El patrón corporal de la figura ultradelgada surge a raíz de la Segunda Guerra Mundial debido al sufrimiento por la hambruna (pues es de "mal gusto" gozar de un kilos de sobrepeso). En la actualidad la conducta restrictiva en la alimentación está bajo el telón de la búsqueda de una "vida sana". El modelo de *Stice* llamado de "doble camino" hace referencia a que una parte de las adolescentes con conductas restrictivas en la alimentación podrían desarrollar anorexia o bulimia; y otras tendrían manifestaciones subclínicas de este trastorno, reflejo de la baja autoestima o un autoconcepto inestable y desorganizado.⁷¹

La razón que Laneader da para que los adolescentes no sean sometidos a una cirugía de tipo cosmético se basa en la falta de una decisión estable y un juicio balanceado. En otros el sufrimiento puede ser real. Por lo que se requiere de una valoración estricta de "su realidad psicológica" y su apariencia física, siendo la cirugía una solución para el problema de imagen corporal.⁷²

3. Pacientes con problemas raciales

Los cirujanos estéticos y los dermatólogos cosméticos se han visto presionados para modificar las manifestaciones de rasgos étnicos. La sociedad es la responsable del racismo imperante y al mismo tiempo tiene en sus manos la posibilidad de detener los ideales de belleza que estigmatizan a una población. A esta práctica se le conoce como la "ética de la complicidad", pues los aspectos de orden psíquico y racial provocan que el cirujano estético esté obligado a comprender las necesidades del padecer.⁷³

4. Pacientes con trastornos mentales

Han sido considerados sujetos potencialmente vulnerables por la disminución o pérdida de su capacidad para dar un consentimiento informado (vulnerabilidad por capacidad), y por su susceptibilidad a sufrir de coerción (vulnerabilidad por poder). Aunque de acuerdo con el *National Bioethics Advisory Commission* (NBAC) todas las personas que padecen de trastornos mentales se consideran dentro de una población vulnerable, no todos ellos lo son. La diferencia estriba en la capacidad de comprensión, de entendimiento, de dar su consentimiento. Aquellos pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, con trastornos esquizofrénicos con mínimas alteraciones de

⁶⁹ Crisp A. Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. *Regular Review. BMJ* 1981; 282 (4): 1100.

⁷⁰ Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós Mexicana. 1987, pp. 45-59.

⁷¹ Figueroa-Rodríguez A, Gracia-Rocha O, Revilla-Reyes L, *et al.* Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2010; 48 (1): 32-34.

⁷² Laneader AM, Wolpe PR. Ethical Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 18, pp. 310-311. En: *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives.* Sarwer D, Pruzinsky T, Cash TF (eds.). Philadelphia, Pennsylvania USA. 2006, pp. 3-338.

⁷³ *Ibidem.* 2006, p. 310.

la percepción de la imagen corporal, pueden obtener beneficio de la intervención, dependiendo del caso, aunque de forma general la cirugía cosmética podría ser una contraindicación para cualquier procedimiento.⁷⁴

5. Trastornos del carácter

En este grupo se encuentran los pacientes que tienen en su carácter rasgos de impulsividad, inmadurez, insatisfacción crónica, inconsistencia, indecisos y demandantes, aquellos prácticamente insaciables y con un conflicto de identidad. El trastorno se da en la distorsión de la imagen corporal. En la consulta de cirugía estética se ha detectado que los procedimientos que solicitan son innecesarios y desean que alguien más tome la decisión por ellos y refuerce su indecisión y pobreza de juicio.⁷⁵

6. Trastornos de personalidad

No todos los trastornos emocionales y/o de personalidad representan una contraindicación absoluta para la cirugía estética, aún cuando se caractericen por tener patrones finos de comportamiento. Las complicaciones postquirúrgicas deberán valorarse y observarse con cuidado, la aprehensión, el malestar por una crítica o recomendación, hacen como requisito indispensable la valoración prequirúrgica para obtener el máximo beneficio del procedimiento.⁷⁶

El tipo de personalidad dominante matizará el motivo de consulta. Por ejemplo, los obsesivo-compulsivos estarán preocupados por la "perfección en su cuerpo", pasivo-agresivos pueden ser cínicos y hostiles, en su manejo de la agresión manifestarán la total insatisfacción de sus actos; los pasivos-dependientes buscarán en la cirugía el ser aceptados en sus relaciones interpersonales. Los paranoides se sentirán insatisfechos, desconfiados y los conflictos con el cirujano serán frecuentes. Los esquizoides presentan fragilidad, poca comunicación, y su motivación puede ser muy difusa y bizarra por lo que el cirujano puede sentirse confundido. Jefferson (1976)⁷⁷ afirma que las expectativas de la cirugía son altas y hay fantasías de omnipotencia con respecto al cirujano, de allí que la vulnerabilidad se asiente en la autoestima, las emociones, el sufrimiento y el padecer.

7. Depresión y otros trastornos afectivos

Los sujetos con depresión crónica buscan un "cambio" en su apariencia que pudiera mejorar su problema emocional, en ellos es evidente la ambivalencia. Los pacientes con ansiedad piensan que aliviarán su tensión. En el relato de su historia clínica se observa que tienen quejas somáticas como dolores múltiples en el cuerpo, de cabeza, de espalda, y en ocasiones piensan que los procedimientos cosméticos podrían aliviarlos ya que los asocian a su tensión emocional.⁷⁸

⁷⁴ Yanos P, Stanley B, Greene C. Research Risk for persons with psychiatric disorders: a decisional Framework to meet the ethical challenge. NIH Public Access. Psychiatr Serv. 2009. PMC available. 6 de mayo de 2010, pp. 3-4.

⁷⁵ Jefferson. *Op. cit.* 1976, p. 415.

⁷⁶ *Ibidem.* 1976, p. 419.

⁷⁷ *Ibidem.* 1976, pp. 416-417.

⁷⁸ *Ibidem.* 1976, p. 418.

8. Pacientes psicóticos

La preocupación por el cuerpo debe ser entendida como una idea sobrevaluada en términos clínicos y de historia de vida. La ultrasensibilidad al mínimo desfiguramiento no debe ser considerada como un síntoma *per se*. Las ideas que deben llamar la atención al médico son: cuando se describe la deformidad en términos bizarros o extravagantes; cuando no se precisa la alteración y el cambio que se requiere; la concepción poco realista que sea parte de un sistema delirante, o que el paciente se sienta distorsionado por influencias externas. Generalmente acuden a consulta estética aquellos que padecen de síntomas psicóticos, esquizofrenia, depresión y/o paranoia, y corresponde entre el 2 y 16% de los sujetos que solicitan rinoplastia.^{79,80} Estos individuos son de difícil manejo ya que tienen una prueba de realidad alterada y sus ideas delirantes o síntomas se manifiestan como quejas somáticas. En ellos está contraindicado cualquier procedimiento estético.⁸¹

9. Dismorfofobia y quejas dismórficas

Hay dos tipos de población que presenta ideas de preocupación somática, los sujetos que padecen de dismorfofobia —la idea tiene características delirantes—⁸² tal y como la observada en el conocido caso de Michael Jackson; y la queja dismórfica —como la idea de preocupación y ansiedad asociada a la apariencia física individual y, en lo social, de cómo los ven y los juzgan— ligada fuertemente a alteraciones en el ánimo, ansiedad social y problemas laborales, más padecida por los jóvenes.

Se calcula que del total de las consultas de los cirujanos estéticos, de un 7 al 15% de los pacientes tienen el diagnóstico de trastorno por dismorfofobia. En general éstos no se benefician con la intervención quirúrgica, aunque en un principio se pensaría que sí dada la obstinación y la intensidad de sus sentimientos. No obstante, y a pesar de múltiples cirugías, el resultado final siempre es el mismo: la idea acerca de su apariencia física nunca desaparece. Al no poder satisfacer el médico su deseo pueden tornarse agresivos con él y esto constituye una de las fuentes de las denuncias en este campo. El tratamiento indicado es la farmacoterapia y/o psicoterapia.^{83,84}

⁷⁹ Olley. *Op. cit.* 1974, p. 323.

⁸⁰ Crisp. *Op. cit.* 1981, p. 1099.

⁸¹ Jefferson. *Op. cit.* 1976, p. 416.

⁸² DSM-IV-TR Breviario. Criterios diagnósticos. Directores de la edición en castellano: Juan J. López-Ibor y Manuel Valdés Miyar. Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana, Washington USA. Masson S.A. Primera edición. 2002, pp. 1-347. Pp. 149-150 F22. Trastorno delirante [297.1] A. Ideas delirantes no extrañas (por ejemplo, que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad de por lo menos un mes de duración). B. Nunca ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante. C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño. D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos delirantes. E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o a una enfermedad. Se especifica el tipo: erotomaniaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica; así como tipo mixto y no especificado.

⁸³ Castle DJ, Molton M, Peston NJ, *et al.* Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. NIH Public Access. Author Manuscript. National Institute of Health, pp. 1, 4, 5.

⁸⁴ Castle DJ, Honigman RJ, Philips KA. Does cosmetic surgery improves psychosocial wellbeing? Author Manuscript. NIH Public Access. National Institute of Health, p. 3.

El trastorno dismórfico⁸⁵ es una nueva clasificación de padecimiento mental incluido en el *Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales* en su cuarta edición (DSM-IV) del año 2000. En la edición del 2002, correspondiente al DSM-IV-TR se hace referencia a la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. No existe un consenso del que se pueda partir para decir que es anormal o la fealdad. La realidad es que en mi opinión el trastorno dismórfico es el resultado de la emergencia de una categoría diagnóstica por la problemática observada en la sociedad, resultado de la atención puesta en la corporalidad del sujeto como medio para alcanzar el éxito y la trascendencia. El constructo psicológico de la imagen corporal en el siglo XXI es un motivo de insatisfacción cotidiana por no llegar a los estándares comerciales. Los modelos exhibidos diariamente por medios de comunicación no le son ajenos a la población, por tanto, la imagen corporal se asocia con la autoestima.

En el libro de Katherine A Phillips, *Understanding Dysmorphic Disorder. An Essential Guide* (2009), claramente se expone que la “obsesión de los pacientes por alguna parte de su cuerpo es oculta” e inclusive reconocen y se avergüenzan de decirlo,⁸⁶ y da los criterios para poderlo definir, la preocupación en la apariencia, la angustia y el estrés. La prevalencia de este trastorno es relativamente frecuente, entre 1 a 2.4% del total de la población general de Estados Unidos de Norteamérica lo padecen,⁸⁷ y afecta a toda la población desde niños a adultos mayores. Sin temor a equivocarme, generalmente son los pacientes que acuden al cirujano estético y ocultan su obsesión en la magnitud que la sufren, en casos excepcionales se puede observar una incapacidad total.

El problema es mucho más grande de lo que parece, en un estudio realizado en el año de 1997 la mitad de las mujeres, 56%, y casi el 43% de los hombres no se encontraban satisfechos con alguna parte de su cuerpo, y su preocupación estaba localizada en la cintura o la cadera o en el peso corporal,⁸⁸ lo cual les causaba un sufrimiento y alteración en su funcionamiento diario. En muchas ocasiones otros trastornos como la depresión, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de pánico, e incluso la esquizofrenia se deben descartar como posibilidades diagnósticas.⁸⁹

En el estudio realizado por la doctora Phillips (2009), las áreas de mayor queja son la piel, el pelo, la nariz, el peso, el abdomen, los senos, la cadera, los dientes, y los menos son los tobillos, los músculos de la cara, las pantorrillas y las rodillas.⁹⁰

10. Pacientes con adicción a la cirugía estética

En algunas personas, la cirugía estética se convierte en un acto compulsivo, sin importar el dolor,

⁸⁵ DSM-IV-TR, p. 223. F45.2 Trastorno dismórfico corporal [300.7]. A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. C. La preocupación no se explica por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño o la silueta corporales en la anorexia nerviosa) que limita sus actividades y no es mayor que otros trastornos de la imagen corporal como la anorexia.

⁸⁶ Phillips KA. *Understanding Body Dysmorphic Disorder. An Essential Guide*, Oxford University Press. 2009, p. 9.

⁸⁷ *Ibidem*. 2009, p. 25.

⁸⁸ *Ibidem*. 2009, p. 33.

⁸⁹ *Ibidem*. 2009, pp. 39-41.

⁹⁰ *Ibidem*, 2009, p. 47.

el costo, o inclusive la malformación a la que pueden ser expuestos. Curiosamente los casos sirven de “promocionales” en los medios de comunicación sobre el alcance y las promesas de una vida exaltada por medio de la cirugía.⁹¹ A estos pacientes se les conoce como los *surgiholic*, adictos a la cirugía, insaciables. En estudios realizados por Hart (2001), por lo menos el 33% de los pacientes reunían criterios de un trastorno dismórfico.⁹²

Es aquí donde existe una ruptura entre los cirujanos estéticos y los especialistas en la salud mental. Los pacientes con algún trastorno o queja psicológica mejorarán en su psicopatología con la intervención quirúrgica, o sólo ésta constituye un medio para poder liberar la insatisfacción personal en otras áreas, la laboral, la personal y finalmente la de la existencia. En mi opinión la valoración exhaustiva de cada individuo proveerá la mejor toma de decisiones.

11. Pacientes con malformaciones congénitas

Esta categoría se encuentra dentro del rubro de la ética de primer orden de la cirugía plástica y reconstructiva, correspondiente a las malformaciones congénitas. No obstante, abordaré en el siguiente párrafo el Síndrome de Down, pues es de todos conocido que por motivos estéticos y discriminatorios esta población es intervenida quirúrgicamente para aminorar los rasgos que caracterizan a la trisomía 21. No obstante, la formulación ética en esta situación es ponderar el riesgo-beneficio de una cirugía estética cuando la motivación sólo descansa en la apariencia física.

Síndrome de Down. En las últimas décadas ha existido un incremento en el número de “reconstrucciones faciales” en pacientes con Síndrome de Down,⁹³ bajo el argumento que la cirugía les da una mayor aceptación social, facilita su inserción en programas educativos y sociales sin ser discriminados, y se dice que el mismo rechazo puede ser un factor para padecer una mayor discapacidad.⁹⁴⁻⁹⁶

Jones (2000) criticó fuertemente un programa de televisión en el que se sugería el uso de la

⁹¹ Davis K. Reshaping the female body. The dilemma of cosmetic surgery. Routledge Inc. Inglaterra. 1995, pp. 19-20.

⁹² Hart W, Linse R. Botulinophilia: a contraindication for therapy with botulinum toxin. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2001; 39 (10): 462.

⁹³ La técnica comentada por Hatch y Belin incluye: el aumento del canto de la nariz con una prótesis de *silastic*, corrección de los pliegues del epicanto en los ojos —con el fin de quitarles el aspecto de raza “mongólica”—, corrección del implante de las orejas tipo “murciélago”, reducción de la piel en el cuello por medio de un estiramiento (*lift*); asimismo, se les realiza una glosectomía parcial, para mejorar el lenguaje y evitar la protusión de la lengua —con lo que se mejora los hábitos alimenticios y el lenguaje, la salivación y disminuyen las infecciones respiratorias—, también se efectúan labiectomías, colocación de prótesis en mejilla y barba. La cirugía se considera “pequeña y bien tolerada”, el riesgo es bajo (aunque los sujetos presentan anomalías cardíacas en un 40% y el riesgo perioperatorio es importante para una evolución favorable por complicaciones respiratorias —edema agudo de pulmón por descompensación de malformaciones congénitas de corazón— y agitación en el 73% de los casos) comparado con el beneficio social que se les otorga. Está injustificada en pacientes con complicaciones orgánicas múltiples o retardo mental profundo (Hatch 1988, 1; Jones 2000, 101-2; Cole 1994, 741; Belin 1998, 23-25; Cole 1994, 741).

⁹⁴ Hatch DJ. Facial reconstruction in Down's Syndrome. Editorial. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1988; 81 (1): 1.

⁹⁵ Belin B, Kandari A, Shapira Y, et al. Aesthetic considerations in facial reconstruction for Down's Syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1998; 81 (1): 25.

⁹⁶ Cole M, Cole R. Down's Syndrome. Carta al Editor. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994; 87 (12): 741.

cirugía estética para estos pacientes, allí se exaltaba su beneficio para “normalizar la apariencia” y el prejuicio que existe de su físico y comentaba:

“Si no hubiera estigma social no existiría una razón real para someterlos a cirugía. El consenso no fue del todo generalizado. El 72% de los parientes no estaban interesados sobre la apariencia física del chico y 83% sentían que el niño era bien aceptado en la sociedad”⁹⁷

En la opinión de Jones la cirugía es innecesaria, dolorosa y debe ser regulada, al igual que se considera en la sociedad occidental un abuso la mutilación en niños.⁹⁸ Entonces, la pregunta bioética que surge en estos casos es: ¿cuál es el beneficio de una cirugía estética?, hacer de un sujeto con anormalidades congénito-genético, uno con físico más “normal socialmente” pero que conserva su alteración genética. Evitar que los padres y pacientes no sean discriminados socialmente. ¿Es válido en un sujeto con una autonomía limitada e incompetente legal tomar una decisión bajo la razón de discriminación, o para el alivio del sufrimiento psicológico que tienen sus padres? Nuevamente la razón que prevalece para realizar una cirugía estética es la “normalización de la apariencia” que genera discriminación por la sociedad. El sufrimiento está en los padres, responsables del cuidado de un ser que no será autónomo. Antes de poder valorar el riesgo-beneficio quirúrgico, se tendría que pensar si a través de la cirugía estética tendrán una mejor adaptación social, básica para incorporarse en la sociedad.

⁹⁷ Jones RB. Parental consent to cosmetic facial surgery in Down's syndrome. *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 101-102.

⁹⁸ *Ibidem*. 2000, p. 102.



Capítulo 5

El cirujano estético frente al paciente

Todo progreso está basado en el deseo universal e innato por parte de cada organismo de vivir por encima de sus posibilidades.

Samuel Butler (1835-1902)

Un científico tiene la libertad —y debe tomársela— de plantear cualquier cuestión, de dudar cualquier afirmación, de buscar cualquier evidencia, y de corregir errores...

J.R. Oppenheimer (1904-1967)

El desarrollo de la tecnología en el campo de la cirugía estética ha tenido consecuencias sobre la salud. Desafortunadamente, una proporción importante de los pacientes han transformado su deseo fantaseado en una necesidad. Es la patología de la modernidad, la búsqueda de lo bello, que va de la mano de cualquier maniobra que el médico haga, sea ésta benéfica o dañina, lo que se conoce como iatrogenesis. El papel del médico siempre estará orientado a curar o aliviar el padecer, apoyado en el principio hipocrático de *primum non nocere*. No obstante, el actuar del médico es siempre de doble efecto, puede ser perjudicial al mismo tiempo que benéfico para el paciente. Asimismo, desde una perspectiva de lo absoluto, no es suficiente considerar en el campo de la cirugía cosmética que la iatrogenesis se limitará exclusivamente al daño físico, sino que afectan otras áreas como la psicológica, social y económica. En las manos de los cirujanos recae la responsabilidad del ejercicio equilibrado de su profesión, pero el daño colateral, expresado como el mal que persigue al médico, es una condición inevitable y aleatoria.

El cirujano estético y la sociedad contemporánea

En la época moderna los valores individuales de antaño, como el portar un símbolo de vejez, mostraban al sujeto con una amplia dimensión de sentido histórico y de responsabilidad social, y a su vez, era el reflejo de valores sólidos ligados a la madurez emocional y corporal. Actualmente, la pérdida de la conciencia individual de lo que significa ser viejo y sabio, ha transformado la existencia del sujeto en una cultura del hedonismo superficial, "del parecer joven y de ser lo que no se es". El ser virtuoso se ancla al imaginario de la juventud y niega el paso del tiempo, todo aquello que se relaciona con "lo viejo o lo feo es caduco y está pasado de moda". El cuerpo ha catequizado la ruptura de lo convencional, se persiguen imágenes juveniles como un símbolo de estatus, "la belleza" se persigue como un medio para alcanzar el éxito y dejó de ser una virtud en el siglo XXI.

La cirugía plástica estética es el recurso con el cual se puede acceder fácilmente a la fuente de la eterna juventud, aunque sólo sea en la apariencia externa. No se necesitan insignias o adornos materiales para diferenciar a los jóvenes de los viejos. La cirugía estética se ha convertido en una moda, un instrumento para que el individuo goce de un reconocimiento social. Modificar la apariencia física ya no se limita al cambio del vestido y los accesorios, éstos son sólo una parte de la búsqueda de ese estado de bienestar. Son imperativos los cambios en la estructura física. El deseo y el imaginario colectivo de una belleza y juventud sin límite han colocado a través de la tecnología

las herramientas para cambiar el cuerpo. Como signo elitista, aquel que se ha sometido a un método de embellecimiento ha dejado a un lado la diferencia socioeconómica, se compite por lo bello y se echa mano de todos los recursos para sobresalir dentro de un orden social. A través de la cirugía cosmética se satisfacen las demandas sociales de los grupos discriminados. La influencia ocasional de “conquistadores dominantes y de clases ricas”, las relaciones que han establecido por la indumentaria se diluyeron, la sociedad globalizada ostenta rasgos que simbolizan poder. Los ojos agrandados, narices afiladas, labios bien formados o el color de piel son sólo algunos de los atributos que se imitan para satisfacer el estatus social. El cirujano, en sus manos, posee el poder de transformar el vínculo que perturba al dominado y discriminado social. Este es uno de los dilemas éticos de la cirugía estética, por ello no se puede afirmar que sea una práctica autónoma que carece de influencia social y de la moda.

El cirujano estético. Su primer encuentro

En su correspondencia, el doctor Kidd muestra su enojo acerca de la posición de algunos médicos generales y su perjuicio hacia la cirugía cosmética. Él afirma que como obligación moral de todo médico está la de aliviar el sufrimiento del paciente. La censura en el campo de la cirugía estética como el de la psiquiatría es intolerable. Cuántos problemas se podrían prevenir en el paciente si se tuviera una postura más abierta sobre el ejercicio de estas especialidades. El papel del médico general como de primer contacto y la relación médico-paciente ha cambiado. El paciente tiene todo el derecho de acudir directamente al cirujano estético si lo cree conveniente.¹

Algunos puntos que son analizados por el cirujano plástico estético o el médico especialista en el campo de la dermatología cosmética incluyen: el conocer las razones por las que el sujeto acude a consulta, cuánto interfiere la “molestia” con su vida personal y social, el ajuste emocional y las expectativas de la cirugía, cuál es el cambio que trae en mente, qué tanto conoce sobre el procedimiento y qué ha consultado con familiares, amigos o vía Internet. Por ejemplo, las secuelas de un accidente por quemadura, o las alteraciones congénitas en cara son totalmente diferentes al sujeto que acude por una motivación cosmética, pues las primeras se desvían de la media poblacional y son generadoras de sufrimiento *per se*. En la situación cosmética de embellecimiento, se plantean generalmente tres escenarios: el primero, el paciente acude porque presenta los cambios físicos inevitables por el paso del tiempo; el segundo, por sentirse rechazado por su grupo social debido a algún rasgo étnico marcado; o en un tercer panorama, simplemente por alteraciones en su imagen corporal, y en todos el especialista está obligado a conocer ese imaginario proyectado en el deseo y la motivación. Aquel paciente que tiene una deformidad sin historia psiquiátrica o patología psicosocial sería el candidato ideal y excelente para el procedimiento.²⁻⁴ Los factores

¹ Kidd HB. The Case of Plastic Surgeons. Correspondence. *British Medical Journal* 1961; 1641-1642.

² Labastida Gómez de la Torre O. Comunicación personal. Hospital Ángeles del Pedregal. Diferentes entrevistas realizadas entre los años 2010-2012.

³ Ortiz Monasterio F. Comunicación personal. Hospital Manuel Gea González. Diferentes Entrevistas entre los años 2010-2011.

⁴ Pérez-Dosal M. Comunicación personal. Hospital Manuel Gea González, Hospital Ángeles del Pedregal. Diferentes entrevistas realizadas entre los años 2010-2012.

que predicen un pobre resultado quirúrgico son: el ser hombre; pacientes con ansiedad o depresión; inestabilidad emocional y/o con un trastorno de personalidad —los cuales son más susceptibles a descompensarse durante el procedimiento—; la naturaleza y el grado de cambio quirúrgico —a mayor cambio mayor desajuste emocional—; una gran expectativa acerca del procedimiento, sobre todo si están centradas en el cuerpo; o como una perspectiva para tener éxito en el trabajo o en las relaciones personales. Por tanto, se hace indispensable que en la valoración clínica del sujeto que busca la mejoría de su autoimagen y autoconcepto por medio de la cirugía estética, se realice además de una valoración clínica exhaustiva, también una evaluación psicológica, con énfasis especial en alteraciones de la personalidad, situación social, económica, marital y la presencia de un segundo informante.⁵⁻⁸

Por tratarse de un campo en donde la subjetividad juega un rol importante en la decisión y motivación para la consulta, fue evidente que se carece de un protocolo estructurado y de una guía clara y precisa de cómo analizar a los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía plástica cosmética. Los profesionales en el campo de la salud mental han desarrollado entrevistas estructuradas y semiestructuradas con la finalidad de detectar alteraciones en el paciente. Desafortunadamente, aún con la presencia de trastornos en la imagen corporal, el consenso en la mayoría de la literatura es que, los sujetos que solicitan el procedimiento cosmético se encuentran insatisfechos o inconformes con su cuerpo, razón suficiente para ser intervenidos.

Análisis de los principios bioéticos en cirugía estética

Históricamente, los argumentos bioéticos que rodean a la cirugía estética se han centrado en la alteración de la naturaleza del cuerpo humano como un beneficio que descansa en una terapéutica que brinda un alivio subjetivo y no medible en términos del constructo de belleza. Los bioeticistas han ponderado la moralidad de la medicina entre la normalidad y la distorsión de la salud, la delgada línea que define el padecer. La medicina tiene una misión y un deber que integra derechos y privilegios, como el control del posible daño. La autoridad moral se basa en tratar al enfermo o al que sufre y, por tanto, disminuye cuando se involucran individuos “saludables” y “libres de enfermedad”. Asimismo, emerge del conflicto entre la satisfacción de la vanidad o la sumisión ante la superficialidad de la apariencia en una sociedad corrupta, al igual que el poder del sujeto que justifica el alivio a su padecer. La pregunta tal y como la plantea Laneader (2006) es si existe un argumento que pudiese evidenciar si el deseo del consumidor es una razón suficiente para las intervenciones sin una necesidad de carácter médico.⁹

⁵ Jefferson Roland S. The Psychiatric Assessment of Candidates for Cosmetic Surgery. *Journal of the National Medical Association* 1976; 68 (5): 412-417.

⁶ Olley PC. Social and Psychological sequelae. Aspects of Plastic Surgery. *Medical Practice. British Medical Journal* 1974; 3: 323.

⁷ Castle DJ, Honigman RJ, Philips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? Author Manuscript. NIH Public Access. National Institute of Health, pp. 1-7. Published in final edited form as: *Med J Aust* 2002; 176 (12): 602.

⁸ Crisp A. Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. *Regular Review. BMJ* 1981; 282 (4): 1100.

⁹ Laneader A, Root Wolpe P. Ethical Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 18, pp. 301-314. En: *Psychologic Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical Empirical, and Ethical perspectives*. Editores. Sarwer DB, Prusinsky T, Cash TA, et al. Lippincott Williams & Wilkins, Maryland, USA. 2006, p. 301.

