

INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA

**CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y  
REPARADORA: PERSPECTIVA  
HOLÍSTICA DE UNA ESPECIALIDAD  
MODERNA**

DISCURSO

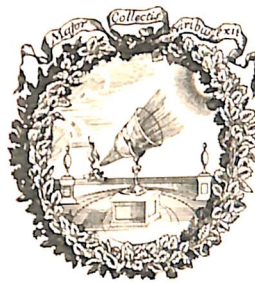
para la recepción pública del Académico Electo

**EXCMO. SR. D. BERNARDO HONTANILLA CALATAYUD**

leído el día 16 de abril de 2024

y contestación por el Académico de Número

**EXCMO. SR. D. VICENTE CALATAYUD MALDONADO**



MADRID, 2024

INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA

CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y  
REPARADORA: PERSPECTIVA  
HOLÍSTICA DE UNA ESPECIALIDAD  
MODERNA

DISCURSO

Para la recepción pública del Académico Electo

**EXCMO. SR. D. BERNARDO HONTANILLA CALATAYUD**  
leído el 16 de abril de 2024

y contestación por el Académico de Número

**EXCMO. SR. D. VICENTE CALATAYUD MALDONADO**



Madrid 2024

## SUMARIO

DISCURSO DEL EXCMO. SR. D. BERNARDO HONTANILLA  
CALATAYUD

SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS.....	9
1. HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA.....	12
2. ACTUALIDAD DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA.....	15
3. ¿CUÁLES SON LOS GRANDES AVANCES QUE SE PRODUCIRÁN EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DURANTE LOS PRÓXIMOS 50 AÑOS? .....	20
3.1 Supermicrocirugía.....	20
3.2 Ingeniería tisular y medicina regenerativa.....	20
3.3 Tecnología del plasma.....	21
3.4 Utilización de aleaciones con memoria de forma.....	21
3.5 Cirugía intrauterina.....	21
3.6 Bioimpresión.....	21
3.7 Inteligencia artificial.....	22
4. CIRUGÍA ESTÉTICA.....	23
4.1 La belleza.....	24
4.2 Belleza y hermosura.....	27
4.3 Consideraciones psicológicas de la belleza y la cirugía estética.....	28
4.4 Cirugía estética: acto médico y acto de salud.....	31
4.5 Medicalización de la normalidad y la felicidad.....	36
4.6 Cirugía estética y los valores.....	42
5. CONCLUSIONES.....	47
6. EPÍLOGO.....	48
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL EXCMO. SR. D. VICENTE  
CALATAYUD MALDONADO. ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA REAL  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA..... 57

I.S.B.N.: 978-84-123335-4-1  
Depósito Legal: M-7119-2024

---

Fotocomposición e impresión: Imprenta TARAVILLA, s.l. Mesón de Paños, 6.  
28013 Madrid

## SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Excelentísimos señor Presidente y miembros del Pleno, Ilustrísimos señores Académicos correspondientes, autoridades, familiares y amigos.

Es para mí un gran honor y un motivo de agradecimiento poder dirigirme a Ustedes desde esta tribuna para representar a la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Me hizo especial ilusión recibir la noticia de este reconocimiento, así como la confianza que Ustedes me han otorgado. Reconocimiento que brinda a esta especialidad la oportunidad de una mayor visibilidad dentro del ámbito académico, ya que podrían existir motivos para considerarla ajena al mismo.

Quiero agradecer especialmente a los académicos que han avalado mi candidatura. En primer lugar, dar mi más sincero agradecimiento al Profesor Calatayud Maldonado por el apoyo recibido desde el primer momento. Hombre de carácter fuerte pero excelente persona y magnífico neurocirujano. En él me he apoyado sin dudarle a lo largo del proceso de elección. Su ánimo, consejo y sabiduría de buen castellano-aragonés me han acompañado en todo momento. También quiero agradecerle el que haya aceptado contestar a mi discurso de ingreso en esta Academia. Asimismo, expresar mi profunda gratitud a la Profesora Castellano, que siempre me escuchó atentamente y estuvo pendiente del desarrollo de mi candidatura. Su elegancia en el trato y su hondo conocimiento de la Academia han contribuido a que esta aventura haya resultado exitosa. Finalmente, agradecer al Profesor González de Posada su ayuda y sus grandes consejos de sabio. Me veía muy pequeño con tan grandes académicos a mi alrededor.

Igualmente, quiero agradecer a todos los señores académicos la acogida que me han dispensado. Ha sido para mí un privilegio el haberles conocido y haberme podido comunicar con todos durante estos pasados meses. Tengo que manifestar que he disfrutado

enormemente conversando con todos Ustedes y comprobando su gran calidad humana y talla profesional, que ya conocía de mi época de estudiante en la Facultad de Medicina, lo que ha supuesto un gran enriquecimiento personal. Les puedo asegurar que, con independencia de que hayan decidido finalmente aceptarme como nuevo miembro de esta ya mi familia, el solo hecho de haberles conocido y tratado habría merecido el esfuerzo de elaborar esta candidatura.

No me puedo olvidar de mi querida Universidad Complutense de Madrid: allí inicié mis estudios de medicina y pudo verme crecer. En ella y de sus profesores, algunos aquí sentados y otros ya fallecidos, aprendí los fundamentos de mi práctica médica. Fundamentos que son, sin lugar a dudas, los más importantes en la vida profesional de una persona, como lo es una madre para el desarrollo de su hijo.

Asimismo, no quiero olvidarme de mi también querida Universidad Autónoma de Madrid, donde me enseñaron las bases de la investigación de la mano y tutela del Profesor Giménez Amaya. Él me introdujo en el arte de la preparación de un trabajo científico y se preocupó de formarme enviándome a Centros de prestigio internacional: el MIT en Cambridge (Massachusetts), con la Dra. Ann Martin Graybiel, y la Université Laval en Québec con el Dr. André Parent, donde además de las técnicas, comencé a saber cómo enfrentarme a la realidad de un modo que me ha servido a lo largo de mi carrera científica junto con mi gran amigo el Dr. Silvano de las Heras..

Al Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Especialmente al Dr. José Avilés Velastegui y a la Dra. Rosa Pérez Cano, con quienes adquirí las técnicas básicas en cirugía plástica. Especial mención quiero hacer a dos personas; al que fue mi residente mayor, el Dr. Ángel Vidal Santana quien me enseñó el estilo quirúrgico de un cirujano plástico y que, gracias a él, me encaminé a la cirugía de la parálisis facial. Y al Dr. Miguel Sánchez Viera, dermatólogo, quien

me permitió operar sin límites y gracias al cual saboreé la técnica que caracterizaba la cirugía de los colgajos en la cara.

Al Dr. Ralph T. Manktelow, a la Dra. Susan E. Mckinnon y a la Dra. Grazia Salimbeni, quienes me enseñaron todo lo que sabían de la cirugía del nervio periférico y, más en concreto, de la reconstrucción del nervio facial.

A mi querida Universidad de Navarra, donde he pasado mis últimos 25 años. En ella hemos conseguido confirmar y desarrollar mis inquietudes docentes, investigadoras y asistenciales. De muchas personas que allí trabajaban he podido aprender el rigor, la constancia y la profesionalidad de un quehacer esforzado, sereno y discreto. A los compañeros de Departamento y a tantos residentes que han terminado su especialidad. Y no puedo dejar de mencionar y agradecer a los pacientes, a los alumnos y al personal auxiliar asistencial y de servicios de todos los centros donde he estudiado y trabajado, porque sin su confianza, entrega y aplicación, no hubiera sido posible llegar hasta este momento.

A mis padres por habérmelo dado todo. Cómo habría disfrutado mi padre si hubiera presenciado este momento junto a mi madre, aquí presente. Y, cómo agradecer a mi mujer, después de tantas alegrías, algunas dificultades y algún que otro último disgusto. Siempre en el lugar adecuado y consciente de que sin su ayuda mucho de lo conseguido no hubiera sido posible. Y a mis hijos, por colaborar en casa y cuidar de vuestra madre. Y porque sois excelentes personas. A mis hermanas y a mi familia política junto a mis amigos por su ilimitado apoyo y cariño. A todos ellos les dedico este nombramiento porque se lo merecen tanto como yo. Finalmente, agradezco a Dios todo el bien que me ha hecho a lo largo de mi vida.

Mi homenaje al académico que ocupó hasta el año 2017 este sillón número 32. El Excmo. Sr. D. Félix Pérez Pérez, magnífico veterinario, Catedrático de las Universidades de León, Zaragoza y

Madrid. Tuvo una prolífica carrera en el ámbito quirúrgico, así como en el de las enfermedades de la reproducción animal. Fue Vicerrector de la Universidad Complutense de Madrid y ocupó diferentes cargos políticos. Intenté averiguar qué rasgo en común podría tener su actividad profesional con la cirugía plástica, y lo único que encontré fue un libro que publicó al final de su trayectoria profesional. La verdad es que me sorprendió su tema, que me va a servir para terminar después mi disertación. El título es: *¿Por qué envejecemos?, cómo añadir años a la vida y vida a los años*. También su discurso de toma de posesión: *El fascinante avance de las biotecnologías en reproducción animal. Incidencia en los campos del derecho, la ética, la moral, la religión y en la mejora genética de las especies animales útiles al hombre*, me sirvió para imitarle a la hora de hacer algunas consideraciones éticas y deontológicas sobre mi profesión en este discurso.

## 1. HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

He de confesarles que es, para mí en particular y para la especialidad de cirugía plástica, estética y reparadora en general, un orgullo el poder disertar desde este estrado sobre una materia que, hasta hace pocos años, no se había considerado académica en nuestro esquema docente. Me veo, por tanto, en la obligación de explicar los motivos por los que esta disciplina quirúrgica debe y puede ser considerada como tal. Pero antes, permítanme que les relate brevemente los hitos históricos más importantes de dicha especialidad.

Las primeras referencias a la cirugía plástica se remontan a 2500 años antes de Cristo en un libro hallado en el Templo de Veda en la India. En este libro, aparecen descripciones de reconstrucciones nasales mediante lo que hoy se conoce como colgajo frontal o indio. Esta técnica es recogida por el cirujano hindú Shusruta 700 años antes de Cristo con una descripción más detallada, incluyendo instrumental quirúrgico y modelos de experimentación para realizar la técnica. Posteriormente, durante el Imperio egipcio y en base a lo

hallado en los papiros de Ebers y Smith, estamos en el siglo XVI a.C., se documentan procedimientos para cerrar heridas de guerra que tienen todavía actualidad, así como el drenaje de abscesos y el manejo de úlceras. Ya en el siglo I a.C., Celso describía las heridas producidas por frío e incluso el manejo de las quemaduras y el diseño de pequeños colgajos de avance.

La Edad Media fue una época oscura para la cirugía plástica. Solo encontramos alguna breve descripción de una reconstrucción nasal efectuada al emperador Justiniano II en el siglo VII mediante la ya conocida técnica del colgajo indio. Sin embargo, es con Avicena (siglo XI) cuando se detallan muchos instrumentos quirúrgicos.

