

¿SON ENFERMOS REALES LOS PACIENTES ESTÉTICOS?

LA BIOÉTICA ANTE LA ATENCIÓN DE DUDOSAS PATOLOGÍAS

Emilio García-Sánchez

Universidad CEU Cardenal Herrera

Resumen: En los últimos años ha aparecido una nueva tipología de paciente denominado paciente estético que acude a técnicas para satisfacer deseos de embellecimiento corporal: cirugías, tratamientos cosméticos. Pero se trata de pacientes sanos que no padecen enfermedades. ¿Son pacientes reales? Algunos médicos consideran que estamos ante una nueva situación que hace replantearse los fines de la medicina y algunos principios bioéticos. La avalancha de estos pacientes ha generado un debate sociosanitario. ¿Debería cubrir la sanidad pública los casos de personas que sin tener síntomas claros de enfermedad creen “padecer” una anomalía que no es posible fundamentar en evidencias científico-médicas? ¿Es realmente una necesidad terapéutica la satisfacción de un deseo estético subjetivo? ¿Dónde fijamos el límite teniendo en cuenta que muchos apelan al respeto a su autonomía para satisfacer esas necesidades? Estas intervenciones no están exentas de riesgos físicos y psíquicos. No deberían banalizarse estas consecuencias negativas. Es un área creciente en demandas por daños y perjuicios. Habría que valorar si algunos médicos están siendo cómplices en difundir normas de belleza y estilos de vidas que no parecen tan saludables.

Palabras clave: Paciente estético, medicina estética, belleza, ética.

Are aesthetic patients real sick? Bioethics in the face of doubtful pathologies

Abstract: In the recent years, a new type of patient has appeared: the aesthetic patient, who aims to satisfy desires of body beautification through surgeries and cosmetic treatments. But they are healthy patients who do not suffer from diseases. Are they real patients? Some doctors consider that we are facing a new situation that pushes us to rethink the ends of medicine and some bioethical principles. The avalanche of these patients has generated a public health debate. Should public health cover cases of people who, without clear symptoms of illness, believe that they "suffer" an abnormality that can not be based on scientific and medical evidence? Is the satisfaction of a subjective aesthetic desire really a therapeutic need? Where do we set the limit, taking into account their appeals to respect for their autonomy to satisfy those needs? These interventions are not exempt from physical and psychological risks. Their negative consequences should

not be trivialized. It is a growing area in claims for damages. It should be assessed whether some doctors are being complicit in spreading beauty norms and lifestyles that do not seem so healthy.

Keywords: aesthetic patient, aesthetic medicine, beauty ethics

1. La aparición de un nuevo paciente: *el paciente estético*

En los últimos años ha aparecido una nueva tipología de paciente en el ámbito sociosanitario. Es el denominado “paciente estético”, un paciente que acude a técnicas de medicina estética y cosmética para satisfacer deseos de embellecimiento corporal. Pero se trata de un tipo de pacientes que están sanos, no padecen enfermedades porque en ellos no se ha desencadenado un proceso patológico que pueda ser claramente diagnosticado por un equipo médico; en ellos no hay nada que ponga en riesgo su vida (Novoa, 2012). Son los casos de personas que por motivos exclusivamente estéticos, por preferencias personales, desean someterse a: implantes mamarios o mamoplastias de aumento, reducción mamaria, rinoplastias, blefaroplastias o cirugía de párpados caídos, abdominoplastias, liposucciones, etc. Constituyen los tratamientos estéticos más demandados en la actualidad (García-Sánchez, 2016:198).

Estos nuevos pacientes estéticos son diferenciados de aquellos otros en los que sí se requiere una intervención estética quirúrgica de tipo reconstructiva y reparadora. Se trata de personas en las que se diagnostica la existencia de una objetiva deformación corporal de tipo congénita o causada por un accidente, heridas y defectos generados por quemaduras, por un tratamiento oncológico, o sencillamente la forma corporal de algún miembro es motivo de estigmatización social y requiere una intervención –por ejemplo, orejas de soplillo. En estos casos hay una causa objetiva de sufrimiento que debe ser tratada, teniendo el derecho a recibir una cobertura y atención en centros sanitarios de la Seguridad Social.