Los doctores Chung, Pushman y Bellfi de la Universidad de Michigan, Estados Unidos (2009) realizaron una revisión sistemática de cuatro amplias bases de literatura médica a partir del 2008 (*Medline, Cochrane Central Register for Clinically Controlled Trials, The National Reference Center for Bioethical, Literature* [NRCBL] e *ISI Web of Science*) en los que se mencionara alguno de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress en el campo de la cirugía plástica y reconstructiva; se incluyeron aquellos con análisis cualitativos, letras al editor, comentarios, reporte de caso, exclusivamente se recabaron estudios en humanos y en inglés. De los más de 100 mil artículos encontrados en el campo de cirugía estética, sólo 638 discutían algún principio ético, de éstos se eliminaron 233 porque no tocaban aspectos sobre la cirugía estética y reconstructiva, 196 no tenían un discurso suficientemente claro sobre bioética, 39 correspondían a fuentes no inglesas y 60 estaban duplicados. De todos estos 638 artículos, sólo se encontraron 110 que claramente discutían algunos de los principios bioéticos con calidad o validez para ser analizados y, para con ello, lograr la mayor confiabilidad de la investigación. Los temas examinados con mayor frecuencia fueron: la autonomía (53%), beneficencia (21%), no maleficencia (19%), la justicia distributiva (15%), más del 61% abordaban dos principios o más como el de beneficencia o no-maleficencia.¹⁰

Aproximadamente el 55% de los artículos analizó más de un principio ético y sólo de manera breve mencionaron otros principios bioéticos. Con el fin de determinar si alguno de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress aparecerían citados en el mismo artículo, se realizó un análisis estadístico de *chi-cuadrada* de Pearson entre cada uno de los pares posibles. De las seis combinaciones, un par —la beneficencia y no-maleficencia— fue el que se halló con una tendencia estadísticamente significativa de aparecer juntos (Pearson's $\chi^2 = 55.38$, $DF = 1$, $P < 0.0001$). La autonomía fue de los principios más frecuentemente revisados (78%, 58 artículos), y 28 artículos pequeños; de justicia distributiva (25%) con ideas, relacionadas con la beneficencia (50%) y la no-maleficencia (48%). Del total de 110 artículos, los temas que se abordaron fueron el consentimiento informado (32%), transplante de cara (19%), así como manejo razonable y cuidado (7%).¹¹

Dentro de la discusión de este trabajo, la beneficencia se centró en los beneficios y los riesgos potenciales de la intervención, sobre todo en el caso de los trasplantes, prestando especial atención al efecto de inmunosupresión a largo plazo. Cito textual a Chung (2009):

“A pesar el aumento y la popularización de la cirugía cosmética es una práctica poco común. Las operaciones de tipo invasivo hechas en cuerpos sanos bajo el discurso de mejorar la apariencia, están fuera del dominio de la medicina como una profesión que se dedica a salvar vidas, la curación o promover la salud. Estos procedimientos médicos no están médicamente indicados como una condición diagnosticable desde la medicina. Ellos exponen al riesgo, causan efectos colaterales y están sujetos a complicaciones.”¹²

¹⁰ Chung K, Pushman A, Bellfi LT. A Systematic Review of Ethical Principles in the Plastic Surgery Literature. *Plast Reconstr Surg*. Author manuscript; available in PMC 2010 November 1, pp. 3-4.

¹¹ *Ibidem*. 2010, p. 4.

¹² *Ibidem*. 2010, p. 5.

Y continúa en su discurso mencionando que la cirugía estética es una inconsistencia cuando se vincula con el principio de no-maleficencia y beneficencia, pues su práctica en la opinión de Chung (2009) es poco ética y cita a Miller (2000), como: “la práctica de una medicina periférica, similar a la contracepción o la esterilización”.¹³

En torno a dilemas bioéticos tanto Ortiz Monasterio, Pérez-Dosal y Labastida Gómez de la Torre (2011) comentan que en la práctica clínica lo más difícil es admitir el error médico al efectuar una técnica cosmética, básicamente dada por la *praxis* en sus diferentes vertientes; las complicaciones postoperatorias —aún contempladas, pueden surgir dependiendo de la idiosincrasia de cada paciente— y el efectuar varios procedimientos que podrían potencialmente dañar al paciente, o el “perfeccionismo o la exigencia del médico” que forma parte a la vez de la técnica. Asimismo, en el paciente aparecen los aspectos de tipo psicológico y personal cuando se interrogan las motivaciones para el procedimiento. En la consulta pueden descubrirse alteraciones en la conducta del paciente, adicciones, trastornos de personalidad, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivo, o los deseos expresados, la exigencia o la coerción de las parejas sentimentales relacionadas con la necesidad de cumplir con expectativas de belleza¹⁴⁻¹⁶ que obligan al cirujano a tener habilidad para “indagar” a profundidad estas aristas, pues es de lo que también dependerán los resultados de la intervención. Satisfacer, entrar en sincronía con la petición del enfermo y trazar un límite al procedimiento son los retos del especialista frente al enfermo.

Responsabilidad profesional del cirujano estético

Antes del siglo XIX, las intervenciones quirúrgicas del hombre en el cuerpo humano eran limitadas, la razón obedecía al inminente riesgo de muerte y por la carencia de materiales biotecnológicos y técnicas quirúrgicas avanzadas. El conocimiento científico en el campo de la cirugía estética avanzó en los últimos años como en ninguna época de la historia del ser humano. A raíz de ello, los dilemas médicos aumentaron exponencialmente y la bioética se ha visto en la necesidad de reinventarse día con día. Sin duda, en este proceso interviene la popularización de la cirugía cosmética con su oferta comercial, una sociedad más libre y sin prejuicios, a diferencia de antaño. Para el análisis de la responsabilidad profesional desde la bioética del ejercicio del cirujano estético, me apoyaré en el libro de Hans Jonas, *El principio de responsabilidad* (1995).

Desde esa perspectiva, la ética médica tradicional de tipo antropocéntrico no cabe en la actualidad. No hace más de tres décadas, las dificultades inherentes a la intervención quirúrgica de tipo estético-reconstrutivo hacían imposible concretar el deseo del paciente y la atribución de una responsabilidad mayor al cirujano. La cirugía era de carácter extremo, de vida o muerte, y difícilmente se elaboraba un plan a distancia. El proceder médico era conceptualizado en el marco de la buena voluntad. Jonas (2004) señala acertadamente, que:

¹³ *Ibid.* 2010, p. 5.

¹⁴ Labstida. *Op. cit.* Comunicación verbal. 2011.

¹⁵ Ortiz Monasterio. *Op. cit.* Comunicación verbal. 2011.

¹⁶ Pérez-Dosal. *Op. cit.* Comunicación verbal. 2011.

“...por esencia el médico era virtuoso, bueno y honrado para la toma de decisiones, y no se requería un análisis moral de sus actos. Los resultados y sus posibles consecuencias quedaban a merced de la casualidad, el destino, o la Providencia...”¹⁷

La ética de la responsabilidad en la cirugía cosmética surge a partir de que la *praxis* no se encuentra circunscrita a un acto aislado y se reconoce la vulnerabilidad del agente.

El cirujano estético ofrece una nueva naturaleza acotada al servicio del imaginario y de los deseos íntimos de un sujeto. Para esta *praxis* médica, su punto central de acción es el cuerpo como objeto, las posibilidades de cambio en una sociedad moderna que cuenta con una avanzada biotecnología y, a su vez, confronta la unión dicotómica de los extremos entre lo natural y lo artificial. No hay fronteras, ni diferencias raciales por fenotipos, el oriental puede transformarse en occidental y el de raza negra en un sujeto “blanco”. La escisión creada por los médicos “de ser *lo que no se es*”, es inimaginable. Desde la bioética, nos encontramos obligados a pensar sobre la autonomía y sus límites, así como sobre la responsabilidad del binomio médico-paciente, tal como la cita Hans Jonas:

“...la imagen que de sí mismo sustenta la idea pragmática que determina su ser actual tanto lo reflejado. El hombre es ahora más productor de aquello que ha producido, el hacedor de aquello que puede hacer, y sobre todo, el preparador de aquello que en breve él será capaz de hacer.”¹⁸

Al cirujano le pertenece el presente y el posible destino de cada individuo, éste se encuentra en sus manos condicionado por un deseo, vulnerable en lo existencial y en su integridad, quien al ejercer su libertad, confrontará la responsabilidad y el saber del cirujano.

Las variables que han influido de manera definitiva a la cirugía estética son: el modelo cultural de la sociedad moderna enclavado en el consumo y “lo desechable”, así como el concepto de belleza. De allí que Herni Wijsbek (2000) haya acotado bajo la definición feminista de acciones justificadas en el “proyecto existencial profundo”, sólo una mala interpretación de lo que se conoce como “estilo de vida actual”.¹⁹ La población consternada por la moda busca el cambio en la apariencia física con ropa, cosméticos, ejercicio, dieta y cirugía. La belleza se ha convertido en un objeto, un medio y un fin, una forma de vida que se compra, y su definición no cabe más dentro del rubro de las virtudes. Sería lógico pensar que un proyecto de vida con sus múltiples facetas descansa en la elección individual. Pero, la presión social hace dudar si la elección es un reflejo de la moda y, peor aún, si en ello existen relaciones de poder. Pero, más allá está el problema de la libertad y la responsabilidad del agente, las mujeres son sólo el conducto para evidenciar el malestar de la sociedad. Cada paciente representa un universo único de posibilidades y deseo, que exige al médico la capacidad de valorar y justificar sus acciones responsablemente. La cirugía estética no puede

¹⁷ Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica, Barcelona, Herder. 2004, pp. 30-31.

¹⁸ *Ibidem*. 2004, p. 38.

¹⁹ Wijsbek H. The pursuit of beauty: the enforcement of aesthetics or a freely adopted lifestyle? *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 454-456.

regirse por una estadística probabilística para realizar los cambios anatómicos en busca de la belleza. Los límites quirúrgicos surgen y se acotan a los patrones sociales establecidos del momento.

Por tanto, sería necesario como señala Jonas (2004):

“...conocer quiénes son los individuos que norman y establecen... la línea creciente de manipulación social a cambio del precio de la pérdida de la autonomía individual.”²⁰

Siguiendo la idea de Jonas, el arte quirúrgico estético sin límites máximos abre un nuevo panorama de responsabilidad. Las dos razones principales son: la fragilidad generada en el agente a partir de la tensión por inducir a un cambio físico, así como las expectativas utópicas de proyectos realizables.²¹ La realidad que se vive ha superado toda ficción:

“La mezcla de posibilidades saludables y dañinas es notoria, pero la frontera entre ambas no puede trazarse fácilmente... es imperceptible el paso que lleva el aliviar al paciente —una meta acorde con la tradición médica— a aliviar a la sociedad de la incomodidad provocada por comportamientos individuales difíciles entre sus miembros...”²²

En mi opinión personal, la figura del cirujano cosmético no goza como antaño del “prestigio moral y no tiene la buena voluntad” a la que se refiere Jonas. En su mundo privado existen muchas inconsistencias de cómo resolver la solicitud del paciente. La biotecnología que fijaba límites para su ejercicio, ofrece en la actualidad una nueva clase de naturaleza artificial, en donde el cirujano estético también se encuentra al servicio de la industria médico-cosmetológica. Tan sólo por señalar un ejemplo, ¿qué sería mejor: ofrecerle al paciente que desea eliminar las arrugas y flacidez en los tejidos propios de la vejez, una intervención quirúrgica invasiva o los rellenos de alta tecnología que se comercializan bajo el lema “no es necesario una anestesia general, tan sólo la aplicación del material **totalmente reabsorbible** en un año y que no provoca reacción”?, lo que significa que año tras año tendrán en fila a las pacientes para una nueva aplicación. Todos se benefician: el médico, el paciente y la industria, en una interrelación comercial, y también con ello, la posibilidad de un cambio que puede ser “reversible”, no te gustó... deja pasar un año. Entonces... tal como escribe Jonas, los cirujanos son:

“...actores colectivos, no un actor individual y el acto individual, lo que aquí representa un papel; es el futuro indeterminado más que el espacio contemporáneo de la acción, el que nos proporciona el horizonte significativo de la responsabilidad...”²³

El médico responsable del cuidado y del bienestar del paciente, se encuentra seducido por la

²⁰ Jonas. *Op. cit.* 2004, p. 53.

²¹ *Ibidem.* 2004, p. 55.

²² *Ibidem.* 2004, p. 52.

²³ *Ibidem.* 2004, p. 38.

industria y, a su vez, por el capricho del paciente. Esa nueva naturaleza al alcance exclusivamente de una clase económicamente pudiente obliga a reflexionar la responsabilidad médica en el binomio médico-paciente, no sólo en el momento del acto, sino como “obligación” de su práctica para un futuro lejano y del cómo protegerlo en su naturaleza vulnerable. La nueva dimensión de este campo de conocimiento exige una ética de responsabilidad y de revisión de las opciones. Una vez que las mujeres acuden por primera vez al cirujano han vencido los mitos y tabúes alrededor de su práctica, y lo más importante, el miedo a que el cuerpo pueda sufrir algún daño. Es frecuente la reintervención de pacientes, pues el paso del tiempo no tiene freno. La mezcla de posibilidades que ofrece la medicina del bienestar las dos caras de una misma moneda, el bienestar y felicidad del enfermo y el daño potencial que puede infringirse a su cuerpo. La medicina del bienestar va de acuerdo con la ética médica, pero se justifica esta tecnología para el alivio de una presión social y la comercialización de la práctica médica. Jonas (2004) comenta de forma afortunada:

“Por suerte no se ha destruido el sentimiento de la norma y ni siquiera de determinadas normas, pero este sentimiento se vuelve inseguro de sí mismo cuando ese supuesto saber lo contradice, o al menos le niega toda sanción... es posible tener ética sin recuperar la categoría de lo sagrado... destruida por la ilustración científica, una ética que pueda poner freno a esas capacidades extremas que hoy poseemos y que nos sentimos casi obligados a aumentar y ejercitar.”²⁴

Justamente en este rubro es donde la *praxis* médica es más resbaladiza con fines cosméticos. En este mundo privado existe un jaloneo entre lo comercial, el ejercicio de la medicina como un *modus vivendi* y el bienestar del paciente. Los gustos particulares del cirujano influyen de manera determinante el proyecto a realizar, cuáles son los deseos del enfermo y cuáles las técnicas y posibilidades quirúrgicas o cosméticas a su alcance. La dificultad de la medicina del bienestar en el campo cosmético se encuentra inscrita en la falta de criterios, límites o guías precisas para su ejercicio. Depende totalmente del paciente y del médico.

El campo de la cirugía estética representa la máxima expresión de la creación de un mundo artificial, cuerpos artificiales, belleza artificial. Como requisito indispensable surge la inquietud que Jonas cita:

“La tecnología cobra significación ética por el lugar central que ocupa ahora en la vida de los fines objetivos del hombre. La acumulativa creación tecnológica —es decir, el mundo artificial que va extendiéndose— intensifica en un constante efecto retroactivo las fuerzas concretas que le han producido, lo ya creado exige su siempre nueva capacidad inventiva para su conservación y ulterior desarrollo.”²⁵

²⁴ *Ibidem*. 2004, p. 58.

²⁵ *Ibidem*. 2004, p. 36. Véanse además las páginas 37-38, “La ciudad del hombre, que de antaño construía un enclave dentro del mundo no humano, se extiende ahora sobre la naturaleza terrenal y usurpa su lugar. La defensa entre lo natural y lo artificial ha desaparecido, lo natural ha sido devorado por la esfera de lo artificial y al mismo tiempo, el artefacto total—las obras del hombre convertido en mundo, que actúan sobre él y a través de él están engendrando una nueva clase de naturaleza.”

Pero, ¿cuál es el fin que se persigue con la cirugía estética? y ¿en qué beneficia al hombre en su naturaleza que se hayan desarrollado materiales y técnicas que contrarresten el envejecimiento físico o se promueva la belleza? Es en este espacio controversial donde emerge, desde mi punto de vista, la esencia ontológica humana, la tendencia de generaciones por resaltar rasgos que brinden un estigma de superioridad al ser humano. Cabe resaltar que el porcentaje de cirugías apunta a 9:1 relación en las mujeres. De allí, el gran enigma, ¿son acaso las mujeres más vulnerables que los hombres? No lo creo, pero la mujer vive bajo una intensa presión proveniente de la sociedad y la industria cosmética, aunados a la violencia de género y la exigencia de conservarse bella, por razones que versan en la dependencia hacia el hombre y la propia crítica generada por otras mujeres, una competencia sin término o frontera.

Cada profesión asume la existencia de un riesgo en su *praxis*, con obligaciones morales y legales hacia quien recibe el servicio. Cualquier tipo de cirugía tiene un riesgo, pero considero que los cirujanos estéticos tienen una mayor obligación de tender el puente entre lo psíquico y lo corporal; la apariencia física, y el cómo se percibe el paciente en su imaginario, pues es el principal origen del deseo que se ha convertido en una necesidad para el cambio.

Las necesidades en sí mismas pueden constituir estados de dependencia, para tener ciertos objetos. El estado anímico puede expresar el deseo o el esfuerzo para alcanzarlo. El cirujano debe estar al pendiente de cualquier situación emocional del paciente, la dismorfia es un rasgo de la sociedad del siglo XXI, reflejo de los valores puestos en la apariencia.

Pero el médico no sólo tendría que preocuparse por la aparición de este trastorno, y la creciente demanda de procedimientos, sino cómo abordar las injusticias sociales y las complicaciones de individuos que no tienen acceso a un sistema seguro de medicina cosmética.

Dentro del perfil del cirujano existen algunos aspectos que se tendrían que resaltar como parte de su ejercicio profesional. Torjuul y cols., en su trabajo *Ethical challenges in surgery as narrated by practice and surgeons*, describen la vulnerabilidad de los médicos en sus relaciones con pacientes, parientes y colegas. Citando a MacLeod argumentan que: "...los médicos tienen que aceptar su vulnerabilidad y ser capaces de expresarlo y compartirlo para ser capaces de vivir con las relaciones tensas".²⁶ Estos problemas emergen en situaciones críticas, cuando el paciente muere o tiene graves complicaciones e indirectamente se afecta su calidad de vida. La preocupación para con el paciente puede sentirse como una carga personal y, sobre todo, cuando se han involucrado personalmente en la toma de decisiones. El cirujano está expuesto a situaciones éticamente difíciles, algunas trágicas, especialmente cuando los cirujanos sienten la responsabilidad personal de salvar vidas. Ellos, tienen que aprender a vivir con la incertidumbre de los resultados o las complicaciones de los mismos procedimientos. El compartir la problemática con otros colegas, la decisión sobre ciertos casos, es una manera informal de aliviar la tensión.²⁷

²⁶ Torjuul K, Nordam A, Sorlie V. Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. *BMC Medica Ethics* 2005; 6: 2.

²⁷ *Ibidem*. 2005, pp. 5, 8.

Valoración clínica completa

El paciente no es un agente aislado de su medio ambiente. Puyol (2011) menciona que los determinantes sociales de salud han demostrado la necesidad de incluir elementos éticos, normativos en el análisis de las causas de las enfermedades y su distribución entre los sujetos y los grupos sociales a los que pertenecen.²⁸ Ibarzabal (2007), al igual que otros autores, menciona la importancia de involucrarse personalmente con los pacientes, con el fin de conocer los valores y sentimientos; la existencia de un adecuado equilibrio entre la participación y la distancia en la relación médico-paciente facilitará la toma de decisiones. Para el cirujano estético, lo que al médico le concierne es actuar de acuerdo con la capacidad de los pacientes y, por ende, la valoración de su estado psicológico.²⁹

Es indispensable en el campo clínico que el cirujano indague de manera exhaustiva la vida del paciente, sus antecedentes personales, las razones que lo condujeron a buscarlo, las expectativas de la cirugía, así como los aspectos emocionales de su vida privada. El diálogo permitirá al cirujano acercarse a sus vivencias, a la relación de pareja, sus vínculos sociales y a las propias exigencias que se han impuesto.³⁰

Dentro de mi práctica psiquiátrica he podido observar que algunas mujeres se encuentran “presionadas socialmente” o por la misma pareja sentimental para hacerse cambios a nivel corporal. Esto, lo podría definir como una forma de violencia personal de género.

Bajo el principio de beneficencia, el médico aconseja al paciente con respeto a su salud, moralmente obligados a actuar para el bien de ellos. De vez en cuando, la caridad médica abarca la toma

²⁸ Puyol Á. Ética equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit* 2011. *Gaceta*-578, p. 1 y ss. Como la clase, género, edad, etnia que pertenecen a un determinado contexto socioeconómico y político (donde se incluyen, entre otros ámbitos, el mercado de trabajo, las políticas macroeconómicas y las políticas del estado de bienestar), que afectan a la salud. Los determinantes sociales de la salud no sólo pretenden describir los factores sociales que hay tras la aparición de determinadas enfermedades; también tienen la finalidad de explicar de qué modo dichos factores se traducen en diferencias biológicas y enfermedades crónicas.

²⁹ Ibarzabal Aramberi X. Capacidad y competencias: reflexiones y aproximaciones prácticas desde la bioética. *Revista Seleccion de Bioética*, abril de 2007, p. 97. La capacidad de las personas tiene que ver con las habilidades y aptitudes que conserva para enfrentarse y manejarse, con algún grado de consistencia y coherencia suficiente frente a un problema concreto. La competencia tiene que ver más con la valoración del estado jurídico-legal, sobre la aptitud jurídica de un enfermo para ejercer o no uno de los derechos, y ésta es una clara competencia del juez.

³⁰ Rocatti M. “Respeto a los derechos humanos para combatir la Violencia”, p. 17: “Violencia personal; se estima que es ejercida por un individuo —hombre o mujer— que la ejerce contra otras personas... Incluye en ella todo tipo de violación individual de los derechos humanos que además pueden revertirse contra la propia persona que la ejerce.” Pp. 19-21: “Cuando alguno de los miembros, abusando de su fuerza, de su autoridad o de cualquier otro poder que tenga, violenta la integridad física o la tranquilidad emocional de uno o varios miembros de la familia. La violencia intrafamiliar puede consistir en agresiones físicas como golpes, cortadas, tocamientos, actos sexuales forzados; en agresiones verbales como insultos, ofensas, descalificaciones, humillaciones, amenazas de abandono, que consiste en no dar los cuidados que requiere cada miembro de la familia por su condición, o en no dar afecto, y finalmente cualquier otra conducta que cause daño físico o emocional... Sin embargo, cuando se habla de violencia doméstica se minimiza cotidianamente en el entorno doméstico, principalmente porque ha sido ‘naturalizada’. Aceptar que la violencia de forma natural de relacionarse ha sido el factor determinante para su recurrencia en nuestras sociedades: en la gran mayoría de las sociedades actuales la forma más extendida de violencia es perpetrada en el ambiente familiar, afectando primordialmente a las mujeres y a los menores dependientes.” Pp. 23: “Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual tanto física como psicológica, lo cual se traduce en un incremento de sus problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión etcétera).

de responsabilidad de pacientes; otras veces, sólo ha sido la pantalla para los actos de paternalismo, alegando que, en esta situación, el doctor conoce al paciente bien, mejor que el propio paciente.³¹ En el capítulo sobre el paciente se analizaron cuáles son aquellos sujetos vulnerables cuya naturaleza busca la solución a su problemática interna en la cirugía estética. Sin duda, los casos donde la patología es evidente no tienen dificultad para ser identificados, no obstante, uno de los aspectos más espinosos en el campo de la cirugía estética es el gran número de sujetos que padecen del “Trastorno dismórfico”, y que constituye la gran parte de su clientela. La inconformidad en el físico y los patrones de belleza son los que determinarán la preferencia del paciente. Pero, ¿hasta dónde el cirujano puede imponer los límites de la intervención para lograr la satisfacción del paciente?

En una comunicación personal con el doctor Fernando Ortiz Monasterio, atinadamente señalaba acerca de algunos problemas que surgen dentro de la práctica médica estética y cómo algunos de ellos se convierten en verdaderos dilemas bioéticos que competen y caen dentro del campo de la responsabilidad del cirujano. El primero que señaló como fundamental es la evaluación cuidadosa de la paciente que acude con una queja:

“...muchas de ellas evidentemente muestran problemas emocionales que deben ser resueltos antes de la cirugía, pero otras 'se nos escapan' pues se trata de quejas mínimas que no parecen tener mayor repercusión emocional y una vez operadas la insatisfacción surge y se convierten en un problema bioético, pues aunque sean operadas y reoperadas siempre estarán inconformes. Como una posible solución se cuenta con la comunicación exhaustiva de cuáles son los deseos de la enferma, de las posibilidades reales y los alcances del procedimiento, pues muchas de ellas traen ideas erróneas de lo que se puede lograr, e inclusive la exploración minuciosa de los gustos corporales... lo que parecería estético y agradable para el enfermo, el médico con criterios estrictos lo vería como algo a corregir o viceversa.”³²

Con ello, el doctor Ortiz Monasterio daba ejemplos de la asimetría corporal natural que existe, y se transforma en un problema cuando pacientes con rasgos obsesivos notan un milímetro por debajo los pezones en una cirugía de senos, o el “defecto” considerado agradable en la punta de la nariz de la marca de la unión de ambas placas “corporales” durante la formación de la cara que dejan como secuela ese pequeño hundimiento lineal en la punta nasal, que al ser retirado en una cirugía por la falta de pericia y de información por parte del médico de los deseos y gustos de los pacientes, se puede convertir en un problema, pues el sujeto buscará se le realice “artificialmente” su defecto sin poder lograrlo *ad integrum*.

MacIntyre en su obra *Animales racionales y dependientes* (2001), evidencia que el hombre aún siendo un ser racional depende de su entorno, lo que se expresa en diferentes formas y momentos a lo largo de su vida, y explica:

³¹ Rogers WA. Beneficence in general practice; an empirical investigation. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 388.

³² Ortiz Monasterio F. Comunicación personal. Hospital Manuel Gea González. Agosto de 2010.

“Para que el ser humano no se limite a ejercitar sus capacidades animales iniciales y pueda también desarrollar la capacidad propia de razonador práctico e independiente, necesita a los demás en varias maneras; los necesita para mantener relaciones que estimulen la capacidad para evaluar, modificar o rechazar sus propios juicios prácticos, la capacidad para preguntar si lo que considera que son buenas razones para actuar son realmente buenas razones; los necesita para desarrollar la capacidad de imaginar con realismo futuros alternativos posibles, de modo que pueda elegir racionalmente entre ellos; los necesita para adquirir la capacidad de distanciarse de sus deseos, para poder indagar racionalmente lo que es necesario, para buscar su propio bien aquí y ahora y orientar sus deseos, y en caso de ser necesario, reeducarlos para alcanzar el bien.”³³

Los cirujanos estéticos y los psiquiatras comparten la relación inseparable que une el aspecto facial y corporal con la conciencia, así como la identidad moral y personal, lo cual incluye sus fantasías sexuales, esperanzas y miedos. Los seres humanos están naturalmente conscientes del aspecto de la interdependencia inevitable entre mente y cuerpo, y la búsqueda de la felicidad o la paz mental, que los conducen a buscar la reconstrucción corporal.