Durante el siglo XII, Guy de Chauliac aconsejó que las heridas debían cerrarse con puntos sueltos, planteamiento que chocaba con la teoría de Galeno, quien dejaba que la herida supurase espontáneamente hasta su curación. Ya en el siglo XIII, la cirugía sufrió en su conjunto un gran letargo, puesto que se prohibieron las intervenciones quirúrgicas, por lo que esta actividad pasó a manos de los barberos. La peste que diezmo la población mundial y la Inquisición fueron probablemente las causas de este enlentecimiento. Fue necesaria la llegada del Renacimiento en el siglo XV para que de nuevo resurgiera la cirugía reconstructiva al aparecer defectos importantes tras el padecimiento de la sífilis y otras enfermedades mutiladoras como la lepra, aunque no fue hasta el siglo XIX cuando empezó a desarrollarse la cirugía plástica, al igual que otras especialidades quirúrgicas, gracias al descubrimiento de la asepsia, la antisepsia, la anestesia, y también gracias a las guerras. Nombres tan ilustres como Von Graefe, Dupuytren, Wolfe y Krause idearon los injertos cutáneos de piel total o parcial para la cobertura de heridas, y es en 1838 cuando por primera vez se denomina a este tipo de intervención como Cirugía Plástica por Eduard Zeis en su tratado sobre la materia (1, 2).

Durante la I Guerra Mundial comenzó un crecimiento exponencial en la elaboración de técnicas en cirugía plástica. La plastia en Z (método para evitar las contracturas cicatriciales o cambiar la dirección de una cicatriz) nació en Francia y en Inglaterra; justo antes de la II Guerra Mundial, se introdujo el dermatomo para la extracción de injertos cutáneos. Tras su finalización aparecieron los grandes tratados de cirugía de la mano, con Bunnell y Littler a la cabeza.

Pero es durante la segunda mitad del siglo XX cuando surgen los grandes avances de la cirugía plástica. El uso del microscopio quirúrgico, la fibra óptica o el láser, la química (con la utilización de materiales biocompatibles) y la ingeniería (con la aparición de prótesis), fueron introducidos en el armamento del cirujano plástico. Así, la incorporación del microscopio y el instrumental microquirúrgico facilitaron las técnicas de microcirugía para la realización de colgajos libres y el trasplante de tejidos.

Es de justicia recordar en este momento al Dr. Alexis Carrel, fisiólogo y cirujano francés, quien tuvo que emigrar a los EE.UU. expulsado por la Universidad Francesa después de su conversión tras varios viajes a Lourdes. Narra en sus memorias que en Lourdes presencié dos milagros, además de comentar su conversión a la Fe católica. Afincado en los EE.UU., desarrolló las suturas vasculares y el trasplante de vasos sanguíneos y órganos, por lo que se le concedió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1912. De hecho, es considerado el padre de la microcirugía. Y también recordar a Joseph E. Murray, cirujano plástico, quien recibió igualmente el Premio Nobel por realizar con éxito el primer trasplante de riñón en 1954.

En España, la cirugía plástica y reparadora empezó a desarrollarse principalmente en el ámbito de la medicina militar de los años cuarenta. El Dr. Sánchez Galindo, quien se formó en Nueva York, fundó a su vuelta el primer servicio de cirugía plástica de España, comenzando en San Sebastián y siguiendo en Madrid, en el Hospital

Gómez Ulla; posteriormente, con su discípulo, el Dr. Quetglas, fueron los grandes fundadores de la Sociedad Española de Cirugía Plástica y de la Revista Ibero-Latinoamericana del mismo nombre.

En la década de los sesenta del siglo pasado, Buncke llevó a cabo el primer colgajo libre de omento y comenzaron a diseñarse trasplantes de tejidos muy sofisticados, siempre mediante técnicas de microcirugía. En 1972, Kiyonori Harii y Kitaro Ohmori realizaron los primeros trasplantes de músculos del pie a la cara para la rehabilitación dinámica de la parálisis facial de larga evolución, y Manktelow, con quien me formé en Canadá, diseñaba una pequeña porción del músculo gracilis o recto interno del muslo para la rehabilitación de una cara paralizada. Igualmente, la microcirugía supuso un gran avance en las técnicas de reparación del nervio periférico, del plexo braquial y del lumbar, además de contribuir al desarrollo de otras especialidades quirúrgicas como la neurocirugía, la oftalmología o la cirugía ortopédica.

En el ámbito de la cirugía estética, se comenzó con las intervenciones sobre la nariz. John O. Roe fue el primero en realizar una rinoplastia. Más tarde, el alemán Joseph en 1898 introdujo la técnica específica y el instrumental preciso para efectuar una rinoplastia con resultados excelentes. Un poco más tarde aparecieron la liposucción, con la experiencia de Illouz y Fournier, y los implantes mamarios de silicona gracias a Cronin en 1963, además de las técnicas endoscópicas (3).

## 2. ACTUALIDAD DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Hoy en día, es posible realizar todo tipo de reimplantes de miembros (dedos, manos, brazos, piernas) y, gracias al mayor conocimiento en el manejo de los fármacos inmunodepresores, se pueden llevar a cabo trasplantes de manos y de cara procedentes de un cadáver, aunque han surgido problemas legales, especialmente con los trasplantes bilaterales de mano. Más aún, gracias a la

reconstrucción por medio de técnicas microquirúrgicas, se consigue efectuar grandes exéresis tumorales, especialmente en la cabeza y el cuello, y, por tanto, mejorar la supervivencia de estos pacientes y, en consecuencia, su calidad de vida. Por poner algunos ejemplos: hoy se pueden hacer reconstrucciones funcionales tras exéresis tumorales en una mandíbula trasplantando una porción del hueso peroné, de la escápula o de la cresta ilíaca, y colocar implantes dentales en esos mismos trasplantes, de manera que los pacientes puedan volver a masticar; o amputar por completo una mama y reconstruirla mediante una transferencia microquirúrgica de tejido abdominal dermograso con resultados muy naturales. Conviene recordar que España es una potencia mundial en el ámbito de la cirugía plástica y reconstructiva, existiendo numerosos centros que de forma regular llevan a cabo intervenciones microquirúrgicas complejas.

¿Cómo se podría definir la cirugía plástica y reparadora? Se trata de una especialidad que no se encuentra ligada a un lugar anatómico concreto o a un tejido en particular, como sí pueden estarlo otras del tipo de la oftalmología o la ginecología, sino que actúa principalmente sobre la piel, la grasa, los músculos y los nervios de cualquier parte del cuerpo humano. Su finalidad fundamental es la de reparar o reconstruir estos tejidos cuando hayan quedado ausentes o lesionados tras un traumatismo, una cirugía oncológica o debido a malformaciones congénitas. Mediante transferencias de tejidos procedentes de otras partes del mismo cuerpo (autotrasplante), de otro individuo (heterotrasplante), o recurriendo a materiales biocompatibles, se restauran los defectos de los pacientes. Como pueden apreciar, estas reconstrucciones, especialmente las microquirúrgicas, son de alta complejidad y requieren mucho esfuerzo emocional y físico, además de un exhaustivo conocimiento de la anatomía humana. No se trata de realizar una reconstrucción cualquiera: ésta tiene que ser funcional y estéticamente aceptable.

Como especialidad es absolutamente transversal, pues colabora con todas las demás especialidades quirúrgicas en el ámbito hospitalario. Por poner algunos ejemplos: colaboramos con

ginecología en la reconstrucción vaginal mediante la interposición de un colgajo DIEP pediculado; con cirugía general en la reconstrucción de un esófago con una porción de yeyuno; con cirugía torácica, interponiendo colgajos en la cavidad torácica; o con cirugía de la mama, reconstruyendo este órgano de casi infinitas maneras. Más aún, con la llegada de la protonterapia al tratamiento del cáncer de mama, se pueden llevar a cabo reconstrucciones inmediatas de cualquier clase debido a la baja afectación de esta forma de radiación sobre los implantes o tejidos autólogos utilizados.

Por tanto, es un tipo de cirugía que realiza reparaciones y reconstrucciones, pero teniendo en cuenta un parámetro estético y otro, quizá más importante, de índole funcional. La restitución del órgano ha de tener dicho carácter. Como paradigma de esta cirugía funcional puede citarse la reconstrucción de la movilidad facial en pacientes con la cara paralizada. Dependiendo del tiempo de evolución de la parálisis facial, de la edad del paciente, de su sexo y de las cirugías previas que se hayan realizado, podemos efectuar transferencias nerviosas con un nervio facial cruzado utilizando un injerto de nervio sural, o con el nervio masetérico, o bien llevar a cabo trasplantes musculares de la pierna a la cara cuando la musculatura facial propia no resulte susceptible de ser neurotizada, para que el paciente recupere una sonrisa intencional y emocional. En otras ocasiones, transponemos tendones desde la pierna a la cara para reconfigurar el aspecto facial. En los casos congénitos, como el síndrome de Moebius, en los que los niños nacen con una parálisis facial bilateral, realizamos un doble autotrasplante muscular de la pierna a la cara. Otros ejemplos de cirugía funcional serían el trasplante de un dedo del pie a la mano para reconstruir la pinza en una amputación del pulgar, las transferencias musculares para resolver una incontinencia de esfínteres o la reconstrucción de los plexos braquial y lumbar mediante injertos nerviosos libres vascularizados.

En la cirugía del gran quemado se han obtenido numerosos sustitutos dérmicos, e incluso mediante cultivos celulares, las



Unidades de Grandes Quemados disponen de la propia piel del paciente de forma expandida para proceder a la cobertura de los defectos. Nuevas formulaciones de fármacos como el Nexobrid® adquieren enorme importancia cuando se llevan a cabo los desbridamientos no quirúrgicos. Todo ello hace que la supervivencia del paciente quemado haya aumentado en los últimos cinco años de forma notable.

Sin embargo, desde el punto de vista docente, los acontecimientos no se han desarrollado a la misma velocidad que han seguido, tal y como hemos visto, en la vertiente asistencial. Hoy en día, la cirugía plástica se imparte de forma optativa en algunas Facultades de Medicina de España. De esta manera, hay muchos estudiantes de medicina que acaban su grado sin saber qué es la cirugía plástica y reparadora. Más aún, solo reciben dos clases de cicatrización y quemaduras en la asignatura de Fundamentos de Cirugía de 3<sup>er</sup> curso, clases que quizá haya impartido un cirujano general. Es impresionante ver el inmovilismo en los programas de estudio de esta materia, al conservar el mismo esquema de docencia quirúrgica que hace 40 años. Y, sin embargo, los mejores números del MIR de los últimos 15 años escogen esta especialidad. ¿De dónde nace esta paradoja? Es decir: alumnos que en su mayoría no han conocido la cirugía plástica durante la carrera de Medicina, obtienen una nota excelente en el examen MIR y eligen esta opción. Pero no solo es eso: cuando acaban su preparación en la especialidad no quieren ocupar las plazas públicas de la Seguridad Social de manera que, a pesar de aumentar la oferta formativa en cirugía plástica cada año, no se cubren las necesidades existentes en el servicio público. Más adelante daré alguna explicación.

