

ASPECTOS ÉTICOS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA*

ETHICAL ASPECTS OF THE PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

Hans Thomas

Traducción del alemán por José M^o Barrio Maestre

Los editores del manual de cirugía plástica han corrido el riesgo de invitar a un extraño a colaborar en esta obra. Me ocupo de la ética médica con carácter general y he objetado, sin éxito, que el campo especializado de la cirugía plástica y reconstructiva es para mí una tierra virgen. De este modo, sospecho que han querido expresamente incluir una visión desde fuera del dominio especial de la Cirugía. Puedo quizá alegar en mi descargo que naturalmente no hay una moralidad especial para los cirujanos plásticos, con principios morales diferentes de los vigentes para todos los médicos y que tienen igualmente vigencia en la vida normal. El principio médico del *primum*

non nocere, es decir, de no hacer daño, nunca ha estado limitado a la Medicina, por poner un ejemplo, sino que ha estado vigente en todas las esferas de la vida.

Lo que la práctica médica presenta a la valoración ética son situaciones especiales de la vida que ponen a prueba tales principios morales de validez general. Tanto el médico particular cuanto la corporación profesional tienen que descubrir cómo los principios morales de carácter general deben aplicarse a las decisiones correspondientes a tomar en cada situación. Esa reflexión aclaratoria sobre las resoluciones morales correctas o falsas se llama Ética. Discutir sobre ética tiene sentido únicamente si nos

* Original alemán publicado en el manual de Alfred Berger y Robert Hierner (eds.) *Plastische Chirurgie. Band I: Grundlagen, Prinzipien, Techniken*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag, 2003, pp. 37-45.

ponemos antes de acuerdo en que la verdad o la falsedad moral —o bien la indiferencia— de una decisión no depende del sujeto individual o de la situación particular como tal. O bien la resolución es justa o falsa en sí misma, o no existe ni ética ni moral. Si consideraríamos la moral y la ética como una simple opinión individual, no habría obligación de carácter general en modo alguno. Las discusiones no tendrían objeto y resultarían por principio inacabables.

Esto acontece ahora en los difíciles conflictos éticos planteados en la Medicina, que se acumulan en cuestiones centrales acerca del comienzo y del final de la vida humana. En los conflictos relativos al aborto y la eutanasia, en la medicina reproductiva con sus tecnologías de fertilización *in vitro* (investigación sobre embriones, diagnóstico preimplantatorio, eugenesia, clonación, etc.) o en la cirugía de los trasplantes, con la discusión sobre la muerte cerebral, que aún continúa viva. Con los adelantos biotecnológicos de las últimas décadas, la práctica médica desafía a la ética «y viceversa» de una forma probablemente inédita hasta ahora. En todo caso, no me parece que la cirugía plástica y reconstructiva resulte afectada tanto por conflictos éticos tan esenciales. Sin embargo, no debería escaparse a nuestra atención que en aquellas discusiones se trata de los fundamentos de la ética como tal¹. En lo que sigue nos

gioso, y exigen una justificación de por qué la vida humana debería ser respetada siempre y no tan sólo de ordinario. Piensan que, desde luego, hay excepciones. Y esas excepciones entonces suelen justificar el aborto, la eutanasia, los experimentos en la investigación. La idea de que el deber de respetar la vida como indisponible valga en cuanto pueda ser justificada en concreto constituye un error. Y además una trampa intelectual. Es cierto que las éticas basadas en la religión elevan el lema de la sacralidad de la vida a un principio incondicional. Pero ocurre lo mismo en otras éticas, por ejemplo, la ética de los derechos humanos. Los derechos humanos fueron declarados conscientemente como desgajados de las confesiones religiosas. El derecho inviolable del hombre a la vida no se funda sobre argumentos sino en la experiencia histórica que proporcionan sus violaciones. Por eso, el principio de la inviolabilidad de la vida humana justamente debería suministrar los fundamentos para una argumentación ética coherente. Lo implícitamente declarado resulta ser una verdad antropológica (que el hombre no posee un valor para el que exista un equivalente, sino una dignidad cuyo presupuesto es, sin embargo, su propia vida).

Cada reflexión ética coherente se apoya en una supuesta verdad antropológica: una certeza, una convicción o una intuición de lo que es el hombre. Ahora bien, en las discusiones éticas contemporáneas las reglas de juego no permiten incluir en el debate las premisas o suposiciones filosóficas, religiosas, ideológicas o simplemente conformistas de los interlocutores. Parece oponerse al debido respeto mutuo entre los interlocutores poner a prueba la verdad o falsedad de sus supuestos ontológicos básicos en la discusión. Chocaría con el necesario respeto a la libertad de creencia u opinión y no se considera conforme al ideal pluralista y democrático. En consecuencia, tienen igual oportunidad desde el principio las convicciones distintas «incluso contradictorias» sobre lo que sea éticamente correcto y falso.

Entre las estrategias para vencer este dilema tiene hoy en día preferencia la de negar la existencia de algo así como una verdad antropológica. Tal negación parece ser el ticket de entrada al discurso ético público. En todo caso, tras ese enfoque también se encuentra la aceptación previa de un supuesto metafísico, en cualquier caso encubierto: justamente la aceptación materialista o nihilista de que más allá de la facticidad empírico material

1 Como ejemplo, puede ser válida la discusión actual sobre el principio de la *sacralidad de la vida* o, en términos más bien seculares, su fundamental indisponibilidad. Algunos autores consideran ese principio un prejuicio histórico, y en especial reli-

ocuparemos de hasta qué punto se pone aquí en juego la libertad de toda la profesión médica.