Una de las complicaciones que he observado en la práctica clínica psiquiátrica, es la reacción a la desfiguración corporal como un efecto normal postoperatorio. En el trabajo de Clarkson (1960) se hace una referencia explícita de lo que sucede en los sujetos después de una rinoplastia. Si el paciente ha sido informado por su médico y goza de una buena salud mental, es posible una reacción adecuada a la desfiguración propia de la intervención por edema y hematomas en la zona, pero depende del coeficiente intelectual y las situaciones de vida del paciente. Pero cuando padece de inestabilidad emocional o una neurosis grave, algunos trastornos mentales pueden emerger al estar expuestos al desfiguramiento facial. La respuesta postquirúrgica dependerá también del éxito de la técnica, si el paciente es capaz de hacer una valoración realista de los riesgos y de los resultados. En padecimientos psicóticos se requiere una valoración basada en criterios de mejoría y la capacidad de sobrellevar la desfiguración. Asimismo, en los trastornos psicóticos graves se encuentra contraindicada la cirugía, pues se exacerbará el trastorno de base.³⁴

La relación cirujano estético-paciente

La relación médico-paciente en el siglo XXI se ha distanciado de la tradición hipocrática característicamente paternalista. La aseveración contenida en uno de los primeros documentos de la ética médica, el “Juramento”, sirvió como referente simbólico de la autoridad del médico:

“...utilizaré mi poder para ayudar a los enfermos con lo mejor de mi habilidad y juicio, y me abstendré de dañarle o provocarle daño alguno...”³⁵

³³ MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Editorial Paidós, Barcelona. 2001, p. 95.

³⁴ Clarkson P, Stafford_Clarke D. Role of the Plastic Surgeon and the Psychiatrist in the Surgery of appearance. *British Medical Journal* 1960; dec: 1768-1770.

³⁵ Hipócrates. Juamento. *Corpus Hippocraticum*.

Tal como refiere Torjuul (2005):

“...la acción y perspectivas emparentadas en la ética no son permutables, los cirujanos tienen una responsabilidad dual de sus acciones en situaciones específicas, así como su modo de estar en sus relaciones.”³⁶

Sin lugar a dudas, el cirujano es un experto en todo lo relacionado con el conocimiento médico, con toda su disposición aplica sus criterios y valores al tratamiento bajo los principios de beneficencia y no maleficencia. No obstante, el empoderamiento del paciente, así como su capacidad de decisión, han modificado la estructura horizontal que por muchos siglos estuvo vigente.

En la cirugía estética especialmente se entra en un terreno resbaloso, ¿quién es el que puede definir lo más conveniente para el paciente?, ¿el médico o él mismo?, ¿cuál es el límite ante la posibilidad de incorporar como requisito fundamental las preferencias del paciente o del médico?, la integración de la tecnología al ejercicio de la medicina tiene una profunda repercusión en las creencias y los hábitos culturales, y no lo es menos la influencia de los medios de comunicación, Internet y la globalización en la percepción del individuo y su cuerpo. Se comparten gustos y tendencias, y como apunta Lipovetsky:

“La moda se ha convertido en un problema vacío de pasiones y compromisos teóricos, en un pseudo-problema cuyas respuestas y razones son conocidas de antemano; el caprichoso reino de la fantasía no ha conseguido provocar más que la pobreza y la monotonía del concepto.”³⁷

El objeto de la moda está introyectado en el individuo, es un estado de aceptación que ha puesto en la “belleza” un motivo, un hábito aceptado culturalmente, y es el cirujano el que la pone al alcance de cada paciente. Desde la bioética es necesario repensar las creencias de la díada médico-paciente.

La “moda corporal” ha llegado a la cima de su poder y ha remodelado a la sociedad. El individuo es visto como un “objeto”, la cultura mediática es la:

“...empresa totalitaria de la erradicación de la autonomía del pensamiento, la inteligencia... lo degradante de lo consumible, la infamia de las industrias culturales.”³⁸

El problema de la relación médico-paciente visto desde esta perspectiva, es que el médico es un simple “técnico” a quien se le ha encomendado la tarea de ejecutar el deseo imaginario de su paciente, y este último con una autonomía manipulada, padece, sufre por su apariencia física y exige

³⁶ Torjuul. *Op. cit.* 2005, p. 2.

³⁷ Lipovetsky G. El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas. Anagrama. Colección Argumentos. Traducción: Hernández F, López C. *L'empire de l'éphémère. La mode et son destin Dans les sociétés modernes.* Editions Gallimard. Barcelona. Séptima edición, p. 10.

³⁸ *Ibidem.*, p. 15.

al cirujano desplegar en su cuerpo el encanto subjetivo de sus imágenes corporales. En esta relación cirujano-paciente también está involucrada la sociedad.

En la práctica médica, idealmente el cirujano estaría obligado a proporcionar la información y ayudar al paciente a tomar una decisión coherente y apropiada con sus valores, más si hay vulnerabilidad. Aclararle los límites quirúrgicos y dialogar con el fin de considerar si sus preferencias están definidas en una base sólida, y solucionarán su padecer o con ello podrán satisfacer sus deseos para alcanzar la felicidad. La deliberación conjunta parecería lo más conveniente, en este modelo, se contempla que el médico respete la autonomía del paciente y en su investidura más profesional, le aconseje buscando el mayor beneficio para él. No obstante, pienso que posiblemente el paciente estará sujeto a los gustos y preferencias del médico. Joel Feinberg (1971), a quien se deben numerosos conceptos sobre el juicio clínico, había ya traído a colación este tipo de problemática, solamente que la limitaba a aquellos casos en los cuales las acciones del sujeto a quien se aplicaba la protección paternalista pudiera hacerse daño de una manera:

“...sustancialmente involuntaria o cuando una intervención temporal fuera necesaria para determinar si esto fuera voluntario o no.”³⁹

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

En comunicación personal con la doctora Olga Labastida Gómez de la Torre, dermatóloga cosmética, nos relata la importancia de clarificar al paciente los resultados que pueden obtenerse a través de las diferentes alternativas médicas. La creciente demanda de procedimientos mínimamente invasivos, como la inyección de bótox, ácido hialurónico o el láser para mejorar la apariencia física, justifica una mayor intervención por parte del cuerpo médico. La doctora Olga Labastida afirma que es necesario dar información suficiente al paciente de los materiales, el riesgo-beneficio del procedimiento, y sobre todo de los límites y las expectativas de resultados. Comenta que el paciente generalmente cuenta ya con información obtenida de medios electrónicos, inclusive conoce los precios, las clínicas y los especialistas que lo aplican. La falta de control de la venta de productos con fines cosméticos a cualquier médico con licencia para ejercer, es uno de los problemas más importantes. La industria farmacológica ha invadido estos campos y ha puesto al alcance de especialistas como otorrinolaringólogos, oftalmólogos, dermatólogos y cirujanos la aplicación de estos materiales sin estar certificados en procedimientos estéticos. Ella, por otro lado, justifica el orientar al paciente acerca de las diferentes alternativas, e inclusive mencionar abiertamente los límites de la dermatología cosmética.⁴⁰ Esta tendencia, etiquetada como “paternalismo

³⁹ Feinberg. 1980. Cit. por: Beauchamp, 1995, p. 1915. Feinberg J. “Legal Paternalism”. *Canadian Journal of Philosophy* 1971; 113.

⁴⁰ Labastida Gómez de la Torre. Comunicación verbal. 2011.

débil”, es la que ha sido aceptada ampliamente en el terreno de la práctica clínica, en las legislaciones al respeto, e incluso por la filosofía moral. A este respecto deben tomarse en cuenta condiciones como las representadas por pacientes bajo presiones emocionales, sociales y culturales, pacientes reconocidos clínicamente como vulnerables, donde está restringida la capacidad de la toma de decisiones. La necesidad de un paternalismo modulado podría ejemplificarse mediante algunas consideraciones sobre situaciones en que su ejercicio aparentemente estaría justificado.

Tomemos las posibilidades que plantean Beauchamp y Childress. En primer término se debe considerar si el daño prevenido mediante la acción paternalista sobrepasaría los provocados por la pérdida de la independencia y la sensación de invasión por parte del paciente. Una segunda posibilidad es que las condiciones del paciente limiten seriamente su habilidad para llevar a cabo una decisión autónoma. Tercero, cuando la intervención pueda ser universalmente justificada bajo circunstancias relevantes y similares y, finalmente, cuando existe un consentimiento, un deseo de consentimiento o la posibilidad, de si la persona pudiera hacer una decisión racional, de consentimiento en cuanto a las acciones que se llevarán a cabo y lo afectarán.⁴¹ Es frecuente que se malinterprete la acción del médico y el valor que tiene la autonomía del paciente, la autonomía no puede limitarse exclusivamente al pronunciamiento de un deseo o preferencia, sobre todo en este tipo de pacientes.

Pienso que los gustos del paciente deben ser observados con cautela, y de ninguna manera justifico que el médico imponga su criterio so pretexto de pensar *como si* la persona involucrada fuera él. En una comunicación personal, la doctora Marcia Pérez-Dosal, especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva, hacía hincapié en la importancia de valorar la satisfacción psicológica de los enfermos con su físico. Lo que para el médico son malformaciones mayores para los enfermos pueden ser mínimas o viceversa.⁴² El respeto a la voluntad del paciente está por encima del ejercicio médico. No obstante, una aproximación a las necesidades reales del paciente, la conveniencia de realizar un procedimiento, la exposición veraz de los riesgos que son del dominio del médico y no del enfermo, hacen que se justifique un rol paternalista débil, la negociación, y la última pauta la tomará el sujeto, con base en las diferentes alternativas propuestas.

El respeto para la autonomía del paciente, como se considera, es una buena práctica médica y se debe dar a la prioridad con el principio de autodeterminación del paciente, pero todos los esfuerzos deberían ser hechos para promover la deliberación racional crítica. Es lógico que un grado de paternalismo pueda ocurrir cuando un paciente se encuentra en una decisión entre la vida y la muerte. Los problemas con la capacidad tienden a surgir si el paciente cae en la categoría de menores de 18 años, con desórdenes mentales, inconscientes, bajo la influencia de sustancias o en pacientes con una idea errónea o irracionales. Cuando un paciente es incapacitado, ellos pueden ser tratados sin su consentimiento. El más importante, debe ser el entrenamiento del médico para identificar al paciente incapacitado; esto es, evaluarlo usando un estado o el acercamiento funcional.⁴³

⁴¹ Beauchamp TL, Childress JF. Respect for Autonomy. Chapter 3. En: Principles of Medical Ethics. Fifth Edition. Oxford University Press, USA. 1994, p. 280.

⁴² Pérez Dosal. Comunicación verbal. 2011.

⁴³ Jerjes W, Mahl J, Upile T. English law for the surgeon I: Consent, capacity and competence. *Head & Neck Oncology* 2011; 3: 42.

El modelo deliberativo en la relación médico-paciente tendría que ser una premisa fundamental en la cual los actos y opiniones del médico fueran como las de profesor y amigo que entiende los valores del paciente y sus expectativas.⁴⁴ Torjuul (2005) opina que el diálogo idealmente tendría que ser abierto y honesto, sobre todo en lo que concierne al resultado y riesgo del tratamiento quirúrgico; a su opinión en la actualidad éste:

“...es difícil de establecer, pues la medicina se ha convertido en un proceso fragmentado, episódico e impersonal.”⁴⁵

Entre algunos factores técnicos que han erosionado la relación médico-paciente a pesar del aumento en la tecnología están la breve consulta médica, así como el diálogo con éste.⁴⁶ La falla en la comunicación es una de las principales demandas legales en las que sustentan los pacientes la mala *praxis* quirúrgica.

En el campo de la cirugía estética se han desarrollado diferentes herramientas como cuestionarios para medir el nivel de satisfacción, o problemas con la imagen corporal, depresión, o inclusive conocer quiénes son los sujetos vulnerables por definición. La cautela reflejada en una buena historia clínica, la exploración completa de las expectativas del enfermo y lo que es posible ofrecerle evitarán los posibles abusos o una mala práctica.

Práctica clínica y expectativas en cirugía estética

El análisis de los valores en la práctica de la cirugía involucra diferentes dimensiones dentro de la cultura, están incluidos los valores económicos, los valores sobre el juicio del procedimiento, también se incluyen los factores ligados a la educación y las variables que involucran al individuo como sujeto moral, y el médico con el principio de no dañar.⁴⁷

Dentro del perfil del cirujano la sociedad demanda las virtudes de carácter como son el coraje, la honestidad, la confianza y el respeto a la dignidad humana, al igual que la autonomía como principios básicos. Esto, a su vez, trasciende en la obligación de un ejercicio responsable y el análisis del riesgo-beneficio para con el paciente. Comprender que el paciente tiene expectativas puestas en “intervenciones poderosamente efectivas”, invasión a áreas del cuerpo antes impensables, la confianza de ser “rescatados” a toda costa, y diferentes emociones de gratitud con el médico.⁴⁸

En comunicación personal con el doctor Fernando Molina Montalva y la doctora Olga Labastida Gómez de la Torre, confirmaron la dificultad con la que se encuentran en su quehacer diario de consulta privada en el área estética, el paciente generalmente llega con una expectativa de lo que

⁴⁴ Adamson TE, Baldwin DC Jr, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. *West J Med* 1997; 166: 43.

⁴⁵ Torjuul. *Op. cit.* 2005, p. 4.

⁴⁶ *Ibidem.* 2005, p. 2.

⁴⁷ Vanderpool H. Surgeons as Mirrors of Common Life. Cooley Society 16th International Symposium. *Texas Heart Institute Journal* 2009; 36 (5): 449.

⁴⁸ *Ibidem.* 2009, p. 450.

desea. En muchas ocasiones ignora cuáles son las técnicas quirúrgicas y cosméticas necesarias para obtener un resultado favorable. Al realizar maniobras en un área, generalmente es necesario compensar las diferentes partes del cuerpo, o los vectores de caída de los tejidos que tienen relación con la estructura ósea, situación que no es contemplada por el paciente. Inclusive, solicitan modificaciones corporales que salen totalmente de la proporción facial, el implante de mentón o pómulos que modificarán del todo la identidad del sujeto. La mayor dificultad estriba, a decir de la doctora Labastida, en conservar la forma “natural” de la fisonomía del sujeto, y la explicación *in extenso* de las posibilidades que la tecnología ofrece en la actualidad. Antes, las opciones se limitaban a una o dos, ahora, pueden existir hasta 20 procedimientos diferentes para tratar un mismo problema.^{49,50} Lo propio es la deliberación de cada uno de ellos, la información comprensible para el paciente y la medición del riesgo-beneficio. A pesar del paternalismo débil y una información extensa, dice, el paciente no acepta las sugerencias del médico y busca con otro especialista lo que piensa que es lo más adecuado para él. De allí que existan ciertos cirujanos que no intervienen quirúrgicamente a un sujeto si no están totalmente de acuerdo con el proyecto a realizar.

Veracidad en la información

Es frecuente observar que los cirujanos estéticos toman ventaja de la publicidad del “antes y después”. En Canadá en los años 90, el director del área de Ética y Asuntos Legales de la *Canadian Medical Association* (CMA), el doctor John Williams, se pronunció a favor de que los médicos sólo pudieran promocionarse por medios regulados y profesionales. Las razones básicas para esta propuesta se circunscribe a la posibilidad de aprovechar los testimoniales emitidos por los pacientes, y a pesar de que muchos de los médicos no eran expertos en el procedimiento. La información no era del todo real y verificable. No obstante, su sugerencia fue desechada por dos razones, los canadienses tienen cobertura por su Plan de Seguros de Salud y de acuerdo con la Suprema Corte de Ontario, no existía posibilidad del aumento de la demanda de servicio en el Sistema de Salud.⁵¹ Es evidente, que en México está sucediendo el mismo fenómeno. La promoción de los “productos milagro” con fines cosméticos significa un gran negocio para los corporativos. A pesar de la solicitud realizada por la Academia Nacional de Medicina al entonces presidente de la República, Felipe Calderón, de prohibir la transmisión de dichos anuncios, éstos siguen transmitiéndose. Asimismo, las revistas que cubren las notas del medio del espectáculo artístico mexicano, pagan la “primicia periodística” sobre diferentes procedimientos estéticos; ambos, el paciente y el médico, reciben compensaciones, el artista de tipo económico y el médico por publicidad.⁵²

Consentimiento informado en cirugía estética

En la actualidad el consentimiento informado constituye la piedra angular en donde descansan elementos críticos de la libertad y autodeterminación del paciente para decidir sobre cualquier

⁴⁹ Labastida Gómez de la Torre. Comunicación verbal. 2011.

⁵⁰ Molina Montalva. Comunicación verbal. 2011.

⁵¹ Sullivan P. Plastic Surgeons take advantage of relaxed rules, launch and campaigns. *Can Med Assoc J* 1992; 146 (1): 55-57.

⁵² Molina Montalva F. Comunicación personal. Febrero de 2011.

tratamiento médico-quirúrgico.⁵³ En el caso de que un médico proporcione un tratamiento sin consentimiento informado, puede ser demandado legalmente por tortura, abuso o agresión. El contexto del consentimiento puede tomar diferentes formas, en los límites de la petición activa por un paciente de un tratamiento particular, a la aceptación pasiva del consejo de un cirujano. En muchos casos, “la búsqueda del consentimiento” mejor es descrita como “la toma de decisiones conjunta”: el paciente y el cirujano tienen que llegar a un acuerdo mutuo sobre el mejor camino para avanzar, basado en los valores del paciente, sus preferencias y el conocimiento clínico del cirujano.^{54,55}

Con respecto a la información acerca de las alternativas quirúrgicas o cosméticas no invasivas, los tribunales han impuesto a cirujanos la obligación de ayudar a que sus pacientes conozcan sobre cualquier propuesta, y que se les aliente para ser capaces de escoger y hacer una evaluación de ventaja sobre riesgo razonable. Un riesgo de complicación de menos del 1% puede ser significativo en circunstancias particulares.

Por tanto, en la relación médico-paciente, y en el acto del consentimiento informado, se abre esa puerta del imperativo *kantiano*, el de no utilizar a los hombres como un medio sino como un fin en sí mismo.⁵⁶ La decisión autónoma del paciente para someterse, y el médico quien realizará lo que él no puede hacerse a sí mismo. Pero, ¿cómo se puede elaborar un plan en el campo de la cirugía estética, si el problema inicial es la subjetividad de la belleza, la corporalidad de un individuo vulnerable? Desde este punto de vista, la autonomía expresada por el paciente es una construcción cultural y, por tanto, en este campo de la medicina la autonomía no es un principio absoluto.

El consentimiento informado exige que se respete la elección informada y voluntaria de tratamiento realizada por un paciente capaz. Asimismo, en este proceso se requiere de tiempo para escuchar las expectativas del paciente de una cirugía cosmética, y asegurarse que los riesgos y las complicaciones del procedimiento son entendidos. Puede ser que mucha de la información proporcionada acerca de los riesgos quirúrgicos al paciente sea minimizada por él como un mecanismo de defensa a la posible falla de orden médico. O también que muchos de los pacientes se encuentran entusiasmados por satisfacer su deseo y no atiendan las instrucciones que incluso, pueden ser olvidadas con el tiempo. La comprensión del cirujano, la discusión realista de las

⁵³ Nandimath OV. Consent and medical treatment: The legal paradigm in India. *Indian Journal of Urology* 2009; 343-347. Como antecedente del respeto a la libertad del individuo se encuentra contenido en el Código de Nuremberg 1947. La Declaración de Helsinki (1964), emitido por la Organización Mundial de la Salud, para la obtención del Consentimiento informado para la investigación científica. O bien, el profesional de salud puede ser demandado por negligencia. En ciertos casos extremos, hay una posibilidad teórica de procesamiento criminal para el abuso o agresión. Definición tradicional de abuso es un acto que directa, intencionada o negligentemente causa algún contacto físico con otra persona sin el consentimiento de la misma. Si una persona ha consentido para ponerse en contacto exhaustiva o implícitamente, entonces no hay ninguna agresión. Hay dos aspectos más adicionales para tomarse en cuenta: el consentimiento válido puede ser obtenido sólo de un paciente que es competente (capaz de valorar los riesgos y beneficios de su tratamiento); y en segundo lugar, tal consentimiento debe ser entendido y explícito para el paciente. La ley asume que tal capacidad por lo general es adquirida con la madurez del individuo, hacia los 18 años de edad.

⁵⁴ Jerjes. *Op. cit.* 2011, 3:41.

⁵⁵ Labastida Gómez de la Torre. Comunicación personal. Abril de 2011.

⁵⁶ Kant ha planteado como libertad, el estado en donde el sujeto se encuentra libre “...para ordenar sus actos y disponer de sus posesiones, dentro de los límites del derecho natural, sin requerir permiso y depender de la voluntad de ningún otro...”

posibilidades y los alcances puede servir como un elemento terapéutico para mitigar la ansiedad y la insatisfacción a largo plazo.

La capacidad de decisión de un individuo no es una determinación “de facto objetiva” que pueda ser medible con base en una propiedad específica, o a un simple cuestionario. En el ámbito legal se han desarrollado procedimientos para declarar la incapacidad mental de una persona, ya sea de manera temporal o definitiva. En mi opinión, la psiquiatría ha respondido al reclamo de los cirujanos estéticos de una manera simplista: la categorización de los pacientes en “trastorno dismórfico”, según la clasificación del *Manual de Enfermedades Mentales*,⁵⁷ para justificar el uso y abuso de los procedimientos cosméticos en los pacientes. Se calcula que por lo menos un 70% de estos pacientes son los que se someten a procedimientos estéticos. La diferencia entre la valoración de un paciente desde el punto de vista médico psiquiátrico, legal y ético es de dónde en realidad provendrá la diferencia a este problema.

Sostengo como tesis personal, que estos pacientes son desde una perspectiva de la bioética “vulnerables”. Por diferentes razones, su libertad no está libre de la influencia de la sociedad, la imagen ideal de la belleza y el valor social superficial de la moda. En su autonomía puede verse reflejado claramente la postura moderna de la tecnificación de la medicina, el empoderamiento del individuo, la coacción social, y como agente externo, el cirujano responsable de la condición humana del paciente, no sólo limitada al aspecto biológico de su naturaleza, sino en la obligación de valorarlo clínicamente como un ser bio-psico-social en toda su extensión. De allí la responsabilidad médica de valorar hasta dónde es capaz un paciente en la toma de decisión y los criterios a aplicar específicamente en este campo. De acuerdo con Buchanan y Brock (2009):

“El enunciado de que un individuo particular es capaz (o no es capaz), es incompleto. La capacidad es un atributo para realizar alguna tarea: la capacidad para hacer algo. Lo que aquí nos interesa es la capacidad de hacer la tarea de tomar una decisión. Por tanto la capacidad debe de entenderse como la aptitud para tomar decisiones. Pero la noción de aptitud para tomar decisiones es de suyo incompleta mientras no se especifique la naturaleza de la elección, así como las condiciones en la cuales ha de hacerse. Así la capacidad no es global, sino relativa a las decisiones.”⁵⁸

⁵⁷ DSM-IV-TR, Breviario. Criterios diagnósticos. Director de la edición española: López Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. Masson. Edición en español. 2002, p. 223. DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Trastorno dismórfico corporal. F45.2 [300.7] A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa).

⁵⁸ Buchanan AE, Brock DW. Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada. Problemas de ética. Traducción: Manríquez L, Chávez LL. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Programa de Maestría y Doctorado en Filosofía. Fondo de Cultura Económica. 2009, p. 28. Buchanan y Brock (2009), I. Concepto de capacidad, p. 28. Copiado textual, Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y en Investigación Biomédica y Conductual, 1982. Making Health decisions: The ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship (vol 1:report) US: Government Printing Office, Washington, D.C., and Deciding to Forego Life-Sustaining treatment, 1983, US Government Printing Office Washington D.C. Brook es quien redactó el primer borrador de la propuesta.

La propuesta de Buchanan y Brock (2009) sobre la capacidad en la toma de decisiones me parece apropiada para el paciente candidato a la cirugía estética:

“Una persona puede ser capaz de tomar una decisión particular en un momento particular en determinadas circunstancias, pero incapaz de tomar otra decisión e incluso la misma decisión en diferentes condiciones. Una determinación de capacidad es, entonces, una determinación de la aptitud de una persona en particular que supone toma de decisiones en un momento en particular y en condiciones específicas.”⁵⁹

El paciente que acude por primera vez al cirujano estético tiene en sus manos un proyecto imaginario de su corporalidad, la decisión se encuentra anclada en la necesidad creada a través de la sociedad de un ideal de belleza y, a su vez, la petición estará matizada por el tiempo particular y el sufrimiento psicológico individual del paciente y su entorno. El consentimiento informado en estos casos también exige del médico una mayor sensibilidad para valorar los casos límites, y no conformarse con proporcionar la información “médica” de riesgo-beneficio del procedimiento. El cirujano presupone que el paciente goza de una completa capacidad de decisión, simplemente por tener la capacidad de entender, razonar y deliberar la propuesta quirúrgica. A mi parecer es ése el dilema principal de la cirugía estética, el paciente está decidido a todo con tal de alcanzar su propio fin. El paciente vulnerable tomará una decisión sesgada que responde a su necesidad y valores personales, la planeación de una valoración multidisciplinaria facilitaría la detección de problemas psicológicos que modifican la capacidad real de decisión.

El cirujano puede ofrecer al paciente otras alternativas, como la medicación o una psicoterapia previa y así disminuir el riesgo de complicaciones e insatisfacción del enfermo. En este terreno no cabe ninguna generalización o presunción de capacidad para la toma de decisiones. Cada individuo representa un universo particular y el beneficio también recae en el bienestar individual, y forma parte de su proyecto de vida. La capacidad de decisión debería ser considerada por el cirujano como un espectro para fijar límites permisibles en dos sentidos, para el paciente y para el cirujano. Es simplista considerar que los valores del enfermo puedan clasificarse con una respuesta positiva o negativa y si se otorga la autoridad para que el paciente decida lo que a él más le complace.⁶⁰

⁵⁹ *Ibidem.* 2009, p. 29.

⁶⁰ Ver Para Buchanan y Brock 2009, pp. 33-35, sobre Aptitudes necesarias para la capacidad. Una es la capacidad de entendimiento y comunicación, y la capacidad de razonamiento y deliberación. Estas facultades no son del todo diferentes. La presencia de deficiencias significativas en cualquiera puede dar lugar a la disminución de la capacidad de tomar decisiones. Un tercer elemento de la capacidad es que el individuo debe de tener un conjunto de valores o una concepción del bien. 1) Entendimiento y comunicación. Paciente puede ser informado y expresión de elección al respecto. Recomendación del médico, información al paciente, alternativas, riesgos y beneficios y las probabilidades de éxito o fracaso. El entendimiento no es simplemente un proceso formal o abstracto; también requiere la capacidad de apreciar la naturaleza y el significado de alternativas potenciales —cómo sería y cómo se sentiría—, encontraría en estados futuros y padecer diversas experiencias e integrar esta apreciación en la propia toma de decisiones. 2) Capacidad requiere también de razonamiento y deliberación. Se requiere de la facultad de sacar inferencias acerca de las consecuencias de hacer determinada lección y la capacidad de comparar cómo maximizan el propio bien o promueven los propios fines los resultados alternativos.

Los cirujanos generalmente discuten cuál es el proyecto a realizar en el cuerpo, presentan modelos, dibujos y opciones de acuerdo con la solicitud. No obstante, en comunicaciones personales, afirman que “si no se encuentran en total acuerdo con el proyecto, no lo realizan, y el paciente es remitido a otro especialista”.