También conviene destacar la controversia que existe en cuanto a la capacitación profesional. El cirujano plástico es un especialista que conoce bien la piel y, para muchos, debería ser el que realizase la mayoría de los procedimientos que impliquen su manipulación quirúrgica. Los tiempos de formación en cirugía plástica son múltiples: en el grado, durante el periodo de la residencia o en cursos

de postespecialización. Estos últimos resultan sumamente discutidos porque, según critican muchos cirujanos, colocan a los médicos en el mismo escalafón que a otros profesionales, incluso no médicos, cuya formación raramente les capacita para realizar todos los procedimientos que actualmente se llevan a cabo. En este asunto, influye también el hecho de que la medicina y la cirugía estética sean, desde el punto de vista económico, muy tentadoras, lo que favorece que haya gente sin escrúpulos que realice intervenciones para las que no está correctamente preparada. Y también hay que añadir el intrusismo, de manera que personas ajenas a la medicina generan expectativas engañosas con productos falsamente milagrosos. Como después veremos, el problema parece agravarse en el contexto del desarrollo de la inteligencia artificial (IA) para fines asistenciales, pues posibilita que tales individuos sin los conocimientos oportunos ostenten una seguridad ilusoria en la toma de decisiones médicas, algunas de mucho riesgo.

Desde el punto de vista de la investigación y la innovación, existen centros de enorme prestigio internacional que se dedican a la investigación microquirúrgica, al desarrollo de materiales biocompatibles o a la ingeniería tisular. Es muy habitual en los congresos europeos y norteamericanos que los cirujanos plásticos presenten sus trabajos donde se manejan técnicas de trazado neuronal, inmunohistoquímica, hibridación *in situ* o terapia celular para expandir condrocitos, células de Schwann u otras células a partir de células madre procedentes de un lipoaspirado con el fin de preparar membranas biológicas, cartílago auricular o pequeños segmentos de nervio que sean funcionales para la reparación de un nervio periférico. Numerosa es nuestra aportación a la bibliografía científica en este sentido, incluso generando conocimiento mediante la resonancia magnética funcional en pacientes con parálisis facial o tras la aplicación de factores de crecimiento nervioso.

La bioingeniería es otro campo donde la colaboración entre la cirugía plástica y la ingeniería se complementan a la perfección. La elaboración de prótesis biónicas es hoy una realidad. Muy

probablemente, en pocos años, no tenga ya sentido realizar los trasplantes de una mano, un brazo o una pierna procedentes de un cadáver a un vivo debido a la existencia de este tipo de prótesis. Los movimientos que se consiguen son increíbles. Los nervios del plexo braquial se coaptan a sensores biocompatibles en la prótesis, de manera que los pacientes efectúan movimientos coordinados y efectivos de forma voluntaria.

### 3. ¿CUÁLES SON LOS GRANDES AVANCES QUE SE PRODUCIRÁN EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DURANTE LOS PRÓXIMOS 50 AÑOS?

#### 3.1 Supermicrocirugía

Este nuevo concepto se acuñó hace pocos años al utilizar hilos de sutura más allá de los 12/0. En realidad, debería corresponderle la denominación de nanocirugía si fuéramos exactos con los términos, pero como el nombre quedaba un poco ridículo, se prefirió el prefijo "súper", dando la sensación de que quien hacía supermicrocirugía era una especie de *superman* microquirúrgico. El diámetro del hilo de sutura es más pequeño que el de un pelo. Es como dar una vuelta más a la magnificación que ofertaba el microscopio quirúrgico. Con la llegada de esta microcirugía, se consigue realizar anastomosis de pequeños vasos linfáticos casi invisibles a pequeñas vénulas para mejorar el drenaje linfático de un brazo o una pierna después de una linfadenectomía, además de otros tipos de microtrasplante de tejidos.

#### 3.2 Ingeniería tisular y medicina regenerativa

La posibilidad de diferenciar líneas celulares procedentes de las células madre permite su expansión hasta cientos de millones de ellas. En los hospitales e institutos de investigación que disponen de un centro de terapia celular, esto constituye una técnica de rutina. Se pueden fabricar láminas de piel para la cirugía del gran quemado, mallas biológicas para la reparación de defectos abdominales, nervios sustitutos de los propios nervios del individuo y, en

concreto, nosotros estamos fabricando pabellones auriculares con estructura de PLA (ácido poliláctico) y condrocitos expandidos procedentes del tabique nasal de pacientes donantes sanos.

#### 3.3 Tecnología del plasma

El trabajo conjunto de físicos, ingenieros y médicos hace que se vaya a desarrollar en los próximos cinco años una técnica novedosa y patentada, como es la aplicación del cuarto estado de la materia (plasma) utilizando aire a presión atmosférica en forma de *jet*. La capacidad que presenta esta invención para descontaminar y producir neovascularización en las heridas de las úlceras crónicas de tipo venoso y diabético es espectacular, produciéndose curaciones que en otros tiempos parecían impensables y cuyos únicos métodos de tratamiento hasta hace meses eran las terapias de vacío o la cirugía.

#### 3.4 Utilización de aleaciones con memoria de forma

La química inorgánica también tiene cabida en el campo de la cirugía plástica. Existen materiales con memoria de forma que se utilizarán como sustitutos o acoplados a otros elementos biocompatibles. Estas modernas combinaciones van a proporcionar nuevas propiedades físicas a los materiales implantables ya existentes.

#### 3.5 Cirugía intrauterina

Gracias a los microscopios quirúrgicos y a otros sistemas de intervención quirúrgica como el robot Da Vinci y el láser, se podrán reparar malformaciones congénitas en el labio y en el paladar (fisura labial y palatina) o en otras partes del cuerpo del feto dentro del útero materno.

#### 3.6 Bioimpresión

Los métodos de imágenes tridimensionales asociados a este tipo de impresoras permiten fabricar moldes perfectos en tres dimensiones de huesos procedentes de diversas partes del cuerpo con una exactitud milimétrica. De esta manera, podremos escindir para su reconstrucción pequeñas porciones mandibulares, de la calota o de la mano y fabricar moldes óseos u otros materiales biocompatibles exactamente iguales.

### 3.7 Inteligencia artificial

Pero uno de los grandes cambios que puede experimentar esta especialidad vendrá de la mano de los avances tecnológicos relacionados con la IA. La IA es el campo de la ciencia y la ingeniería que se ocupa de la comprensión computacional (4). Su sistema de funcionamiento es la acumulación de datos. Hoy en día, supone una ayuda para disminuir la dificultad e incertidumbre de la medicina y reducir, por tanto, la variabilidad clínica. Además, la IA es útil en medicina para almacenar datos que nos ayuden en el diagnóstico de muchas enfermedades. De hecho, existen actualmente cinco áreas médicas donde la IA ya se está aplicando: el diagnóstico del cáncer de mama, del cáncer colorrectal, la salud bucodental, los pacientes con dolor y el diagnóstico de tumores cutáneos en el campo de la dermatología. Sin embargo, algunos de estos ensayos clínicos han presentado resultados negativos en cuanto a la utilidad de la IA en el diagnóstico del cáncer de colon (5).

Estos horizontes tecnológicos de la IA sí se ven potenciados en el ámbito de la cirugía estética gracias a los nuevos sistemas de análisis de imágenes. Dichos sistemas utilizan algoritmos de aprendizaje automático en las imágenes de la piel para identificar patrones que permitan planificar tratamientos de rejuvenecimiento facial, e incluso evaluar los resultados de su aplicación. No solo se está usando la IA para ralentizar, no revertir, el paso de los años, sino que incluso podríamos visualizar más campos de aplicación en el terreno de la estética.

El primero está relacionado con el análisis de las características faciales. La IA tiene la capacidad de examinar las características de la cara de las personas y proporcionar información sobre qué rasgos se consideran más atractivos. Este estudio puede ayudar a la industria farmacéutica a fabricar productos y nuevas formas de aplicación para lograr rostros más atractivos (6).

El segundo tiene que ver con las posibilidades de modelado en tres dimensiones. La IA también puede utilizarse para crear modelos en tres dimensiones de caras y cuerpos. Estos modelos dan la opción de simular diferentes apariencias de maquillaje. De hecho, ya existen programas en el mercado, como el Mirror Me3D y el Crisalix, que manipulan los rasgos de los pacientes y les permiten verse exactamente como desean tras la cirugía.

También está la cada vez más presente medicina estética personalizada. La IA es capaz de analizar las preferencias de los consumidores y ofrecer recomendaciones de productos de belleza personalizados.

Y, finalmente, la realidad virtual, donde la IA también puede utilizarse para crear experiencias en este sentido que permitan a los consumidores probar diferentes estilos de belleza en el metaverso (7).

Como hemos visto, la vertiente reconstructiva de esta especialidad es espectacular en cuanto a las posibilidades y técnicas que maneja para devolver a la normalidad a los pacientes que padecen un defecto de origen traumático, tumoral, infeccioso o congénito. Pero, además, en este momento, la IA nos ha servido de introducción para hablar de la otra parte integrante de la especialidad, como es la cirugía estética.

## 4. CIRUGÍA ESTÉTICA

La American Medical Association define la cirugía estética como “la cirugía realizada para modificar estructuras normales del cuerpo

a fin de mejorar el aspecto y autoestima del paciente” (8). En ocasiones, hay cirujanos plásticos que no ven claro en la definición lo que es realmente una “estructura normal” pero, en cualquier caso, lo que pretenden muchos pacientes es conseguir cambios en sus cuerpos sin que exista ninguna enfermedad. En este sentido, se trata de un tipo de cirugía que, en muchas circunstancias, se lleva a cabo en personas normales. Por consiguiente, consiste en aplicar un método cruento en una persona sana. Entonces surgen varias preguntas: ¿qué es un cuerpo normal o anormal? O, ¿es la cirugía estética realmente medicina? Antes de contestar a las dos cuestiones anteriores, tenemos que hacernos otra, más básica y previa: **¿es éticamente bueno que el hombre busque la belleza?** Para explicar este concepto, me he basado parcialmente en un artículo que escribí hace 20 años. Me parece que tiene mucha actualidad, y ustedes pueden encontrar su contenido completo en la publicación de dicho texto.

#### 4.1 La belleza

La belleza, según Santo Tomás de Aquino, es aquello cuya contemplación agrada (9) pero, en la práctica, resulta más sencilla de identificar que de describir. Platón pensaba que la belleza era uno de los tres grandes anhelos de la persona, junto con el deseo de salud y de riqueza, y Aristóteles decía que “la belleza es una introducción mejor que ninguna otra carta de recomendación” (10).

