

## Controversias éticas y profesionales en la práctica de la medicina estética

### *Ethical and professional disputes in the practice of aesthetic medicine*

EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ

Universidad CEU Cardenal Herrera-Valencia, España

La medicina estética es un área médica relativamente reciente, cada vez más extensa y que busca entre sus fines el mejoramiento de la belleza corporal. De modo real y efectivo son muchas las personas que logran mejorar su imagen y su autoestima corporal a través de los procedimientos estéticos. En estos casos, los médicos estéticos afirman que han logrado cumplir el interés del paciente contribuyendo a su salud y bienestar. Pero ante esta nueva medicina moderna, y después de unos años de seguimiento y estudio de sus prácticas, surgen algunas dudas o sospechas sobre su integridad como verdadera ciencia médica a la luz de los fines y la misión de la medicina. Algunos resultados adversos de sus procedimientos, el aumento de demandas judiciales por mala praxis y la influencia social negativa a través de publicidades estéticas engañosas llevan a pensar si algunos aspectos – no todos – de esta nueva área se ajustan correctamente a los principios de la bioética y al buen hacer del arte médico. Concretamente, en este artículo analizamos si la práctica de la medicina estética puede estar contribuyendo a difundir estándares de belleza que no se corresponden con la normalidad corporal de la mayoría de la población. Asimismo, estudiamos si los dictados de la moda pueden estar presionando a la medicina estética y a sus profesionales a someterse a un ideal estético que es motivo de discriminación social y de debilitamiento de la autonomía del paciente.

**Palabras clave:** Medicina estética, discriminación, belleza, bioética

*Aesthetic medicine is a relatively recent medical area, increasingly extensive and seeking among its purposes the improvement of body beauty. In a real and effective way, many people manage to improve their image and body self-esteem through aesthetic procedures. In these cases, aesthetic doctors claim that they have managed to fulfill the patient's interest by contributing to their health and well-being. However, in the face of this new modern medicine, and after a few years of monitoring and studying its practices, some doubts or suspicions arise about its integrity as a true medical science in light of the aims and mission of medicine. Some adverse results of its procedures, the increase in lawsuits for malpractice and negative social influence through misleading advertisements for aesthetic clinics make one wonder if some aspects – not all – of this new area are correctly adjusted to the principles of bioethics and to the good work of medical art. Specifically, in this article we analyze whether the practice of aesthetic medicine may be helping to spread beauty standards that do not correspond to the body normality of the majority of the population. Likewise, we study whether the dictates of fashion may be pressuring aesthetic medicine and its professionals to submit to an aesthetic ideal that is a reason for social discrimination and weakening the patient's autonomy.*

**Key words:** Aesthetic medicine, discrimination, beauty, bioethics

Indirizzo per la corrispondenza  
Address for correspondence

Emilio García-Sánchez  
Universidad CEU Cardenal Herrera  
C/Luis Vives 1, 46115 Alfara del Patriarca-Valencia (España)  
e-mail: emilio.garcia@uchceu.es



### Influencia de la medicina estética en normalizar la apariencia y patologizar aspectos estéticos

Al margen del deseo universal de sentirse más atractivo, y de hacer uso de tratamientos para embellecerse, la realidad social constata un aumento del número de personas que, por comparación con modelos publicitarios e iconos de moda, consideran que deben “normalizar su apariencia” (Nuffield Council on Bioethics, 2017) para lo cual acuden a clínicas estéticas.

Desear verse mejor va más allá de un simple embellecimiento corriente que en muchas personas no constituye ninguna fuente de preocupación. Ahora, la mejora está acotada y determinada por un modelo de belleza normativizado que se ha ido imponiendo y publicitando socialmente (García-Sánchez, 2018). Se genera una inquietud estética por ajustarse a un canon de éxito representado por medidas corporales fijas que han sido establecidas arbitrariamente por algunos sectores de la industria de la moda, la publicidad, etc. Pero estos nuevos estándares de moda están sometidos al cambio tal y como ha sucedido siempre con los ideales de belleza, cuya variación ha sido constante a lo largo de la historia.