En la cirugía plástica y reconstructiva, a mi entender hay algunas importantes, si bien no excesivamente controvertidas cuestiones éticas del primer orden, relativas al trasplante alógeno de tejidos, y menos aún las que se refieren a los autotrasplantes. Como cuestiones éticas del primer orden entiendo las planteadas en tratamientos quirúrgicos (o, eventualmente, en proyectos de investigación), por ejemplo al ponderar la perspectiva de éxito y riesgo. Sobre esto me quiero ocupar brevemente. La cirugía plástica parece presentar sobre todo aspectos éticos de orden secundario que merecen consideración. Por aspectos éticos de orden secundario entiendo las exigencias por ejemplo en la relación médico-paciente, o la asignación de recursos, el respeto debido a los colegas y al colectivo profesional, la definición «de acuerdo con el sentido común» de qué es una enfermedad, o un paciente, etc. Ahora bien, ya que aquí tenemos que profundizar en las raíces de la ética, esta segunda parte nos tomará más espacio. Sin embargo, me limitaré a unos pocos puntos que a mi juicio son importantes en el momento presente.

no existe nada cognoscible para el hombre, lo cual precisamente permite el acceso pragmático, el único acceso pragmático para llegar a una ética liberada de autoridades extrañas. En consecuencia, la distinción ética entre lo correcto y lo falso resulta un asunto de pura convención.

1. Aspectos éticos del orden primario

A primera vista se abre un amplio campo de decisiones en las cuales el cirujano plástico, dando por supuesta su competencia, apenas encuentra problemas éticos de nivel primario, así como tampoco en los autotrasplantes. Algunos ejemplos, pocos pero representativos, pueden bastar:

— Corrección de malformaciones de nacimiento tales como el labio leporino u otras anomalías en la cabeza o en el rostro, como las que se refieren a las manos u otras partes del cuerpo.

— Operaciones reconstructivas de heridas provocadas por accidente o por deformidades a base de intervenciones quirúrgicas, sea para restaurar la apariencia, el aspecto en la cara o cabeza, o la función; por ejemplo, la sustitución del pulgar perdido por trasplante del dedo gordo del pie. Después de mi encuentro con cirujanos plásticos de la categoría del Dr. Alfred Berger, el Dr. Sirpa Askoseljavaara, el Dr. Jacques Baudet y el Dr. Yong-Dong Gu, debería añadir aquí los re-plantos y la microcirugía de los colgajos de piel autógenos, así como los autotrasplantes de nervios (incluidas las técnicas respectivas de ingeniería del tejido y de anastomosis de nervios como las que trata el Dr. Berger).

— Tratamiento de quemaduras, por ejemplo con piel artificial, de Burke y Yaanas, un ejemplo ciertamente espectacular de ingeniería del tejido para la reorganización dérmica.

A pesar de ser éticamente tan poco sospechosos, también estos casos pueden

ser confrontados con requerimientos éticos de orden secundario, como por ejemplo el consentimiento informado (*informed consent*) por parte del paciente, o los relativos a disposiciones legales o a las restricciones de los seguros médicos². Precisamente el último ejemplo tal vez puede chocar con objeciones ético-sociales de este tipo, por lo que respecta a los gastos y a la administración sanitaria.

Existen, por tanto, diferentes planos de los que proceden las diversas exigencias éticas en la medicina y que influyen mutuamente entre ellos. Por encima del plano individual del médico «Christopher Ward³ lo denomina microplano» se sitúa existe el mesoplano del colectivo profesional articulado en el código ético o en las líneas maestras de la profesión, o incluso sencillamente en la *opinio communis*, y

finalmente tenemos el macroplano de la legislación vigente y de la administración de justicia.

Algunos problemas éticos de carácter primario se plantean más bien con las decisiones en torno a los trasplantes de tejidos alógenos. Aquí podría citarse como ejemplo el riesgo de la inmunosupresión. El problema reside en que para lograr la salud se introduce una nueva fuente patógena. Al menos habrá que tomar en serio el riesgo de infringir el principio de no perjudicar. En todo caso, esto se puede justificar en situaciones en las que el beneficio esperado sea de mayor importancia que un resultado sólo proporcional. Warren Breidenbach proporciona el ejemplo de vanguardia del trasplante alógeno de mano o trasplante de antebrazo que proviene de un donante con muerte cerebral. Este caso contiene a la vez tres implicaciones de carácter ético entrelazadas.