Establecimientos médicos y servicios de salud en México

En México, la mayor parte de los cirujanos estéticos certificados disponen de recursos humanos, materiales y financieros organizados en instituciones hospitalarias privadas o gubernamentales. El panorama a lo largo de la República es variable y se dan casos, como en el estado de Chiapas, que sólo cuenta con cuatro cirujanos, y no se tienen servicios institucionales de salud o camas hospitalarias asignadas para esta especialidad.

A partir de la legislación en cirugía estética emitida en el 2010, los gobiernos locales se han propuesto resolver los problemas relacionados con la emergencia de clínicas privadas o SPAs donde se efectúan procedimientos de carácter cosmético y que no cuentan con personal autorizado o las licencias sanitarias para ofrecer este servicio. El panorama es variable, se sabe que en los hospitales privados, el trabajo que realizan los cirujanos plásticos en su mayor parte son de tipo cosmético, y que abarca el 70% de sus ingresos totales. Los servicios de atención especializada en cirugía plástica estética han sido difíciles de incorporar dentro de la administración de salud, ya que se trata de una medicina de costo muy alto, además de que el servicio que se ofrece está encaminado a resolver problemas relacionados con la cirugía de tipo reconstructivo. En la reunión de médicos residentes y cirujanos plásticos y reconstructivos del Hospital Manuel Gea González, sólo se realizaron 60 cirugías de carácter estético en el año del 2011, cifra mínima en comparación al trabajo de tipo reconstructivo.⁶¹

El fenómeno de la emergencia de clínicas privadas con fines estéticos para atención de todo tipo de pacientes y para los diferentes estratos económicos de nuestra población obedece principalmente a que de manera tradicional esta práctica no es considerada como indispensable en la medicina. Desafortunadamente, se carece de medios educativos o de información que se

3) Concepción del conjunto de valores o una concepción de lo que es bueno al menos mínimamente consistente, estable y que ratifique como suya. Evaluar consecuencias particulares como beneficios o daños, bienes o males y para asignarles diferentes pesos o importancias relativas.

Jerjes. 2011, p. 43. En Inglaterra surge el *Mental Capacity Act 2005*, que entró en vigor en 2007, el derecho consuetudinario aplicado al tratamiento quirúrgico de pacientes mentalmente incapacitados. Según este derecho, la presunción de capacidad está basada en el caso que concierne un rechazo adulto de tratamiento y una respuesta a los problemas que enfrentan los profesionales en la asistencia médica. El *Mental Capacity Act* mostró que la enfermedad mental y la incapacidad mental no son sinónimos. Estas tres pruebas de etapa implican lo siguiente: 1) ¿Puede el paciente comprender y conservar la información relevante?; 2) ¿Es él/ella capaz de creerlo?; 3) ¿Es él/ella capaz al peso la información, equilibrando riesgos y ventajas, para llegar a la opción?, p. 44. La capacidad o competencia legal se obtiene hasta los 18 años de edad. Un niño puede consentir una cirugía desde los 16 años. La responsabilidad delegada a los cuidadores o tutores son aquellas que en circunstancias razonables salvaguardan el bienestar de los niños. No obstante, a través de este documento, si el cirujano considera que el niño requiere una cirugía y los padres se niegan, se puede obtener una custodia en su jurisdicción, sobre todo en los casos de emergencia.

⁶¹ Estadísticas. Reunión de Médicos Cirujanos Plásticos y Reconstructivos y Jornadas de Residentes Médicos. Hospital Manuel Gea González. Enero de 2012.

adelanten a los riesgos a los que estarán expuestos los pacientes. La doctora Martha Romero,⁶² psicóloga-antropóloga especialista en género, me relató el sin número de mujeres que acuden diariamente a los hospitales generales de salud por complicaciones secundarias a la inyección de materiales como aceite acrílico con fines industriales, y expuso el tan famoso caso la supuesta cirujana estética apodada "*La matabellas*";⁶³ tan sólo como un ejemplo de la búsqueda de la belleza en todos los niveles sociales. Ésta, la búsqueda de la moda corporal, se ha convertido en una obsesión pública y no importan los medios o las formas para obtenerla, aún poniendo en riesgo la vida. Asimismo, señaló las propagandas por Internet, en sitios como sonico.com, cupones de descuentos 2 x 1 en liposucción, o bonos por \$291.00,⁶⁴ donde es posible encontrar un sin número de anuncios o lugares en los que se ofrecen servicios cosméticos.⁶⁵

Para atender la gran demanda en esta área médica, es necesario organizar y regionalizar los servicios de salud, en donde los cirujanos estéticos o aquellos especialistas certificados para la realización de este tipo de procedimientos sean los únicos habilitados para orientar, prevenir, tratar y rehabilitar a este tipo de pacientes.

El problema cosmético se refleja en términos de su magnitud y la repercusión socioeconómica, especialmente en la salud individual y colectiva de una población, hasta ahora en México, en el Sistema de Salud gubernamental son atendidos casos complicados o que han sufrido algún daño por una intervención de tipo cosmética, no es así con los seguros comerciales, que la tienen como cláusula de exclusión. Sin embargo, en los medios electrónicos y la información presentada por los cirujanos en poco o nada alertan de los riesgos implícitos en un procedimiento cosmético.

Norman Cole está convencido que las compañías de seguros injustamente están castigando a los cirujanos estéticos por las primas altas que pagan para estar protegidos contra las demandas de pacientes. En un estudio realizado a 40 mil reclamaciones efectuadas y de caso-cerrado entre los años de 1975 y 1978 por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, el doctor Cole demostró que más del 50% de todas las reclamaciones pagadas dentro de la *praxis* de la cirugía plástica y reconstructiva ocurren en el campo de la cirugía cosmética, por lo que son muy altas las primas de seguros para los cirujanos plásticos y reconstructivos:

⁶² Romero M. Investigador titular del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Comunicación verbal. Septiembre de 2011.

⁶³ "Matabellas", nota por Hernández Guadalajara JM, Jalisco. El Occidental 19 de mayo de 2009. El programa de investigación periodística del espectáculo nacional "La Historia detrás del Mito", proyectado por Televisión Azteca, presentó el pasado fin de semana el caso de Miriam Yuki Gaona Padilla, la supuesta doctora estilista de Guadalajara mejor conocida como "La Matabellas", la cual, como recordaremos, fue detenida por elementos de la policía Investigadora por haber sido acusada de inyectar silicón industrial, aceite automotriz y para bebés a un numeroso grupo de pacientes en diversas partes del cuerpo. El caso —uno de los más impactantes de la nota roja en México— fue seguido de manera tenaz y oportuna por el periódico El Occidental, y por su entonces reportero Víctor Chávez Ogazón. Cuando fue detenida llevaba tres años con su consultorio y tenía un promedio de 100 pacientes por día. La denuncia fue realizada por la investigación del reportero Chávez Ogazón. Se dedicaba al baile en un centro nocturno y cambió de profesión. Fue condenada a 10 años de prisión en 2002. En:

<http://www.oem.com.mx/eloccidental/notas/n1167666.htm>

⁶⁴ www.sónico.com.mx. Cupones para cirugía cosmética. 25 de enero de 2012.

⁶⁵ www.yahoo.com.mx. Anuncios de clínicas estéticas con descuentos. 12 de febrero de 2011.

"Esto sería válido si toda la cirugía estética fuera realizada por cirujanos de cirugía estética, dijo él. De hecho, mostraron que sólo el 43% de reclamaciones pagadas para la cirugía estética estaban realizadas por cirujanos estéticos y menos del 30% de la indemnización por la cirugía plástica vino de cirujanos estéticos."⁶⁶

Obligaciones y responsabilidad médica. Una visión legal de la *praxis* del cirujano estético

De manera general, se tiene la creencia que todo profesional médico que toma a su cargo el cuidado y la asistencia de un paciente asume una obligación. Esta obligación, desde la bioética, es la de ejercer su *praxis* con el principio de beneficencia y no maleficencia. Desde la perspectiva legal, las obligaciones son de "medios", es decir, llevar a cabo su actividad médica con el uso total de los recursos, experiencia y conocimientos a su alcance.⁶⁷

En Argentina, la Cámara Nacional Civil Sala E, del 19 de diciembre de 1977, sostuvo que:

"...la obligación asumida por el médico es de medio, no de resultado, salvo casos excepcionales como la cirugía estética. El médico no está comprometido legal o contractualmente a curar, sino a tratar de hacerlo aplicando técnicas y métodos científicamente correctos y poniendo la mayor diligencia en el ejercicio de su ministerio."⁶⁸

Al plantearse que la cirugía estética está obligada a ofrecer posibilidades de "resultados", un buen final para el paciente, queda implícito que cualquier inconformidad y la reparación del daño correrá a cargo del médico. Situación diferente a lo que sucede en otros países, en donde sólo una tercera parte de sujetos son indemnizados por el médico.⁶⁹

La nueva jurisprudencia del Tribunal Supremo en Argentina dio un giro para juzgar la *praxis* médica privada. Las reclamaciones se han desistido de las teorías propias de la responsabilidad patrimonial para recuperar la *stricta propria culpa* de la vía civil. Los magistrados no hacen distinción entre medicina de medios y de resultado. Esta última, en la que el médico solía ser condenado si no lograba el resultado pactado con el paciente, era aplicable a áreas como las vasectomías, medicina estética y odontología. Otra de las teorías que esta jurisdicción renuncia es la de aplicar la Ley de Consumidores y Usuarios al profesional y la doctrina del daño desproporcionado. Esta nueva sentencia dictada en un caso de medicina estética ha dado pie que la Sala Civil del Tribunal Supremo para recordar que en esta jurisdicción ya no se puede alegar que los actos médicos son

⁶⁶ Sarah H. Plastic surgeons say they have to pay for the mistakes of other physicians. *CMA Journal* 1979; 121; 1537.

⁶⁷ Kvitko LA. La responsabilidad médica en cirugía estética. ¿Obligación de medios o de resultados? Antecedentes. Jurisprudencia Argentina y Española. Cambio Radical en la doctrina y criterio jurisprudencial Español. *Medicina Legal de Costa Rica* 2011; 28 (1): 8.

⁶⁸ *Ibidem*. 2011, p. 10.

⁶⁹ Adamson TE, Baldwin DC Jr, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. *West J Med* 1997; 166: 37.

de resultado y que su incumplimiento conlleva la condena al médico. La Sala Civil planteó “un problema gordo y difícil, cuál es la cuantificación del daño que se produce por falta de información” y, por tanto, cifrar la indemnización correspondiente en condenas por falta de información. La medicina no puede distinguirse entre obligación de medios y de resultado, aunque se trate de actos de cirugía estética. De esta forma se aparta al profesional de la responsabilidad de carácter objetivo. La Sala Civil reitera que la estética no es medicina de resultado, afirma que tiene los mismos riesgos que cualquier otra intervención quirúrgica.^{70,71}

El punto de vista en donde se encuentra la polémica de la cirugía estética es la falta de “criterios duros”, “una razón objetiva” y un “deseo estético corporalizado”, generador de una necesidad y sufrimiento psicológico. Las razones descansan en la percepción imaginaria de la belleza y en su contexto sociocultural. El cirujano está comprometido a contribuir al bienestar del paciente y a la búsqueda de su felicidad.

La Audiencia Provincial de Sevilla lanzó una sentencia que considera “realmente cuestionable” desde la deontología que los cirujanos plásticos accedan a realizar intervenciones estéticas a personas que “objetivamente” no lo necesitan, “según los cánones estéticos normales y ordinarios”.⁷² Aunque en España la cirugía estética entra en el rubro de los principios que rigen a un “contrato por obra y servicios”, se reconoce que el incumplimiento en lo pactado no necesariamente debe de coincidir con el resultado subjetivo que persigue el paciente. La medicina de “resultados” en España sólo se aplicará a las vasectomías, medicina estética y odontología.⁷³

Este punto es el que cobra verdadera importancia en la *praxis* de la cirugía cosmética, el modelo deliberativo, con un paternalismo débil podría ser la solución a las falsas expectativas que en general se crean los pacientes. Más aún, el manejo amplio y veraz de información que pueda ser comprensible para el paciente en el que se aborden los pros y los contras de la solicitud de acuerdo con su fisonomía, los riesgos y las complicaciones del procedimiento. La medicina “defensiva” moderna no cabe en esta *praxis*, ni tampoco generalizar los patrones de belleza y mucho

⁷⁰ Kvitko. *Op. cit.* 2011, p. 15.

⁷¹ Definición tomada textual de Bonnet EFP, citado por (Kvitko. *Op. cit.* 2011, p. 8). La definición de obligación en términos legales es “la que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la justicia por lo actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional”, y la responsabilidad médica como la obligación de reparar el daño causado a este tercero. Desde el punto de vista jurídico, las obligaciones pueden ser de dos tipos: a) De medios, y b) De resultados. En las obligaciones de resultado, el deudor se obliga a proveer el éxito que apetece el acreedor. En las obligaciones de medio, sólo está obligado a intentar el logro de aquel resultado, debiendo a ese efecto, proceder con un comportamiento diligente, en prosecución de dicho fin.

⁷² Kvitko. *Op. cit.* 2011, p. 22.

⁷³ Kvitko. *Op. cit.* 2011, p. 17. Ver Sentencia del Tribunal Supremo Nº 583/2010 (Sala de lo Civil, Sección 1), del 27 septiembre de 2010. Cita textual tomada de Kvitko. *Op. cit.* 2001, p. 17). En la sentencia afirma que “la distinción entre obligación de medios y de resultado no es posible mantenerla en el ejercicio de la actividad médica, salvo que el resultado se pacte o se garantice, incluso en los supuestos más próximos a la medicina voluntaria que a la necesaria o asistencial”. El fallo continúa su reflexión aclarando que “los médicos actúan sobre las personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio, por lo que los riesgos y las complicaciones que pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas, especialmente la estética, son los mismos que los que resultan de cualquier otro tipo de cirugía”. No hay medicina de resultado, y de haberla, se cargaría al médico “con una responsabilidad de naturaleza objetiva en cuanto se le responsabilizaría sólo por el resultado alcanzado”.

menos pensar que pueden aplicarse a toda la población. Es indispensable desde la bioética y lo legal comprender la necesidad y el deseo imaginario del enfermo.

Posible infracción deontológica

Un código de ética de carácter deontológico tiene como ideal el postular la actuación de los médicos en el ejercicio de su profesión, prevenir y promover su “buen comportamiento”. La tecnología ha permitido propuestas quirúrgicas que no se consideran dentro de una normativa de la ética básica de la profesión. Las extravagancias, los excesos y las reintervenciones podrían entrar en la posible infracción deontológica. Y aunque se trate del espacio de libertad individual que tiene el paciente, en función de su felicidad y/o bienestar, el riesgo es una variable que tendría de manera definitiva un peso deontológico de acuerdo con la moral. Ahora bien, ¿cómo se podrían delimitar las funciones del cirujano con normas impuestas por otros?

Kitvo (2011) se detiene a analizar el fallo judicial, la actuación del demandante y del demandado. Así, tilda de “disparatado y excesivo” que, a la vista de las fotografías aportadas de su estado anterior, el paciente decida someterse a una intervención “tan dolorosa” como la liposucción, mientras que considera “realmente cuestionable” desde un punto de vista deontológico que los cirujanos plásticos accedan a realizar intervenciones estéticas a personas que “objetivamente” no lo necesitan:

“Desde la perspectiva jurídica el recurrente no está legitimado para reprochar al médico la objetivamente innecesaria intervención realizada, sin perjuicio de la posible infracción deontológica cometida por el demandado.”⁷⁴

Según apunta la sentencia, que añade que:

“...para poder exigir la responsabilidad, es necesario acreditar que el resultado obtenido no es el contratado, pues tratándose de daños estéticos lo menos que se podía haber aportado a la causa son fotos de la situación en que ha quedado el recurrente tras la operación.”⁷⁴

Mala praxis en cirugía estética

En diferentes países se han fortalecido organizaciones públicas que promueven la generación de servicios de alta calidad en salud, así como la solución de las controversias entre el consumidor y los prestadores de asistencia de salud, bajo el marco del respeto a la dignidad, honradez y la rendición de cuentas.

Los riesgos se refieren a la posibilidad de la emergencia de una consecuencia negativa a una acción deseable. Cualquier procedimiento quirúrgico tiene un riesgo. Los riesgos de una cirugía cosmética son modestos en comparación con la cirugía general. Durante 1986 y 1996, el 40% de las

⁷⁴ Kitvo. *Op. cit.* 2011, p. 22.

quejas de mala *praxis* en Florida, Estados Unidos de Norteamérica, involucraba 39 muertes, 18 de ellas entre 1996 y 1998. En Brasil, el padrón de médicos inscritos era de 8,850, el total de las denuncias recibidas en el año 2009 fue de 2,369. Es importante puntualizar, que del total, 689 estaban implicados problemas éticos, reflejo de una mala relación médico-paciente; comportamiento de insatisfacción ante el resultado del tratamiento (407), errores diagnósticos (75), impericia (10), imprudencia (4), negligencia (207), abuso de poder (26), abandono (22) y otros como cobranza indebida. El mayor número de denuncias por mala práctica correspondían en primer lugar a la cirugía estética (64%), seguida de los ortopedistas (58%), neuropsiquiatría (43%), gineco-obstetricia (40%), mientras que las cifras más bajas las reportaban en el campo de la endocrinología (6.9%) y medicina intensiva (5.0).⁷⁵

En México, el total de quejas que se recibieron durante el año 2011 fueron 14,572, de las cuales se les dio seguimiento a 6,225, asesoría especializada a 5,299, una gestión inmediata a 916, quejas 1,789, y por dictamen 343.⁷⁶ Los motivos por los cuales se presentaron las quejas destacan: la relación médico-paciente, el diagnóstico y los tratamientos médicos y quirúrgicos. En los cuadros que se muestran en la sección de anexos, se puede concluir que, de las gestiones inmediatas concluidas, los problemas con mayor frecuencia observados son la relación médico-paciente, el tratamiento médico y el quirúrgico.

Demandas más frecuentes en cirugía estética

En Estados Unidos, las quejas dependen del área intervenida quirúrgicamente. Las demandas en la cirugía de mamas es la más frecuente, de un 44% del total están relacionadas con los implantes de gel-silicón y la reacción autoinmune que generan; la mala encapsulación, la distorsión, infección, lesión nerviosa con pérdida de la sensibilidad, un procedimiento para corrección de defectos, un tamaño incorrecto y asimetría.

El 11% corresponde a la ritidectomía y la blefaroplastía, por exceso de remoción de piel, quedando con una mirada de "espanto", inhabilidad para cerrar los ojos, ojos secos, distorsión de la expresión. Incluida también el exceso en la inyección de toxina botulínica.

El 8% provienen de la rinoplastía y septoplastía, dadas por la insatisfacción del resultado cosmético, asimetría y dificultad para respirar. Es común que en esta cirugía se tenga poca predictibilidad debido a que las expectativas del paciente son diferentes a lo que se le muestra al enfermo, aún cuando se le haya realizado un proyecto de imágenes del posible resultado.

A la adbominoplastía corresponde el 3% de las demandas, incluye lipectomía y liposucción asistidas previas a la maniobra. Las quejas se relacionan con deformidades en la piel. La lipectomía por liposucción se efectúa por método convencional o por radiofrecuencia. No es un procedimiento tradicional, los inconvenientes surgen cuando se aspiran más de 5 mil cc de grasa. Este

⁷⁵ Fujita Raimundo R, Cardoso Dos Santos I. Denúncias por erro médico em goiás. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55 (3): 285-286.

⁷⁶ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadísticas sobre quejas y dictámenes. Estadísticas correspondientes al 2011. www.conamed.gob.mx, sitio visitado el 15 de febrero del 2012; www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/resena_estadistica_1996-2010.pdf, sitio visitado el 15 de febrero del 2012. Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido. Cuadro 1.

procedimiento en sí se complica cuando se combina con otras maniobras cosméticas en donde el paciente está anestesiado por más de 6 horas.

Peeling o tratamiento de la piel, le atañen el 3% de las quejas y la mayoría son por quemaduras, infecciones, decoloración de la piel y por mostrar una textura desagradable.

La cicatrización por sí misma dependerá de la idiosincrasia individual. Es un punto que el cirujano plástico está obligado a comentar por los posibles riesgos, pues es la génesis de muchas de las quejas en contra. El proceso de cicatrización es individual y debe ser investigado extensamente por el cirujano antes de intervenir.

Misceláneas: son alrededor del 5%, y se centran en la reacción a los antibióticos, anestesia, fotos impropias en el preoperatorio, e inclusive la mala conducta sexual por parte del médico.

En Inglaterra las demandas que piden sea reparado el daño por los cirujanos estéticos se han incrementado hasta en un 45.2% comparado con los años anteriores, según el *Medical Defense Union* (MDU). De acuerdo con las estadísticas de los últimos cinco años que corresponde a 30% de todas las recibidas en el *Medical Defense Union*, la cirugía de mamas es la que encabeza la lista y constituye el 37%, seguida del *lift* de cara (14%), y otras como la blefaroplastia, rinoplastia y abdominoplastia. En el 28% de los casos los pacientes se quejaron de no haber sido informados apropiadamente acerca de los riesgos quirúrgicos a los que iban a ser sometidos. Otros reclamos consistieron en la simetría corporal y la mala cicatrización. En este mismo periodo de cinco años la MDU asistió a más de 50 cirujanos estéticos investigados por el *General Medical Council*, que regula el ejercicio de la profesión, ello les generó un gasto de 200 mil libras esterlinas. Concluye Clare Dyer en su comunicación en el *British Medical Journal*, que el gobierno de Inglaterra requiere de una mejor regulación de la industria que produce los materiales biotecnológicos como las prótesis para implantes mamarios.⁷⁷

En Brasil, se efectuó una revisión del CREMEGO (Consejo Regional de Medicina del Estado de Goiás) entre los años 2000-2006. Los motivos básicos de la denuncia fueron incompetencia profesional (31%), inadecuada relación médico-paciente (30,4%), problemas en la prestación de servicios (21,2%), y comportamiento impropio del médico (16,8%), con un total de denuncias de 2,293. Las especialidades médicas con el mayor número de demandas fueron: cirugía estética (139), ortopedia (159), ginecología-obstetricia (270) y neuro-psiquiatría (104).⁷⁸

Los programas encaminados a la prevención de riesgos y negligencia señalan como elemento fundamental la relación médico-paciente y la calidad de su comunicación. El disparador para promover una demanda por negligencia, se debe a que el resultado esperado por el paciente de la *praxis* de médico es percibido como de mala calidad. Las características personales y profesionales de un médico juegan un papel importante en las demandas por negligencia o mala práctica médica. Algunos de los comportamientos y actitudes de los médicos que favorecen la satisfacción del enfermo son la planificación de un tiempo suficiente en su consulta, el tomar las llamadas

⁷⁷ Dyer C. Clinical negligence claims against plastic surgeons rise "significantly". *British Medical Journal* 2012; 2: 344.

⁷⁸ Fujita Raimundo R. Denúncias por erro médico em Goiás. *Rev Assoc Med Bra* 2009; 55 (3): 284-285.

telefónicas directamente, así como el reconocimiento del trastorno emocional mayor. El sentimiento de satisfacción del paciente se asocia directamente con un porcentaje bajo de demandas. Mientras que el descontento del paciente por una mala comunicación con el médico objetivamente está relacionado con los altos niveles de reclamaciones de negligencia, sobre todo aquellos que causan pocos o ningunos pagos de indemnización a los pacientes.⁷⁹

La reflexión sobre los preceptos éticos, revisión de las actitudes del hombre en cuanto a su entorno social, sus relaciones familiares, afectivas, personales, nos da la conciencia del ser algo como un agente bio-psico-social. Es necesario replantear un modelo de medicina más humanista, exaltar la relación médico-paciente con el respeto al paciente y a su dignidad.

Conflicto de interés y cirugía estética

El conflicto de interés se define como:

“...las condiciones en donde el juicio profesional que concierne a un interés primario (como el bienestar del paciente o la validez de una investigación), está sin duda influenciado por un interés secundario (como la ganancia financiera)”.⁸⁰

Aunque en la bibliografía médica se ha puesto especial atención en los aspectos económicos, existen otros factores que pueden afectar el comportamiento del médico. Estos son: el deseo del reconocimiento profesional y promoción, la búsqueda de una competencia exitosa en el campo de la investigación, el interés del médico en el bienestar del enfermo (en contraste con los preceptos de la comunidad), o simplemente como fuente de conocimiento. En las dos últimas décadas la compleja relación entre la industria, la investigación médica y las instituciones de salud, inevitablemente desembocan a una discusión bioética.⁸¹

Los aspectos que se han discutido en el área de la cirugía estética son: el vínculo económico asociado con los proyectos de investigación, el pago y financiamiento de congresos o cursos en el extranjero, regalos, así como las muestras de los productos. Aunque existen limitaciones gubernamentales acerca de la posibilidad de recibir beneficios de la industria farmacéutica a cambio de conferencias o promociones directas, existe un aumento sustancial del conflicto de interés del 10 al 32% entre los años de 1985 al 2002. Además de las que he mencionado, otras causas probadas de conflicto de interés son el reporte positivo cinco veces más frecuente en las intervenciones quirúrgicas que en las clínicas (especialmente en la calidad de los materiales), y el tamaño de la muestra clínica que en ocasiones no es representativa de la población.^{82,83}

⁷⁹ Adamson. *Op. cit.* 1997, p. 43.

⁸⁰ Mackenzie R, Cronstein B. Conflict of Interest. *HSSJ* 2006; 2: 198.

⁸¹ *Ibidem.* 2006, p. 198.

⁸² Bailey C, Fehlings, Rampersaud R, et al. Industry an evidence-based medicine: Believable or conflicted? A systematic review of the surgical literature. *Can J Surg* 2011; 54 (5): 321-324.

⁸³ Korenstein D, Keyhani S, Ross J. Physician attitudes toward industry: a view across the specialities. *Arch Surg* 2010; 145 (6): 570-577.

La legislación y la cirugía estética

Las leyes en este campo han respondido de forma tardía. Es del conocimiento de todos el abuso de la cirugía estética sin criterios definidos y su creciente demanda, justificada o no, argumentada por el bienestar del paciente. La población que acude con el cirujano ha sido seducida por la moda, los medios, y el acto se ha convertido en el camino sencillo para la solución de problemas cotidianos que involucran la fuerza de voluntad, la discriminación racial o la aceptación del proceso de envejecimiento. Asimismo, aunque los cirujanos tengan el consenso de no “operar” para transformar al individuo en un ser “extravagante”, fuera de la media poblacional, siempre encuentran quién lo haga.

Desde el punto de vista de la bioética es indispensable reevaluar la legislación en este campo, y poner sobre la mesa con una actitud crítica las leyes que regulan el abuso y la trasgresión al individuo. La legislación nos ofrecerá la solución teórica a los dilemas cotidianos dentro del marco institucional. Pero, es complicado realizar un razonamiento casuístico o “caso muestra”, para el problema en cuestión, ya que de raíz el problema descansa en la percepción propia de belleza de cada individuo y de su imagen corporal.

Tal y como lo menciona Xavier Ibarzabal Aramberri (2007):

“La propia legislación en materia sanitaria señala algunos límites a la autonomía. La Ley entiende que existen excepciones y limitaciones, circunstancias y consecuencias derivadas de nuestros actos que la limitan. Todas ellas pueden modificar la autonomía, o hacer que prescindamos de ella en determinadas circunstancias.”⁸⁴

Desafortunadamente, es frecuente la confusión acerca de lo “ético” y lo “moral” que se dan en el contexto de un pluralismo axiológico contemporáneo y lo que existe es la búsqueda de un “consenso” que pueda “normar” el ejercicio y establecer los límites para el ejercicio de una profesión cuyo principal objetivo es brindar el bienestar con el uso de la biotecnología y que compete al ámbito de la privacidad del individuo.