En este ámbito estético, conviene distinguir claramente el caso de aquellas personas que tienen un defecto físico objetivo – una deformidad de nacimiento o debida a un accidente, o una marca generada tras un tratamiento oncológico – las cuales requieren una cirugía plástica reconstructiva y estética para normalizar su imagen. En estas personas la normalización estética busca recuperar la armonía o integridad corporal que se ha visto alterada o perdida. Pero esa situación descrita no coincide con el de una mayoría de personas que acuden a clínicas buscando solo un objetivo estético: satisfacer un deseo corporal de mejora. Este numeroso grupo piensa o se le ha hecho creer que deben “normalizar” estéticamente alguna parte de su cuerpo para ajustarlo al ideal de apariencia, aunque en realidad no presentan ninguna anormalidad. Es decir, su cuerpo – su figura física – antes de enfrentarse al estímulo externo social parte ya de una normalidad física sin motivos para dudar de ella, porque de hecho no hay asimetrías ni desviaciones que pudieran conformar un diagnóstico estético crítico desde el punto de vista médico. En la gran mayoría de los casos, lo que en cambio sí que se constata es un alto nivel subjetivo de percepción corporal.

El bombardeo mediático de imágenes de bellezas exageradas, muchas de ellas manipuladas informáticamente (incluyendo las imágenes difundidas en las webs de las clínicas estéticas) está generando un aumento de procesos personales de autocritica corporal cuyo resultado es la generación de un déficit de normalidad estética. Esta autopercepción negativa es el resultado de la comparación con cuerpos espectaculares presentados como si estos encarnaran la normalidad y la naturalidad. La brecha producida entre la propia corporalidad y el icono dominante, conduce al pensamiento de que aún

uno mismo no ha sacado lo mejor de su cuerpo y por tanto no ha alcanzado esa normalidad.

Mínimas imperfecciones físicas apenas percibidas como problemáticas ahora se agrandan ante la comparación del modelo. Como consecuencia, aparecen personas con insatisfacción corporal que se precipitan a resolverla con urgencia para evitar consecuencias negativas en la propia autoestima, considerada como una condición de felicidad actualmente hipervalorada.

Con estas motivaciones y preocupaciones un número creciente de personas se presentan en las clínicas para someterse a diferentes cirugías y tratamientos corporales. En estos casos, la preocupación estética sí que ya aparece identificada como una fuente de ansiedad en mayor o menor grado (García-Sánchez, 2016). La extensión de este comportamiento social ha conducido a identificar la belleza con un problema de salud o de carácter médico. Asistimos a una situación médica un tanto anómala e inaudita porque se llegan a patologizar aspectos estéticos que hasta la fecha no representaban ningún problema en la ciencia médica (Aquino, 2020). Aparece una nueva tipología de paciente, el paciente estético, que, por supuestos problemas de belleza, teme una posible alteración en su salud física o mental (García-Sánchez, 2018b). El salto experimentado es de carácter cualitativo porque la belleza evoluciona de ser un aspecto valioso en la vida de una persona a convertirse en un problema de salud que debe ser tratado medicamente en el ámbito de las clínicas estéticas. Incluso, algunos sectores estéticos vinculan casi de modo unívoco la belleza con salud, llegando a plantearse como un riesgo tanto la ausencia de belleza como imperfecciones estéticas no tratadas. Algunos plataformas o corporaciones estéticas lo usan como eslogan en campañas de marketing: la belleza es salud y la salud es bella (Díaz Rojo, 2002).

Entre otros muchos ejemplos, hay dos que ilustran bien esta vinculación. Nos referimos concretamente a las *mummy make over* en mujeres que han dado a luz, y a los tratamientos antienvjecimiento en personas de mediana y tercera edad.

Desde hace unos años se ha vertido una cierta presión estética sobre las mujeres embarazadas, para que una vez den a la luz vuelvan a recuperar la normalidad y la perfección corporal. El mensaje transmitido se traduce en que el cuerpo de mujer-madre postparto provoca una baja autoestima o temor a comentarios críticos externos. Algunas famosas que han tenido hijos han puesto de moda las *mummy makeover* (Day)<sup>1</sup>, sometiéndose a cirugías estéticas tras el parto y apareciendo pocas semanas después desfilando ante los medios como si no hubiera pasado nada. En concreto, desde clínicas estéticas recomiendan y ofertan a las madres tras el embar-

<sup>1</sup> Cfr. Vanity cosmetic surgery (<http://vanitymiami.com/plastic-surgery-blog/hot-moms-5-celebrity-mommy-makeover/>) [Consulted 23.12.2019].

zo procedimientos como mastopexia, liposucciones y abdominoplastia<sup>2</sup>.