1) El problema de la muerte cerebral como tal. No puedo entrar aquí en el fondo de la discusión, pero quisiera decir que dicha discusión esta lejos de ser resuelta, si bien la postura de la corriente principal considera la muerte cerebral como la muerte del hombre, y los órganos extraídos como donación *post mortem*. Se trata aquí de un acuerdo ético para fines prácticos, puesto que una respuesta a la cuestión sobre si la muerte cerebral es muerte real presupone en primer término una respuesta a la cuestión ¿qué es la muerte? Esto, sin embargo, no supone un modo empírico sino ontológico de plantear el problema. Por lo que a mí respecta, hasta la fecha

2 Cfr. WEBB M. Sharon, *Medical ethics under managed care: how can the patient survive?* Ann Plast Surg 1996, 37: 233-244. Otro aspecto ético de orden secundario implica la cuestión de hasta qué punto los médicos (y el personal hospitalario) deben someterse al riesgo de infección, por ejemplo con HIV o hepatitis por el tratamiento o la cura de los pacientes respectivos. Siguiendo a la British Medical Association, el British Medical Council afirma que "para un médico no es ético privar del tratamiento a un paciente con SIDA, seguro o presunto. No se comprende ni es ético exigir un test del paciente para reducir el riesgo del personal sanitario." en: British Medical Association, *Philosophy and practice of medical ethics*. London, BMA, 1988: 87, quot. según C. Ward (nota 3).

3 WARD Christopher, *Essays on ethics relating to the practice of Plastic Surgery*, 1995 (The British Association of Plastic Surgeons's reprint from Brit J. Plast Surg 1993-94: 10). Este trabajo monográfico de un representante de la disciplina presenta una buena visión de conjunto del estado de la discusión ética en la Cirugía Plástica y Reconstructiva.

no he encontrado una solución empírica convincente a este problema. A mi modo de ver, aquí tenemos que partir de una posición de ignorancia. Pese a todo, considero éticamente admisible la extracción de órganos en muertos cerebrales⁴. La mayoría de los autores parecen no ver aquí problema alguno, pero también hay autores de creciente influencia, como D. Alan Shewmon, neurólogo infantil de Los Ángeles, con argumentos suficientemente sólidos, que consideran que los muertos

cerebrales viven aún⁵. (La postura actual de Shewmon es la diametralmente opuesta a la que él mismo mantenía en 1985. Ese cambio se consumó a consecuencia de otros estudios intensivos)⁶.

2) Lo que se acaba de exponer corrobora con mayor razón que la autorización del donante de órganos es necesaria no sólo desde el punto de vista legal, sino también desde el ángulo ético. Si no hay una autorización expresa por escrito del donante, el médico podrá preguntar entonces a sus parientes más próximos sobre su presunto consentimiento. En sentido estricto, éstos se sitúan como testigos que prácticamente tienen la decisión en sus manos. Ahora bien, naturalmente una cosa es preguntar sobre su consentimiento para la donación de órganos internos como el corazón, hígado, riñones, etc., pero otra distinta pedirles su consentimiento para la amputación de un antebrazo que presentará el cuerpo visiblemente mutilado. A mucha gente dispuesta en principio a autorizar la donación de un órgano interno, esa pretensión les resultará chocante. Sin

4 Para una primera aproximación a esta discusión, cfr. Hans Thomas, *Sind Hirntote Lebende ohne Hirnfunktion oder Tote mit erhaltenen Körperfunktionen?*, in *Ethik Med.*, 1994, pp. 189-207 (hay traducción castellana en *Cuadernos de Bioética*, vol. XIII, número extraordinario, 47, 1ª-48, 2ª-49, 3ª, enero-abril, mayo-agosto, septiembre-diciembre, pp. 129-150). Los términos de mi postura están mejor precisados en: Hans Thomas, *Ética de los Transplantes*, en: González Gonzáles A.M./ Postigo Solana E./ Aulestiarte Jiménez S. (ed.), *Vivir y Morir con Dignidad*, Pamplona (EUNSA), 2002, 115-130. Entre las alternativas acostumbradas –vivo o muerto– la muerte cerebral adopta una indeterminabilidad biológico ontológica con un fondo epistemológico. La duda consiste en que, o la unidad y totalidad del organismo resulta sólo gravemente lesionada, pero persiste, de manera que el muerto cerebral sigue vivo, o por el contrario ya no hay unidad y totalidad del organismo, de manera que el muerto cerebral está muerto aunque persistan aún otras funciones biológicas que además integran varios órganos. La respuesta depende en último término de un juicio cuantitativo. La consecuencia ética en situaciones similares será la del tutorismo, i.e. de actuar como si la vida dudosa esté presente. En el caso concreto de la extracción de órganos del muerto cerebral, sin embargo, el tutorismo ético requerido ya no tendrá objeto al comprobarse que al menos el término “dar muerte” haya perdido su sentido empírico y por lo tanto su significado moral decisivo.

5 Shewmon, D. Alan, *The Brain and the ‘Organism as a Whole’: Is ‘Brain Death’ Really the Loss of Somatic Integrative Unity?*, III World Congress of Bioethics, San Francisco, Nov.23, 1996; o más en detalle: *The Disintegration of Somatic Integrative Unity: Demise of the Orthodox but Physiologically Untenable Physiological Rationale for “Brain Death” - A Study Paper*, By the author, 1997. Desweiteren: *Recovery from “Brain Death”: A Neurologist’s Apologia*. *Linacre Quarterly* Vol.64, (Febr.97, Nr.1) 30-95.

6 Shewmon, D. Alan, *The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State, and Dementia*, *The Thomist*, 49, 1985: 24-80.

embargo no hay alternativa. El consentimiento constituye un imperativo ético. Para el médico se trata de una empresa imponderable. Si en lugar de un donante con muerte cerebral fuera posible realizar el trasplante a partir de un cadáver en sentido clásico, no se daría el problema planteado en 1), y el planteado en 2) sería de menor importancia ética.