Peter Kemp (2007) señala los tres tipos de ética, la médica clásica, la biomédica, así como la ética clínica ligada a los derechos del paciente. A la bioética sugiere agregar:

“...la que trata las necesidades y voluntades de aquellos, que a pesar de no estar en rigor enfermos, desean beneficiarse de alguna asistencia técnica, en estos surgen conflictos que pueden presentarse en los tribunales o propiciar la ocasión de una legislación oficial.”⁸⁵

Los debates bioéticos vistos en el campo de la medicina durante los últimos años obedecen a la excesiva regulación legal y la creciente juridificación de la práctica, el ejercicio de una medicina

⁸⁴ Ibarzabal Aramberri X. Capacidad y competencias: reflexiones y aproximaciones prácticas desde la bioética. *Revista Seleccionada de Bioética*, abril de 2007, p. 98. Tomado de la *Revista Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría Gerontología* 2005; 21 (4); 27-35.

⁸⁵ Kemp P. La mundialización de la ética. Colección Argumentos. Traducción: Sagols Sales L. Distribuciones Fontamara, S.A. Primera edición. México, D.F. 2007, p. 78.

defensiva, y la toma de decisiones en la medicina del bienestar, con todas las críticas éticas por la intervención de un cuerpo sano, así como la indicación "médica" basada en la "necesidad o un deseo" individuales totalmente subjetivos. Esto, a su vez, por inercia provoca que se regule la beneficencia y no maleficencia por vía legal para evitar el abuso de la biotecnología y, en contraposición, se restringe la libertad del médico y del mismo paciente. Hans Thomas (2008) hace la referencia de médico como:

"La autonomía del médico como sujeto ético no es un absoluto, a esa autonomía se le contrapone la autonomía del paciente. El médico debe respetar los derechos del paciente, por tanto, no está permitido obrar contra la voluntad de éste. Pero en el campo de la cirugía estética la diferencia surge en la pregunta '¿Conviene?' y el 'tengo que', se hace una referencia entre un tratamiento posible, adecuado y éticamente permitido; y un tratamiento necesario y éticamente obligado."⁸⁶

Y categóricamente afirma:

"...los cirujanos plásticos tienen rápidamente a mano indicaciones psicosociales si se trata de justificar intervenciones quirúrgicas puramente estéticas, e incluso de sexo. Pero el supuesto padecimiento psicosocial no constituye realmente una indicación quirúrgica. Por una parte tiende a alienar la profesión, y por otra a someterla a intereses privados o públicos que le son extraños."⁸⁷

Es evidente que en los últimos dos años se ha dado todo un cambio en la estructura de la profesión del cirujano plástico y reconstructivo. El ejercicio se modificó a raíz de los cambios propuestos y publicados el 19 de junio del 2007 en el *Diario Oficial de la Federación* de la reforma al segundo párrafo del Artículo 271 de la Ley General de Salud, el cual dice que la cirugía estética y cosmética, como requisito debe ser ejercida sólo por profesionales de la salud con especialización de conformidad con el Artículo 81 de esta misma Ley.⁸⁸

Los códigos de ética de los cirujanos plásticos y reconstructivos son los representantes de los códigos de ética de cada profesión. La Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva tiene un Comité de Ética integrado por miembros con carácter autónomo, el presidente, el vicepresidente y cuatro miembros más. Su función es determinar y recomendar acerca de las acusaciones, quejas o informaciones que lleguen al Comité por alguna transgresión, impugnar y contestar por medio de una comunicación por escrito la demanda, de acuerdo con los resultados de la investigación del caso. Y de ello dependerá la expulsión, o sanción que va desde una

⁸⁶ Thomas H. Aspectos éticos de la cirugía plástica y reconstructiva. Cuadernos de Bioética, Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia, España. 2008; XIX (065): 139.

⁸⁷ *Ibidem*. 2008, pp. 142-143.

⁸⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Constitucionalidad de los Requisitos para poder realizar cirugías estéticas y cosméticas. Serie Decisiones Relevantes de la Suprema Corte de Justicia de Nación. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, Septiembre de 2011, pp. 34-35.

amonestación hasta la suspensión temporal o definitiva.⁸⁹ Tienen un código de ética, disponible en línea. Los puntos sobresalientes son el respeto a la vida y a la integridad física y mental de la persona humana y la preservación de la salud. Acatar los principios de justicia, libertad y todos aquellos consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Se destacan el consentimiento informado y el secreto médico, pero hay excepciones en el reconocimiento del estado mental de una persona, en caso de menores de edad, o cualquier otra circunstancia que esté contenida en las leyes del país; se puede reservar el derecho a declarar a menos de que sea demandado por una autoridad judicial. Dentro de la publicidad deberá acatar la Ley General de Salud en materia de Publicidad. Se obliga a no mostrar o publicar material fotográfico capaz de identificar a algún paciente sin su consentimiento previo, la presentación pública de un paciente en ningún caso es permitida. Las páginas de Internet y de publicidad deberán ser notificadas a la asociación, al igual que las entrevistas en medios de comunicación con miras al beneficio personal, y todos los cirujanos están obligados a denunciar cualquier mala práctica.⁹⁰

En mi opinión la legislación en el campo de la cirugía estética y cosmética ha tratado de cerrar el cerco amplio de abuso y la desprotección de la salud. No obstante, como se ha mencionado, existen varios rubros que conforman este dilema bioético surgido con el desarrollo de la biotecnología y su impacto en la medicina, el de lo natural y lo artificial en la cirugía estética. La controversia nace desde diferentes perspectivas; la intervención quirúrgica de adolescentes, la cual tendría que valorarse exhaustivamente e inclusive prohibirse si no hay una justificación suficiente; el tratamiento de deformidades congénitas como el caso del Síndrome de Down en donde son los padres quienes solicitan el procedimiento porque son ellos los que no se sienten bien y no hay indicación médica o una mejor adaptación del paciente a la sociedad. El derecho a la salud es un derecho universal. El gobierno y el mismo colegio de cirujanos estarían obligados a la adopción de políticas públicas, el establecimiento de regulaciones para que los prestadores de salud realmente ofrezcan un servicio de calidad que no perjudique a la población. La inclusión de los procedimientos estéticos dentro de las coberturas de seguridad social, no sólo por enfermedad, podría ser una solución para aquellos que no tienen los medios para acceder al cirujano.

Parecería que desde el campo legal y médico se encuentran cubiertas todas las aristas del problema complejo que es la cirugía con fines estéticos y cosméticos.

Pienso que falta mucho por afinar desde la perspectiva de la vulnerabilidad del paciente que acude a solicitar este servicio. La delgada frontera entre el ejercicio de la profesión por un “deber” o “lo que conviene” se desvanece cuando se analiza con cuidado punto por punto lo que he expuesto. Es necesario establecer criterios de quién, cómo y cuándo el padecimiento está interviniendo en el desempeño social del paciente, pero a pesar de lo que Thomas critica fuertemente, “no es una razón para la cirugía”, pero creo que en mucho de los casos lo es y el cambio en la calidad de vida es evidente. En el campo de la salud mental, los psiquiatras se han conformado con

⁸⁹ Asociación de Cirujanos Plásticos Estéticos y Reconstructivos de México. Estatutos y Códigos de Ética. En línea: www.cirurgiaplastica.org.mx/estatutos/estatutos.pdf. 2012, pp. 19, 25.

⁹⁰ AMPER. *Op. cit.* 2012, pp. 42-48.

establecer un criterio diagnóstico de trastorno dismórfico, y apuntar que es la mayoría de los sujetos que constituyen la consulta de la cirugía cosmética. De todos modos, aún con ese diagnóstico son sometidos a procedimientos estéticos, las complicaciones son observadas en todos los estratos sociales de la población y lo anteriormente citado constituye un problema muy serio de salud. La belleza no existe más como un valor, es una hechura artificial, un traje a la medida de los profesionales de lo estético. Lo que ha quedado poco claro es por qué algunas personas sí ceden a la presión mediática cultural del postmodernismo, a los alcances de la biotecnología, y otras definitivamente no ponen su cuerpo en manos de los cirujanos. Será la crisis del siglo XXI, lo banal, lo superficial, lo desechable, los satisfactores inmediatos y la falta de educación y de valores que trascienden... tal como lo decía Aristóteles acerca de la belleza.

Aspectos profesionales del cirujano estético

En el ejercicio de la cirugía estética es indispensable que el cirujano estético sea clínico en toda su extensión, se encuentra obligado a detectar el padecer, las quejas dismórficas, y la selección de los pacientes constituye una labor que puede prevenirle las demandas y un mal ejercicio profesional. La cirugía estética es una ciencia no exacta al momento de elegir su población, ya que se trata de una medicina del "bienestar" en donde los criterios son laxos y la indicación descansa en el padecer y la "libertad y autonomía del paciente".

En pacientes que muestran unas expectativas poco realistas del resultado de la cirugía después de una extensa propuesta y un consentimiento informado, se tendrá que determinar si las expectativas son poco viables y el paciente "desea parecerse a personajes del medio artístico", el conocido síndrome de la "Cenicienta". También los pacientes indecisos, con una imagen "poco viable" en el momento que se discute con el cirujano el plan quirúrgico, generalmente dejan en manos de éste la decisión final y posteriormente lo responsabilizan de la falla en los resultados. Son pacientes con ideas "románticas", inmaduros, sin una concepción realista de las posibilidades quirúrgicas.

Requisitos legales

De acuerdo con Mac Gorney (2006), se deben asegurar algunos requisitos básicos de tipo legal que garanticen la práctica de la cirugía estética y los expone en los siguientes puntos:⁹¹

1. Un estándar de calidad en la ejecución de los procedimientos quirúrgicos, aceptados "geográficamente", es decir, por el gremio de cirujanos.
2. El cirujano ofrece una garantía de que la enseñanza que recibió fue de buena calidad para ofrecer un servicio.
3. Develar es proporcionar la información acerca de los riesgos a los que se es sometido cuando existe un procedimiento médico. Los procedimientos se dividen en dos categorías en Estados Unidos: los médicos, que son del rango de la aplicación de antibióticos, siendo éste el más grave por

⁹¹ Gorney M. Professional and Legal Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 19, pp. 319-324. En: Psychologic Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical Empirical, and Ethical perspectives. Editores: Sarwer DB, Prusinsky T, Cash TA, *et al.* Lippincott Williams & Wilkins, Maryland, USA. 2006, pp. 319-324.

el riesgo de un *shock* anafiláctico; así como los quirúrgicos, donde el médico “tiene el deber afirmativo” de advertir las posibilidades de riesgo de un daño potencial, complicaciones y muerte. El deber afirmativo se refiere a informar sin esperar que el paciente pregunte cuáles son los posibles riesgos. Inclusive el cirujano debería comunicarle al paciente su experiencia en el campo. Todo antes de que se firme el consentimiento informado.

4. Consentimiento informado, completo, del propósito y riesgo del tratamiento.

5. Examen médico completo y pruebas de laboratorio completas.

Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado debe contener el diagnóstico de manera honesta. La naturaleza y el propósito de la cirugía, anticipando los beneficios, los riesgos, las complicaciones, los efectos del tratamiento, la probabilidad de éxito de acuerdo con las condiciones del paciente, así como las opciones razonables como alternativas para el tratamiento propuesto.

En algunos estados de la Unión Americana, el consentimiento informado tiene un formato universal; esto, de acuerdo con la opinión de Gorney, no absuelve al cirujano de una mala *praxis*. Desafortunadamente aunque se otorgue por escrito al paciente, éste sólo es capaz de recordar el 50% de la información que leyeron y firmaron.

Legislación mexicana y sus cambios

En México, el ejercicio profesional quirúrgico se encuentra reglamentado en la Ley General de Salud, aprobada por el Congreso de la Unión el 26 de diciembre de 1983 —la cual fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984 y en vigor el primero de julio del mismo año—. La cirugía estética y reconstructiva estaba mencionada como un procedimiento de rehabilitación, sin señalar su carácter estético, a pesar de estar incluida en los programas de especialización universitaria y contar con cédula profesional por el Registro Nacional de Profesiones.⁹² A instancias de la propuesta de la diputada panista Adriana Rodríguez Vizcarra Velázquez (PAN), presentada el 7 de octubre del 2008, turnada como un proyecto de decreto que reformaba y adicionaba diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para actualizar el marco aplicable a los productos cosméticos, que incluía la práctica de la cirugía estética.⁹³ Muy reciente e importante fue el documento publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del día 4 de diciembre del 2009, por la Secretaría de Salud, a través del cual se dio a conocer la adición del Capítulo IV *Bis* del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en donde se especifican las disposiciones relacionadas con la cirugía estética o cosmética. El decreto destaca que sólo los médicos con título profesional y cédula de especialidad otorgada por una autoridad competente podrán realizar procedimientos de cirugía estética o cosmética. Los

⁹² Ley General de Salud. En: V. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulos III y IV, artículos para la prestación de servicios en consultorios y de hospitales. Art. 56-68; Art. 69-95. Capítulo V. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 9-14.

⁹³ Rodríguez Vizcarra Velázquez A. Iniciativas presentadas por Diputado en la LX Legislatura turnadas a Comisión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. En: Publicaciónen;pp.18.Gaceta:18Septiembre2sitl.diputados.gob.mx/inici_por_perpn.php?iddipt=82&pert=9

doctores en formación únicamente podrán llevar a cabo intervenciones médicas acompañados y supervisados por un especialista en la materia. Además, cualquier cirugía estética o cosmética deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas que cuenten con licencia sanitaria vigente, áreas y equipamiento que señalen las normas oficiales mexicanas emitidas por la dependencia. El Capítulo IV *Bis*, conformado por los artículos 95 *Bis* 1, 95 *Bis* 2, 95 *Bis* 3 y 95 *Bis* 4, estarían vigentes a partir del 2010. Aquí mismo se define a la cirugía estética como:

“...aquel procedimiento quirúrgico realizado para cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas de la cara y del cuerpo para modificar la apariencia física con fines estéticos.”

También se deroga la fracción VIII del Artículo 135, referente a la clínica de cirugía reconstructiva, plástica o estética, en el capítulo de las disposiciones para la prestación de servicios de rehabilitación.⁹⁴ Por tanto, la regulación de la cirugía estética se da oficialmente a partir de diciembre del 2009. El Decreto Oficial fue aplicado en abril del 2010 (véase en *anexo Decreto y las modificaciones realizadas*).

En México, la Agenda de Salud comprende entre otros rubros, la Ley General de Salud y diferentes reglamentos, uno de ellos es el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (V),⁹⁵ donde se especifican los requerimientos para la atención en consultorios y hospitales (Capítulos III y IV, con los Artículos del 56 al 68, y del 69 al 95), y se explica la necesidad de un consentimiento informado (Artículo 80), formación de comisiones y comités señalados por la ley para acatar las normas técnicas de cada especialidad. También existe un reglamento en materia de publicidad (IV) [Artículos 1 al 112], y se incluye en el título decimotercero (Artículos 99 y 100), como obligación de los consejos, colegios y asociaciones la formulación de códigos de ética para la difusión de material publicitario.⁹⁶ La información de esta Ley se complementa con las normas oficiales obligatorias que regulan la práctica de la cirugía y la medicina, y que tienen como objetivo establecer las especificaciones y los requisitos de los profesionales, técnicos y auxiliares de salud y los establecimientos médicos, una de ellas es la Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA-2002, (junio del 2002) para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Para fines estadísticos especificados en el inciso 5.1.1, el alta de cirugía mayor ambulatoria:

“...permite establecer indicadores de: dotación de recursos y suministros, rendimiento del personal,

⁹⁴ *Diario Oficial de la Federación*. Publicado el 4 de diciembre del 2009. Segunda Sección. Secretaría de Salud. Decreto que adiciona el Capítulo IV *Bis* y deroga la fracción VIII del Artículo 135 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Segunda Sección, p. 10.

⁹⁵ Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html

⁹⁶ Ley General de Salud. En: IV. Reglamento para Salud en Materia de Publicidad. Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 1-24. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html Agenda de Salud, 2003, cap IV, 24, cap V, 9-14.

productividad de las unidades quirúrgicas, capacidad quirúrgica instalada y la unidad de atención médica, sin importar su denominación.”⁹⁷

Esta norma se complementa con otras como son NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.⁹⁸ La NOM-168 SSA1-1998 del expediente clínico,⁹⁹ NOM-170 SSA-1998 para la práctica de la anestesiología; NOM-197-SSA1-2000,¹⁰⁰ que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Otra norma es la oficial 034-SSSA2-2002,¹⁰¹ para la prevención y el control de los defectos del nacimiento. Todas las normas oficiales se encuentran en línea en la siguiente dirección: Normas Oficiales Mexicanas, www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom.

⁹⁷ Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria NOM-205-SSA-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom, pp 1-8.

⁹⁸ Norma Oficial Mexicana para la Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos-Clasificación. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom

⁹⁹ Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, NOM-170-SSA1-1998. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom

¹⁰⁰ Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Anestesiología. NOM-197-SSA1-2000. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom

¹⁰¹ Norma Oficial Mexicana para la Prevención y el Control de los Defectos del Nacimiento. NOM-034-SSSA2-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom



Reflexión bioética

**Entre lo natural
y lo artificial.
El dilema de la
cirugía estética**

***Toda tecnología suficientemente avanzada
es indistinguible de la magia.***

Arturo Clarke (1917)

***La naturaleza no nos otorga la virtud:
ser buenos es un arte.***

Séneca (3-65.C)

La Naturaleza, entendida desde la filosofía, radica en el concepto del “aquel que posee una materia propia”,¹ cuyo exponente máximo es el hombre con todo su potencial racional. La “*Natura*” se caracteriza por la capacidad de adoptar formas caprichosas que tienen un innato potencial de generación, un fin y esencia específica que le dará la identidad al grupo al que pertenece. Entonces hablar de lo “*Natural*” por definición y tratándose del ser humano, puede considerarse una abstracción, pues su existencia es relativa en “un sentido estricto”. Se estaría partiendo de un dualismo desde la filosofía, pues el cuerpo humano, como ejemplo de lo natural de acuerdo con Juliana González Valenzuela:

“...está ya humanizado antes de nacer, culturizado, socializado y moralizado...”²

Lo natural conforme a su cualidad es perfecto e impecable, el cuerpo vehículo de su expresión está íntimamente relacionado con el concepto de salud; por lo que ambas, la salud y la naturaleza, son un ideal. El cuerpo natural se encuentra conformado por la *physis* —su naturaleza—, su *soma* —el cuerpo propiamente dicho— y el *organikos* —como función de órgano e instrumento—, que dan como resultado la individualidad de cada cuerpo por su forma, rasgos y talla. El cuerpo real es, sin duda, el cuerpo natural; sin embargo, en él se despliegan lo somático, lo psíquico, lo físico y lo moral. En apariencia, el cuerpo real es el cuerpo natural, pero ese cuerpo es a la vez un ser natural, lo exterior, y lo es también en su interior con su alma o *physke*, en la que se enclava su imagen y ubicación en su espacio. Entre lo natural e imaginario, entre lo social y lo cultural se conforma la persona con sus valores y su propia idea de felicidad. Por la complejidad del “ser humano” se es, cuando se reúnen en un individuo las características somáticas, psicológicas, culturales y sociales que lo definen. El concepto del cuerpo-objeto-naturaleza se restringe en el mundo moderno a los fenómenos naturales, a la persona considerada como un ente que sufre o enferma.

La salud, por tanto, es un orden natural —*harmonía*— y la enfermedad, como el dolor, es una desviación de ese estado normal de la naturaleza y en lo cultural *lo fuera del orden social*. En el mundo moderno tecnificado es común encontrar la disociación sobre el concepto de lo “natural”

¹ Ferrater Mora. 2500.

² González *Op. cit.* 2012.

y el "cuerpo objeto" vehículo en el que la medicina abstrae su esencia "humanizada" para manipularlo y alterarlo de manera artificial. Se ha extinguido la conceptualización del cuerpo totalmente natural, donde el respeto al curso de la existencia era una manifestación de la creación artística de un demiurgo, "un Dios", una condición ontológica.

Cada cultura enmarca de manera particular sus conceptos de belleza-cuerpo-salud-enfermedad-padecer. Es allí cuando la salud adquiere un carácter moral. Acto de ser, en la necesidad de ser, de ser como se debe y de como se es en realidad y, en su individualidad, la capacidad para decidir sobre su cuerpo y su propio estilo de vida. El cuerpo como naturaleza cubre en sí la adaptación a las inclemencias propias del mundo en donde le tocó vivir, por lo que sería fácil explicar la fisonomía del ser humano de acuerdo con su hábitat. Aunque el hombre ha modificado su residencia, los rasgos corporales que le ayudaron a la supervivencia ahora son sólo los vestigios de su origen. La belleza y la apariencia física catequizan al cuerpo, y en lo simbólico recrean imágenes de felicidad. El cambio en el cuerpo-objeto toma una nueva dimensión. En la antigüedad se pueden constatar rituales de embellecimiento que cumplían la función de poder o control sobre fuerzas sobrenaturales. En otro extremo, el cuerpo, como manifestación de lo divino, no admite modificación sino que se exige absoluto respeto hacia él.

Lo bello es un referente a un ideal de lo natural y, sin duda, se resignifica culturalmente en el cuerpo, que es el vehículo mediante el cual se despliegan modificaciones a "lo dado naturalmente" condicionadas por variables socioculturales. De tal modo, la belleza arrastra el peso moral de la tradición, de lo que se aprueba moralmente.

Lo natural en el cuerpo con todas sus propiedades se rige por un principio de normatividad o normalidad subjetiva, que parte de lo establecido y aceptado socioculturalmente. Por tanto, el *cuerpo natural ideal* se convierte en un principio normativo apegado a los parámetros culturales de lo establecido como lo "bello". La búsqueda de la belleza y la potencialidad de modificar el cuerpo son el origen de dilemas bioéticos propios de la sociedad moderna del siglo XXI. Ésta, influenciada cada vez más por la publicidad, concibe al cuerpo sano y bello como resultado de un estilo de vida en el que se busca como fin la belleza y la juventud como reflejo del funcionamiento de un cuerpo perfecto, expresión a la vez de salud. Diego Gracia ha dado una definición muy controvertida sobre la salud en la que hace énfasis sobre que es la capacidad que tiene la persona de apropiarse de su propio cuerpo, la capacidad de hacer con él lo que se necesita para llenar un proyecto de vida individual. En contraste, la enfermedad es concebida por Gracia como una expropiación de ese cuerpo y de mayor grado sería la muerte corporal.

¿Sería posible entonces definir a través de la expresión subjetiva de una real o supuesta falta de belleza en la naturaleza como una causa del padecer? La no aceptación de lo natural en lo social lleva a la persona al sufrimiento, un estado psicológico de opresión o carga típicamente relacionada con ansiedad y temor. El trastorno mental derivado de esta no aceptación corporal puede imponer mayor sufrimiento e incapacidad que la misma enfermedad física. De manera que, el problema:

"...estético se convierte en un dilema ético para elegir entre lo naturalmente dado y lo artificial, el potencial de cambio a través de la tecnología."

Los estilos de vida impuestos en el siglo XXI se sustentan en modificaciones de la imagen corporal, la manipulación del cuerpo natural por dietas, cirugía o ejercicio en una tendencia globalizada de belleza impuesta por la industria cosmética y del vestido a través de la influencia mediática. Estos son sólo algunos de los factores que influyen para la realización ficticia del sujeto inmerso en un mundo creado con elementos artificiales. La belleza dejó de ser una virtud para convertirse en un objeto del que se puede elegir libremente y en el que se refleja el proyecto de vida.

La biotecnología y el saber médico han alcanzado límites inimaginables. La incorporación de la tecnificación a nuestro cotidiano es la pauta de nuestra actual existencia. La medicina y la cirugía cambiaron su visión centrada en el alivio de la enfermedad, la promoción y la manutención de la salud para aplicar sus acciones a la persona con sus valores y su propia idea de felicidad. La sociedad volcada en lo corporal ha dado al cirujano estético una herramienta, como el antiguo escultor griego con su cincel y mazo, bajo un arreglo o contrato el “manipular un modelo” apegado a los códigos vigentes de la eterna juventud. La cirugía cosmética brinda con soluciones tecnológicas lo que hace no más de cuatro décadas era casi imposible por los riesgos implícitos de la intervención. El saber científico se ha apoderado de la sociedad y le ha dado una significación diferente, convencional, a la vida poniendo en riesgo la libertad y la autonomía de la persona. Las posibilidades de intervenir sobre la naturaleza se han modificado al igual que sus límites y la condición artificial se aplica cotidianamente a la salud y la enfermedad del individuo. La automatización y la adaptación del hombre a esa nueva modernidad ha provocado que su mirada se centre en su alrededor, en lo que tiene y puede acceder, y no es sí mismo. El interés económico y la industrialización de la vida también son factores determinantes en cómo se vive nuestro presente. La identidad que descansaba en las tradiciones y herencias milenarias se fusionaron en un solo concepto de hombre moderno. La conciencia del grupo humano al que pertenece ha perdido sus límites. La ciencia ha contaminado el sentido del hombre y las raíces de su trascender están puestas en nuevos valores, uno de ellos la belleza exterior apegada a criterios de idealidad vigentes.

El empoderamiento en la salud del individuo le ha permitido la toma de decisiones y la realización de metas, con una complacencia sin límites. En la medicina es el referente obligado, se trabaja por el cuerpo, se es por el cuerpo, se existe por el cuerpo y se muere con el cuerpo. El cuerpo es una imagen una mediación entre la representación del imaginario y la realidad externa. El cuerpo es algo que pertenece al “sujeto”, y es el presente de cada individuo en su espacio temporal. Es a través de él que el individuo toma contacto con su medio y registra las representaciones que lo harán único en su existencia, su alma, su psique, la diferenciación entre lo que es un objeto y un sujeto. El cuerpo desde la medicina y las ciencias de la vida y de la tecnología es un cuerpo de derecho, entendido en forma de dignidad. El cuerpo es individual, es particular, es singular y, sin embargo, es el modo más potente de una universalización porque es el único lugar donde podemos ser reconocidos por otros y por donde se puede construir una red universal de relaciones interhumanas respetuosas de las identidades individuales y colectivas. Contrariamente a lo anterior, la sociedad moderna ha asimilado la moda y el poder detrás de ella en la idealización del cuerpo de la tendencia de un culto narcisista y racista manifestado por su sumisión a esa belleza convencionalmente definida.