Inevitablemente se corre un riesgo innecesario de patologizar el embarazo y sus consecuencias físicas corporales, generando una nueva inquietud añadida a la del propio proceso de gestación (Hodgkinson et al., 2014). De algún modo se deslizaría la sospecha de que, si decides ser madre, deberías prestar atención a las heridas estéticas que causará el embarazo y el parto. Por otra parte, se ha comprobado que esas señales o pequeñas variaciones en el cuerpo postparto no influyen en la propia salud física de la madre. Simplemente se ha generado un ligero aumento de grasa, y una variación “estética” en el aparato genital femenino cuando el parto ha sido vaginal (Edmonds, 2013). Lo cierto es que, si durante siglos se han visto esas señales posparto como signos naturales de la maternidad fuera de toda problemática o estigma, ahora se tildan como “marcas de la vergüenza” (Singer, 2007). En general, la idea que se transmite es que la mujer madre resultaría finalmente menos atractiva que la que no lo es, evidenciándose una nueva inquietud y situación de discriminación o enjuiciamiento estético.

Igualmente, se patologiza el envejecimiento con la aparición de arrugas, flacidez dérmica, sobrepeso, celulitis, bolsas bajo los párpados, caída de pelo, pérdida de visión, menopausia y andropausia. Consideran que el conjunto de estos factores traumáticos podría poner en peligro el “estatus social, la calidad de vida, el bienestar físico y psíquico de estas personas que han iniciado la vejez” (Tiggemann, Slevic, 2010). La propaganda estética y cosmética transmite subliminalmente el mensaje de que ser longevo, con sus consecuencias estéticas visuales, equivaldría a un estado próximo a lo patológico. Critica Marshall que tiendan a patologizarse estas características hasta el punto de asociarlas a síntomas de “enfermedades degenerativas” (Marshall, 2009) en vez de considerarlas como efectos normales del paulatino proceso de desgaste biológico al que está sometida la vida humana (Wiesing, 2011). La mayoría de este tipo de señales de envejecimiento no plantean ningún problema de funcionalidad corporal, de hecho, ni siquiera representan síntomas que entren en el diagnóstico de una enfermedad. La presión estética – publicitaria- para frenar el envejecimiento se inicia en la mediana y tercera edad: 50-75 años, grupo de edad al que van dirigidas una amplia variedad de tratamientos para rejuvenecerse<sup>3</sup>. Aparece una nueva estigmatización cosmética y social: hacerse viejo. De hecho, ninguna persona vieja aparece en la publicidad de productos de belleza y de clínicas estéticas. Pochintesta demuestra que la mujer y el hombre viejos

no representan una imagen deseable y adecuada a las necesidades del mercado del cuidado corporal (Pochintesta, 2012).

Aunque algunos sectores de la medicina estética se apropien del concepto de salud de la OMS, vinculado directamente a la belleza y al bienestar, en la práctica, la gran mayoría de los procedimientos y tratamientos estéticos que ofertan siguen sin cubrirlos la seguridad social ni los seguros privados. La realidad es que a nivel médico y científico el conjunto de esas actividades estéticas continúa sin ser consideradas como terapéuticas por la sanidad pública. La conclusión que se puede extraer de este hecho es que resulta difícil integrar algunos aspectos de esta nueva área de la estética en lo que consideramos la medicina como ciencia basada en evidencias (Edmonds, 2011).

### Contribución de la medicina estética en uniformar la belleza corporal

La mayoría de *mass media*, agencias de publicidad, empresas y revistas de moda, películas y series, etc., se han puesto de acuerdo en difundir un único modelo de belleza tanto para hombres como para mujeres. Se trata de un modelo encarnado igualmente por los famosos, artistas, cantantes, modelos, *influencers*. Todos se parecen mucho entre sí al reproducir con bastante exactitud el icono de belleza exclusivo cuyas características principales prefijadas son: rasgos occidentales caucásicos, blancos, esbeltos, jóvenes, alto atractivo físico/sexual, cierta voluptuosidad muscular en chicos, delgadez en chicas. Fuera de estas características icónicas, el resto están subrepresentadas y de hecho apenas aparecen en la publicidad de productos de consumo o de estética. Al ser el modelo de éxito, y el que predomina en influyentes redes sociales (Instagram), constituye el tipo de corporalidad más deseado por todos.