3) Una persona que ha perdido una mano es hasta la fecha una persona sana, a pesar de tan significativo defecto. Imaginemos un trasplante del antebrazo artísticamente realizado y con un éxito funcional excelente. Ahora, sin embargo, el paciente experimenta problemas de inmunocompatibilidad, bien porque de hecho se produzcan reacciones de rechazo, o bien por una elevada propensión a la infección. En definitiva, él es un paciente, un enfermo, a pesar de las buenas intenciones. Y no se podría justificar el procedimiento quirúrgico por tratarse de una intervención de urgencia, como por regla general lo es el caso de los trasplantes de riñón, corazón o hígado. Comparados con una prótesis de nueva tecnología y su correspondiente ensayo, los riesgos quirúrgicos en este caso podrían resultar desproporcionados desde el punto de vista ético.

Alguien puede replicar mi objeción como la típica crítica de los éticos, a saber: que el problema ético se da con una intervención que amenaza la vida para tratar una enfermedad que no la amenaza. A este propósito, he aquí algunas breves observaciones:

a) Formulada así —tratamiento de riesgo frente a una enfermedad que no

amenaza la vida— la objeción ética suena más radical y puede ser rechazada más fácilmente mi versión de que los riesgos quirúrgicos pueden ser desproporcionados desde el punto de vista ético, al menos en la actualidad.

b) Evidentemente hay que tomar conciencia no sólo de los riesgos inmunológicos, sino también de toda mejora de la medicación inmunosupresiva. Además reconozco que hay casos específicos, que rebajan el umbral de aceptación del riesgo: por ejemplo en un paciente que haya perdido ambas manos.

c) Sin embargo me resisto a asumir ese riesgo sin con la previsión —en caso de problemas serios de inmunoincompatibilidad— de recurrir como *ultima ratio* a la amputación del antebrazo trasplantado. Eso a mi juicio sobrepasa en exceso un riesgo debidamente justificable, al menos de un tratamiento standard. Tampoco puedo consentir a la comparación de un trasplante de antebrazo con uno de riñón o de páncreas, en el sentido de que en estos casos no se trate tampoco de enfermedades con riesgo para la vida, ya que se pueden dar posibilidades sustitutorias (insulina, enzimas, diálisis). Si este argumento se usara para convalidar un trasplante de riñón o de páncreas en plan de pura mejora de la calidad de vida, me opondría a esa práctica aún con mayor determinación. El argumento parece, sin embargo, exceder la comprensión médica de los trasplantes de riñón y páncreas. Además el término «calidad de vida», no resulta ni unívoco ni claro. Es tan frecuente su abuso como su uso. A menudo falla en caso de riesgo para la

vida. En Holanda, por ejemplo, la calidad de vida figura como un argumento central a favor de la eutanasia.

d) Si contemplamos el trasplante alógeno del antebrazo como una cirugía experimental dentro de los límites de experimentos con personas, la evaluación ética podría resultar diferente (supuesto que los eventuales problemas tratados en 1. y 2. quedaran resueltos).

Existe, con todo, otro aspecto ético especial «un aspecto además de nivel primario» que afecta más a los cirujanos plásticos que a otros médicos. Si me pregunto por las razones que me han motivado a aceptar la invitación a esta contribución, debería alegar ante todo mi admiración por la Cirugía plástica y reconstructiva en sus logros verdaderamente tan artísticos. Pero precisamente ese elemento de carácter artístico ofrece igualmente motivo para dos observaciones de relevancia ética:

1. Presumiblemente hay pocos campos de la Medicina en los que las exigencias técnicas coincidan con exigencias de tipo ético como en el caso de la cirugía plástica. La competencia técnica y la capacidad artesanal asumen una importancia ética obvia. De ahí se deduce una exigencia ética especial de diligencia en la formación y de formación en la diligencia, ambas exigencias tanto para los que aprenden como para los que enseñan. Este imperativo ético constituye un desafío para toda la profesión y la organización clínica.

2. El mencionado elemento artístico de la Cirugía plástica aporta «como cualquier compromiso artístico» la fascinación de la creatividad, y la propia fascinación

de la creatividad trae asimismo la tentación de postergar precipitadamente los tratamientos standard a favor de la innovación experimental. En este caso la ética reclama no desatender los estándares de investigación, control y evaluación de todos los procedimientos quirúrgicos innovadores. (Sabido es, además, que los estudios comparativos pueden a veces entrar en conflicto con el bien del paciente particular).

Como ejemplo de esta clase de tentación del pasado pueden muy bien servir, en la reconstrucción del pecho tras una mastectomía, los implantes rellenos de gel de silicona en lugar del autotrasplante de tejido. El problema de las llamadas afecciones de tejido conjuntivo producidas por la silicona armaron un escándalo público. Otro ejemplo, que me relató un cirujano, eran los casos de rinoplastia u otras operaciones reconstructivas en el rostro o en la cabeza con adopción quizá precipitada de técnicas de trasplante de colgajos de piel de origen remoto en vez de trasplantes tradicionales acreditados de piel vecina. En la actualidad, los resultados microquirúrgicos en el trasplante de colgajos de piel parecen resolver ese problema. (Es lo que los cirujanos que se dedican a tales operaciones dominan *the state of the art*).