En la exageración por demostrar quién es superior, el cuerpo es utilizado como vehículo para autentificar a la persona que se expresa mediante esa belleza, depósito de una vulnerabilidad de nuevo siglo. La pérdida de la conciencia individual y colectiva de lo que significa ser viejo, ha transformado la existencia del sujeto en una cultura del hedonismo superficial, "del parecer joven y de ser lo que no se es". En el imaginario corporal se despliegan y matizan de forma caprichosa los deseos, pulsiones, que en lo interno movilizan al sujeto a la toma de decisiones, indeterminadas, sin "razón científica" o inclusive "opuesto a la *natura*", cuando se trata de cambiar "rasgos étnicos" o el modelar el cuerpo a capricho sólo con el fin de transformarlos en el modelo "ideal-social" de belleza. A pesar de ello, aún con opiniones encontradas, la libertad da a la persona que acude con el cirujano el derecho de elegir y decidir sobre su propia vida y su físico, de acuerdo con su propia concepción y deseo. Lo más delicado es el fijar los límites a esa necesidad. Merecería poner a consideración si es válido realizarla cuando el deseo se encuentra anclado en expectativas falsas y distorsionadas de la imagen corporal, o el riesgo-beneficio dada la magnitud de la intervención expone a complicaciones de orden médico al sujeto. Las razones entre la moralidad, el deseo y el deber, nos aseguran que el hombre por su condición moral y libertad, puede exponer su integridad. Daniel Callahan apuntaba que el mayor de los problemas morales en la atención de la salud es la relación que guarda ésta con la alegría individual, y la relación entre ella y el bienestar común. Es necesario entender la forma de vida, cuáles son los valores que se están buscando, pues quizá en esas opciones desesperadas de la búsqueda irracional de la belleza se eligen opciones inmorales o irracionales.

El paciente entrampado en la subjetividad como la experiencia del sujeto mismo, abierto e infinito en posibilidades, de ese "destino interior", por el deseo inconsciente y la necesidad apuntalada en la exigencia social exterior introyectada que emergió como sufrimiento por carácter de lo bello... La autorreflexión y la autocrítica podrían considerarse como variables para una deliberación racional, pero cuando las ideas pasan a través del tamiz emocional, la capacidad para comprender la información, el riesgo-beneficio de una intervención estética quedan limitadas al deseo. La dependencia emocional y psicológica son la fuente de la vulnerabilidad e interfieren en el control de sus decisiones. El cirujano estético entra en el mundo subjetivo del deseo y su responsabilidad de comprender el padecer es aún mayor. Tal y como lo menciona Emmanuel Levinas (2001), la relación existente entre el ser y el pensar del hombre se da en el marco de la relación entre el "yo" con el "tú", es decir, el "otro". El "otro" será indispensable para definir la identidad del "yo". En este argumento Levinas da al "tú" la imagen del "rostro", una vulnerabilidad compartida con el "otro". Y enfatiza:

"El encuentro con otro consiste en el hecho de que, no importa cuál sea la extensión de mi dominación sobre él y de su sumisión, no lo poseo..."³

³ Levinas. 2001, p. 21.

De allí, Levinas reflexiona acerca de la responsabilidad depositaria de la conciencia de la humanidad y de la creación de un proceso de interpuesto entre el "tú" y el "yo".⁴

Redefinir el límite entre lo natural y lo artificial dentro de la cirugía estética redundaría en que toda intervención por sí misma es artificial, el cuerpo natural no será igual. La especie-hombre tiene una esencia y naturaleza que no cambian, la pluralidad del mundo moderno tecnológico es simplemente un accidente cuando se enclava en los sustratos biológicos de la moralidad y los valores. El dolor y el sufrimiento del cuerpo ayudan a la comprensión que la persona no es sólo cuerpo, ni sólo mente. El naturalismo no puede explicar el misterio de la persona humana y su naturaleza intrínseca, con sus valores y su potencial de creatividad. La persona está construida también por sus ideales, sus creencias, por el sentido del pasado, presente y futuro. Abrirse a nuevas situaciones vitales es cuestionar el límite de poder-hacer y los que son contrarios a él. El sufrimiento individual aparece en la auto-confrontación de sí mismo, con el "otro", y con su entorno social. La cirugía estética ha encontrado rutas para la "perfección física" y en el "deber" está la de proporcionar una salud moral y salud corporal en donde la vida que se ofrezca sea de "calidad", el médico tiene la responsabilidad de dar una vida digna, pues las confrontaciones entre la "persona y su cuerpo" pueden destruir su integridad física y moral.

Quizá parezca un poco idealista la formación de un diálogo entre el médico y el paciente, sobre todo si se trata de la "belleza". Es necesario para la protección de la vulnerabilidad del "tú", partir de las propias instituciones la sociedad, y de la responsabilidad médica y su poder tecnológico. Aceptar que lo "humano sólo se ofrece a una relación que no es un poder".⁵ La identidad será también el valor que culturalmente se le otorga al sujeto social en lo general y al "otro" en lo particular. Unida, va la libertad que toda persona tiene derecho a ejercer, aún se trate de la modificación de su cuerpo. El límite del deseo del paciente no tiene fronteras. El médico será el único que podrá, a través de su *praxis* balanceada en el principio libertad, autonomía, beneficencia, no-maleficencia y de responsabilidad individual y compartida con el paciente, quien fije esa frontera tan débil. El hombre moderno es un hombre que ha roto con la tradición...

⁴ Levinas. 2001, pp. 131, 138.

⁵ Levinas. 2001, p. 23.

Anexos

Capítulo 2

Anexo 1. Quejas Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadísticas sobre quejas y dictámenes. Estadísticas correspondientes al 2011. www.conamed.gob.mx, sitio visitado el 15 de febrero del 2012; www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/resena_estadistica_1996-2010.pdf, sitio visitado el 15 de febrero del 2012.

Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido. Cuadro 1.

Motivos de las gestiones inmediatas concluidas Comisión Nacional de Arbitraje Médico, enero-junio, 2011	
Motivo	Total
Total 1,114	
Accidentes e incidentes	4
Atención de parto y puerperio inmediato	2
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	41
Deficiencias administrativas	141
Diagnóstico	227
Relación médico-paciente	179
Tratamiento médico	315
Tratamiento quirúrgico	205

Nota: Cifras preliminares.
 Nota: Incluye más de un motivo.
 Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

En comparación con lo reportado en otros países, las quejas relacionadas con cirugía estética representan una mínima proporción de los casos concluidos por especialidad. De las quejas concluidas, 1,794 corresponden a la cirugía estética.

Dictámenes concluidos por especialidad 1 / Según resultado del análisis documental. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2011

Especialidad	TOTAL	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica
Total	309	214	95
Especialidades médicas	308	214	94
Algología y clínica del dolor	1	1	-
Anestesiología	9	7	2
Angiología y cirugía vascular	1	0	1
Cardiología	7	5	2
Cirugía cardiotorácica	3	3	0
Cirugía general	50	39	11
Cirugía neurológica	18	13	5
Cirugía pediátrica	3	2	1
Cirugía plástica, estética y reconstructiva	7	7	0
Dermatología	2	2	0
Ginecología y obstetricia	51	38	13
Hematología	3	2	1
Medicina de urgencias	1	1	-
Medicina interna	58	32	26
Medicina legal y forense	1	1	-
Nefrología	3	3	-
Neonatología	6	4	2
Neumología	1	1	-
Neurología	4	1	3
Oftalmología	10	6	4
Oncología	9	6	3
Ortopedia y traumatología	29	22	7
Otorrinolaringología	4	2	2
Patología clínica	4	3	1
Pediatría	14	9	5
Psiquiatría	2	0	2
Urología	7	4	3
Especialidades odontológicas y odontología general	1	-	1
Cirugía maxilofacial	1	-	1

1 / Se refiere a la especialidad relacionada con el diagnóstico o procedimiento manejado en la atención médica involucrada en la queja.

Muestra algunas especialidades pendientes de alinear al Proyecto: Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ).

Quejas concluidas por especialidad 1 / Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2011 (1a. parte)

Especialidad	TOTAL
Total	1,794
Especialidades médicas	1,564
Algología y clínica del dolor	2
Anestesiología	21
Angiología y cirugía vascular	15
Biología de la reproducción	1
Cardiología	17
Cirugía cardiorácica	10
Cirugía de gastroenterología	4
Cirugía general	151
Cirugía laparoscópica	5
Cirugía neurológica	21
Cirugía pediátrica	6
Cirugía plástica, estética y reconstructiva	32
Dermatología	8
Endocrinología	1
Enfermedades de colon y recto	2
Gastroenterología	9
Ginecología y obstetricia	201
Hematología	3
Infectología	6
Inmunología clínica y alergología	1
Medicina crítica y terapia intensiva	8
Medicina de urgencias	292
Medicina familiar	133
Medicina física	1
Medicina general	17
Medicina interna	30
Medicina preventiva	2
Nefrología	13
Neonatología	5
Neumología	4
Neurología	20

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
 Dirección General de Calidad e Informática.
 Sistema de Atención a Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).
 Sistema de Estadística Institucional.

International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2015										
World- Wide Totals	USA	Brazil	South Korea	India	Mexico	Germany	Colombia	France	Italy	
TOTAL PROCEDURES										
Surgical Procedures										
Face & Head										
Brow Lift	243,140	28,535	31,405	16,437	5,827	14,214	5,714	7,315	4,446	3,584
Ear Surgery	252,718	16,250	42,240	6,472	18,060	10,323	10,052	7,192	6,375	4,544
EyeLid Surgery	1,264,702	141,505	143,165	101,985	29,434	48,329	54,907	27,959	35,473	19,960
Facelift	411,529	75,920	48,840	28,116	7,783	16,585	10,801	8,503	12,474	4,544
Facial Bone Contouring	108,250	11,115	7,480	8,143	4,666	11,269	2,092	4,921	323	2,200
Fat Grafting-face	591,894	49,660	51,645	63,326	27,649	27,652	21,877	15,827	11,847	11,216
Neck Lift	232,606	32,695	31,405	7,093	7,826	16,151	7,498	8,294	7,724	2,984
Hair Transplantation	134,019	7,605	9,075	7,436	39,625	992	1,167	3,088	2,651	984
Rhinoplasty	730,287	49,855	65,120	72,562	44,290	39,897	12,717	24,852	20,055	9,984
Total Face & Head Procedures	3,969,147	413,140	430,375	311,571	185,158	185,411	126,824	107,949	101,365	60,000
Breast										
Breast Augmentation—saline	64,674	36,140	275	3,365	366	0	385	171	447	0
Breast Augmentation—silicone	1,311,129	255,060	158,950	44,039	23,865	57,552	46,242	44,888	37,354	21,744
Breast Augmentation—fat transfer	113,189	18,785	7,205	3,150	5,375	4,061	6,749	1,644	4,123	1,656
Breast Implant Removal	153,476	37,115	12,705	6,300	1,742	5,952	5,967	6,090	6,004	2,744
Breast Lift	512,248	106,535	80,520	8,101	9,052	21,902	15,271	16,321	14,421	7,160
Breast Reduction	423,093	67,080	72,600	5,165	16,491	14,198	17,121	11,381	18,953	3,672
Gynecomastia	212,328	25,545	26,400	4,757	25,091	6,960	9,876	4,142	4,351	4,216
Total Breast Procedures	2,790,138	546,260	358,655	74,876	81,980	110,624	101,611	84,636	85,652	41,192
Body & Extremities										
Abdominoplasty	758,590	137,605	131,120	7,993	32,401	39,634	17,682	29,317	22,924	5,384
Buttock Augmentation—implants only	30,916	1,560	8,140	514	710	2,945	385	2,423	124	344
Buttock Augmentation—fat transfer	258,107	21,255	55,605	2,572	4,752	29,528	3,336	23,038	3,021	2,344
Buttock Lift	30,905	4,095	4,125	471	1,935	2,945	848	561	646	360
Liposuction	1,394,588	240,565	182,765	39,753	88,193	70,773	40,065	51,623	29,450	20,784
Lower Body Lift	56,169	6,955	7,700	429	3,677	3,286	2,092	2,632	2,850	728
Penile Enlargement	11,703	325	440	1,222	1,484	78	319	665	228	440
Thigh Lift	70,672	8,775	10,505	86	2,967	3,317	3,160	2,613	3,876	1,328

Tomada de la Página de ISAPS. International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2015. www.isaps.org/Media/Default/global-statistic/2016%20ISAPS%20results.pdf

(Continúa)

(Continuación)

International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2015

	World- Wide Totals	USA	Brazil	South Korea	India	Mexico	Germany	Colombia	France	Italy
Upper Arm Lift	102,588	17,810	12,595	707	5,074	5,069	4,437	2,546	5,330	2,160
Upper Body Lift	22,634	2,600	2,805	0	1,333	1,674	1,563	1,017	124	616
Labioplasty	95,010	10,855	12,870	2,186	3,935	3,441	5,296	3,259	3,097	1,872
Vaginal Rejuvenation	50,086	2,535	6,600	2,764	6,859	2,821	639	2,508	523	1,312
Total Body & Extremities Procedures	2,881,968	454,935	435,270	58,697	153,317	165,509	79,823	122,199	72,191	37,672
Total Surgical Procedures	9,641,253	1,414,335	1,224,300	445,144	420,454	461,544	308,258	314,783	259,208	138,864
Non-Surgical Procedures										
Injectables										
Botulinum Toxin	4,627,752	1,141,595	359,865	279,019	85,334	161,355	148,459	76,000	91,751	110,400
Calcium Hydroxylapatite	173,492	59,930	13,805	4,415	215	7,208	4,833	580	3,525	5,344
Hyaluronic Acid	2,865,086	580,320	195,030	198,378	60,050	86,320	129,852	41,002	92,103	109,288
Poly-L-Lactic Acid	64,134	24,050	9,350	1,672	151	93	1,277	0	979	2,272
Total Injectables	7,730,464	1,805,895	578,050	483,482	145,749	254,975	284,421	117,582	188,357	227,304
Facial Rejuvenation										
Chemical Peel	489,344	101,010	86,295	7,779	58,093	8,339	2,092	5,852	5,026	12,112
Full Field Ablative	169,098	30,290	30,800	4,329	11,610	6,247	1,277	3,629	323	5,616
Micro-Ablative Resurfacing	217,593	45,175	25,190	22,009	16,942	5,549	0	4,142	105	2,656
Dermabrasion	51,882	8,385	2,365	1,436	3,225	2,000	4,085	2,119	779	712
Microdermabrasion	365,587	111,150	33,330	16,801	19,135	19,329	209	14,317	0	1,744
Nonsurgical Skin Tightening	340,609	56,550	31,240	36,088	11,202	28,350	6,000	6,973	6,451	3,784
Photo Rejuvenation	568,672	122,850	78,155	48,860	6,816	24,521	0	13,965	6,099	2,688
Polymethylmethacrylate	36,017	7,605	10,890	2,722	0	264	0	0	0	0
Total Injectables	2,238,803	483,015	298,265	140,024	127,022	94,597	13,663	50,996	18,782	29,312
Other										
Cellulite Treatment	283,598	12,480	67,155	10,136	16,534	33,480	1,453	5,396	6,251	5,240
Hair Removal	1,099,053	174,590	106,205	45,217	154,650	30,008	4,118	30,077	7,201	4,928
Nonsurgical Fat Reduction	425,315	119,470	17,655	19,330	32,293	17,066	4,151	23,646	8,921	4,712
Tattoo Removal	128,218	12,740	11,770	12,772	24,209	6,696	352	2,698	0	1,512
Treatment of Leg Veins	73,190	7,800	14,245	43	9,052	2,682	66	1,492	0	1,088
Sclerotherapy	76,778	12,285	6,600	86	5,526	6,867	925	1,967	0	5,800
Total Other	2,086,152	339,365	223,630	87,584	242,262	96,798	11,065	65,275	22,373	23,280
Total Non-Surgical Procedures	12,055,418	2,628,275	1,099,945	711,090	515,033	446,369	309,150	233,852	229,511	279,896
Total Procedures	21,696,671	4,042,610	2,324,245	1,156,234	935,487	907,913	617,408	548,635	488,718	418,760

ANEXO MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE SALUD REALIZADAS EN ABRIL DEL 2011
MODIFICACIONES DECRETO por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2, 272 Bis 3 de la Ley General de Salud.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente:

DECRETO

“EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

ARTÍCULO ÚNICO.- SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 81, 83, 271 Y SE ADICIONA EL ARTÍCULO 272 BIS, 272 BIS 1, 272 BIS 2, 272 BIS 3 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA QUEDAR COMO SIGUE:

Artículo 81.- La emisión de los diplomas de especialidades médicas corresponde a las instituciones de educación superior y de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes. Para la realización de los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad se requiere que el especialista haya sido entrenado para la realización de los mismos en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.

El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.

Los Consejos de Especialidades Médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y que estén reconocidos por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, constituido por la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía y los Consejos de Especialidad miembros, están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica.

Para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

Artículo 83.- Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades médicas, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.

Artículo 271.- Los productos para adelgazar o engrosar partes del cuerpo o variar las proporciones del mismo; así como aquellos destinados a los fines a que se refiere el artículo 269 de esta Ley; que contengan hormonas, vitaminas y, en general, sustancias con acción terapéutica que se les

atribuya esta acción, serán considerados medicamentos y deberán sujetarse a lo previsto en el Capítulo IV de este Título.

CAPÍTULO IX BIS

Ejercicio especializado de la cirugía

Artículo 272 Bis.- Para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren de:

I. Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.

II. Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo a la *Lex Artis Ad Hoc* de cada especialidad, expedido por el Consejo de la especialidad según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la presente Ley.

Los médicos especialistas podrán pertenecer a una agrupación médica, cuyas bases de organización y funcionamiento estarán a cargo de las asociaciones, sociedades, colegios o federaciones de profesionales de su especialidad; agrupaciones que se encargan de garantizar el profesionalismo y ética de los expertos en esta práctica de la medicina.

El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas para la aplicación del presente artículo y lo dispuesto en el Título Cuarto de la presente Ley, se sujetarán a las disposiciones que emita la Secretaría de Salud.

Artículo 272 Bis 1.- La cirugía plástica, estética y reconstructiva relacionada con cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y del cuerpo, deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente, atendidos por profesionales de la salud especializados en dichas materias, de conformidad con lo que establece el artículo 272 Bis.

Artículo 272 Bis 2.- La oferta de los servicios que se haga a través de medios informativos, ya sean impresos, electrónicos u otros, por profesionistas que ejerzan cirugía plástica, estética o reconstructiva; así como los establecimientos o unidades médicas en que se practiquen dichas cirugías, deberán prever y contener con claridad en su publicidad los requisitos que se mencionan en los artículos 83, 272 Bis, 272 Bis 1 y en lo previsto en el Capítulo Único del Título XIII de esta Ley.

Artículo 272 Bis 3.- Las sociedades, asociaciones, colegios o federaciones de profesionistas pondrán a disposición de la Secretaría de Salud, un directorio electrónico, con acceso al público que contenga los nombres, datos de los profesionistas que lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos y certificado de especialización vigente, además de proporcionar el nombre y datos de la Institución y/o Instituciones educativas, que avalen su ejercicio profesional.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.

SEGUNDO.- La Secretaría de Salud contará con un plazo no mayor a 120 días contados a partir de

su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*, para emitir las disposiciones a que se refiere el artículo 272 Bis de la presente Ley.

México, D.F., a 29 de abril de 2011.- Dip. Jorge Carlos Ramírez Marín, Presidente.- Sen. Manlio Fabio Beltrones Rivera, Presidente.- Dip. María Guadalupe García Almanza, Secretaria.- Sen. Renán Cleominio Zoreda Novelo, Secretario.- Rúbricas.”

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a treinta de agosto de dos mil once.- Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, José Francisco Blake Mora.- Rúbrica.

Capítulo 4

Table 1. Descriptions of Beauchamp and Childress' four ethical principles and how each pertains to plastic surgery.

Ethical Principle	Description	Example in Plastic Surgery
Autonomy	Acknowledge and respect a patient's right to self-choice and self-governance free from interference of others and from limitations towards making informed decisions	Cosmetic surgeons have come under scrutiny that some of their advertisements may be deceptive or intended for the solicitation of vulnerable customers, and thus receiving full and informed consent from patients about surgical procedures is jeopardized. ¹
Nonmaleficence	“First, do no harm.”Obligation not to inflict harm or adverse effects to patient due to absence of care	Because all physicians take an oath to “first do no harm,” plastic surgery often falls well outside the traditional goals of saving lives, treating diseases, and promoting health. ^{2,3}
Beneficence	Obligation to prevent or remove harm while also promoting good by contributing to the welfare and acting in the best interest of the patient	Many innovative surgical cases are unique and surgeons are constantly amending procedures to try to find the best ways to achieve optimal results; however, some may have undesirable side effects. In a disease state potential benefits vs. the potential benefits are weighed; however, it is often hard to justify if an elective procedure on a healthy individual is worth the potential risk. ³

Table 1. Continue

Ethical Principle	Description	Example in Plastic Surgery
Distributed Justice	Distributing benefits, risks, and costs fairly, equitably, and appropriately; treating patients with similar cases in a similar manner	Many americans are without insurance or have insurance plans that cover very little. Certain reconstructive surgeries and almost all cosmetic procedures rarely covered and therefore only financially feasible for the affluent. ²

References:

¹ Spilson SV, Chung KC, Greenfield ML, *et al.* Are plastic surgery advertisements conforming to the ethical codes of the American Society of Plastic Surgeons? *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 1181-1186.

² Chatterjee A. Cosmetic neurology and cosmetic surgery: parallels, predictions, and challenges. *Camb Q Healthc Ethics* 2007; 16: 129-137.

³ Miller FG, Brody H, Chung KC. Cosmetic Surgery and the Internal Morality of Medicine. *Camb Q Healthc Ethics* 2000; 9: 353-364.

Estatutos y Código de Ética de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C.. Estatutos y Código de Ética Pp. 42-55. En línea /www.cirurgiaplastica.org.mx/estatutos/estatutos.pdf
Código de Ética.

CAPÍTULO I**Disposiciones generales**

Artículo 1.- El presente Código de Ética Médica para el cirujano plástico se declara de aceptación obligatoria para todo Asociado a la AMCPER, así como para los Residentes de la Especialidad que cursan sus estudios en las Instituciones reconocidas para tal fin por el CMCPER, A.C., y sus violaciones serán conocidas en primera instancia por el Comité de Ética y el Presidente de la Mesa Directiva de la misma. En segunda instancia por la Asamblea General de Asociados y de acuerdo al tipo de sanción determinada por la misma, será del conocimiento de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP), a través de su Comité Permanente de Ética. En caso de controversia entre el Código de Ética de la FILACP, o conflictos de normas entre el presente Código de Ética y el vigente de la FILACP, tendrán privilegio de aplicación los Estatutos establecidos por la AMCPER, A.C.

Artículo 2.- La AMCPER, A.C., está obligada a entregar un ejemplar del presente código a todos los Asociados y Residentes de la Especialidad a través de sus Profesores Titulares, recomendándoles el más estricto cumplimiento de las disposiciones de este instrumento deontológico.

Artículo 3.- La AMCPER, A.C. propiciará la enseñanza del Código de Ética a todos los cirujanos plásticos en formación, a nivel de los cursos de Post-Grado aceptados y avalados por el CMCPER, A.C., en la República Mexicana.

CAPÍTULO II

Deberes generales

Artículo 4.- El respeto a la vida y a la integridad física y mental de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico y en consecuencia, del cirujano plástico.

Artículo 5.- El cirujano plástico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado en los avances del conocimiento en la cirugía plástica. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda actualizada requerida.

Artículo 6.- El cirujano plástico debe cuidar con igual celo profesional a todos sus enfermos, cualquiera que sea su sexo, nacionalidad, raza, posición social o económica e ideas religiosas o políticas.

Artículo 7.- Es deber ineludible de todo cirujano plástico acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad y los derechos inherentes a ellos consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de principios de la FILACP.

Artículo 8.- El cirujano plástico debe evitar el ejercicio de su profesión en condiciones morales y materiales que comprometan la calidad del acto médico y el adecuado cumplimiento de sus deberes profesionales, en beneficio de los pacientes.

Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. Estatutos y Código de Ética.

Artículo 9.- El secreto médico es deber inherente al ejercicio de la profesión y se establece para la seguridad de las personas a su cuidado. El secreto puede ser explícito y textualmente confiado por el paciente, y también implícito, como consecuencia de las relaciones con los pacientes. En ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por las leyes del país por requerimiento de Autoridad Sanitaria Competente o Autoridad Judicial.

Artículo 10.- El secreto médico es un derecho del enfermo, pero no se incurre en violación cuando se revela en los siguientes casos:

- a) Cuando el médico cirujano plástico está comisionado por Autoridad Competente para reconocer el estado físico y mental de una persona.
- b) Cuando como médico forense o legista actúa en el desempeño de sus funciones.
- c) Cuando un médico de sanidad o del Sector Salud, lo solicita expresamente para el desempeño de sus funciones.
- d) Cuando en su calidad de médico tratante, hace la declaración de enfermedades infecto-contagiosas ante las autoridades sanitarias.
- e) Cuando se expide un certificado de defunción.
- f) Cuando tratándose de menores de edad, lo exijan sus padres o representantes legales y no entrañe perjuicios para el paciente.
- g) Cuando en su calidad de experto, actúa como médico de una Compañía de Seguros al rendir informe al Departamento Médico respectivo sobre las personas que se le envían para examen.
- h) Cuando actúa en cualquiera otra circunstancia contenida en las leyes del país.
- i) Cuando actúa como Perito durante un arbitraje médico o un procedimiento Judicial para el cual haya sido solicitado por la Autoridad competente.

Artículo 11.- Está permitido el relato de los hechos observados en el ejercicio de la profesión en los casos en que exista la posibilidad de que se cometan errores judiciales. De la misma manera el cirujano plástico puede eximirse de contestar preguntas relacionadas con enfermedades de sus pacientes, pero está autorizado para revelar el pronóstico y también el diagnóstico, cuando lo considere necesario en resguardo de su respetabilidad o para la mejor conducción del tratamiento.

Artículo 12.- Cuando se trata de litigios el cirujano plástico se abstendrá de revelar la naturaleza de la enfermedad, de las intervenciones y de los cuidados especiales prestados, ante la sociedad. Estas circunstancias podrán exponerse privadamente ante los peritos médicos designados por Tribunal, Autoridad de Arbitraje Médico (CONAMED), o por Autoridad Judicial, a solicitud expresa de estos.

Artículo 13.- El profesional sólo puede suministrar informe respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un enfermo a los familiares o allegados más inmediatos de éste (sólo procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente).

Artículo 14.- El cirujano plástico puede compartir su secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez, se obliga a mantener el secreto profesional.

Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. Estatutos y Código de Ética.

Artículo 15.- El cirujano plástico no realizará tratamientos o intervenciones quirúrgicas de la especialidad a sí mismo.

Artículo 16.- Todo cirujano plástico, debe abstenerse aún fuera del ejercicio de su profesión, de cualquier acto contrario a la dignidad profesional.

Artículo 17.- Es ilícito para el cirujano plástico ejercer, al mismo tiempo que la Cirugía o la Medicina, otra actividad incompatible con la dignidad profesional.

Artículo 18.- La Cirugía Plástica es una profesión noble y elevada, y no un simple comercio. La conducta del cirujano plástico debe ajustarse siempre, y por encima de toda consideración, a las normas morales de justicia, probidad y dignidad.