La cuantificación de la belleza se inició con los griegos, quienes midieron la perfección estética en términos numéricos de simetría y proporciones. Más tarde, en Europa, se aceptaron las magnitudes ideales del tamaño del brazo, del torso y las medidas faciales expresadas en las esculturas clásicas como una representación tridimensional de la forma humana ideal. Dürero describió una serie de proporciones con las que dividía la cara en tercios y refería que el tamaño de la nariz y el de la oreja debían tener la misma longitud (11). De esta manera, la belleza era representada en conceptos de acuerdo con cantidades expresadas en números. Sin embargo, como

podemos darnos cuenta, su presencia no está definida por las meras proporciones de la simetría y, de hecho, muchas veces estas no aparecen en personas que son consideradas bellas. Si bien no se puede reducir la belleza a un término de proporcionalidad o simetría, tampoco se trata de algo accidental en un individuo, puesto que sabemos que la belleza corporal fomenta el lenguaje de la persona y es un componente esencial de su identidad.

Las personas bellas podrían aparecer en un principio como individuos sanos y capaces de reproducirse (12, 13), y este rasgo considerarse también como un signo de ausencia de enfermedad (14). De hecho, en culturas que sufren una alta prevalencia de padecimientos, el atractivo físico es lo más importante en la selección de la pareja (15). También hay diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto a cómo interpretan la belleza. El tamaño y la fuerza muscular masculina implican su necesidad de obtener y defender la comida y, sin embargo, una mujer joven puede percibirse como bella cuando es nulípara y, por tanto, fértil (16, 17). La mujer suele ver en el hombre una mezcla de atractivo físico y potencial financiero, mientras que el hombre, cuando selecciona su pareja suele buscar en la mujer casi exclusivamente su belleza (18).

Sin embargo, dicha cualidad está representada en el cerebro de quien observa, y este dato ha sido demostrado con el comportamiento de los bebés. Niños con una edad entre 3 y 6 meses observan más fijamente las fotografías de caras agraciadas y desconocidas que las caras desagradables. Además, los niños juegan más tiempo con muñecas y con extraños atractivos que con muñecas y desconocidos que no lo sean (19). Vamos a dar un dato: los rasgos que se consideran más atractivos en una mujer son aquellos que recuerdan a la cara de un niño, como la piel y el pelo claros, los ojos grandes y las mejillas y la nariz pequeñas.

Pero también nos damos cuenta de que, a la hora de seleccionar su pareja, las personas habitualmente valoran la belleza mediante otros rasgos distintos de los materiales, como son la capacidad de ser

fiel, la amabilidad, la alegría o la inteligencia, cualidades que no poseen precisamente un marcador físico. Más aún, observando el aspecto de las caras que manifiestan unas proporciones equivalentes en reposo, son mejor valorados aquellos rostros que expresan rasgos positivos. Por tanto, las bases evolutivas que acabamos de analizar resultan relevantes, pero sólo comienzan a explicar mínimamente la importancia de esta cuestión en la sociedad humana. En general, las personas no sólo advertimos la belleza como una forma de placer, sino que también supone una aceptación inconsciente de otros atributos positivos de la persona (20).

Safo, poetisa griega del siglo VII a.C., hizo la siguiente observación: la belleza es sinónimo de bondad y las personas así juzgadas son consideradas como cualitativamente superiores (21). La capacidad intelectual, las relaciones sociales, la facilidad para conseguir trabajo y la salud mental son rasgos que se asocian con frecuencia a las personas bellas, mientras que otros juzgan a los más bellos como individuos que tienen suerte en la vida a nivel particular o profesional, incluyendo un matrimonio feliz y unos trabajos mejor remunerados. En una sociedad tecnocrática y competitiva como la nuestra, la apariencia joven es un marcador de fortaleza, y conlleva unas posibilidades de conseguir empleo más altas. Sin embargo, la belleza es un conjunto armónico de características físicas, pero también de rasgos de la personalidad como son la integridad, la generosidad, la determinación y el coraje, por citar algunos ejemplos (20).

Por otro lado, algunos estudios sugieren que aquellas personas que tienden a buscar constantemente la belleza física están más predispuestas a divorciarse y se encuentran peor adaptadas a la vida familiar (22, 23). Lamentablemente, la belleza física es más fácil de conseguir que otras cualidades mucho más importantes para la vida ordinaria. En realidad, su presencia no se relaciona con una mayor felicidad que la de los más feos. La gente que nos conoce bien es menos propensa a juzgarnos en función de nuestra belleza, y cuando su presencia aporta una ventaja en la esfera personal o profesional,

la magnitud del beneficio es frecuentemente pequeña o moderada (20).

#### 4.2 Belleza y hermosura

En consecuencia, tenemos que diferenciar la belleza en general de la belleza física o hermosura. La belleza es interior y armoniza todo el conjunto. La belleza estriba en el ser, no en el parecer; se llega a ella por el sentir, no por el mirar. Es un tipo de bondad, pues se aquieta al contemplar lo bello. No es el placer o el agrado, sino aquellas propiedades del ser cuya contemplación resulta grata. La hermosura tiene que ver con lo excelente y perfecto en su línea, o con la proporción perfecta de las partes con el todo y del todo con las partes. Viene de *fermoso*, del latín *formosus*, abundante en forma. La belleza se vincula con la verdad y con la bondad, mientras que la hermosura procede de las cosas y se dirige a los sentidos. La hermosura es como una perfección que nos provoca un cierto entusiasmo. La belleza provoca admiración. La hermosura habla a los sentidos, la belleza a la imaginación y a la inteligencia. La hermosura necesita una figura, la belleza el espíritu. Contemplamos lo bello pero nos apasionamos con lo hermoso. Una flor roja es hermosa. Un lirio pálido es bello. Una joven guapa nos da la idea de la hermosura; una madre que llora por un hijo enfermo nos da la emoción de la belleza. La hermosura es Venus; la belleza es Minerva. Nos enamoramos de lo hermoso, pero amamos lo bello (24).

Por tanto, para que clasifiquemos a las personas como bellas y no solo hermosas, estas tienen que cumplir tres condiciones fundamentales: **armonía** y proporción de la persona consigo misma y en relación con lo que le rodea; **integridad** en el ámbito físico y psíquico, y **claridad o sinceridad** tanto en el ámbito corporal como en el espiritual. Para el entendimiento, quiere decir inteligibilidad, verdad, ser, y para los sentidos luz, color, nitidez y limpieza (25). Esta sinceridad en expresar los valores internos del espíritu es el papel más propio del rostro. Mientras que la perfección y la armonía

de las partes son fácilmente reconocibles y están casi sujetas a la medida, la sinceridad de la expresión nace sólo de la intuición de quien observa; y, sin embargo, es el elemento más determinante al imprimir en un rostro el sello de la belleza, dando lugar a una variedad casi infinita de tipos (20).

En definitiva, buscar la belleza es algo bueno para el hombre, como también lo es, y muchas veces se agradece, el llegar a ponerse más hermosos o guapos. Pero vamos a considerar ahora que este movimiento natural hacia lo bello y lo hermoso puede esconder algo más profundo. El problema estriba principalmente en los medios para conseguir este fin. Si los medios son cruentos, como sucede en el caso de la cirugía estética, entonces es cuando aparece el dilema, pues el observador podría pensar que su aplicación resulta desproporcionada. Pero dediquémonos primero a analizar las motivaciones.

#### 4.3 Consideraciones psicológicas de la belleza y la cirugía estética

Las motivaciones para demandar un tratamiento de cirugía estética son múltiples, y muchas veces se encuentran condicionadas por la tendencia de la sociedad a ponderar el aspecto juvenil. Nos resistimos a envejecer. Además, como ya hemos dicho, un aspecto físico joven y dinámico resulta esencial para poder competir muy habitualmente en igualdad de condiciones. En gran parte de las profesiones, la buena apariencia física tiene una importancia equivalente a la comunicación con el ambiente social y afectivo. Influye también la moda, hoy muy orientada hacia el cuidado y hacia una mayor exposición del cuerpo.

Esta tendencia de la población hacia la propia hermosura supone un motor en la modificación de las percepciones y de la conducta, que está generando una industria en crecimiento exponencial. Actualmente, el gasto anual aproximado en la industria farmacéutica de este sector es de aproximadamente quince mil millones de euros (26), y se realizan millones de procedimientos quirúrgicos estéticos

cada año en todo el mundo. Además, la tendencia está aumentando debido a la aparición del metaverso, en el que las personas interactúan con una realidad virtual para aparecer perfectas y, después, exigir esos rasgos físicos ilusionantes al médico.

Podemos distinguir las motivaciones en externas e internas. Las motivaciones externas incluyen el evitar un prejuicio étnico, el miedo a la discriminación por la edad o la presión que pudiera ejercer el cónyuge, la pareja, los tutores o las circunstancias profesionales. Las internas pueden ser sentimientos que conducen a eliminar la ansiedad, la depresión, la culpa o el temor, o sencillamente el afán de mejorar un aspecto de su físico que no les gusta. Las mujeres se encuentran más predispuestas a desear una apariencia joven y saludable que indique fertilidad, y los hombres están más interesados en adquirir un aspecto fuerte, capaz de facilitar el avance en su carrera (27), aunque esta tendencia tiende a invertirse. También la edad y las experiencias propias de la vida pueden determinar qué motivaciones son las más importantes en cada caso. Un estudio con pacientes a los que se ha llevado a cabo un *lifting* y una blefaroplastia y que tenían entre 29 y 39 años, representaba una población con conflictos en la infancia que difícilmente asumían el rol de padres en su propia familia. Aquellos que tenían entre 40 y 50 años necesitaban ser más bellos por su trabajo, y los que sobrepasaban los 50 querían eliminar los signos de senectud (28).

Es complicado contestar si los pacientes que quieren someterse a una intervención estética son psicológicamente anormales en general o en particular. Existen estudios poblacionales en los años cincuenta del pasado siglo que encuentran una relación importante entre la enfermedad mental y la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica en el ámbito estético. Psiquiatras y cirujanos plásticos colaboraron en los finales de la sexta década del siglo XX, y utilizando técnicas psicoanalíticas entrevistaron a estas personas. Encontraron una alta incidencia de trastornos psicopatológicos de tipo neurótico e incluso de procesos psicóticos (29, 30). Más tarde, en la década de los sesenta, y con estudios similares, descubrieron

que eran la depresión, la ansiedad y la baja autoestima las motivaciones más frecuentes para solicitar un tratamiento de cirugía estética (31, 32). Actualmente, se ha demostrado que los pacientes que solicitan una rinoplastia, una blefaroplastia o un *lifting* parecen no encontrarse más emocionalmente alterados que el resto de la población general (33-38). La verdad de lo que está ocurriendo podría situarse entre los dos extremos: los individuos que se someten a una intervención de cirugía estética no están enfermos como grupo en general, pero pueden sentir una insatisfacción hacia sus cuerpos por encima de la media de la población, y algunos de ellos llegan a ser diagnosticados de dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal. De hecho, la insatisfacción corporal es un término relativamente nuevo que puede explicar el aumento que se detecta en el consumo de la cirugía estética. Se cree que actualmente entre un 2 y un 3% de la población padece este trastorno, aunque los psiquiatras no saben exactamente cuántas personas lo sufren, porque muchas veces se mantiene en secreto. Como dato objetivo, podemos decir que la proporción de hombres insatisfechos con su propio cuerpo creció del 15% en 1972 al 43% en 1996, y para las mujeres el cambio fue del 23% al 56% en esos mismos años (39-44). Las cifras hoy en día son ligeramente más altas.