2. Relativismo ético y autonomía profesional

Si se profundiza algo más en los fundamentos de la ética, encontramos rápidamente el hecho de que los debates más bien evitan hablar de «moral». Quizá la

causa reside en que "moral" se relaciona más bien con la esfera individual. «Ético» suena más a algo público. De otro lado, lo «ético» resulta a menudo sinónimo de «moral». El *British Medical Council*, o el *British Medical Association Guidelines* señalan, por ejemplo, tal o cual conducta como *unethical for a doctor*. No hay por qué aferrarse a los términos, pero no es lo mismo lo que aquí y ahora determina la conducta o la decisión de un individuo (moral en su auténtico significado) y el razonamiento que respalda la decisión a favor de lo moralmente bueno o contra lo moralmente malo (ética). Si se confunden ambas cosas esa distinción el resultado será realmente otro concepto de ética, y las discusiones ya no tratarán de descubrir lo moralmente correcto o falso; más bien será el llamado discurso ético el que determine lo que sea moralmente correcto o falso.

En el fondo del tan invocado pluralismo axiológico contemporáneo, o del pluralismo ético, esto es precisamente el significado de la búsqueda del «consenso». En realidad no se trata tanto de un pluralismo de los valores, sino más bien de un pluralismo de las ideas sobre valores. Por otro lado, tampoco hay consenso. Por el contrario, hay ciertas convicciones sobre lo correcto o lo falso que la mayor parte de la gente sostiene. Ahora bien, mientras que los principios morales aparecen como opiniones o creencias de tipo particular, sin embargo si una opinión o creencia se convierte en mayoritaria de ello surge de pronto una norma de moral pública que se impone a la minoría por medio de leyes estatales, en caso de que

el legislador haga suya esa opinión mayoritaria. Un lamentable ejemplo de esto lo ofrece la responsabilidad legal del médico en los casos de los denominados *wrongful birth* (nacimiento injusto) o *wrongful life* (vida inicua).

El argumento principal de ese relativismo ético subraya que la ética es una cuestión privada. Una cuestión privada no resulta vinculante ni para la sociedad, ni para el Estado ni para el legislador. Pese a ello, existe una necesidad pública que en muchos casos demanda criterios y normas a las que deban atenerse todos. De ahí que se las considere referencias de lo correcto o lo falso. Cada vez con más frecuencia tales normas se establecen mediante leyes estatales. De este modo, el legislador decide lo que es moralmente correcto y falso, y la legitimidad ética se sustituye por la legalidad. No por casualidad sufre la profesión médica la experiencia de verse coartada crecientemente por leyes y tribunales. Naturalmente, a los jueces no les apetece mucho verse enredados en resoluciones sobre casos médicos y juzgar sobre infracciones contra la asistencia debida. Para ellos constituye un asunto complejo e incierto. La forma de pensar de los juristas da comprensiblemente preferencia a los principios formales, como por ejemplo en los conflictos de intereses entre paciente y médico. Esta es una de las razones por las que hoy, en los procesos judiciales destaca más la omisión de información que la omisión de los cuidados.

La idea de que la ética es una cuestión privada quizá al principio fue bien acogida entre los médicos, porque liberaría la

práctica médica de autoridades extracientíficas. Sin embargo ese supuesto es falso. En primer lugar porque la liberación del vínculo ético subordina al médico a otras ataduras mayores, a saber, las ataduras legales. En segundo lugar, porque la Medicina no es en realidad una ciencia natural. Para la Medicina, las ciencias de la naturaleza son instrumentales. Como tal, la Medicina es una disciplina que, en contraste con cualquier ciencia natural, está construida sobre un fundamento de carácter ético: la ayuda, la asistencia, la beneficencia o la caridad. Si se omite este fundamento, lo que queda es pura biotecnología. La profesión médica se convertirá en una mera oferta de *know-how* biotecnológico en un mercado necesariamente cada vez más regulado.

La excesiva regulación legal y la creciente juridificación de la práctica médica en el nivel macro, y de la toma de decisiones de tipo ético en los planos micro y medio, se interrelacionan e influyen recíprocamente. Eso se demuestra en los debates éticos: el peso de las normas y principios legales supera cada vez más el de las normas o principios morales. Pero entre los tres planos no sólo se dan influencias recíprocas; hay también fuentes de conflicto en las cuales tanto el médico particular como el colectivo profesional tienen que defender el beneficio del paciente y, como veremos más adelante, también la libertad de la profesión. La intervención a favor de los pacientes, así como la libertad profesional, exige por supuesto que los médicos, y en general la clase médica en su condición de tal, asuman por sí mismos la observancia de

los derechos de los pacientes, teniendo igualmente en cuenta la escasez de los recursos, antes incluso de que la sociedad como tal regule la protección de los derechos de los pacientes y la asignación de los medios asistenciales a través de las leyes. Todo esto en nada cambia el hecho de que el cirujano tenga que tomar sus decisiones con arreglo a su propia conciencia. Pero ¿cómo proteger su conciencia profesional frente a una inadecuada intromisión pública?