Artículo 19.- Todo acto publicitario deberá acatar las disposiciones emanadas de las Leyes Mexicanas, como son la Ley General de Salud, La Ley en Materia de Publicidad y demás disposiciones oficiales al respecto, respetando las leyes para los Estados y Territorios del país. Desde el punto de vista de la publicidad electrónica en cualesquiera de sus modalidades, incluyendo las páginas *Web* o los sitios se registrarán de acuerdo con lo dispuesto en la materia por las disposiciones vigentes en el Distrito Federal. Es derecho y obligación del Comité de Ética el conocer de la existencia de cualquier medio publicitario utilizado por los cirujanos plásticos. Es obligación del Asociado a la AMCPER el comunicar su existencia, de no hacerlo incurrir en falta que será sancionada por el Comité de Ética. Conjuntamente con el Comité de comunicación, revisarán y darán sugerencias o indicaciones acerca de la publicidad en cualquier medio. Indicaciones que deberá seguir estrictamente:

a) No deberá publicar ni mostrar a otros pacientes o a la sociedad ningún material fotográfico capaz de identificar a algún paciente sin su consentimiento previo y de manera escrita.

b) La presentación personal pública de pacientes, en ningún caso es permitida.

c) Cada cirujano plástico es responsable de lo que aparezca publicado acerca de su persona, indistintamente de quien lo haya hecho público. En caso de no haber otorgado autorización a algún

medio de difusión para la publicación bajo cualquier forma de dicho material, deberá notificarlo al Comité de Ética y al Comité de Comunicación, para hacer la protesta necesaria y fundada.

d) Con respecto a las páginas o sitios de la Internet, el cirujano plástico deberá notificar de su existencia al Comité de Ética y al Comité de Comunicación, para su revisión y aprobación. Dichos Comités podrán sugerir los cambios con objeto y fin de lograr la coherencia con las normas éticas y los principios publicitarios adecuados y aceptados por las leyes motivo de esta materia. El no avisar la existencia de estos medios de comunicación, no es aceptable éticamente por la AMCPER, A.C.

e) La participación del cirujano plástico asociado, con carácter de tal en noticieros, programas unitarios o seriados de radio o televisión, entrevistas de radio o televisión, publicaciones de prensa y en otros órganos de difusión masiva no médicos (inclusive Internet), deberá referirse siempre a la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, A.C., incluyendo la dirección y teléfonos de la misma.

Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C., Estatutos y Código de Ética:

f) Las entrevistas de prensa, radio, televisión y otras permitidas por el presente código, deben ajustarse a los principios de la ética profesional, a fin de evitar las propagandas o referencias de carácter individual sobre la profesión del entrevistado, con miras al beneficio profesional.

g) El auspiciar o permitir comentarios o informaciones periodísticas sobre los trabajos presentados o por presentar en Sociedades y Congresos Médicos ya sea locales, estatales, nacionales o internacionales, llevará implícita siempre la mención o crédito hacia la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C., incluyendo su dirección y teléfonos.

h) En relación con los asuntos gremiales, los cirujanos plásticos en sus declaraciones ante cualquier medio de comunicación, deberán atenerse estrictamente a las disposiciones del Código de Ética, evitando emitir comentario en contrario o de polémica hacia algún Asociado de la AMCPER A.C., o bien hacia procedimiento efectuado por otro Asociado.

i) Los Asociados no podrán firmar certificados de calidad, dar declaraciones o escribir artículos recomendando, explícita o implícitamente, productos e insumos de cualquier tipo u otros medios terapéuticos, quedando ello bajo la función del Tesorero y del Comité de Comunicación y los Vocales, coordinadamente.

j) Los Asociados no deberán firmar certificados médicos falseando los datos, bajo ninguna causa que lo motive.

Artículo 20.- Ante los casos de violación de la ética profesional, todo cirujano plástico está obligado a denunciar al colega que ha incurrido en tales violaciones ante el Comité de Ética de la AMCPER, A.C., el cual guardará el más absoluto secreto sobre la denuncia, averiguación y dictamen. Ante violaciones del presente Código, la AMCPER, A.C. podrá actuar como Tribunal de Oficio y la Asamblea General de Asociados revocará o ratificará la sanción impuesta al cirujano que la cometió y en su caso lo comunicará al Comité de Ética de la FILACP, a fin de ejecutar el veredicto al que haya llegado, para con ello elevar cada vez más la dignidad profesional. A tal efecto, cuando el Asociado advirtiera que algún acto profesional manifiestamente contrario a los principios éticos no estuviere previsto como tal en el Código de Ética, el Asociado recomendará a la Asamblea General de Asociados su incorporación previa votación, para la cual bastará un Acuerdo de Adición.

Artículo 21.- Todo cirujano plástico tiene la obligación de combatir la intrusión en todos sus aspectos, denunciando ante el Comité de Ética, todo acto destinado a explotar la credulidad y la buena fe del público en materia de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. Se considera como intrusión a la enseñanza a personas que no cumplen con los requisitos académicos establecidos en el presente Estatuto para obtener el grado de Miembro Titular, o bien el estar cursando en Residencia autorizada por el CMCPER, A.C., efectuado mediante cualquier medio de comunicación.

Artículo 22.- Para prestar sus servicios profesionales, el cirujano plástico debe encontrarse en condiciones psicofísicas satisfactorias. Contravienen este principio:

- a) Las alteraciones mentales agudas o crónicas.
- b) La incapacidad manifiesta de los sentidos, con reducción del campo de la conciencia y la actividad pensante.
- c) La toxicomanía sin tendencia a la recuperación.

Artículo 23.- Están expresamente reñidos con las normas de ética, los anuncios o cualquier tipo de promoción o publicidad, que tengan las características siguientes:

- a) Los que ofrezcan la curación de determinadas enfermedades o defectos a plazo fijo o infalible.
- b) Los que prometen la prestación de servicios gratuitos, o los que explícita o implícitamente, mencionen tarifas de honorarios.
- c) Los que por su particular redacción o ambigüedad, induzcan a error o confusión respecto a la identidad o título profesional del anunciante.
- d) Los que mencionen, bien sea en uno o más avisos, diversas ramas o especialidades de la Medicina o de la Cirugía, sin conexión o afinidad entre ellas.
- e) Los que llamen la atención sobre sistemas, curas o procedimientos “personales”, especiales, exclusivos o secretos.
- f) Los que involucren el fin preconcebido de atraer clientela mediante la aplicación de nuevos sistemas o procedimientos especiales, curas o modificaciones aún en discusión, y respecto a cuya eficacia no haya todavía aprobación definitiva por parte de instituciones científicas públicas o privadas.
- g) Los que impliquen propagandas mediante tarjetas públicas u otras formas de agradecimiento de los pacientes.
- h) Los que aún cuando no infrinjan alguno de los apartados del presente Artículo, sean exhibidos en lugares inadecuados o sitios que comprometan la seriedad de la especialidad.

Artículo 24.- Ningún cirujano plástico prestará su nombre a persona alguna para ejercer la profesión. Tampoco podrá practicarla a través de otros cirujanos ni ceder su consultorio a quien no está legalmente autorizado.

Artículo 25.- Cuando el cirujano plástico se considera lesionado en sus derechos profesionales y gremiales podrá acudir al Comité de Ética para que conozca de tal situación, absteniéndose de hacerlo ante organismos extraños.

Artículo 26.- Está prohibido al cirujano plástico dar informes tendenciosos, otorgar certificaciones y prescripciones de complacencia y en todo caso, es violatorio expedir certificaciones sin examen previo.

CAPÍTULO III

Deberes para con los enfermos o pacientes

Artículo 27.- El cirujano plástico debe prestar atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo cuando sea posible a los procedimientos científicos adecuados y actualizados, y debe asimismo procurar por todos los medios a su alcance que las indicaciones terapéuticas se cumplan.

Artículo 28.- El cirujano plástico puede negarse a practicar examen a menores de edad, si no están presentes sus padres o representantes legales, salvo las excepciones contempladas en los Artículos 8 y 13 del presente código.

Artículo 29.- El cirujano plástico que tuviere motivo justificado para no continuar atendiendo a un enfermo, podrá hacerlo a condición de que con ello no acarree perjuicio a la salud de aquél y de suministrar la información necesaria para que otro cirujano plástico continúe la asistencia.

Artículo 30.- El cirujano plástico en su actuación personal deberá conducirse con la mayor dignidad y tolerancia para con el enfermo y sus familiares, siempre que su actitud no redunde en perjuicio de la misión especial que ha sido confiada.

Artículo 31.- El cirujano plástico evitará los actos médicos o quirúrgicos innecesarios.

Artículo 32.- El pronóstico grave puede ser legítimamente disimulado, pero si se teme un desenlace fatal, su notificación oportuna es obligatoria y el cirujano plástico la hará a quienes, a su juicio, corresponda. Se exceptúan de esta disposición los casos en que el médico esté obligado por la ley.

Artículo 33.- El cirujano plástico no debe abandonar injustificadamente ningún caso sometido a su cuidado.

Artículo 34.- Cuando las intervenciones requieren a un cirujano plástico y sean dirigidas a modificar la fisonomía o identidad de una persona, éste deberá tomar las previsiones que estén a su alcance a fin de evitar que ese cambio de fisonomía o identidad no sea dirigido a dificultar la aplicación de la justicia.

CAPÍTULO IV

Del ejercicio colectivo en materia de medicina social

Artículo 35.- Se entiende por ejercicio colectivo de la Medicina la prestación de servicios por medio de médicos y cirujanos contratados por Instituciones oficiales o privadas a grupos definidos, en virtud de las leyes sociales.

Artículo 36.- Los cirujanos plásticos al servicio de Instituciones dedicadas al ejercicio colectivo de la Medicina, deberán cumplir su trabajo profesional de acuerdo con las normas tradicionales del acto médico. Este se basará, por lo tanto, en el respecto a la dignidad de la persona, en la relación afectiva y efectiva médico-paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional.

Artículo 37.- Es deber del cirujano plástico, salvo causas debidamente justificadas, prestar su colaboración desinteresada a la acción emprendida por las Autoridades competentes, destinadas a proteger la salud de la población.

CAPÍTULO V

Deberes para con otros médicos

Artículo 38.- En buena confraternidad profesional, los cirujanos plásticos están en la obligación de mantener recíproca colaboración. Está prohibido desacreditar a un colega y hacerse eco de manifestaciones u opiniones capaces de perjudicarlo moralmente y en el ejercicio de la profesión. Está asimismo prohibido expedir sin una solicitud de Autoridad competente certificaciones o documentos que pueden propiciarle o acarrearle daño, al ser utilizadas con fines de juicios o conciliaciones arbitrales.

Artículo 39.- El cirujano plástico que por motivo justificado se encargue provisionalmente de los enfermos de otro colega, está en la obligación de prestar sus cuidados y desempeñar su misión mediante normas que garanticen al buen nombre del reemplazado.

Artículo 40.- Los cirujanos plásticos en funciones directivas, sean éstas gremiales, administrativas, docentes, sanitarias o asistenciales, deberán mantener con sus colegas subalternos una actitud acorde con la condición del colega y colaborador. Igualmente todo cirujano plástico subalterno, de la índole que sea, está obligado a guardar la debida consideración hacia sus superiores jerárquicos. En todo caso, las relaciones entre unos y otros se regirán de acuerdo con las disposiciones del presente Código deontológico.

Artículo 41.- En las Juntas, reuniones, sesiones de cualquier tipo o en Asambleas, la comprensión, la cultura, la buena fe, la probidad y la amplitud de criterios, deben imponerse como un deber en el trato profesional de sus integrantes. La intolerancia, la inmodestia y la rivalidad deben estar, por ende, proscritas de ellas, incluyendo el respeto al tiempo de permanencia en ellas y la puntualidad para su asistencia.

Artículo 42.- Las deliberaciones de las sesiones hospitalarias no deberán desarrollarse ante el propio enfermo o sus familiares, y no se permitirá opinión alguna en lo que respecta al diagnóstico, pronóstico y tratamiento que no sea el resultado de las conclusiones de los integrantes.

Artículo 43.- Las deliberaciones a que se refiere el artículo anterior son de carácter secreto y confidencial. La responsabilidad es entonces colectiva y les está prohibido a los médicos emitir críticas o censuras encaminadas a desvirtuar la opinión de sus colegas o la legitimidad científica del tratamiento aprobado en la sesión, junta o cualquier nombre con que se refiera a estas reuniones.

Artículo 44.- Cuando no se haya logrado armonizar todas las opiniones en el seno de la sesión, deberán promoverse nuevas consultas, agregando otros elementos de juicio y solicitando la opinión de otros colegas. En los casos de divergencias manifiestas en lo tocante a tratamiento debe privar el criterio de la mayoría.

CAPÍTULO VI

Deberes para con los miembros de las profesiones paramédicas y auxiliares de la medicina

Artículo 45.- En sus relaciones con los miembros de las profesiones paramédicas y personal auxiliar, los cirujanos plásticos deben observar una actitud respetuosa, digna, comprensiva y cortés, respetando la independencia profesional de ellos dentro de las normas señaladas por la técnica.

CAPÍTULO VII

De las normas y sanciones al miembro de la AMCPER, A.C.

Artículo 46.- Las faltas a la ética médica cometidas por ignorancia, negligencia, impericia o dolo debidamente comprobada, serán objeto de sanciones por parte de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. y por la FILACP.

Artículo 47.- Las penas o sanciones que puedan aplicar la AMCPER, A.C. y la FILACP, variarán de acuerdo con la naturaleza de la falta y su reincidencia.

CAPÍTULO VIII

De la defensa jurídica en el ejercicio profesional

Los casos de demanda judicial hacia el cirujano plástico son comunes en algunos países. En nuestro país estos aspectos comienzan a presentarse con preocupante frecuencia y en la medida del tiempo no dudamos que esto se haga cotidiano, por lo que recomendamos a nuestros Asociados:

a) Contratar servicios que ofrezcan: Asesoría Jurídica, Seguro de Responsabilidad Médica que cubra económicamente esos aspectos y Compañía Afianzadora.

b) Autorización del procedimiento quirúrgico.

c) Carta de Consentimiento Bajo Información para Cirugía. Explicar al paciente por escrito lo más detallado posible, todo lo concerniente a la operación que se va a realizar; la necesidad o no de operar, el examen clínico, fotográfico, de laboratorio pre-operatorio, los pasos más importantes de la operación, tipo de anestesia, post-operatorio inmediato, post-operatorio tardío, complicaciones, resultados, deformidades post-operatorias que puedan presentarse, etc. Desde luego la Historia Clínica completa y reportar en ella los exámenes de laboratorio y gabinete que se practicaron en pre, trans y post-operatorio, así como todo hallazgo quirúrgico, incidentes, accidentes y complicaciones.

En México, Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C., tiene desde el 2006 un Código de Ética obligatorio para todo cirujano plástico y residentes de la especialidad. Las violaciones a este código serían dadas a conocer en primera instancia el Comité de Ética y el Presidente de la Mesa Directiva de la misma. En segunda instancia a la Asamblea General de Asociados y de acuerdo al tipo de sanción determinada por la misma, será del conocimiento de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica [FILACP], a través de su Comité Permanente de Ética. En caso de controversia entre el Código de Ética de la FILACP, o conflictos de normas entre el presente Código de Ética y el vigente de la FILACP, tendrán privilegio de aplicación los Estatutos establecidos por la AMCPER, A.C. Como objetivos tiene el respeto a la vida y a la integridad física y mental de la persona, como el preservar la salud, acatar los principios de fraternidad, libertad, justicia e igualdad y los derechos inherentes Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de principios de la FILACP. Cuando se trata de litigios el cirujano plástico se abstendrá de revelar la naturaleza de la enfermedad, de las intervenciones y de los cuidados especiales prestados, ante la sociedad. Estas circunstancias podrán exponerse privadamente ante los peritos médicos designados por Tribunal, Autoridad de Arbitraje Médico (CONAMED) o por Autoridad Judicial, a solicitud expresa de estos.

Artículo 18.- La Cirugía Plástica es una profesión noble y elevada, y no un simple comercio. La conducta del cirujano plástico debe ajustarse siempre, y por encima de toda consideración, a las normas morales de justicia, probidad y dignidad.

Artículo 19.- Todo acto publicitario deberá acatar las disposiciones emanadas de las Leyes Mexicanas, como son la Ley General de Salud, La Ley en Materia de Publicidad y demás disposiciones oficiales al respecto, respetando las leyes para los Estados y Territorios del país, Desde el punto de vista de la publicidad electrónica en cualesquiera de sus modalidades, incluyendo las páginas *Web* o los sitios se regirán de acuerdo a lo dispuesto en la materia por las disposiciones vigentes en el Distrito Federal. Es derecho y obligación del Comité de Ética el conocer de la existencia de cualquier medio publicitario utilizado por los cirujanos plásticos. Es obligación del Asociado a la AMCPER el comunicar su existencia, de no hacerlo incurre en falta que será sancionada por el Comité de Ética. Conjuntamente con el Comité de comunicación, revisarán y darán sugerencias o indicaciones acerca de la publicidad en cualquier medio, Indicaciones que deberá seguir estrictamente.

Bibliografía consultada

Capítulo 1

- Bandera JM. Injerto epidérmico. *Gaceta Médica de México* 1871; (6): 82-84.
- Barceló de la Isla. Albores y presente de la cirugía plástica en Jalisco, pp. 93-101. En: Vecchyo C, Rabell J. *La cirugía plástica en México, una historia colectiva*, pp. 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México, 1993, pp. 1-336.
- Barquín M. La revolución de la cirugía, anestesia y asepsia. Hemstasia y anestesia, pp. 309-321. En: *Historia de la Medicina*. Méndez Editores, Octava Edición, 2001, pp. 1-367.
- Caloca Acosta J. Itinerarios, pabellones y presencias, pp. 109-112. En: Vecchyo C, Rabell J. *La cirugía plástica en México, una historia colectiva*, pp. 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México, 1993, pp. 1-336.
- De Chacón F. Sarcoma del maxilar inferior. Osteotomía linear. Curación. *Gaceta Médica de México* 1890; 25: 21-39.
- Dieffenbach JF. *Chirurgische Erfahrungen, besonders ubre die Wiederherstellung zerstörter. Theile des menschlichen Köpers nach neuen Methoden*. 4 vols. Berlin Ensilin, 1829-1834: 39.
- Entralgo L. Historia de la cirugía. El tratamiento y la prevención de la enfermedad, pp. 519-546. En: *Historia de la cirugía*. Historia de la medicina. Salvat. Barcelona, España. Primera edición, 1978. Reimpresión, 1978, pp. 1-722.
- Erich L. *Die gesamte Wiederherstellung schirurgie*. 2 vol. Leipzig JA Barth 1931, 2: 548.
- Escamilla Olivera J. La formación en el extranjero. 49-51, 101. En: Vecchyo C, Rabell J. En: *La cirugía plástica en México, una historia colectiva*, pp. 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México, 1993, pp. 1-336.
- Flores Hernández D. *Breves apuntes sobre los injertos dermoepidérmicos en cirugía*. Facultad de Medicina. UNAM. México. 1929, p. 56.
- Guerra F. Historia de la cirugía en el Renacimiento. Historia de la anestesia. Historia de la asepsia. En: *Historia General de la Medicina*. 2 volúmenes.
- Gilman S. *Making the Body beautiful. A cultural History os aesthetic surgery*. Princeton University Press, New Jersey, USA. Second printing. Paperback. 1999, pp. 1-396.
- González Ulloa M. "Desarrollo de la cirugía plástica. Ensayos". México. Tesis Recepcional Facultad de Medicina. UNAM. 1938, pp.1-123.
- Gutiérrez Ayala A. *Algunos ensayos de cirugía plástica*. Facultad de Medicina. UNAM. 1939, pp. 43.
- Haeger K. Historia de la cirugía. AB Nordbook. 1988. Gothenburg, Suecia. Traducción: Alfredo Cruz Herce, de la edición en inglés *The Illustrated History of Surgery*. 1999, pp. 1-288.

- Jiménez LM. Nuevo método de rinoplastia. *La Unión Médica de México* 1856-1858; (2): 100-104.
- Joseph J. *Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik*. Leipzig 1931, pp. 3-4.
- Kelly HA. Excessive Growth fat. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital* 1899; 10: 197.
- Klein. Uber Rhinoplastick. *Heidelberg Klinische Annalen* 2 1826; 103-111.
- Noël A. Cultural and Socio-economic Background. En: Larry Millikan, Charles Parish (eds.). *Global Dermatology*. New York Spriger, 1944: 20-27.
- Noël A. La chirurgie esthétique. París, Masson. 1926, pp. 6-7.
- Martínez del Río P. Operación del labio leporino. *Periódico de la Academia de Medicina de México*. 1836 (1): 356-357.
- Millán Muro E. Cirugía plástica reparadora y facial. Facultad de Medicina. UNAM. 1929, p. 39.
- Muñoz M. Cartilla o breve instrucción sobre la vacuna. Tesis recepcional. Escuela Nacional de Medicina. México. 1840, p. 78.
- Muñoz L. Sobre el injerto epidérmico. *Gaceta Médica de México* 1870; 1 (5): 344-347.
- Quevedo y Zubieta. La rinotomía y la raspa nasal. Tesis recepcional. Escuela Nacional de Medicina. Imprenta Literatura y Encuadernación de la Paz. 1897, pp. 3-37.
- Rangel Gaspar H. Historia de la cirugía plástica en el IMSS, pp. 101, 125-129. En: Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica en México, una historia colectiva, pp. 1- 20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.
- Sorta-Bilajac I, Muzur A. The nose between ethics and aesthetics: Sushruta's legacy. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 2007; 137 (5): 707-710.
- Stafford BM, La Puma J, Schiedermayer DL. One face of beauty, one picture of health: the hidden aesthetic of medical practice. *Journal of Medicine & Philosophy* 1989; 14 (2): 213-230.
- Torres Estrada A. Algunos trabajos de cirugía plástica de la cara. *Gaceta Médica de México. Academia Nacional de Medicina* 1929; 60 (1): 353-381.
- Trigos Micolo I. Compendio del Hospital General Dr. Manuel Gea González, pp. 101, 119-123. En: Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica en México, una historia colectiva, pp. 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.
- Ulloa O. Evocación de la cirugía plástica en Monterrey, pp. 83-92. En: Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica en México, una historia colectiva. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.
- Valdés Galicia JL. La microcirugía en el Centro Médico La Raza, pp. 101, 131-134. En: Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica en México, una historia colectiva, pp. 1- 20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.
- Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica y su evolución histórica. En: La cirugía plástica en México, una historia colectiva, pp 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993, pp. 1-336.
- Villavicencio Q E. Tratamiento de las grandes pérdidas de piel y tejido celular por medio de injertos dermoepidérmicos libres. "Método en Parrilla". Facultad de Medicina. UNAM. 1936, p. 65.
- Viesca C. Ticiotl. La medicina prehispánica en México. Facultad de Medicina. UNAM. 1995.
- Villalobos A. Lipoma en hombro derecho operado y curado en veinte días. Tumor quístico unilocular implantado en el lado izquierdo del cuello sobre la carótida. Tumor fibroso en el seno derecho y reproducido a los seis y diez meses. Osteitis craneana sifilítica. Vaciamiento del calcáneo izquierdo por una caries en este hueso, consecutiva a una caída. Labio leporino simple de un lado, operado y cicatrizado por primera intención. Una observación de hemorrafilia. *Gaceta Médica de México* 1887; (22): 41-61.
- Vinageras Guarneros E. La cirugía en el Hospital General de México, pp. 101, 113-118. En: Vecchyo C, Rabell J. La cirugía plástica en México, una historia colectiva, pp. 1-20. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. México. 1993. pp. 1-336.
- Zeis E. *Handbuch der plastischen Chirurgie* (Berlin, Reimer 1838). TSJ Patterson, Zeis' Manual of Plastic Surgery. Oxford University Press. 1988, p. 53.

Capítulo 2

- Baillie J. Problems in personal identity. Paragon Issues in Philosophy. New York, USA. 1993, pp. 1-170.
- Belting H. Capítulo 1. Medio-Imagen-Cuerpo. Introducción al tema, pp. 13-70; Capítulo 2. El lugar de las imágenes II. Un intento antropológico, pp. 71-108. En Antropología de la Imagen. Título de la edición original; Bild-Anthropologie Paderborn, Alemania. 2002. Traducción por Gonzalo María Vélez Espinosa. Katz, Buenos Aires, Argentina, 2007, pp. 7-321.
- Campbell Alastair V. Capítulo 1. Why the body matters, pp. 1-26. The Body in Bioethics. Biomedical Law and Ethics Library. Series Editor-Sheila A.M.
- Malean. Routledge-Cavendish. MPG Books Grup, UK, 2009, pp. 1-150.
- Casas Martínez ML. La experiencia del cuerpo propio, pp. 228-231. En: Diccionario Latinoamericano de bioética. Director: Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2008, pp. 1-660.
- Pruzunsky T, Cash T. Cap. 1. Understanding Body Images; Historical and Contemporary Perspectives, pp. 3-12. En: Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice. The Guilford Press 2002, Paperback Edition. 2004, pp. 1-530.
- Ecco H. Historia de la belleza. Traducción por María Irazzábal. Editorial Lumen. Octava edición. Barcelona, España. Febrero de 2007.
- Jackson L. Cap 2. Physical Attractiveness. A Sociocultural Perspective, pp. 13-21. En: Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice. The Guilford Press 2002, Paperback Edition. 2004, pp. 1-530.
- Grohan S. Culture and Body image. Chapter 2, pp. 9-40 En: Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children. Second Edition. Routledge Taylor and Francis Group, Psychological Press. London, New York. 2008, pp. 1-249.
- Grohan S. Women and body image. Chapter 3, pp. 41-80. En: en Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children. Second Edition. Routledge Taylor and Francis Group, Psychological Press. London, New York. 2008, pp. 1-249.
- Hegel. Estética I. Siglo Veinte. Buenos Aires. 1983.
- Kant I. Crítica del Juicio. Traducción José Rovira Armengol. Losada, Buenos Aires, 1968. "Intr. III", pp. 22, 23, 85.
- Kant I. Observaciones sobre el sentimiento de lo bello y lo sublime-Biblioteca Immanuel Kant. Traducción, estudio introductorio, notas e índice analítico Dulce María Granja Castro. Revisión técnica Peter Storandt. Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Nacional Autónoma de México. 2004, pp. 264.
- Kotow M. Cuerpo y corporeización, pp. 231-233. En: Diccionario Latinoamericano de Bioética. Director Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia. 2008, pp. 1-660.
- Lipovestsky G. La tercera mujer. 1997. Edition Gallimard. Traducción por Editorial Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona, Sexta edición. 2007.
- Porto D. Derechos al cuerpo propio, pp. 233-235. En: Diccionario Latinoamericano de Bioética. Director Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2008, pp. 1-660.
- Saulquin S. En: La moda como sistema. Desarticulación del sistema de la moda. Capítulo II, pp. 69-124. Una nueva tipología indumentaria. Cap. III, pp. 125-190 - La muerte de la moda, el día después. Paidós Entornos. Buenos Aires, Argentina. 2010, pp. 8-292.
- Sartre. El Ser y la Nada.
- Tealdi JC. Cuerpo Humano, pp. 22-227. En: Diccionario Latinoamericano de Bioética. Director Juan Carlos Tealdi. Red bioética, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2008, pp. 1-660.
- Wolf N. The body myth; how images of beauty are used against women. Originalmente publicado por *New York Morrow*, 1991. Harper Perennial, New York, USA. 2002, pp. 1-348.

Capítulo 3

- American Society of Plastic Surgeons (ASPS) 2009. Report of the 2008. Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPS 2009, pp. 1-22.