También existe la idea, muy generalizada en el ámbito médico estético, de que la cirugía estética puede mejorar la imagen que de sí mismas tienen las personas y, por tanto, aliviar un trastorno psicológico (45). Y esto es cierto. Hay estudios realizados por medio de entrevistas psicológicas, que muestran que existe una disminución de la depresión y de la ansiedad en aquellos pacientes que son sometidos a una intervención estética (46-48). Pero también se encontraron otros subgrupos que estaban peor preparados para afrontar estos procedimientos y quedaban más alterados tras su realización. Más aún, los pacientes con trastornos dismórficos primarios permanecían insaciables tras la cirugía estética, presentando fijaciones continuas sobre un pequeño defecto. A pesar de los esfuerzos del cirujano, seguían pensando que no habían mejorado en absoluto (49, 50). Estas personas se sienten engañadas,

produciéndose incluso autolesiones y, a veces, agreden a los propios cirujanos.

En resumen, es de suma importancia realizar un *screening* psicológico previo a una cirugía estética para detectar si se dan las condiciones adecuadas para establecer la indicación de estas técnicas o no. Muchos pacientes pueden tener motivaciones y expectativas que van más allá de obtener una mera mejoría de su apariencia física. Se comenta entre cirujanos plásticos sensatos y con experiencia, que se debería dejar de operar entre un 30 y un 40% de los pacientes que acuden a consulta demandando una intervención estética.

#### 4.4 Cirugía estética: acto médico y acto de salud

Ahora bien, una vez hecho este estudio psicológico y analizado en cierta medida qué es normal y anormal, vamos a contestar a la segunda pregunta que nos hacíamos: **¿podemos considerar por tanto a la cirugía estética como un acto médico?** Este concepto, que ya se empezó a elaborar en la época de Hipócrates, todavía presenta numerosas acepciones, que varían dependiendo de las diferentes circunstancias temporales, culturales o sociales. Con la aparición de los avances técnicos y de las novedosas formas de entender el ejercicio de la medicina, el concepto de acto médico se ve influenciado desde varias perspectivas. Definir exactamente esta noción no es fácil. Desde su inicio, el acto médico era entendido esencialmente como "una acción médica benéfica en la cual, el médico orienta su dinámica de acción hacia un objeto-persona que lo solicita o necesita de su ayuda en su lucha por la preservación de dos valores excelsos de la especie humana: la vida y la salud" (51).

Sin embargo, hoy en día el acto médico es definido como "toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse por tal, los actos de diagnóstico, terapéutico y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del

profesional médico" (52). Con esta perspectiva, lo que define realmente el acto médico es la posición que ocupa el médico respecto del hombre, realizando actos con el fin de tratar una enfermedad y su sufrimiento (dolencia).

Entrando en los términos de esta definición, es preciso, en primer lugar, aclarar que para que exista el acto médico, éste lo ha de realizar un médico. Por tanto, resulta interesante distinguir el acto médico del acto de salud, ya que hay otras profesiones de este último ámbito cuya formación y legislación permiten, según los niveles de complejidad o de intervención, la práctica de actos médicos, con el uso de medicamentos, como es el caso, por ejemplo, de odontólogos y optometristas. Para ello, conviene delimitar ambos conceptos: la medicina es la ciencia y arte de evitar y curar las enfermedades, y la salud, definida por la OMS, es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (53) o, lo que es lo mismo, el estado en el que la persona ejerce normalmente todas sus funciones. La primera sólo puede ser ejercida por médicos. Las acciones de salud pueden ser realizadas tanto por el médico como por otros profesionales. El otro término importante en la definición es que el acto médico persigue aliviar tanto la enfermedad como la dolencia. De considerar sólo la primera, en el mejor de los casos, se estará ejerciendo una especie de veterinaria aplicada en humanos (20). Si no delimitamos bien estos dos conceptos, sino que incluimos uno en el otro, entonces el concepto de acto médico, que tiene significado unívoco, empieza a ser equívoco. Al introducir elementos parecidos al concepto de acto médico, como es la salud, hacemos una versión más amplia de él, que pierde todo su significado inicial. Por poner un ejemplo: si tenemos un núcleo de hidrógeno, que tiene un solo protón, y le añadimos otro protón, que tiene una naturaleza atómica similar, cambia la configuración atómica, convirtiéndose en helio; un elemento completamente distinto. Esta es una tendencia cada vez más habitual en la sociedad actual: en muchos conceptos diáfanos se han ido introduciendo elementos que los han convertido en confusos por la manipulación del lenguaje. En nuestro caso, asumir que el acto

médico incluye también el concepto de salud implicaría que muchos profesionales ajenos a la medicina, y que fomentan el bienestar de las personas, podrían realizar actos médicos.

Se define la enfermedad como el resultado morboso producido por la acción de los factores patógenos sobre el individuo con quiebra de su sistema homeostático, y la dolencia como la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir y la interpretación idiosincrásica: psicológica, social y cultural, que le confiere (54). Por tanto, no hay enfermedades puramente orgánicas ni exclusivamente psicológicas. Todas muestran un funcionamiento defectuoso del hombre. Dicho con otras palabras, el acto médico se reconoce porque, a través de la relación médico-paciente, el profesional ataca ambas caras del problema, la enfermedad y la dolencia, el mal y el sufrimiento; y, al manejar la dolencia, logra que el paciente, ya emocionalmente vinculado, lo apoye en su lucha contra la enfermedad y se adhiera a las indicaciones terapéuticas (55). Es importante entonces aclarar en este momento el concepto de dolencia pues, de no hacerlo, incluiríamos como tal cualquier tipo de sufrimiento, sin estar presente la enfermedad que lo causa.

En consecuencia, para que haya tratamiento de una dolencia en el seno de un acto médico, ésta tiene que figurar, al menos, dentro de los trastornos psiquiátricos o psicológicos contenidos en la clasificación de las enfermedades mentales descritas; de lo contrario, consideraríamos como dolencia una preocupación familiar o la sensación de cansancio tras un día de trabajo intenso. Más aún, si no definiéramos bien este concepto, cometeríamos el error de identificar la salud con la felicidad, y este error genera no pocos malentendidos sobre lo que es y no es medicina, y sobre lo que es y no es un acto médico. Por tanto, según De Lorenzo, existen dos criterios para aproximarse al concepto de acto médico, y son el de legalidad y el de identidad. Con el criterio de legalidad, nos debemos guiar por la legislación vigente, y con el de identidad, habría que investigar la naturaleza, fin y circunstancias de la acción para llegar



a la conclusión de si nos encontramos realmente ante un acto médico o no (56).

Todo este razonamiento nos hace distinguir entre la llamada medicina curativa y la medicina voluntaria o satisfactiva. La primera tiene por objeto curar al paciente que presenta una enfermedad en su organismo, de manera que la obligación del médico consiste solamente en poner los medios para su curación. Por el contrario, la medicina voluntaria o satisfactiva, como es el caso de la cirugía estética, presenta, como hemos visto, ciertas interferencias que podrían cambiar el fin último del acto y que, además, podrían tener consecuencias legales.

Por tanto, si no enfocamos el acto médico en su perspectiva plena, el médico merma su potencial terapéutico, altera negativamente la calidad de la atención y afecta a su eficacia. En consecuencia, y vistas así las cosas, se podría perder el carácter de acto médico por muchos motivos. Por ejemplo: cuando no se persigue la curación de una enfermedad o el alivio del sufrimiento, cuando no se explican o incluso se ocultan las posibles complicaciones de un tratamiento o de una intervención quirúrgica, cuando se aseguran los resultados de una cirugía por medio de simulaciones creadas por programas informáticos o cuando la relación médico-paciente se sustituye por una relación exclusivamente mercantil en la que el objeto de mercancía es un bienestar saludable a cambio de un precio.

Resumiendo, cuando el cirujano persigue un cambio físico en una persona que no presenta ningún trastorno psicológico, estaríamos realizando un acto de salud efectuado por un médico. En estas circunstancias, no estamos tratando con un paciente sino con un cliente que se va a convertir en paciente de forma secundaria, una vez que incidamos su piel con el bisturí y le provoquemos una herida que tengamos que cuidar y sanar. El médico, por tanto, dejaría de ser médico en sentido estricto, para convertirse en un artista cuya finalidad es la salud del individuo. No sería el arte para la cirugía sino la cirugía para el arte. No hablamos de cirujanos artistas sino de artistas que son cirujanos. Una de las consecuencias de no considerar

que en estas circunstancias no existe un acto médico, sino de salud, la constituye el hecho de que debe imputarse el impuesto sobre el valor añadido (IVA) en los actos realizados a los clientes, de la misma forma que un médico-perito imputa el IVA en sus facturas cuando emite su opinión en sede judicial sobre un proceso médico. Por tanto, al tratarse de medicina satisfactiva, y debido a la alta demanda que existe en nuestro entorno social, el consumo de estos procedimientos está muy generalizado, y el movimiento económico que genera es en estos momentos desorbitado. Esto lleva a que la cirugía estética sea una especialidad codiciada por los recién graduados en medicina y los facultativos de otras especialidades quirúrgicas, así como por otros médicos sin ninguna especialidad. Dicha amalgama de causas, sobre todo su aspecto económico, hace que los actos en cirugía estética sean muy frecuentes en el ámbito privado de la medicina y, por tanto, puedan resultar susceptibles de abuso y, en consecuencia, llegar a generar responsabilidades civiles y, en ocasiones, penales (57).

En otras circunstancias, sin embargo, podemos encontrarnos con pacientes que presentan un defecto físico objetivo que les puede causar una alteración psicológica manifestada por trastornos de conducta de evitación social. Ejemplos en este sentido podrían ser del tipo de una giba nasal prominente o una ausencia de mamas en una mujer joven. En tales casos, y con el informe preceptivo del psicólogo o psiquiatra, la cirugía estética fundamentalmente alivia una dolencia o sufrimiento. Más aún, en esta clase de situaciones la cirugía suele mejorar sustancialmente ese complejo o trastorno psicológico secundario a dicho "defecto" físico. Se trata, por tanto, de un acto médico en donde las ganancias psicológicas obtenidas, grandes o pequeñas, frecuentemente ejercen un impacto considerable sobre el estilo de vida del paciente.

También pueden demandarse mejorías estéticas que responden a un desagrado o malestar en el seno de un trastorno psiquiátrico primario. En estos casos, la cirugía estética no sólo no mejora su evolución, sino que más bien la podría agravar, porque raramente se

consigue el fin perseguido si no se cura el proceso psiquiátrico de base. Por tanto, estaría contraindicada su aplicación (58) y, de llevarse a cabo, estaríamos hablando de médicos que tienen como único fin el mercantilista, sin importar la persona en toda su dimensión.