Por cuestiones comerciales y de competencia, numerosas clínicas estéticas se ven abocadas a publicitar en sus páginas webs exactamente ese icono de moda al tratarse del mismo que sus clientes les piden reproducir e imitar<sup>4</sup>. Aunque luego los médicos convencen a sus clientes de que no se les puede hacer todo lo que solicitan cuando quieren imitar a los famosos, informativamente, no dejan de ofertar ese modelo uniforme al que luego los clientes se referirán en sus concretas peticiones. Es decir, tanto la publicidad en sí como a posteriori los procedimientos estéticos aplicados buscan reproducir total o parcialmente el icono de éxito. De esto modo, contribuyen a la difusión de un modelo dominante y normalizado de lo que debería ser la belleza perfecta o adecuada para la población. A este respecto, conviene señalar que ya algunos médicos estéticos han manifestado estar influidos

<sup>2</sup> Cfr. <https://www.dorsia.es/blog-cirugia-estetica/dorsia-beauty-blog/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-mommy-makeover/>; <https://www.clinicamontecarmelo.es/blog/que-es-mommy-makeover-por-que-esta-tan-de-moda>

<sup>3</sup> <https://www.telva.com/belleza/2019/04/22/5cb737c502136e-7d608b45dd.html>; <https://www.dorsia.es/tratamientos-de-belleza-facial/sin-cirugia/>

<sup>4</sup> Cfr. Páginas webs de clínicas estéticas: <https://www.clinicalondres.es/>; <https://www.dorsia.es/>; <https://www.clinicamenorca.com/>; <https://www.clinicaszurich.com/>

por esos ideales de apariencia, interiorizando esos rasgos de moda que luego esculpirán en los cuerpos de sus clientes o pacientes (Rumsey y Diedrichs, 2018).

Pero si nos fijamos detenidamente en el perfil corporal de moda, la mayoría de las características físicas con las que es definido no se corresponde con las que posee la mayoría de la población, es decir no encajan con lo que denominamos la belleza real/normal corporal<sup>5</sup>. De tal modo que una parte del sector médico estético (aunque no todo), en unión con modistos, publicistas, etc., contribuyen al proceso de homogenización corporal por el cual se impone un único modelo de mujer y de hombre, que no es ni mucho menos el más representado.

Al uniformizar estéticamente a la población se apropian de la exclusividad del canon de belleza, encerrándola en un molde en el que no cabe la gran variedad estética multicultural y étnica repartida por el mundo. Tal restricción da a entender que, si uno desea embellecerse, solo es posible hacerlo de un único modo impuesto por unos pocos que se han arrogado el poder de secuestrar la belleza en unas medidas muy limitadas. Al final acaban negando que exista como un hecho universal la diversidad de bellezas de diferente geografías y culturas. Unas de las consecuencias es el rechazo no solo de la diversidad en sí de formas y tamaños de cuerpos físicos sino también las de sus diferentes partes que entran dentro de la normalidad corporal. En la oferta de procedimientos quirúrgicos estéticos se uniformiza no solo la figura general del cuerpo, sino que se fija como ha de ser la nariz, el pecho, la cara, la cadera, el glúteo, etc. A modo de ejemplo, desde hace años en países orientales han crecido las cirugías de párpados para “occidentalizar los ojos” (Aquino, 2017).

La industria de la moda y de las clínicas, al monopolizar la belleza prefiriendo sobre todo modelos jóvenes atractivos, blancos, delgados en chicas y corpulentos en chicos, les acaban atribuyendo a ellos un mayor valor como personas<sup>6</sup> con respecto a otros diferentes. Las fotos en las que se muestran al público encarnando esa belleza normativa emiten solo positividad: buena vida, saludable, alegres y sonrientes, virtuosos y exitosos. Por comparación, el resto de rasgos estéticos “menos bellos y atractivos” – según el canon de moda – denotarían un “cierto descuido en la salud, mayor posibilidad de fracaso, rechazo, vicios”, etc. (Aquino, 2020).