El resto de pacientes, si no hay un diagnóstico claro de alteración en la salud, son derivados o atendidos en centros privados, clínicas estéticas. Desde la salud pública se entiende que no responden a lo que se considera un “paciente real” ambulatorio con unas características tipificadas como anómalas y por tanto sujetas a tratamiento y atención médica. Por clarificar ideas, tener arrugas en la piel por envejecimiento no se considera un síntoma de una enfermedad tipificada, lo mismo sucede con otro tipo de aspectos estéticos corporales: parpado caído, un cierto sobrepeso, caída del pelo con el tiempo, flacidez mamaria posparto, pectorales poco musculosos. No son consideradas enfermedades en el ámbito científico-médico. Cómo es de suponer y es comprensible, las personas con esos rasgos estéticos no patológicos están en su perfecto derecho de mejorarse estéticamente.

2. Controversias en torno al nuevo paciente estético y a su atención

La discusión estriba en si estos últimos casos de pacientes deberían ser asimilados totalmente a la definición de paciente tradicional y si lo que les sucede debería tipificarse como un nuevo problema de salud real que por tanto habría que cubrir y atender públicamente. Existe una controversia médica actual en si se debe considerar y aplicar el término médico “paciente” a los que no presentan síntomas claros de sufrimiento o dolor como son la mayoría de los supuestamente pacientes estéticos. Otros plantean que es mejor adscribirlos a otra denominación: usuarios de estética o usuarios de salud estética, clientes de clínicas estéticas. Consideran que describe un tipo de medicina que no atiende a una dolencia como tal ni trata de reestablecer la salud, planteándose incluso el debate de si esa nueva medicina estética es realmente medicina (Edmonds, 2013: 250).

Algunos médicos y sociedades médicas manifiestan encontrarse ante una nueva situación que está haciendo replantearse los fines tradicionales de la medicina (Hasting

Center, 1996: 26), el propio concepto de salud y las aplicaciones de los principios de la bioética (Beauchamp- Childress, 2001)

Normalmente la propia sanidad pública y sus facultativos diferencian una necesidad terapéutica estética de lo que es un deseo legítimo no terapéutico de mejora o satisfacción corporal. En general se rigen por unos criterios clínicos/ médicos que les permite diferenciar los casos en los que no hay ningún problema de salud de los que sí (Fitzgerald 2007). En el primer caso se les deriva a la salud privada. Por supuesto que esto no es óbice ni supone un obstáculo para que toda persona pueda ser atendida en la seguridad social al menos en la primera fase diagnóstica. Aunque en ocasiones lo que resulta es que no hay diagnóstico posible, o mejor dicho que el resultado diagnóstico es la ausencia de enfermedad o dolencia, ni siquiera psicológica. De hecho, la mayoría de personas que desean someterse a cirugías o a tratamientos estéticos acuden directamente a la clínica privada sin pasar previamente por consulta pública porque en principio asumen que no tienen nada diagnosticable sospechoso de ser tratado como tal por la medicina.

Por otra parte, desde la gestión de los recursos sanitarios públicos, así como desde la aplicación de unos de los grandes principios de la bioética – el llamado principio de justicia- (Beauchamp- Childress, 2001) se considera que los recursos -siempre escasos- requieren un orden justo en su distribución y en su aplicación. Y desde esta perspectiva no tendría sentido por injusto derivar recursos, así como esfuerzos y tiempo del personal sanitario a atender y a cubrir deseos “subjetivos” de pacientes estéticos que no representan un problema de salud. En ese caso y dada la escasez reconocida no habría más remedio que dejar de atender o retrasar la atención de enfermos verdaderamente graves con patologías severas para atender a esos unos nuevos pacientes que no están enfermos. Insisto en que no se cuestiona el legítimo deseo de cualquier persona de querer

embellecerse para mejorar su autoestima. En todo caso lo que se cuestiona es que tal deseo deba ser satisfecho en el ámbito de la medicina pública.

El conocido y controvertido caso de implantes mamarios defectuosos PIP fue un claro ejemplo de las controversias y el debate que vengo comentando. En España más de 18.000 mujeres portaban estos implantes de silicona industrial, aunque solo 3000 fueron afectadas. Tanto España y otros países con víctimas de las PIP solicitaron a sus respectivos ministerios de sanidad la retirada o explantación de los implantes defectuosos y la implantación de nuevas prótesis, exigiendo que les cubrieran los gastos de la compra y cirugías. A posteriori muchos de esos departamentos de salud comunicaron que no disponían de presupuesto para cubrir ese tipo de gastos. A esto se sumaron las críticas de distintos sectores sociales al ver cómo sus impuestos corrían el peligro de sufragar los daños causados por unos productos comprados y aplicados en la sanidad privada y además con un fin de embellecimiento corporal.