Finalmente, con la cirugía estética se puede buscar un fin transformador. Hablamos de correcciones tales como poner a un individuo la cara y la lengua de un reptil o de un felino, que a veces sorprenden hasta al más inocente de los mortales. Este tipo de “cirugías” podrían constituir un delito de lesiones tipificado en el artículo 155 del Código Penal español, al que se imputaría una pena inferior en uno o dos grados si, al menos, se tiene el consentimiento del cliente. A nuestro juicio, este tipo de intervenciones no constituyen tampoco un acto médico.

#### 4.5 Medicalización de la normalidad y la felicidad

Como hemos visto, hasta el día de hoy el concepto de acto médico ha sufrido una gran evolución con el paso del tiempo, pero el caso es que, en estos momentos, se está incluyendo el término de salud como un ámbito propio de la medicina e incluso se están incorporando más facetas humanas para perseguir el último fin del hombre, que consiste en alcanzar la felicidad. Al acto médico, que en el fondo es un servicio al hombre y a la sociedad, se le va cargando cada vez de más atribuciones y, por tanto, tiene que pagar un mayor tributo que no le compete. Últimamente se le está asignando la función de hacer feliz al hombre, incluso en su dimensión psicológica y, por tanto, exigiendo al médico algo que en muchas ocasiones no puede dar. De seguir en esa línea, todas las personas podrían realizar actos médicos en una sociedad en la que cada vez prima más el bienestar social y que no tolera la frustración y el sufrimiento.

El tributo que se le exige al médico, en concreto al cirujano plástico que participa en este juego, es cada vez mayor. El precio que paga consiste en la generación de promesas e ilusiones a personas

que no son conscientes de que no es posible encontrar la felicidad a través de la cirugía estética, aunque sí la alegría física circunstancial y pasajera, cuando las cosas salen bien. Y, ¿de dónde nace esta forma de ver la medicina como generadora de felicidad? El trasfondo de este modo de pensar tan generalizado surge del transhumanismo que inició el biólogo Julian S. Huxley en 1957, nieto del famoso Thomas H. Huxley, discípulo de Darwin, y también fundador de la UNESCO, de la que fue su primer presidente. Huxley fue un acérrimo defensor de la eugenesia, que consiste en la modificación genética para mejorar la especie humana, y que a su vez nace de la idea de que el hombre lo puede todo por sus propios medios, incluso conseguir ser feliz. Tampoco hay que olvidar a su hermano Aldous Leonard Huxley, quien escribió el famoso libro *Un mundo feliz* en el que describe un medio utópico, confuso, con cierto punto de ironía, donde la sociedad humana es absolutamente feliz, no existen conflictos, ni tampoco guerras, hambre o pobreza, y los hombres están desinhibidos desde un punto de vista sexual, sometidos a la influencia de las drogas, siempre alegres y sanos, y la ciencia y la tecnología manifiestan un gran avance.

Se define el transhumanismo como “un movimiento cultural que se plantea la mejora de las condiciones físicas y psíquicas del ser humano con tres fines fundamentales: el superbienestar, la superinteligencia y la superlongevidad, entendida como vivir indefinidamente o como eliminar la posibilidad de morir” (59). Según vemos, algunos de sus fines son compartidos con la medicina, ya que se estimulan las capacidades de la inteligencia, pretende aliviar el sufrimiento y la enfermedad, y, por tanto, aumentar la calidad y la esperanza de vida. Más aún, en su conjunto, esta teoría se ve actualmente reforzada por el desarrollo de la IA y, en consecuencia, todo ello nos lleva a hacernos la siguiente pregunta: **¿es la demanda de procedimientos estéticos un ejemplo más del actual proceso de medicalización propuesto por el transhumanismo?**

El fenómeno de medicalización de la normalidad sería una de las peores consecuencias de dicho pensamiento, de la que se lleva hablando ya desde hace casi veinte años. Peter Conrad, uno de los padres de la teoría de la medicalización, lo considera como un valor neutro, un hecho que está sucediendo y que hay que evaluar (60). Otros autores, sin embargo, van más allá, y proponen utilizar todos los recursos que la medicina ofrece para mejorar el bienestar de las personas, tengan o no una enfermedad (61). Pero, una vez más, aparece la controversia en cuanto a los criterios y los límites de dichas intervenciones, en particular, dentro del reciente paradigma antropológico mente/computador y cuerpo/máquina, muy integrado en el nuevo transhumanismo, que parece dar vía libre a dicho intervencionismo tecnológico sin límites.

Los grandes avances en la medicina están acabando por crear muchas expectativas irreales, que dan lugar a la idea transhumanista de que su aplicación en particular ofrece la solución a la mayoría de las enfermedades y de los problemas de la vida, llegando a rechazar la existencia de la propia enfermedad e incluso de la muerte, que pueden presentarse como elementos superables de la vida. A todo ello ha contribuido la casi desaparición de la dimensión religiosa del hombre como consuelo y fortaleza para afrontar los problemas de la vida ordinaria, fomentando así la búsqueda de otros consuelos, especialmente en la medicina. Estamos siendo testigos de toda una generación que presenta una dependencia exagerada de la medicina, que conduce a las personas a la casi imposibilidad de cuidarse por sí mismas, lo que genera una baja tolerancia a la frustración y al sufrimiento.

Y ¿quiénes son los responsables de esta medicalización de la normalidad y de la felicidad?: la propia sociedad que está enferma, los propios médicos, los medios de comunicación, el poder político y la industria farmacéutica.

Una sociedad que consciente e inconscientemente se considera muy viva pero que está profundamente enferma, padeciendo un

triple trastorno disociativo (piensa, dice y hace cosas distintas), decide en su conjunto que tiene que ser feliz y tiene que buscar la felicidad a cualquier precio. Se ha partido de la base de que hay que llevar hasta sus últimas consecuencias el derecho fundamental a buscar la felicidad establecido por la OMS en 1948, llegándose a entender la medicina como un instrumento muy útil para alcanzarla. A esta idea también ha contribuido la propia profesión médica, especialmente en el caso de la especialidad que nos ocupa, a quien le puede interesar que todas estas percepciones corporales de las que venimos hablando sean vistas como enfermedades, para así aparecer como auténticos médicos ante una sociedad que demanda cada vez más frecuentemente sus servicios. Además, los medios de comunicación tienden a presentar bajo la forma de reportaje lo que solo es publicidad, de manera que a los ciudadanos no siempre les resulta fácil distinguir entre un anuncio comercial financiado por una empresa farmacéutica y un reportaje científico.

También la industria, que fabrica cada vez más productos sanitarios, como los implantes o materiales de relleno, y que compra a los profesionales de la medicina para que envíen sus publicaciones a revistas más o menos científicas, sin revisión por pares y que no disponen de índice de impacto. Después, los cirujanos involucrados venden su opinión en los congresos, y también a los periodistas científicos, que asimismo son pagados por la industria farmacéutica. Más aún, en ocasiones se moviliza incluso a grupos de pacientes que, financiados por estas empresas farmacéuticas, lanzan campañas para inducir a pensar sobre la importancia de un trastorno concreto. Es más, no todos los problemas originados por ciertos productos son publicados o reportados a los organismos reguladores, sobre todo cuando el artículo que se quiere vender es económicamente muy rentable. Y, por añadidura, se ocultan resultados negativos o los ensayos no son lo suficientemente extensos o los casos seleccionados no son los más representativos del conjunto. Richard Smith, ex editor de la revista *British Medical Journal*, decía que las revistas médicas son tentáculos de la rama comercial de la industria farmacéutica, ya que la gran mayoría de los ingresos de estas

publicaciones provienen de los anuncios y los ensayos clínicos financiados por dichas instituciones (62).

Cada día acuden más personas a las consultas de cirugía estética con percepciones inespecíficas que no constituyen ninguna enfermedad orgánica ni mental. Llegan con quejas físicas o psíquicas de poca importancia, que suelen estar producidas por sus preocupaciones particulares o por las derivadas de su relación con otras personas, y que, habitualmente, vienen desencadenadas por el estrés social, laboral, familiar o escolar, e incluso por la muerte de un ser querido. Smith, en el año 2000, hizo referencia a lo que denominó la “no enfermedad”. Esta consistía en un problema del hombre, pero que resulta identificado desde el ámbito médico, de manera que, según su perspectiva, se podrían obtener mejores resultados si desapareciera de dicho ámbito, lo que le hace llegar a la conclusión de que no todo sufrimiento es una enfermedad (63).

Si se nos hace creer que el estado casi natural del hombre es estar enfermo, entonces esta situación puede ser fuente de una cuantiosa suma de ingresos. Hoy en día, la medicina nos induce a pensar poco a poco que están apareciendo nuevas enfermedades y que es el suyo el campo desde donde se pueden abordar y tratar. Entre los ejemplos de enfermedades inventadas figuran la vejez, el embarazo, el desempleo, la disfunción sexual femenina o el colon irritable. Incluso aparecen nuevos síndromes también inventados, como el síndrome postvacacional, el síndrome de la madre protectora, la astenia primaveral (64), el de las personas altamente sensibles (PAS) o el síndrome del domingo por la noche. Estoy convencido, es cuestión de tiempo, de que en cirugía estética surgirán los siguientes síndromes: síndrome de acúmulo de grasa por descuido (AGRADES) o síndrome de mamas caídas por gravedad (MACAGRA). También se añaden términos médicos para medicalizar y dulcificar una situación fisiológica que induzca a que la gente se someta a una intervención quirúrgica, del tipo de la expresión conocida como “cirugía de la postmaternidad” que ya se observa en los libros de cirugía estética. Y, vistas así las cosas, aparecen igualmente los

seguros y las clínicas privadas, que ven la salud, la enfermedad y la preocupación estética de la población como una suculenta fuente de negocio.

En consecuencia, los avances en el campo de la estética, sumados a la creciente disconformidad de los ciudadanos con su propio aspecto, y también a la cada vez mayor necesidad de aceptación tanto propia como social, hacen que la demanda de procedimientos estéticos esté en alza e interese que sean considerados como medicina, denominándose medicina satisfactiva o medicina voluntaria. Es precisamente en este escenario, en el que la IA, los *big data* y el metaverso comienzan a cobrar un intenso protagonismo, y en este mismo momento, cuando tienen que ser estudiados, con el propósito de entender hacia dónde parece dirigirse la nueva medicina y de prevenir potenciales riesgos, como las nuevas posibilidades de publicidad engañosa y los tratamientos fraudulentos. Además, no hay duda de que la automatización de la sanidad y del acto médico con las nuevas tecnologías supondrá un gran cambio al que los profesionales y los pacientes tendrán que adaptarse. Resulta, por tanto, necesaria **una garantía que evite que el médico acabe convirtiéndose en un mercader o proveedor de ilusiones que, en lugar de salud y bienestar (en el mejor de los casos), genere lesiones y frustración**, lo que tiene consecuencias no solo para el paciente, sino para el mismo médico, que puede llegar a sentirse alienado dentro de su propia actividad debido a que comprenda cada vez menos los fines que la guían y las herramientas que utiliza, ya que la IA es cada vez más compleja, e incluso debido a que vea a las personas que quieren ser tratadas como meros clientes (65).