Las clínicas de medicina estética, entre otros sectores comerciales y sociales, han ayudado en la construcción de un nuevo *imaginarium* estético, un icono de belleza universalizado que desde hace tiempo está siendo fuente de insatisfacción o descontento corporal, así como de discriminaciones y desigualdades sociales. En cambio, algunas investigaciones ya han demostrado que el aumento en la publicidad y en los *mass media* de la diversidad de apariencias, así como la inclusión estética multirracial, está resultando beneficiosa para la imagen corporal al reducir la insatisfacción estética o la preocupación corporal general (Rumsey y Diedrichs, 2018).

### La complicidad de la medicina estética en fomentar la discriminación estética

A pesar de los esfuerzos realizados por fomentar la inclusión e igualdad, determinados estándares de belleza de moda constituyen una ocasión para discriminar y excluir a las personas que no se ajusten a ellos. Persisten niveles de discriminación estética por motivo de peso y forma corporal, juventud, atractivo físico, pertenencia a una raza o por tener algún defecto físico o discapacidad etc. Estas formas de discriminación todavía persisten en algunos ámbitos de carácter social, laboral, artístico, en el de la propia industria de la moda, y sobre todo en las redes sociales, consideradas las “nuevas pasarelas” (García-Sánchez, 2019).

La amplia difusión de un icono de moda altamente atractivo conduce a muchas personas a iniciar un estresante itinerario de imitación para no quedar fuera y excluidas de ese ideal. Aparece el temor a poder ser discriminadas si no se alcanza ese nivel de atractivo físico y por tanto se ven presionadas a someterse a tantas pruebas y procedimientos estéticos/cosméticos como sean necesarios. En no pocas ocasiones, la sola evitación de ser víctima de la discriminación puede constituir el principal motivo para someterse a esos tratamientos.

Teniendo en cuenta la discriminación objetiva a la que se ven sometidas algunas personas por sus características corporales estéticas, ¿hasta qué punto las propias clínicas de medicina estética pueden estar contribuyendo a este tipo de discriminación? Con sus publicidades y procedimientos ¿son cómplices de la difusión y promoción de estándares de belleza poco saludables y con riesgos? Determinados autores adoptan una actitud crítica o cuanto menos sospechosa respecto a estas clínicas y a esta nueva área médica. Consideran que no siempre adoptan medidas que favorezcan patrones de belleza más reales y por tanto alejados de “ideales estéticos discriminatorios” (Amadio, 2010; Little, 2000) y más aconsejables para la salud.

El hecho inevitable es que cuando los cirujanos estéticos reproducen esos perfiles de moda refuerzan las desigualdades, es decir no logran minimizarlas sino al contrario (Nuffield Council on Bioethics, 2017). Aunque intencionadamente las clínicas no lo pretendan de modo directo, ni sean

<sup>5</sup> Dove, (2011), “Dove Real Beauty” (<http://realbeautysketches.dove.com> [Consulted 25.01.2020]); Dove (2011), “Campaña por la belleza real” (<http://www.dove.com/es/Nuestra-mision/Nuestra-vision/Campana-de-Dove-por-la-Belleza-Real.aspx> [Consulted 25.01.2020]).

<sup>6</sup> Harper’s Bazaar (10 September 2015) *A new report shows that fashion ads are still overwhelmingly white* (<http://www.harper-bazaar.com/fashion/models/news/a12148/fashion-models-diversity-2015>). See also: TED Talks (2012) *Looks aren’t everything. Believe me, I’m a model* ([https://www.ted.com/talks/cameron\\_russell\\_looks\\_aren\\_t\\_everything\\_believe\\_me\\_i\\_m\\_a\\_model?language=en](https://www.ted.com/talks/cameron_russell_looks_aren_t_everything_believe_me_i_m_a_model?language=en)).

la causa originaria de la discriminación, al operar a aquellos que lo desean, reproducen el icono que constituye la causa de sufrimiento y de ansiedad para muchas personas. Operar a una persona con inquietud y baja autotestima corporal porque dice que está siendo discriminada por sus rasgos, edad, peso, etc., supone acabar dando la razón al discriminador (Amadio, 2010; Little, 2000). Confirmaría que determinados rasgos son discriminatorios y por ese mismo motivo los opera. Y ninguna persona debería ser discriminada por su belleza física porque su dignidad no depende de ella. El fundamento de respeto de cualquier persona no se puede hacer depender injustamente de su nivel de atracción física fijado exageradamente por el canon de éxito (Nuffield Council on Bioethics, 2017). Operar a una persona que dice que se siente discriminada estéticamente significaría una cierta connivencia con esa injusticia cometida sobre ella. No dudamos que se logre amortiguar algo el sufrimiento de esa persona afectada, pero de ningún modo se ha resuelto la causa de su sufrimiento, que podría reaparecer ulteriormente por nuevos motivos estéticos.