Toda persona que actúa, a no ser que esté mental o psíquicamente discapacitada, es moralmente competente y responsable de sus acciones y omisiones. Es un sujeto moral responsable de sus propias decisiones. Esto pertenece a los fundamentos de la ética. El titular fundamental de las decisiones éticas en cirugía plástica es, por consiguiente, el cirujano singular ante el lecho de su paciente singular. Aquí el médico se pregunta: ¿Conviene someterle a este tratamiento? O en todo caso ¿he de hacerlo? La diferencia entre el *conviene (sollen)* y el *tengo que (müssen)* no constituye aquí una mera distinción semántica; más bien alude a la diferencia entre un tratamiento posible, adecuado y éticamente permitido, y un tratamiento necesario y éticamente obligatorio.

La autonomía del médico como sujeto ético no constituye, sin embargo, algo absoluto. A esa autonomía se le contrapone la autonomía del paciente. El médico ha de respetar los derechos del paciente. Eso significa que al médico no le está permitido obrar contra la voluntad del paciente. Tiene que conformarse a su consentimiento informado. Ahora bien, esto no quiere

decir que el médico esté subordinado a la voluntad del paciente. El derecho del paciente es más bien un derecho negativo: el derecho a rechazar un tratamiento, pero no el derecho a determinar lo que el médico ha de hacer.

En los años pasados se ha exagerado el papel del *informed consent*, incluso por parte de los médicos, llegando al extremo de que el consentimiento del paciente pudiera legitimar desde la ética cualquier intervención quirúrgica realizada. Esa tendencia se ha estimulado desde un punto de vista ideológico. Primeramente, la ética hipocrática fue denunciada como «paternalista». Seguidamente el principio de la autonomía del paciente desplazó al principio asistencial. De ese cambio volveré a ocuparme.

Contra los requisitos en el plano macro, el médico particular está en desventaja en caso de conflicto. No es nadie como profesional individual enfrentado con la autoridad pública, a no ser que pueda apoyarse en una estructura intermedia que le represente. Puede parecer —o efectivamente ser— un individualista marginado (*outsider*) por un colectivo profesional que ya no le cubre las espaldas. Desde luego es cierto que el cirujano no es un individuo aislado, sino que se debe en gran medida a la comunidad profesional médica. Sin ella no sería capaz de acometer ningún tratamiento standard. Puesto que la comunidad no sólo ha desarrollado los modelos estándares, sino también la disciplina completa con su experiencia estadística en lo que atañe a las perspectivas de éxito y resultados, así como a los riesgos de las intervenciones

quirúrgicas. Por ello el médico particular debe tener muy en cuenta los criterios vigentes, y la *forma mentis* del colectivo profesional al que pertenece.

Por eso, la clase médica juega el papel principal en la tarea de protegerse a sí misma y a cada miembro individual de las expectativas y presiones públicas inadecuadas. Y para defender la propia libertad debería comenzar preocupándose de encontrar un lenguaje común, un acuerdo sobre los principios propios de tipo ético, así como por articularlos y defenderlos. En la tradición hipocrática, la clase médica estaba vinculada a principios morales comunes muy exigentes, por lo que estaba muy bien considerada públicamente.

Esto ya no resulta tan fácil desde que el pluralismo y el relativismo se han hecho evidentes por todas partes. Las discusiones infinitas y el afán de problematizarlo todo son omnipresentes también en la medicina. Excedería nuestro tema entrar en el debate, por ejemplo, entre deontología (éticas basadas en deberes) y teleología o consecuencialismo (éticas argumentadas exclusivamente desde las consecuencias del actuar, en su mayoría éticas utilitaristas), si bien parece que debiera advertirse que los deontólogos también toman en consideración las consecuencias previsibles de su conducta. Pero mientras los consecuencialistas suelen medir las consecuencias de un tratamiento estadísticamente «el mayor beneficio para el mayor número», lo cual relega al paciente concreto a un segundo plano, el deontólogo refiere la consecuencia a los beneficios o daños

para el paciente particular, al que tiene bajo examen.

Entre los participantes de diversa procedencia filosófica, hoy prevalece en la discusión aquel que aduce argumentos de mayor acogida pública y los expone con mayor talento retórico, como sucede en política. Además, a muchos médicos, sobre todo cirujanos e investigadores, el discurso les parece demasiado complicado, demasiado tedioso y despegado de la realidad cotidiana. Los aspectos éticos pasan así a segundo plano dando prioridad a otros presuntamente relevantes como por ejemplo el progreso médico. Cuando Robert G. Edwards celebró su «brecha» médica con motivo del nacimiento de Louise Brown, el primer bebé fecundado *in vitro* (1978), rechazó las objeciones éticas contra sus conquistas diciendo que la ética debería adaptarse al progreso médico⁷. Con ello no pensó en una mejor comprensión de cómo aplicar los principios morales a los nuevos adelantos, sino que el progreso suyo habría de ser la medida para (otras) posturas morales y criterios éticos (por ejemplo, para otra clase de derechos humanos). Esto significa la abolición tanto de la moral como de la ética. La afirmación de Edwards se ha convertido entre tanto en un argumento ampliamente extendido entre la competencia internacional en el campo científico, político sanitario y bioindustrial.

3. Algunos aspectos éticos secundarios: raíces y efectos

Vamos a dirigir ahora una mirada a algunos aspectos éticos de especial relieve para los cirujanos plásticos y reconstructivos, que a mi entender merecen atención y consenso ético por parte de ese colectivo profesional. Así ocurre al condescender con expectativas dudosas por parte de personas no realmente enfermas, que demandan operaciones cosméticas o «correcciones de género», por ejemplo. La tentación de intervenciones quirúrgicas por motivos puramente comerciales es algo frecuente y comprensible. La disponibilidad para intervenciones quirúrgicas con motivo de indicaciones psicosociales exige una consideración aún más atenta.