La tendencia cada vez mayor hacia la autonomía de los pacientes con respecto a la medicina es otro de los factores fomentadores de la transformación actual de la cirugía estética. Los cirujanos plásticos sufren constantes presiones por parte de unos pacientes que solicitan cambios físicos que no son los que más les convienen y que tampoco suponen lo mejor ni para su salud ni para su belleza. Buscan en el metaverso el método más idóneo para mejorar su aspecto físico y acuden a las consultas exigiendo los tratamientos que se les han

propuesto y que ellos mismos han “experimentado” gracias a la realidad virtual. El paciente puede entrar en diálogo con un programa con el fin de contrastar sus posiciones frente a las del médico. Probablemente, el ejemplo más paradigmático de autonomismo en medicina y cirugía estética se encuentre en los adolescentes, a los que la ley concede en estos momentos una enorme libertad para decidir sobre su cuerpo sin necesidad de consultar a sus progenitores, siendo, sin embargo, el colectivo más vulnerable a la publicidad de la industria de la estética. Y esto va a ser cada vez más frecuente.

#### 4.6 Cirugía estética y los valores

Probablemente haya médicos o cirujanos estéticos que no compartan estas ideas que he comentado, de manera que podríamos entrar en razonamientos circulares en torno a peticiones de principio del tipo: lo que hace un médico siempre es un acto médico. Este argumento es falaz y parecido al que reza “haz lo que te diga tu padre, porque lo dice tu padre y tu padre siempre tiene razón”. En nuestro caso, el argumento sería: la cirugía estética siempre es un acto médico porque lo hace un médico. Este argumento es débil, ya que no todo lo que hace un médico en el ejercicio de su profesión es acto médico puesto que, como hemos visto antes, la intencionalidad de esa relación médico-paciente puede cambiar. Sin embargo, también podemos sumarnos a la idea, que ya es tendencia, de que todos los aspectos de la salud, como dice la OMS, entran dentro del acto médico. “Quien quiera enseñarnos una verdad, que nos sitúe de modo que la descubramos nosotros mismos” decía Ortega y Gasset. Creo que, para salir de este escollo del que venimos hablando, la única forma de dilucidar si estamos refiriéndonos solo a medicina o a medicina y a salud conjuntamente, es precisamente contrastándola a la luz de los valores humanos. La filosofía idealista o la realista pueden ayudar, aunque sean tantas las ocasiones en las que la forma de ver la realidad es distinta según las diversas corrientes filosóficas, los pensadores, las culturas y las épocas. Franz Brentano (1838-1917) es uno de los iniciadores de la filosofía de los valores. Para Brentano, el valor es al sentimiento lo que la verdad al juicio (66). Los valores

son lo que fundamenta el ser de las cosas. No dependen de la razón o de la conciencia, ya que estos se imponen en ellas. El valor está en el entendimiento y la conciencia como algo eterno, sin que tenga correspondencia con un objeto de la realidad (67). Generalmente, representan un camino seguro para el comportamiento de los hombres, de manera que constituyen principios normativos de carácter universal, cuyo objetivo es vivir lo mejor posible en sociedad y con uno mismo. Los valores humanos más importantes que encontramos son el respeto al prójimo, la tolerancia, la bondad, la ternura, la solidaridad, el amor, la justicia, la responsabilidad, la amistad, la libertad o la honestidad, por señalar los más importantes. Así pues, creo que es en estas coordenadas donde el corazón y la inteligencia humana no suelen fallar y normalmente existe una aceptación universal.

Identificar estos valores es sencillo. Al ser reconocidos en una persona, su presencia ejerce un poder de atracción hacia ella de forma irracional. Se genera una admiración semejante a la que se produce con el enamoramiento. Más aún, esa fuerza de atracción no se ve afectada por la raza, la religión o el partido político de la persona que los porta. Sabe trascender y no tener en cuenta esas circunstancias accidentales suyas. Los valores son identificados por la conciencia y, desde allí, iluminan a la inteligencia y a la voluntad para dar expresión al afecto, que lo expresa con emoción. Y todo ello de forma subconsciente. No se trata, por tanto, de determinar lo que es, o lo que tiene que ser, o lo que quiero que sea o lo que me interesa que sea o me gustaría que fuera. Es un movimiento íntimo y espontáneo que incluso alegra el corazón y llena de satisfacción nuestro ser. Aquí no se imponen los valores ni se llega a su consenso por democracia o por la moda del momento. No constituyen una ética circunstancial, sino que son universales y fácilmente aceptados e identificados por todos. Cuando el hombre los reconoce, los valores hacen que se exprese con agradecimiento, aplauso y muchas veces con las lágrimas.

Cada profesión tiene sus principios y valores. Entre los principios jurídicos fundamentales que permiten orientar la creación, interpretación y aplicación de las normas, figuran la justicia, la dignidad, la libertad, la igualdad, el bien común y el respeto a la privacidad. Por otro lado, los valores del abogado que iluminan su vida profesional en particular podrían ser la diligencia, la veracidad, la lealtad, la responsabilidad, la integridad y la ejemplaridad.

¿Cuáles son los principios del ejercicio de la medicina? Estos coinciden con los principios básicos que iluminan la ética médica: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. Y, ¿cuáles son los valores del médico en particular?: la excelencia, el altruismo, el sentido del deber, la responsabilidad, la integridad y la honestidad. Pero qué cortos se quedan estos valores médicos si los despojamos de otros valores todavía más profundos y humanos, más personales, como son la bondad, la veracidad, la nobleza, la mansedumbre, la paciencia y, sobre todo, el amor por el enfermo. Decía el profesor Laín Entralgo que el acto médico, además de buscar ayudar al hombre, el médico lo tiene que hacer con amor. Pero no sólo con amor; también tiene que estar bien hecho (68). Cobran una mayor trascendencia en este ámbito de la profesión aquellas palabras del poeta de Castilla “despacito y buena letra: / que el hacer las cosas bien / importa más que el hacerlas”. Así como el médico tiene un amor innato a la sabiduría (filosofía), también existe una sabiduría del amor.

Si pudiéramos resumir la actividad del médico en una frase, sería haciendo esta pregunta: ¿en qué te puedo ayudar? O: ¿qué necesitas? El médico está para resolver esta pregunta, pero no aplicando la ley de oro de las relaciones humanas ya descrita en distintas formulaciones positivas o negativas: haz a los demás lo mismo que quieres que te hagan a ti. Esta ley de oro, de origen judío, de la época de Moisés, se queda corta. Su mensaje es universalmente aceptado por ser generador de valores como la justicia o la equidad. Pero muchas veces las personas pedimos algo más. Si aplicáramos esta regla de oro en el ámbito personal y empresarial, los individuos y los

trabajadores no quedarían satisfechos, como vemos que sucede con frecuencia. Puede ocurrir que al que gobierna le hayan tratado injustamente. Entonces él tratará de la misma manera como le han tratado. Para evitar este descontento, existe una ley mucho mejor que la anterior. **Es la ley de platino.** Esta ley cada vez está más presente en el mundo empresarial del entorno anglosajón y consiste en **tratar a los demás como ellos quieren ser tratados.** En realidad, no es una ley novedosa. Si buscamos en las referencias más explícitas del Médico por excelencia, Él solía hacer esta pregunta: “¿Qué quieres que te haga?” (Lucas 18:41). Esta cuestión conlleva un salto substancial en el trato con el enfermo y, en general, con los demás. Ya no se trata de hacer lo que yo quiero al paciente, sino de contar con él en el tratamiento de su dolencia o enfermedad. Si no actuamos así, en el campo de la cirugía plástica y reparadora, y más en particular en el de la cirugía estética, correremos el riesgo de hacer lo que pensamos según nuestro criterio, lo que consideramos mejor para cada paciente, sin tener en cuenta las sugerencias y circunstancias de cada persona en singular. De actuar de esta forma, nos encontraremos pacientes insatisfechos por no haber sabido escuchar y entender lo que querían y, además de eliminar el carácter propio del acto médico o de salud, ello podría tener hasta consecuencias legales en el ámbito civil.

Qué fácil es identificar los valores humanos señalados anteriormente, pero siempre hay un muro infranqueable que tiende a ajustar la decisión y la acción derivada de su intervención a los propios intereses. Se trata de movimientos íntimos de la conciencia que son muy difíciles de identificar y enjuiciar, incluso a veces de sospechar por otras personas, pero que el propio individuo los justifica muy fácilmente en su propio beneficio. Para explicar lo que acabo de decir, necesito traer a colación una experiencia bíblica muy ilustrativa y que tiene completa actualidad. Se trata del rey David, prototipo de persona religiosa que ama a Dios y sus leyes pero que comete faltas ocultas. David se enamoró y dejó embarazada a la mujer de Urías, su mejor general. Para poseerla, y de forma subrepticia, sin que nadie se diera cuenta, envió a Urías al frente de

una batalla, sabiendo que la probabilidad de que muriese era alta. Y, de hecho, murió. La intención oculta de David solo la conocía él mismo. Externamente, hasta su pueblo lo consideró una persona generosa al tomar como esposa a la mujer de Urías. Y, sin embargo, qué gran pecado. Cuenta la historia que Dios envió a su profeta Natán, quien relata a David la siguiente historia. Un hombre rico en posesiones y ganados tomó el cordero de un pobre para organizar una fiesta. Al oír esto, David se enojó muchísimo con la situación y dijo que el que hubiera hecho eso debería morir. Natán le reprochó que eso mismo es lo que había hecho él al tomar la mujer de Urías como esposa, eliminando a su marido. Esta situación es muy común actualmente y, aplicándola al tema que nos ocupa, podemos justificar, de acuerdo con un interés íntimo, que todo acto hecho por un médico es necesariamente un acto médico con independencia de cualquier circunstancia. A veces, tras esta afirmación se esconde un interés crematístico y por seguir ennobleciendo los actos de la profesión médica.

“Corruptio optimi pessima” dice el adagio latino. La corrupción de lo mejor es lo peor. La corrupción del médico es algo nefasto, desastroso. Para él mismo y para toda la sociedad, por la importancia social que esta tan noble profesión tiene. Pues bien, se están dando casos en los que los mejores estudiantes que acaban la carrera de medicina, con los mejores expedientes, los mejores números de MIR, abandonan el cuidado del enfermo para poner clínicas privadas de medicina y cirugía estética. Y no solo eso, otros facultativos del ámbito de la medicina interna, la traumatología, la cirugía del aparato digestivo e incluso la cirugía cardiovascular renuncian a su especialidad para dedicarse a la medicina y cirugía estética. ¿Dónde está la causa de este éxodo de médicos a la medicina y la cirugía estética? Probablemente la identificó nuestro universal Quevedo cuando decía, con su humor habitual, en su poema: “Poderoso caballero es Don dinero”.