Además, hay que tener en cuenta que la extensión de personas operadas estéticamente, amplificaría simultáneamente la desigualdad y la inquietud hacia todas aquellas no operadas por su bajo nivel económico o sencillamente porque se oponen a sujetarse a esa belleza normativa. Y estas últimas, – las no operadas – al verse rodeadas de más personas ajustadas al icono, sentirían una mayor presión al comprobar el avance de esa discriminación estética. A mayor número de operadas, resaltarán más las no operadas, cayendo sobre estas una mayor agresividad discriminatoria dada su inferioridad numérica.

También se ha criticado que este tipo de prácticas de belleza y sus publicidades resultan discriminatorias por la presión sobre personas que, por sus circunstancias, se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad estética y psicológica. Nos referimos, en concreto, a algunos adolescentes/jóvenes con problemas de adaptación o trastornos de la conducta alimentaria, personas con dismorfia corporal, parejas en crisis, personas de la tercera edad, discapacitados físicos y/o mentales con alguna desfiguración y problema mental previo. En la mayoría de estos casos, además de que el beneficio psicológico estaría muy cuestionado si se operaran, ni de lejos se correspondería con las altas expectativas poco realistas con las que suelen acudir. Más bien, lo que se ha confirmado es un empeoramiento de su situación cuando indebidamente se han sometido a un operación estética (Rumsey y Diedrichs, 2018). Hay que tener en cuenta que este sector social vulnerable es al que más les afectan las publicidades estéticas cuando están son provocativas o engañosas.

En definitiva, las clínicas estéticas y sus médicos deberían manifestar públicamente su oposición a esta discriminación para no acabar, de modo solapado, pactando con los dictados de la moda. Si una persona es discriminada por su físico,

el arreglo o mejora no lo necesita ella sino sus discriminadores y las instituciones o sectores sociales que los alientan.

Por tanto, parece lógico que el modo de ganarle la batalla a la discriminación estética “no se logrará operando a cuantas más personas mejor, sino cambiando el contexto social discriminatorio” (Oryet et al., 2003). Y, en esta particular misión, el mundo de las clínicas y las agrupaciones de cirujanos y médicos estéticos tiene una especial responsabilidad. Deberían posicionarse y comprometerse con más claridad para ser “parte de la solución” (Rumsey y Diedrichs, 2018). Porque de no hacerlo, o si adoptaran una posición tibia o ambigua, no tendríamos más remedio que sospechar de su integridad ética y profesional, convirtiéndose en cómplices de la difusión de esa lacra social en la que consiste la discriminación por la belleza física. Entrarían a formar parte del problema (Rumsey y Diedrichs, 2018) respaldando implícitamente la idea de que determinadas formas de apariencia son inaceptables socialmente y necesitan ser cambiadas. Le corresponde como profesionales de la medicina probar la realidad de que la mayoría de los casos solicitantes no presentan ningún problema físico, poniendo en duda la necesidad de operarse o al menos ofreciéndoles alternativas no quirúrgicas. La disyuntiva, aunque polémica, no puede ser más clara: o contribuyen a extender la insatisfacción corporal entre la población reproduciendo estereotipos discriminatorios o se posicionan contra ellos, reduciendo y ajustando las operaciones a aquellas personas a las que médicamente se les diagnostica un sufrimiento objetivo causado por un problema estético. El propósito médico al que habría que aspirar es la reducción de un nuevo tipo de ansiedad motivado por el rechazo o discriminación estética. Exigir en particular a las propias corporaciones estéticas que dejen de alimentar a través de modelos publicitarios irreales el deseo de operarse por miedo a la exclusión.