Finalmente, desde la sanidad pública se derivó a las afectadas a sus médicos cirujanos para que ellos se encargaran de la revisión y de la explantación de las prótesis en caso de dudas. En el informe que emitió en España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se comunicaba que: Los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS) explantarán y reemplazarán los implantes si la cirugía original fue realizada por el mismo, de acuerdo a sus protocolos clínicos en mujeres mastectomizadas (cirugía reparadora). Los implantes por cirugía estética no están en la cartera de servicios del SNS. Igualmente sucede con otros procedimientos estéticos.

En muchas ocasiones las personas que desean someterse a procedimientos estéticos de alto coste suelen pedir un crédito para pagar los implantes y el mantenimiento posterior que corresponde a la clínica privada, y no a la seguridad social.

3. Críticas al concepto de Salud de la OMS como puerta abierta a los pacientes estéticos

Desde 1945 el concepto de salud definido por la OMS¹ se ha extendido en el mundo sociosanitario y es el que actualmente domina. Pero desde algunos sectores médicos y sociales se crítica la existencia de cierta ambigüedad y excesiva amplitud en algunos términos de este nuevo concepto de salud (Díaz Rojo et al., 2006: 145-201). Según la definición, ser paciente ya no es solo padecer enfermedad porque la salud ya no es solo ausencia de ella. De este modo, “paciente” debería considerarse a cualquier persona que no ha alcanzado un pleno bienestar físico, psíquico y social, asociando la salud a ese nivel de confort. Algunos médicos reconocen que les resulta difícil delimitar y acotar médicamente este nivel total de bienestar ya que existen muchos aspectos en torno a esas características de salud que caen en un alto nivel de subjetividad personal (Gismero, 2008:148)

Por ejemplo, cómicamente hablando, algún médico ha manifestado que una subida salarial a los trabajadores de una empresa supondría también una contribución al aumento del bienestar psíquico, físico y social de los trabajadores, e incluso un aumento de la autoestima (Maio, 2007: 190). Es decir que habría una larga lista de actividades positivas o agradables que de acuerdo con los términos de la definición propuesta asumirían un valor positivo para el bienestar y por tanto no habría más remedio que considerarlas acciones de carácter médico en cuanto que mejoran la salud. Sobra decir que el bienestar resulta necesario e importante para todas las persona, pero desde un punto de vista clínico, médico, (desde el punto de vista de una ciencia, la medicina, que está basada en evidencias científicas) tal bienestar resulta insuficiente como categoría médica para poder justificar cualquier intervención, y más aún cuando las intervenciones – en este caso cirugías estéticas invasivas- no están exentas de riesgos (Fitzgerald 2007). Lo mismo sucede con

los conceptos “autoestima”, o “sentirme bien” resultando igualmente difíciles de definir médicamente.

Por otra parte, uno de los riesgos que tiene esta forma de definir la salud y al paciente es la medicalización de más ámbitos de la vida o la patologización de estados diagnosticados médicamente como normales. Empezarían a tratarse como problemas de salud cuestiones que en realidad no lo son, acuñando como anormal y nada saludable aspectos o rasgos humanos que nunca lo habían sido. Y también como consecuencia se acabarían ofreciendo soluciones supuestamente médicas a problemas que no son reales. (Maio, 2007: 189-194). No solo me refiero a cirugías, odontologías y dermatologías específicamente estéticas, sino también los casos de familias que solicitan la prescripción de hormonas de crecimiento para sus hijos sanos al pensar que no son lo suficientemente altos, o la administración de psicofármacos para trastornos muy leves no patológicos del estado de ánimo, o de la concentración.

De nuevo Maio sostiene que más que considerar como un problema médico o de salud un déficit de belleza por comparación con iconos de moda, se debería hablar más bien de un problema social generado por un contexto sociocultural (Maio, 2007: 189-194). Si una persona con un nivel normal de bienestar y de satisfacción corporal, si por la presión cosmética de su entorno laboral o social empieza a sentirse descontenta estéticamente, no debería achacar su subjetivo empeoramiento a un problema de salud o convertirlo en tal porque de hecho médicamente no hay diagnóstico posible de alteración. Del mismo modo, dada su inexistente “anormalidad” física que ha sido provocada, tampoco debería pensar que todo se resolvería automáticamente poniéndose en manos de un cirujano. No debería concluir que solo interviniéndose se sentiría bien y recuperaría su bienestar. De modo preocupante, cada vez más personas no se sienten plenamente libres en la toma de decisiones porque se les ha vuelto casi imposible no pensar o no optar

por la cirugía estética, dada las expectativas de éxito que ofrece y la presión social cosmética y el bombardeo publicitario (García-Sánchez, 2015: 680-684)