- www.plasticsurgery.org/documentos/Newsweek-resources/statistics/2011-statistics_stats_full_full_report.pdf
- American Society of Plastic Surgeons (ASPS 2010). Report of the TOTAL PROCEDURES FOR 25 TOP COUNTRIES. Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPS 2010.
- AMPEI, Agrupación Mexicana para la Práctica Estética Interdisciplinar. CESIE, Centro Especializado en Salud Interdisciplinaria para la Estética. STPS, Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En: www.esteticainterdisciplinaria.com
- Asociación de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A.C. En: www.cirurgiaplastica.org.mx. Número de miembros activos y directorio por estados de la República Mexicana. Abril de 2010.
- Aréchiga H, Ruíz Pérez L, Durand O, et al. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 34 (1): 19-23.
- Aristóteles. Metafísica. Libro V. Traducción de Patricio Azcárate. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1972, p. 105.
- Brassington I. Body art and medical need. *J Med Ethics* 2006; 32 (1): 13-16.
- Brewster C, Shoaib T. Caseload of NHS plastic surgeons in Scotland, 2005-2006; analysis of Scottish hospital activity data. *J Royal Soc Med* 2009; 102: 148-156.
- Buford AG, House SE. Potential Growth, Demographics, and Future Trends. Chapter 4. En: Beauty and the Business. Practice, Profits and Productivity, Performance and Profitability. Morgan James Publishing. New York, USA. 2009, pp. 3-204.
- Cash T. Body Image and Plastic Surgery. Chapter 4, pp. 37-59. En: Chapter 18, pp. 301-313. En: Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives. Editores David Sarwer, Thomas Pruzinsky, Thomas F. Cash, Robert M. Goldwyn, John A. Persing, Linton A. Whitaker. Lippincott Williams/Wilkins. Philadelphia, Pennsylvania, USA. 2006, pp. 3-338.
- Castañón C. "El dinero ya no es problema para tu cirugía plástica". Líder del programa Matices en IXE Banco. En: <http://www.ixe.com.mx/storage/RevCirujanosPlasticosComp.pdf>
- Castonguay G, Brown A. "Plastic surgery tourism" proving a boon for Costa Ricas's surgeons. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 74-76.
- Código de Ética. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. info@RevistaCirujanosPlasticos.com | Copyright © 2005 - CIRUJANOS PLÁSTICOS - Todos los Derechos Reservado Autor: 04-2005-063017554300-102. Revista Cirujanos Plásticos. [www.Revista%20Cirujanos %20Plásticos%20-%20Visión.webarchive](http://www.Revista%20Cirujanos%20Plásticos%20-%20Visión.webarchive)
- Colegio Científico para la Prevención y Tratamiento en Nutrición, Anti-envejecimiento y estética A.C. En: www.colegiodemedicinaestetica.com
- Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. En: www.cmcper.org.mx. Número de miembros certificados y recertificados. Abril de 2011.
- Davies DM. Plastic Surgery: an speciality on its kness. *Br Med J* 1987; 295 (12): 1502.
- Davis K. Introducción. En: *El cuerpo a la Carta. Estudios culturales sobre la cirugía cosmética*. Título original *Dubious Equalities and Embodied Differences Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Traducción Ingrid Ebergenyi Salinas. La Cifra Editorial. México. 2007, pp. 15-37.
- *Diario Oficial de la Federación*. Publicado el 4 de diciembre de 2009. Segunda Sección. Secretaria de Salud. Decreto que adiciona el capítulo IV Bis y deroga la fracción VIII del artículo 135 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Segunda Sección, pp 10. En: diariooficial.segob.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=225310&pagina=10&seccion=2
- Editorial. The Case of the Plastic Surgeons. *British Medical Journal* 1961; 12: 1483-1484.
- European Conference of National Ethics Committees (COMETH www.coe.int/T/E/Legal_cooperation/bioethics/COMETH)
- Goodacre T. Plastic Surgery in rural African Hospital; spectrum and implication. *Anal of Royal College of Surgeons of England* 1986; 68: 42-44.
- Index Mundi México, Expectativa de vida al nacer. 2011. Tomado del Central Intelligence Agency de USA. World factbook. En: www.indexmundi.com/es/mexico/expectativa_de_vida_al_nacer.html México.
- Hart W, Linse R. Botulinophilia: a contraindication for therapy with botulinum toxin. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2001; 39 (10): 460-463.

- Irvine W. On desire. Why we want what we what. Oxford University Press. New York. 2006, pp. 1-322.
- Jones D. BC and Alberta crack down on cosmetic prizes. *Medical Ethics. JAMC* 2004; 171 (11): 1334.
- Lastida Gómez de la Torre O. Comunicación personal. Hopsital Ángeles del Pedregal. 2010-2011.
- Laneader AM, Wolpe PR. Ethical Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 18, pp. 301-313. En: *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives*. Editores David Sarwer, Thomas Pruzinsky, Thomas F. Cash, Robert M. Goldwyn, John A. Persing, Linton A. Whitaker. Lippincott Williams/Wilkins. Philadelphia, Pennsylvania, USA. 2006, pp. 3-338.
- Laub D. Third World Plastic Surgery. *The Western Journal of Medicine* 1999; 154 (2): 229. Letter to the editor.
- Levan Norman E. About those US fees. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (6): 761.
- Ley General de Salud. En: V. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulos III y IV, artículos para la prestación de servicios en consultorios y de hospitales. Arts. 56 al 68; Arts. 69-95. Capítulo V. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 9-14.
- Ley General de Salud. En: IV. Reglamento para Salud en Materia de Publicidad. Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 1-24.
- Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptam.html
- Lipovetsky G. La tercera mujer. Permanencia y revoluciuón de lo femenino. Traducción de Rosa Alapont. Editorial Anagrama. Barcelona, España. 1997. Séptima edición. 2007, pp. 9-297.
- Medicina Estética Europea de Occidente, S.A. de C.V. En: www.medicinaesteticaeuropea.com.mx
- MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Editorial Paidós. Barcelona. 2001.
- Mill JS. Sobre la libertad. Traducción Pablo de Azcárate. Alianza Editorial. Madrid. 1969, pp. 1-206.
- Molina F. Comunicación personal. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Gea González, y también ejerce de manera privada. Abril de 2011.
- Musago A. Comunicación personal. Clínica privada en Bari, Italia. Septiembre de 2011.
- Norma Oficial Mexicana para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria NOM-205-SSA-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación NOM-087-ECOL-SSA1-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la especificaciones de manejo NOM-168-SSA1-1998. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana del expediente clínico NOM-170-SSA1-1998, en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología NOM-197-SSA1-2000. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de los defectos del nacimiento NOM-034-SSSA2-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- O'Boyle CP, Cole RP. Rationing in the NHA: audit. The outcome and acceptance of restriction criteria for minor operations. *British Medical Journal* 2001; 3213: 428-429.
- Ortiz Monasterio F. Cirugía reconstructiva. Cap XXX. En: *La Salud en México: Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Pasado, Presente y Futuro. Volumen 2*. Cuauhtémoc Valdés coordinador. Compiladores Guillermo Soberón, Jesús Kumate, José Laguna. Biblioteca de Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica. 1989, pp. 81-93.
- Ortiz Monasterio F. Miembro Honorario del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Manuel Gea González. Comunicación personal 2010-2011.
- Orton C. Regulating cosmetic surgery. Members of the public would be better protected if they consulted their general practitioners first. *BMJ* 2002; 321: 1229-1230.
- Pérez-Dosal M. Comunicación personal 2011. Miembro del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Manuel Gea González.

- Pierce HE, Cynwyd B. Ethnic Considerations in Multidisciplinary Cosmetic Surgery. Brief. *Journal of National Medical Association* 1984; 76 (9): 915-920.
- Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder. An Essential Guide, Oxford University Press. 2009; 3-288.
- Rodríguez Vizcarra Velazquez A. Iniciativas presentadas por Diputado en la LX Legislatura turnadas a Comisión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. En Publicación Gaceta: 18-Septiembre-2008. sitl.diputados.gob.mx/iniciativas_por_pernp.php?iddipt=82&pert=9
- Romero M. Investigadora Titular del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Comunicación personal 2010-2011.
- Sarwer DB. Psychological Assessment of Cosmetic Surgery Patients, Chapter 16, pp. 267-285. En: *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical, Empirical and Ethical Perspectives*. Editores David Sarwer, Thomas Pruzinsky, Thomas F. Cash, Robert M. Goldwyn, John A. Persing, Linton A. Whitaker. Lippincott Williams/Wilkins. Philadelphia, Pennsylvania, USA. 2006, pp. 3-338.
- Simoes JA. Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port* 2010; 23 (3): 483-492.
- Sociedad Mexicana Científica de Medicina Estética. En: www.smcme.com.mx
- Sommerville M, Radford G, Hews N. Interventions requested for psychological reasons should be studied. Letter to the editor. *BMJ* 1996; 313.
- Spaeman R. ¿Son todos los hombres personas? Cuadernos de Bioética, España. 1997. Vol. VIII. No. 31-3ª. Julio-sept., pp. 1027-1033.
- Steinkamp N, Gordijn B, Borovecki A, et al. Regulation of Elath care ethics committees in Europe. *Medicine Health Care and Philosophy* 2007; 10: 461-475.
- Sullivan DA. Technological Imperialism. The Emergence of Cosmetic Surgery. Chapter 3. En: *Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, pp. 32-67.
- Sullivan DA. Medical Entrepreneurs. Market forces, Regulatory Changes, and the Growth of Cosmetic Surgery. Chapter 4. En: *Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, pp. 68-101.
- Sullivan P. Plastic surgeons take advantage of relaxed rules, launch and campaigns. *Can Med Assoc J* 1992; 146 (1): 55-57.
- Sullivan P. GTS on cosmetic procedures will drive patients away, surgeons say. Section Business. *Les Affaires*. CMAJ 1990; 142 (1): 55-56.
- Terry MB, Skovron ML, Garbers S, et al. The estimated Frequency of Cosmetic Breast Augmentation among US Women, 1963 through 1988. *Am J Public Health* 1995; 85: 1122-1124.
- Thomas H. Aspectos éticos de la cirugía plástica y reconstructiva. Traducción del alemán por José María Barrio Maestre. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia, España. *Cuadernos de Bioética* 2008; XIX (065): 131-145.
- Universidad Anáhuac del Norte. Facultad de Medicina. En: www.anahuac.com
- Voice S. Is surgery in Costa Rica really cheaper? Letter to the editor. *Can Med Assoc J* 1993; 306: 595-596.
- Wolf N. The beauty myth. How Images of Beauty Are Used Against Women. Harper Perennial second edition 2001, from the first edition 1991 by William Morrow and Company. New York, pp. 9-348.

Capítulo 4

- American Society of Plastic Surgeons (ASPS) 2009. Report of the 2008. Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPS 2009, pp. 1-22.
- American Society of Plastic Surgeons (ASPS 2010). Report of the TOTAL PROCEDURES FOR 25 TOP COUNTRIES. Statistics National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics. ASPS 2010, pp. 1-17.
- AMPEI, Agrupación Mexicana para la Práctica Estética Interdisciplinar. CESIE, Centro Especializado en Salud Interdisciplinaria para la Estética. STPS, Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En: www.esteticainterdisciplinaria.com

- Asociación de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A.C. En: www.cirurgioplastica.org.mx. Número de miembros activos y directorio por estados de la República Mexicana. Abril de 2010.
- Aréchiga H, Ruiz Pérez L, Durand O, et al. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 34 (1): 19-23.
- Brewster C, Shoaib T. Caseload of NHS plastic surgeons in Scotland, 2005-2006; analysis of Scottish hospital activity data. *J Royal Soc Med* 2009; 102: 148-156.
- Buford AG, House SE. Potential Growth, Demographics, and Future Trends. Chapter 4. En: *Beauty and the Business. Practice, Profits and Productivity, Performance and Profitability*. Morgan James Publishing. New York, USA. 2009, pp. 25-43.
- Castañón C. "El dinero ya no es problema para tu cirugía plástica". Líder del programa Matices en IXE Banco. En: <http://www.ixe.com.mx/storage/RevCirujanosPlasticosComp.pdf>
- Castonguay G, Brown A. "Plastic surgery tourism" proving a boon for Costa Ricas's surgeons. *Can Med Assoc J* 1993; 148: 74-76.
- Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. En: www.cmcper.org.mx. Número de miembros certificados y recertificados. Abril de 2011.
- Davies DM. Plastic Surgery: an speciality on its knees. *Br Med J* 1987; 295 (12): 1502.
- Davis K. Introducción. En: *El cuerpo a la Carta. Estudios culturales sobre la cirugía cosmética*. Título original *Dubious Equalities and Embodied Differences Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Traducción Ingrid Ebergenyi Salinas. La Cifra Editorial. México. 2007, pp. 15-37.
- DSM-IV-TR Breviario. Criterios diagnósticos. Director de la edición castellana Juan J. López-Ibor y Manuel Valdés Miyar. Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana, Washington, USA. Masson, S.A. Primera edición, 2002, pp. 1-347.
- Ecco H. *Historia de la belleza*. Traducción por María Irazazábal. Editorial Lumen. Octava edición. Barcelona, España. Febrero de 2007.
- Editorial. The Case of the Plastic Surgeons. *British Medical Journal* 1961; 12: 1483-1484.
- European Conference of National Ethics Committees (COMETH: www.coe.int/T/E/Legal_cooperation/bioethics/COMETH)
- Goodacre T. Plastic Surgery in rural African Hospital; spectrum and implication. *Anal of Royal College of Surgeons of England* 1986; 68: 42-44.
- Jones D. BC and Alberta crack down on cosmetic prizes. *Medical Ethics. JAMC* 2004; 171 (11): 1334.
- Medicina estética Europea de Occidente, S.A. de C.V. En: www.medicinaesteticaeuropea.com.mx
- Colegio Científico para la Prevención y Tratamiento en Nutrición, Antienvjecimiento y Estética, A.C. En: www.colegiodemedicinaestetica.com
- Laub D. Third World Plastic Surgery. *The Western Journal of Medicine* 1999; 154 (2): 229. Letter to the editor.
- Levan NE. About those US fees. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (6): 761.
- Ley General de Salud. En: IV. Reglamento para Salud en Materia de Publicidad. Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 1-24
- Molina F. Comunicación personal. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Gea González. Abril de 2011.
- Musago A. Comunicación personal. Clínica privada en Bari, Italia. Septiembre de 2011.
- O'Boyle CP, Cole RP. Rationing in the NHA; audit. The outcome and acceptance of restriction criteria for minor operations. *British Medical Journal* 2001; 321: 428-429.
- Ortiz Monasterio F. Cirugía reconstructiva. Cap. XXX. En: *La Salud en México: Testimonios 1988*. Especialidades Médicas en México. Pasado, Presente y Futuro. Volumen 2. Cuauhtémoc Valdés coordinador. Compiladores Guillermo Soberón, Jesús Kumate, José Laguna. Biblioteca de la Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica. 1989, pp. 81-93.
- Orton C. Regulating cosmetic Surgery. Members of the public would be better protected if they consulted their general practitioners first. *BMJ* 2002; 321: 1229-1230.
- Pierce HE, Cynwyd B. Ethnic Considerations in Multidisciplinary Cosmetic Surgery. *Brief. Journal of National Medical Association* 1984; 76 (9): 915-920.

- Sociedad Mexicana Científica de Medicina Estética. En: www.smcme.com.mx
- Sommerville M, Radford G, Hews N. Interventions requested for psychological reasons should be studied. Letter to the editor. *BMJ* 1996; 313.
- Steinkamp N, Gordijn B, Borovecki A, et al. Regulation of Elath care ethics committees in Europe. *Medicine Health Care and Philosophy* 2007; 10: 461-475.
- Sullivan DA. Technological Imperialism. The Emergence of Cosmetic Surgery. Chapter 3. En: *Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, pp. 32-67.
- Sullivan DA. Medical Entrepreneurs. Market forces, Regulatory Changes, and the Growth of Cosmetic Surgery. Chapter 4. En: *Cosmetic Surgery. The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London. Copyright 2001. Second paper back printing. 2004, pp. 68-101.
- Sullivan P. Plastic surgeons take advantage of relaxed rules, launch and campaigns. *Can Med Assoc J* 1992; 146 (1): 55-57.
- Sullivan P. GTS on cosmetic procedures will drive patients away, surgeons say. Section Business. *Les Affaires*. *CMAJ* 1990; 142 (1): 55-56.
- Terry MB, Skovron ML, Garbers S, et al. The estimated Frequency of Cosmetic Breast Augmentation among US Women, 1963 through 1988. *Am J Public Health* 1995; 85: 1122-1124.
- Universidad Anáhuac del Norte. Facultad de Medicina. En: www.anahuac.com
- Voice S. Is surgery in Costa Rica really cheaper? Letter to the editor. *Can Med Assoc J* 1993; 306: 595-596.
- Ward C. A day of plastic surgery in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76: 102-196.
- www.mujer.terra.es/muj/artic/htm. EEUU líder en intervenciones plástica. Cirugía estética por países. 6 de febrero de 2010.

Capítulo 5

- Asociación de Cirujanos Plásticos Estéticos y Reconstructivos de México. Estatutos y Códigos de Ética. En línea: www.cirugiaplastica.org.mx/estatutos/estatutos.pdf
- Adamson TE, Baldwin DC Jr, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. *West J Med* 1997; 166: 37-44.
- Beauchamp T. "Paternalism". En: Warren TR. *Encyclopedia of Bioethics*, 2a ed., 5 vols. New York, Simon & Schuster. Macmillan. 1995, 4: 1914-1920.
- Bosch-Barrera J. Dilemas éticos en la práctica médica en 2010; reflexiones en torno a los resultados de una encuesta a más de 10,000 facultativos. *Cuad Bioét* XXII 2011/1ª; 113-118.
- Buchanan AE, Brock DW. Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada. Problemas de ética. Traducción de Laura Manríquez, Laura Lecuona Chávez. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Programa de Maestría y Doctorado en Filosofía. Fondo de Cultura Económica. 2009, pp. 1-406. I. Concepto de capacidad, pp. 28-33.
- Clarkson P, Stafford Clark D. Role of the Plastic Surgeon and the Psychiatrist in the Surgery of appearance. *British Medical Journal* 1960; dec: 1768-1771.
- Chung K, Pushman A, Bellfi LT. A Systematic Review of Ethical Principles in the Plastic Surgery Literature. *Plast Reconstr Surg*. Author manuscript; available in PMC 2010 November 1, pp. 1-7. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124 (5): 1711-1718. doi:10.1097/PRS.0b013e3181b98a9f.
- Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. Código de Ética info@RevistaCirujanosPlasticos.com, Copyright © 2005 - CIRUJANOS PLÁSTICOS - Todos los Derechos Reservado Autor: 04-2005-063017554300-102. *Revista Cirujanos Plásticos*. En: www.Revista%20Cirujanos%20Plásticos%20-%20Visión.webarchive
- Bailey C, Fehlings, Rampersaud R, et al. Industry an evidence-based medicine: Believable or conflicted? A systematic review of the surgical literature. *Can J Surg* 2011; 54 (5): 321-325.

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadísticas sobre quejas y dictámenes. Estadísticas correspondientes al 2011. En: www.conamed.gob.mx, sitio visitado el 15 de febrero de 2012.
- www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/resena_estadistica_1996-2010.pdf. Sitio visitado el 15 de febrero de 2012.
- Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido. Cuadro 1.
- Motivos de las gestiones inmediatas concluidas. Enero-Junio de 2011. Cuadro 8.
- *Diario Oficial de la Federación*. 4 de diciembre de 2009. Segunda Sección. Secretaría de Salud. Decreto que adiciona el capítulo IV Bis y deroga la fracción VIII del artículo 135 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Segunda Sección, p. 10. En: diariooficial.segob.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=225310&pagina=10&seccion=2
- DSM-IV-TR, Breviario. Criterios diagnósticos. Director de la edición española: Juan J. López Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar. Masson. Edición en español. 2002, pp. 1-347.
- Dyer C. Clinical negligence claims against plastic surgeons rise "significantly". *British Medical Journal* 2012; 2: 344.
- Feinberg, 1980, cit. por Beauchamp, 1995, p. 1915; Feinberg, Joel, "Legal Paternalism". *Canadian Journal of Philosophy* 1971; 1: 105-124.
- Fujita RS. Denúncias por erro médico em Goiás. *Rev Assoc Med Bra* 2009; 55 (3): 283-289.
- Gorney M. Professional and Legal Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 19, pp. 315-327. En: *Psychologic Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical Empirical, and Ethical perspectives*. Editores: Sarwer DB, Prusinsky T, Cash TA, et al. Lippincott Williams & Wilkins. Maryland, USA. 2006, pp. 1-388.
- Ibarzabal Aramberi X. Capacidad y competencias: reflexiones y aproximaciones prácticas desde la bioética. *Revista Selecciones de Bioética*, abril de 2007, pp. 98-106. Tomado de: *Revista Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría Gerontología* 2005; 21 (4): 27-35.
- Jerjes W, Mahl J, Upile T. English law for the surgeon I: Consent, capacity and Competence. *Head & Neck Oncology* 2011; 3: 41-46.
- Jonas H. El principio de la responsabilidad. Ensayo para una ética para la civilización tecnológica. Título original: *Das Prinzip Verantwortung*. 1979. Traducción de Javier Ma. Fernández Retenaga. Primera edición en español, 1994. ISBN: 84 254-1901-8. Segunda edición. España. 2004, pp. 1-398.
- Korenstein D, Keyhani S, Ross J. Physician attitudes toward industry: a Viesca across the specialities. *Arch Surg* 2010; 145 (6): 570-577.
- Kvitko LA. La responsabilidad médica en cirugía estética. ¿Obligación de medios o de resultados? Antecedentes. *Jurisprudencia Argentina y Española. Cambio Radical en la doctrina y criterio jurisprudencial Español. Medicina Legal de Costa Rica* 2011; 28 (1): 7-24.
- Laneader A, Root Wolpe P. Ethical Considerations in Cosmetic Surgery. Chapter 18, pp. 301-314. En: *Psychologic Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery. Clinical Empirical, and Ethical perspectives*. Editores: Sarwer DB, Prusinsky T, Cash TA, et al. Lippincott Williams & Wilkins, Maryland, USA. 2006, pp. 1-388.
- Kemo P. La mundialización de la ética. Colección Argumentos. Traducción por Lizbeth Sagols Sales. Distribuciones Fontamara, S.A. Primera edición. México, D.F. 2007, pp. 7-175.
- Kidd HB. The case of plastic surgeons. *Correspondence British Medical Journal* 1961; 1641, 1642.
- Labastida Gómez de Robles O. Comunicación verbal. Hospital Ángeles del Pedregal. Febrero de 2010.
- Ley General de Salud. En: V. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo III y IV, artículos para la prestación de servicios en consultorios y de hospitales. Arts. 56 al 68; Arts. 69-95. Capítulo V. Agenda de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A., pp. 9-14.
- Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html
- Lipovetsky G. *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*. Anagrama. Colección Argumentos. Traducción de Felipe Hernández y Carmen López. *Lémpire de léphemère. La mode et son destin Dans les sociétés modernes*. Editions Gallimard. Barcelona. Séptima edición, pp. 9-324.
- MacIntyre A. *Animales racionales y dependientes*. Editorial Paidós. Barcelona. 2001.

- Mackenzie R, Cronstein B. Conflict of Interest. *HSSJ* 2006; 2: 198-201.
- Molina Montalva F. Comunicación personal. Febrero de 2010.
- Nandimath OV. Consent and medical treatment: The legal paradigm in India. *Indian Journal of Urology* 2009; 343-347.
- Norma Oficial Mexicana para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria NOM-205-SSA-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación NOM-087-ECOL-SSA1-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la especificaciones de manejo NOM-168- SSA1-1998. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana del expediente clínico NOM-170- SSA1-1998. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la práctica de la anestesiología NOM-197-SSA1-2000. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de los defectos del nacimiento NOM-034-SSSA2-2002. En: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom
- Ortiz Monasterio F. Comunicación personal. Febrero de 2010.
- Raimundo Fujita R, Cardoso Dos Santos I. Denúncias por erro médico em goiás. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55 (3): 283-289.
- Ring AL. Using "anti-ageing" to market cosmetic surgery: just good business, or another wrinkle on the face of medical practice? *Medical Journal of Australia* 2002; 176 (12): 597-599.
- Roccatti M. El respeto a los derechos humanos para combatir la violencia, pp. 15-30. En: Eliminación de la violencia contra la mujer. Cámaras Selvas CC (Coord.). Cámaras. INACIPE. Conferencias Magistrales No. 9. México. 2005, pp. 9-90.
- Rogers WA. Beneficence in general practice; an empirical investigation. *Journal of Medical Ethics*, 1999; 25: 388-393.
- Rodríguez Vizcarra Velazquez A. Iniciativas presentadas por Diputado en la LX Legislatura turnadas a Comisión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. En: Publicación en Gaceta: 18-Septiembre-2008. sitl.diputados.gob.mx/iniciativas_por_pernp.php?iddipt=82&pert=9
- Sarah H. Plastic surgeons say they have to pay for the mistakes of other physicians. *CMA Journal* 1979; 121: 1537-1543.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. Constitucionalidad de los Requisitos para poder realizar cirugías estéticas y cosméticas. Serie Decisiones Relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, Septiembre de 2011, pp. 9-147.
- Thomas H. Aspectos éticos de la cirugía plástica y reconstructiva. Cuadernos de Bioética. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia, España. 2008; XIX (065): 131-145.
- Torjuul K, Nordam A, Sorlie V. Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. *BMC Medical Ethics* 2005; 6: 1-10.
- Sullivan P. Plastic surgeons take advantage of relaxed rules, launch and campaigns. *Can Med Assoc J* 1992; 146 (1): 55-57.
- Vanderpool H. Surgeons as Mirrors of Common Life. Cooley Society 16th International Symposium. *Texas Heart Institute Journal* 2009; 36 (5): 449-450.
- Wijsbek H. The pursuit of beauty: the enforcement of aesthetics or a freely adopted lifestyle? *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 454-458.

Agradecimientos generales

Las fotografías del capítulo 3 pertenecen al:

- Archivo médico de la Dra. Marcia Rosario Pérez-Dosal. Cirujano plástico reconstructivo y estético (draperezdosal@gmail.com)
- Archivo médico del Dr. Rafael Villaseñor Caloca. Cirujano plástico reconstructivo y estético

Del resto de las imágenes:

- Archivo personal del Dr. Alejandro Rodríguez
- Archivo personal del Dr. Carlos Del Vecchio
- Biblioteca "Nicolás de León" del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM
- Fotógrafo Jorge Iñiguez Vallejo
Murales dentro del antiguo Hospital Civil de Guadalajara
- Instituto Ortopédico Rizzoli, Bologna, Italia
- Página *Web*: "Wikimedia Commons". Copyrighted work available under Creative Commons Attribution on licence CC BY 4.0
- Página *Web*: "Wikipedia: la enciclopedia libre". Dominio público
- Thanks to Maisie Beech

El dilema bioético entre lo natural y lo artificial; el caso de la cirugía plástica estética

Editado por la Secretaría de Desarrollo Institucional
de la Universidad Nacional Autónoma de México,
se terminó de imprimir el 3 de octubre de 2016
en los talleres de Gerardo Maravel Vargas, Refugio 20, Oficina 14,
Col. Nativitas, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03500, Ciudad de México.
Tel. 6507-7582, laserxola@hotmail.com

En su composición se utilizaron fuentes
de la familia Myriad Pro de 10 puntos.

La impresión de interiores se realizó en offset a 4 x 4 tintas, sobre papel
Bond Eucalipto Alta Blancura de 90 gramos y forros en cartulina sulfatada
de 16 puntos a 2 caras, con laminado mate.

Su tiraje consta de 500 ejemplares.

La edición estuvo al cuidado
de María del Rosario Gutiérrez Razo



SDI SECRETARÍA DE
DESARROLLO
INSTITUCIONAL