Finalmente, conviene resaltar que ninguno de los procedimientos estéticos promotores de la discriminación (véase, en otros, aclarar la piel, occidentalizar los parpados, aumento de pecho, lipoesculturas y liposucciones abdominales) suponen una contribución objetiva a mejorar la salud de la persona o de la funcionalidad de los miembros operados.

### **La debilitada autonomía en los nuevos pacientes estéticos**

Dado el nivel de presión social e intimidación estética, un número creciente de personas se sienten condicionadas a tener que someterse a tratamientos estéticos para poder alcanzar un reconocimiento público positivo entre amigos, compañeros, en la propia familia y pareja, en las redes sociales. La dependencia e influencia de los demás acerca de lo que piensan sobre la propia imagen corporal ya se ha convertido en una fuente de inquietud. Como es comprensible, no es fácil en esta situación asegurar que la decisión de operarse sea fruto de una elección completamente libre. Existen con-

dicionamientos que conducen a que la toma de decisiones se haya ido construyendo no de modo aislado sino en medio de un contexto de presión en el que uno está metido y vive. Si nos atenemos a lo que describe el principio de la autonomía del paciente (Beauchamp y Childress, 2001), cuando propone que la persona ha de poder tomar las decisiones médicas por sí mismo sin influencia o coacción de otro ¿cómo asumir y reconocer esta autonomía en este nuevo ámbito médico?

Muchos pacientes se acercan a las clínicas con una motivación no tanto personal por querer sentirse bien con su propio cuerpo, sino por esa presión externa que condiciona la decisión. Para un determinado número de personas bastaría la única motivación de saber que una vez operadas ya serían como los demás que se han ajustado al ideal de moda. René Girard recuerda que, en estos casos, lo que empuja a la persona a actuar es el “deseo mimético” (Girard, 2009), imitar el modelo perseguido y “deseado” por todos. De este modo, nadie podría criticarles de vivir al margen de una mayoría ya iconificada estéticamente porque ellas ya lo habrían conseguido (García-Sánchez, 2018).

A la vista de esta situación previa en la que se encuentran muchos pacientes estéticos ¿Se debería operar a un paciente que acude a la clínica con una autonomía debilitada? ¿Puede considerarse un acto libre satisfacer un deseo que ha sido manipulado o sobrealimentado?

Como estamos observando la propia autoestima corporal se está haciendo depender mucho del juicio de los otros sobre la propia imagen, el cual viene expresado a través de opiniones, comentarios, número de likes en redes. Sin duda, constituyen factores externos que tienen mucho peso en la decisión final para someterse a un tratamiento estético.

Por tanto, si operamos a una persona con este tipo de condicionamientos no estamos siguiendo una indicación médica que justifique la operación tal y como se hace en cualquier área médica antes de aplicar un tratamiento. Ni siquiera podemos recabar del paciente un auténtico y libre consentimiento. Al contrario, se está dando la razón a la presión externa – fuente de ansiedad (Nuffield Council on Bioethics, 2017) – como decisor final de una operación quirúrgica con riesgos importantes para la salud. En ese caso, en vez de empoderar la autonomía de la persona haciéndole ver que su autoestima corporal – su bienestar y felicidad – no debería hacerla depender de lo que los demás piensen sobre ella (Maio, 2007), se aprueba finalmente que se someta al dictado de otros y al de la moda. En cambio, el médico es igual de médico, si como alternativa a la operación quirúrgica reforzara la personalidad de la paciente y le hiciera algunas recomendaciones para que trabajara sobre ella. Además, previamente, le ha podido confirmar su normalidad corporal. Maio sostiene que cuando el cirujano hace esto así, le está ofreciendo a su paciente “un tratamiento que sería más efectivo y duradero a la largo plazo” (Maio, 2007). De lo contrario, acabaríamos cediendo ante una dudosa normalidad física impuesta arbitrariamente por la moda, convirtiendo a

esta y al deseo de seguirla en un indicador médico que autorizaría la operación. Debemos advertir que, en la ciencia médica basada en evidencias, este tipo de deseos o motivaciones carecen de rigor científico.