A veces me pregunto por qué las publicaciones sobre ética en cirugía plástica mencionan con mayor frecuencia la definición de salud la WHO (Organización Mundial de la Salud): situación de pleno bienestar físico, psíquico y social⁸. Tal definición de salud parece ideológicamente idealista e inútil para cualquier fin práctico. Supera la finitud de la existencia humana, y desde luego todos los recursos disponibles. Pero a lo mejor justifica mejor que otras las intervenciones quirúrgicas a petición de personas cuya enfermedad sea como mínimo dudosa. En tal contexto se aducirá de buen grado el argumento de

7 Cfr. Edwards Robert G. and Patrick Streptoe, *A Matter of Life. The Story of a Medical Breakthrough*, New York (William Morrow), 1980.

8 Por ejemplo, Lösch M. Günter, *Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie*, en: Dietrich v. Engelhardt (ed.), *Ethik im Alltag der Medizin*, Berlin-Heidelberg (Springer), 1989: 163-183.

que nadie que no padezca una enfermedad solicita una intervención quirúrgica. Pero ese argumento convence menos que la simple constatación de la actual eclusión de inversiones en el propio «ego», que como casi siempre suele asentarse en el propio cuerpo.

La Academia de cirugía cosmética de Chicago informó en el año 2000 sobre el espectacular aumento de intervenciones de cirugía estética en los Estados Unidos en el período entre 1990 y 1999. Sólo las correcciones de párpado crecieron un 500%⁹. Como razón para ese elevado incremento la academia aducía que los ingresos de la gente habían ido en aumento.

El colectivo profesional de cirujanos plásticos debería estar alerta respecto de aquellos de sus miembros que son demasiado propensos a la tentación de la cirugía cosmética y al encanto del negocio, ya que eso perjudica realmente el prestigio del colectivo. A la «professional community» le convendría, ya por motivos prácticos, ponerse de acuerdo sobre la distinción entre salud y enfermedad que más corresponda al sentido común, y entre paciente (*patiens*, i.e. alguien que sufre o padece) y cliente sano. A veces será una empresa cargada de dudas, pues tanto la enfermedad como la salud son en cierto modo relativos. A fin de cuentas esa distinción será una cuestión del juicio personal del médico clarividente que ante sí tiene a la persona que le vuelve a

consultar. Por lo demás, el médico debería seguir siendo consciente de que vivir con un determinado defecto físico también puede ser una fuente para la maduración de una persona.

En el idioma español no existe, como en el alemán, aquella fina distinción en el significado de los vocablos *Arzt* y *Mediziner*. Con ambos se expresa la misma profesión: médico. Si se agudiza algo más la distinción, entonces *Arzt* (médico) señala o califica la profesión en su fundamento ético, mientras que *Mediziner* únicamente remite a la competencia biotecnológica. De forma análoga, la lengua alemana permite distinguir entre *ärztlicher Dienst* (servicio médico) y *nichtärztliche Dienstleistung* (prestación de carácter no asistencial). *Ärztlicher Dienst* «el servicio médico» delimita las prestaciones para las cuales, desde el punto de vista ético, un médico ha de estar dispuesto a ejercer su profesión: curar y aliviar. Ambas cosas presuponen que hay un paciente. Servicio no asistencial indica, por el contrario, una prestación sin indicación médica real, una oferta biotecnológica de acuerdo con una determinada demanda individual o social. El ejemplo más corriente de una intervención médica en un proceso natural y sano es el aborto. Y no por casualidad los médicos abortistas dan mucha importancia a hablar de sus «pacientes». En muchos países donde está permitido el aborto, se les anima a hacerlo a través del armazón jurídico de una indicación psicosocial.

Asimismo los cirujanos plásticos tienen rápidamente a mano indicaciones psicosociales si se trata de justificar in-

⁹ *Schönheitschirurgie als Wachstumsbranche*, Frankfurter Allgemeine Zeitung del 22 de enero 2000.

tervenciones quirúrgicas puramente estéticas, e incluso de cambio 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. Ciertamente las cosas no son a menudo tan claras. En este sentido, por ejemplo, la reconstrucción de pechos tras mastectomía constituye desde luego una intervención justificada. De acuerdo con el sentido común, no obstante, esa intervención tampoco parece estar indicada en todo caso, sino que más bien depende de la edad y de la situación de la mujer.

En este terreno conviene que el cirujano sea prudente. Una complacencia demasiado amplia recurriendo a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud termina obviamente por abrir las puertas a la conversión de una medicina responsable en un puro negocio. Si se observa además la realidad bajo las condiciones del sistema público de los seguros de enfermedad o de las entidades privadas de seguro, hay que considerar el hecho de que los gastos así originados posteriormente harán que escaseen los medios para otros tratamientos, lo que seguirá reforzando aún más el poder de los gestores del sistema sanitario.