Conclusión: dudas y preguntas éticas

Existe una tendencia social promovida por sectores publicitarios y empresariales, pero también por médicos a través de sus clínicas estéticas, en difundir ideales de belleza normativa encarnadas por famosos. En muchos casos se trata de ideales que al convertirse en una norma juzgan críticamente a los que se desvían de ella o no se ajustan del todo, considerándolos como “los otros”, defectuosos... o más radicalmente como personas que puede adquirir un problema de salud y acabar enfermos. Ante la pregunta qué nariz debe operarse, qué cadera, qué glúteo, qué tamaño o forma ha de tener el pecho para tomar la decisión de aumentarlo o reducirlo con frecuencia no se responde con criterios médicos sino con criterios convencionales fijados por la moda y la publicidad.

Me planteo serias dudas éticas acerca de si algunos profesionales médicos desde sus plataformas estéticas no estarán sometiéndose a modas, y por tanto confirmando y legitimando con sus tratamientos ofertados los estereotipos inalcanzables para miles de personas. ¿No estarán comportándose como cómplices en difundir normas de belleza que no son nada saludables, como por ejemplo la delgadez extrema o determinadas tallas de pecho? (Amadio, 2010).

¿Es realmente una necesidad terapéutica la satisfacción de un deseo estético subjetivo? ¿Dónde fijamos el límite teniendo en cuenta que muchos apelan al respeto a su autonomía para satisfacer esas necesidades? Estas intervenciones no están exentas de riesgos físicos y psíquicos, y con frecuencia se minimizan. Por tanto, no deberían banalizarse estas consecuencias negativas sobre todo teniendo en cuenta que las personas que acuden a esa medicina estética están sanas. Resultaría impropio de la medicina que

estando sanos acaben siendo dañados por una cuestión de embellecimiento. Hay que primar la seguridad para reducir el número de demandas por daños y perjuicios. (Kvitko, 2011: 20). Habría que tomar medidas desde distintos ámbitos para advertir y alertar que determinados factores sociales tales como la moda y la publicidad estética están produciendo interferencias en las concepciones de salud, paciente, enfermedad, normalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Amadio, J. (2010). Are Cosmetic Surgeons Complicit in Promoting Suspect Norms of Beauty? *American Medical Association Journal of Ethics*, 12(5), 401-405.

Atiyeh, BS.; Rubeiz, MT. y Hayek SN. (2008). Aesthetic/cosmetic surgery and ethical challenges. *Aesth Plas Surg.*, 32, 829-839.

Beauchamp, T. y Childress J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 6th Ed.

Díaz Rojo, J.A.; Morant i Marco, R y Westall Pixton, D. (2006) *El culto a la salud y a la belleza. La retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Edmonds, A. (2013). Can Medicine Be Aesthetic? Disentangling Beauty and Health in Elective Surgeries. *Medical anthropology quarterly*, 27(2), 233–252.

Fitzgerald, S. P. (2007). The overall benefits risks and costs of multiple medical interventions may be less favourable than the sum of the benefits risks and costs of those individual interventions. *Medical Hypotheses*, 69, 970–973.

García Sánchez, E. (2016). Cosmetic Vulnerability: The new face of human frailty. En García Sánchez, E. y Masferrer, A. (Eds). *Human Dignity of the Vulnerable in the Age of Rights - Interdisciplinary Perspectives* (pp. 189-217). Cham, Suiza: Springer.

García Sánchez, E. (2015). Los guapos postmodernos: la bioética ante los vulnerables cosméticos. En Ortega Esquembre, C.; Richart Piqueras, A.; Páramo Valero, V. y Ruíz Rubio, Ch. (Eds). *El mejoramiento humano. Avances, investigaciones y reflexiones éticas y políticas* (pp. 671-684). Granada: Comares.

Gismero, E. (2008). Ideales vendidos, necesidades incorporadas: cambiar de cuerpo. En Roldán Franco (coord.) *Trastornos psicológicos en el siglo XXI* (pp. 149-150). UPC.

Kvitko, L.A. (2011). La responsabilidad médica en cirugía estética. ¿Obligación de medios o de resultados? Antecedentes. Jurisprudencia Argentina y Española. *Rev. Medicina Legal de Costa Rica*, 28(1), 7-24.

Maio, G. (2007). Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 39, 189-194.

Novoa, F. (2012). La medicina cosmética y su relación con el acto médico: ¿cuál es la obligación del médico? *Medwave*, 12(6), e5435.

The Hastings Center (1996). The Goals of Medicine. Setting New Priorities. Special Supplement. *Hastings Center Report* 26 (6), 1-27.

NOTAS

¹ "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100).