La persona operada podría salir contenta y satisfecha en un inmediato plazo pero no porque estuviera realmente convencida de haber cubierto de modo autónomo una necesidad física esencial de la que no podía prescindir, sino porque el resultado estético le legitima como miembro del grupo de las que encarnan el modelo. No dudamos de que este tipo de aspiraciones estéticas puedan agradar a una persona, pero cuestionamos que desde el punto de vista médico y sobre todo desde el principio de la autonomía, constituyan un motivo suficiente que pruebe la voluntariedad de un paciente para someterse a una cirugía médica.

Por último, se está comprobando que la presión externa condiciona hasta el punto de que ya hay personas que asisten a clínicas solo por temor a futuras imperfecciones estéticas que podrían aparecer con la edad, sometiéndose a tratamientos preventivos. No desearían que, por no prevenir, al final, los demás acaben haciendo una crítica negativa sobre su imagen. De nuevo, ese temor ¿no constituiría otro condicionante de lo que debería ser una buena autonomía del paciente?

## Bibliografía

- Amadio J. *Are cosmetic surgeons complicit in promoting suspect norms of beauty?* Virtual Mentor 2010;12:401-405.
- Aquino YSJ. “Big eye” surgery: the ethics of medicalizing Asian features. *Theor Med Bioeth* 2017;38:213-225.
- Aquino YSJ. *Is ugliness a pathology? An ethical critique of the therapeuticalization of cosmetic surgery.* *Bioethics* 2020;34:431-441.
- Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics.* 6<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press 2001.
- Nuffield Council on Bioethics. *Cosmetic procedures: ethical issues,* 2017.
- Day V. *Top 10 celebrity Mommy makeovers* (<http://www.plasticsurgeryportal.com/articles/celebrity-mommy-makeovers/231> [Consulted 23.12.2019]).
- Vanity cosmetic surgery (<http://vanitymiami.com/plastic-surgery-blog/hot-moms-5-celebrity-mommy-makeover/> [Consulted 23.12.2019]).
- Díaz Rojo JA. *La belleza es salud: la medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos.* *Contextos* 2002;37-40:109-121.
- Dove Campaigns. *Dove real beauty* (<http://realbeautysketches.dove.com>); *Campaña por la belleza real,* 2011 (<http://www.dove.com/es/Nuestra-mision/Nuestra-vision/Campana-de-Dove-por-la-Belleza-Real.aspx>).
- Edmonds A. *Can medicine be aesthetic? Disentangling beauty and health in elective surgeries.* *Med Anthropol Q* 2013;27:233-252.
- García-Sánchez E, Ed. *Belleza fantasma y deporte a lo loco. Los riesgos de la obsesión corporal.* Madrid: Ed. Teconté 2019, pp. 47-52.
- García-Sánchez E. *La iconificación estética post-moderna y su efecto desintegrador en la persona.* *Quién, Revista de Filosofía Personalista* 2018:35-55.
- García-Sánchez E. *¿Son enfermos reales los pacientes estéticos? la bioética ante la atención de dudosas patologías. Juicio moral y democracia. Retos de la ética y la filosofía política.* Granada: Comares 2018b, pp. 745-749.

García-Sánchez E. *Cosmetic vulnerability: the new face of human frailty*. En: Garcia Sánchez E, Masferrer A, Eds. *Human dignity of the vulnerable in the age of rights: interdisciplinary perspectives*. Series: *Ius gentium: comparative perspectives on law and justice*. Springer 2016, pp. 189-221.

Girard R. *La anorexia y el deseo mimético*. Barcelona: Marbot 2009, p. 2.

Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. *Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis*. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:330.

Little MO. *Cosmetic surgery, suspect norms, and the ethics of complicity*. In: Parens E. Ed. *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington, DC: Georgetown University Press 2000, p. 168.

Maio G. *Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique*. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007;39:189-94.

Ory M, Hoffman MK, Hawkins M, et al. *Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society*. *J Prev Med* 2003;25(3 Suppl 2):164-171.

Rumsey N, Diedrichs PC. *Part of the problem or part of the solution? Plastic surgeons and body image dissatisfaction*. *Aust J Plast Surg* 2018;1:74-84.

Seminari di Chirurgia Estetica. *La chirurgia estetica di fronte alla nuova domanda di bellezza*. (Roma, marzo-giugno 2010). *MEDIC* 2010;18:6-48.

Singer N. *Is the 'Mom job' really necessary?* *The New York Times*, 4 October 2007.