Por tanto, donde el sentido común se permita dudar de las indicaciones psicosociales, al menos debería sospecharse de la demanda de cirugía cosmética y presumir la existencia de dificultades éticas, considerando este tipo de indicación

incompatible con una auténtica conciencia quirúrgica. Esto es válido tanto más para las transformaciones quirúrgicas de sexo. Naturalmente se dan también aquí indicaciones legítimas, por ejemplo en caso de duplicidad de caracteres sexuales. Pero también tenemos una demanda muy elevada de intervenciones quirúrgicas de algo tan raro como el cambio de sexo, que yo consideraría éticamente inasumibles.

Llama la atención que ante la demanda de semejantes operaciones el cirujano se preocupe en exceso y casi escrupulosamente por documentar su información al paciente, y todo aquello que pueda ser útil, para que la persona que solicita la intervención le libere de responsabilidades legales. Eso es legalmente tan acertado como interesante desde el punto de vista ético. Muestra precisamente que el médico mismo no está moralmente identificado con lo que está a punto de emprender. E indica que ha interiorizado el derecho del paciente a la autodeterminación en una manera según la cual la persona que demanda la operación debe ser tratada como cliente. Todo esto contribuye a confundir a la persona que demanda tales prestaciones, que acaba reclamándolas como un derecho subjetivo. Ambas cosas juntas cooperan a que nos habituemos a una progresiva mutación de la relación médico-paciente —que posee una entraña esencialmente ética— en una relación puramente comercial o mercantil. Y el mercado de prestaciones no asistenciales demandadas crecerá indudablemente.

4. Autonomía del paciente vs. autonomía del médico

Volvamos al principio de autonomía del paciente como orientación ética actualmente privilegiada en la práctica médica, con objeto de analizar brevemente su origen y efectos. Dar prioridad a este principio se deriva de dos fundamentos:

a) La relación médico-paciente está basada en la confianza: se trata de una relación de socios (*partner*) y de diálogo, en el seno de la cual la tradición hipocrática concedió la primacía a la asistencia del médico al paciente. Abusos ocasionales pero evidentes cometidos desde siempre por médicos autoritarios fueron sacados a la luz y destacados en las décadas 1960 y 1970 cuando sociólogos y politólogos descubrieron la crítica a la autoridad y la convirtieron en su tema. El principio asistencial fue denunciado como paternalista y suplantado por el principio de la autonomía del paciente. La autorización del paciente empezó a exigirse con la presuposición de su información adecuada. Mientras tanto, esa información se convirtió en un factor importante respecto a la responsabilidad del médico. En mayor o menor medida el médico hoy está obligado a dar una información extensa y completa sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento, alternativas, riesgos, etc., aunque al paciente se le sobrecargue, e incluso se sobrepasen los límites de su capacidad mental.

b) La inseguridad general acerca de las clásicas normas deontológicas y ético-médicas, así como la preferencia de los juris-

tas por juzgar acerca de los conflictos de intereses y no sobre el conocimiento especializado y la motivación de los médicos, favorecen precisamente el sometimiento de la relación médico-paciente a una ética de responsabilidad contractual, algo parecido a la responsabilidad industrial respecto del producto. Desde luego, los médicos deben responder de sus errores reales. Su responsabilidad legal por una información incompleta o precaria, sin embargo, produce un malestar no menor que la incapacidad de muchos colegas para mantener un diálogo confiado con sus pacientes.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress han buscado una salida a este conflicto apoyando en la práctica sólo un solo principio-guía, la autonomía del paciente. Así, proponen los que llaman cuatro principios *prima facie*: la autonomía o autodeterminación del paciente (*self-determination*), el no perjudicar (*nonmaleficence*), la prestación de ayuda (*beneficence*) y la justicia (*justice*; en el sentido de *fairness*, equidad, rectitud, que podrá formalizarse más fácilmente). Lo que enseguida llama la atención es que la autonomía del paciente se menciona antes que el no perjudicar. Dichos autores han ponderado posteriormente cada uno de los cuatro principios en caso de conflicto entre ellos. No han podido menos que reconocer entonces que la autonomía del paciente confirma su preeminencia frente a los otros principios¹⁰.

10 Beauchamp Tom L. and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York (Oxford Univ. Press), 1989.

Hoy la corriente principal ético-médica se encuentra todavía en una fase en la que al paciente se le concede el papel principal en la relación médico-paciente. A mi juicio convendrá corregir esa relación en el sentido de buscar un equilibrio entre los principios de libre autodeterminación del paciente y el principio asistencial del médico en beneficio del paciente. Si se nos permite remitirnos a Edmund Pellegrino, las cosas se mueven en esa dirección. De todas formas, Pellegrino exige a todos los médicos una contribución capital: su virtud. Con esto

no se está pensando en otra cosa que no sea la lealtad a la exigente tradición profesional médica¹¹, cuyo abogado procurador es un colectivo profesional al servicio de la propia libertad y del bienestar del paciente, con un código ético inequívoco y categórico compartido por todos y con la capacidad de prevalecer e imponerse a todos los miembros de la profesión. Esto podría representar la condición básica para asegurar la confianza del paciente, el prestigio público y la defensa frente a una intromisión estatal inadecuada e impropia.

11 Pellegrino Edmund, *Der tugendhafte Arzt und die Ethik*, en: H. Sass (ed.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart (Reclam), 1989: 40-68. Original en Inglés: *The Virtuous Physician, and the Ethics of Medicine*, en: Earl F. Shelp (ed.), *Virtue and Medicine*, Dordrecht (Reidel), 1985, 237-255.