Más aún, se están dando situaciones en que, además, hay otros actos hechos por médicos, que ni siquiera pueden encuadrarse en el

ámbito de la salud, y que fomentan la hipersexualización de la mujer, convirtiéndola en un objeto de consumo. Cuelgan vídeos en sus redes sociales convirtiendo algunas técnicas quirúrgicas en verdaderos instrumentos para la prostitución, corrompiendo en cierto modo a la medicina en su conjunto y, en particular, a nuestra especialidad. Y ¿qué decir de los sorteos, tómbolas, rifas, precios de dos por uno como si se tratase de un supermercado? Hasta existen padres que regalan un aumento de mamas a sus hijas al alcanzar la mayoría de edad. ¿O cuando en las conversaciones de algunos médicos, estos se jactan de cobrar unos precios desproporcionados, desorbitados? ¿Y de las empresas que organizan premios a médicos para darlos en hoteles de cinco estrellas y ser entregados por funcionarios de alto rango de la función pública como gancho para lucrarse ellos mismos? Incluso hay médicos jóvenes que compran esos premios para atraer pacientes gracias al título del galardón obtenido.

Qué cierto es el dicho que declara: más ruido hace un árbol al caer que un bosque entero en crecimiento. Desde la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora se han ido denunciando todos estos comportamientos desde hace años a distintos organismos públicos y privados para que se tomen las medidas oportunas. Todavía queda mucho trabajo por hacer, aunque todos debemos ser conscientes de que estamos expuestos a estos peligros. Poderoso caballero es Don dinero.

## 5. CONCLUSIONES

La reparación y reconstrucción funcional y estética de los defectos físicos en los pacientes es una parte indiscutible de la medicina moderna. Ahora bien, aunque buscar la belleza física es absolutamente legítimo y bueno para el ser humano, esta búsqueda debería ocupar solo una parte en el corazón del hombre y no a cualquier precio. Habría que considerar la cirugía estética como un instrumento al servicio del hombre, que en muchas ocasiones constituye una parte inherente de la medicina. Sin embargo, dado

que la distinción entre acto médico y de salud no es ni mucho menos evidente y se basa en la finalidad de la actuación del cirujano estético, cobra especial importancia la valoración psicológica de cada paciente, así como la independencia y veracidad de dicha evaluación. Todo dependerá del concepto que tengamos de la medicina: si es el clásico o hipocrático entonces, en ocasiones, podría no tratarse de verdaderos actos médicos. Si el concepto es muy amplio, transhumanista, entonces se confundiría la medicina con la salud y la felicidad, llegando a la situación de que todo es medicina y todos podrían ejercerla, hasta un donante de órganos. En definitiva, todo lo que fomenta el bienestar es medicina.

Si asumiéramos de forma absoluta los principios del transhumanismo moderno, entonces correríamos el riesgo de instrumentalizar esta parte de la medicina para conseguir un fin que no le compete. La cirugía estética puede ayudar en alguna medida a contribuir al bienestar de las personas, pero no es la causa última de la felicidad del hombre. La felicidad y la belleza son bienes inmateriales que se alcanzan a través del espíritu.

Debemos considerar seriamente que la medicalización de la normalidad o de la felicidad en el ámbito de la cirugía estética constituye una amenaza real en esta especialidad. Los cirujanos plásticos, en un futuro no muy lejano, pueden reaccionar con perplejidad ante pacientes/clientes que acuden a sus consultas intoxicados por un mundo irreal creado de forma intencionada en el metaverso mediante IA.

## 6. EPÍLOGO

Toda persona a lo largo de su vida ha compuesto su novena sinfonía. Y yo, como médico, me pregunto: ¿cuál es la novena sinfonía de un médico? La letra la escriben esos pacientes necesitados de ayuda, aquejados de dolor y sufrimiento, y la música la compone el médico con su trato amable, cariñoso, generoso y lleno

de amor, que hace sentirse al que sufre como una persona única en su miseria.

Termino con el hilo conductor de este discurso, y que es el lema de la medalla que recibiré a continuación “Ars cum natura ad salutem conspirans” (el arte colaborando con la naturaleza en pro de la salud). Qué bello es ser un médico artista para sanar a los enfermos y aliviar su sufrimiento.

HE DICHO.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bouhadana, G., A. Aljerian and S. Thibaudeau (2023): "The reconstruction of plastic surgery: a historical perspective on the etymology of plastic and reconstructive surgery". *Plast. Surg. (Oakv)*, 31: 366-370.
2. Zeis, E. (1838): *Handbuch der plastischen Chirurgie (nebsteiner Vorrede von J.F. Dieffenbach)*. G. Reimer, Berlín.
3. Haiken, E. (1997): *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
4. Asan, O., A. E. Bayrak and A. Choudhury (2020): "Artificial intelligence and human trust in healthcare: focus on clinicians." *J. Med. Internet Res.* 22: e15154.
5. Mangas-Sanjuan, C., L. de-Castro, J. Cubiella, P. Díez-Redondo, A. Suárez, M. Pellisé, N. Fernández, S. Zarraquiños, H. Núñez-Rodríguez, V. Álvarez-García, O. Ortiz, N. Sala-Miquel, P. Zapater, R. Jover and CADILLAC study investigators (2023): "Role of artificial intelligence in colonoscopy detection of advanced neoplasias: a randomized trial". *Ann. Intern. Med.* 176: 1145-1152.
6. Kirsch, L. P., C. Urgesi and E. S. Cross (2016): "Shaping and reshaping the aesthetic brain: emerging perspectives on the neurobiology of embodied aesthetics". *Neurosci. Biobehav. Rev.* 62: 56-68.
7. Elder, A., C. Ring, K. Heitmiller, Z. Gabriel and N. Saedi (2021): "The role of artificial intelligence in cosmetic dermatology—Current, upcoming, and future trends". *J. Cosmet. Dermatol.* 20: 48-52.
8. <https://aaps1921.org/>
9. Tomás de Aquino: *Suma Teológica*, I, q.5, a.4; *De divinis nominibus*, ca.4.
10. Aristóteles (1964): *Obras completas*. Ediciones Aguilar, Madrid.
11. Koerner, J. L. (1993): *The Moment of Self-Portraiture in German Renaissance Art*. University of Chicago Press, Chicago, IL.
12. Menken, J., J. Trussel and U. Larsen (1986): "Age and infertility". *Science* 233: 1389-1394.
13. Langlois, J. H., L. A. Roggman, R. J. Casey, J. M. Ritter, L. A. Rieser-Danner and V. Y. Jenkins (1987): "Infant preferences for attractive faces: rudiments of a stereotype?". *Dev. Psychol.* 23: 363-369.
14. Langlois, J. H., J. M. Ritter, L. A. Roggman and L. S. Vaughn (1991): "Facial diversity and infant preferences for attractive faces". *Dev. Psychol.* 27: 79-84.
15. Gangestad, S. W. and D. M. Buss (1993): "Pathogen prevalence and human mate preferences". *Ethol. Sociobiol.* 14: 89-96.
16. Symons, D. (1995): "Beauty is in the adaptations of the beholder: the evolutionary psychology of human female sexual attractiveness". In *Sexual Nature, Sexual Culture*. P. R. Abramson and S. D. Pinkerton eds., pp. 80-119. University of Chicago Press, Chicago, IL.
17. Diaz, S., M. Seron-Ferre, H. B. Croxatto and J. Velhuis (1995): "Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women". *Biol. Res.* 28: 155-163.
18. Sigall, H. and D. Landy (1973): "Radiating beauty: effects of having a physically attractive partner on person perception". *J. Pers. Soc. Psychol.* 28: 218-224.

19. Samuels, C. A., G. Butterworth, T. Roberts, L. Graupner and G. Hole (1994): "Facial aesthetics: babies prefer attractiveness to symmetry". *Perception* 23: 823-831.
20. Hontanilla, B. y C. Aubá (2002): "Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales". *Rev. Med. Univ. Navarra* 46: 45-51.
21. Safo (1965): Fragments 101. In *Sappho. Poems and Fragments*. G. Davenport ed. and trans. University of Michigan Press, Ann Arbor, MI.
22. Eagly, A. H., R. D. Ashmore, M. G. Makhijani and L. C. Longo (1991): "What is beautiful is good, but ...: a meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype". *Psychol. Bull.* 110: 109-128.
23. Dermer, M. and D. L. Thiel (1975): "When beauty may fail". *J. Pers. Soc. Psychol.* 31: 1168-1176.
24. Barcia, R. (1902): *Diccionario general etimológico de la lengua española*. Seix ed., Barcelona.
25. Alvira, T., L. Clavell y T. Melendo (1986): *Metafisica*. 3ª ed. Ed. Eunsa, Pamplona.
26. Sullivan, D. A. (2001): *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
27. Sarwer, D. B., T. A. Grossbart and E. R. Didie (2001): "Beauty and society". In *Atlas of Cosmetic Surgery*. M. S. Kaminer, J. S. Dover and K. A. Arndt ed., pp. 48-59. WB Saunders Co, Philadelphia, PA.
28. Webb Jr., W. L., R. Slaughter, E. Meyer and M. Edgerton (1965): "Mechanisms of psychosocial adjustment in patients seeking "face-lift" operation". *Psychosom. Med.* 27: 183-192.
29. Edgerton, M. T., W. E. Jacobson and E. Meyer (1960): "Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity". *Br. J. Plast. Surg.* 13: 136-145.
30. Edgerton, M. T., E. Meyer and W. E. Jacobson (1961): "Augmentation mammoplasty. II. Further surgical and psychiatric evaluation". *Plast. Reconstr. Surg.* 27: 279-301.
31. Edgerton, M. T., W. L. Webb Jr., R. Slaughter and E. Meyer (1964): "Surgical results and psychosocial changes following rhytidectomy; an evaluation of face-lifting". *Plast. Reconstr. Surg.* 33: 503-521.
32. Meyer, E., W. E. Jacobson, M. T. Edgerton and A. Canter (1960): "Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. I. Women who seek rhinoplasty". *Psychosom. Med.* 22: 193-201.
33. Baker Jr., J. L., I. S. Kolin and E. S. Bartlett (1974): "Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation". *Plast. Reconstr. Surg.* 53: 652-659.
34. Goin, M. K., R. W. Burgoyne, J. M. Goin and F. R. Staples (1980): "A prospective psychological study of 50 female face-lift patients". *Plast. Reconstr. Surg.* 65: 436-442.
35. Goin, M. K. and T. D. Rees (1991): "A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty". *Ann. Plast. Surg.* 27: 210-215.
36. Schlebusch, L. (1989): "Negative bodily experience and prevalence of depression in patients who request augmentation mammoplasty". *S. Afr. Med. J.* 75: 323-326.
37. Shipley, R. H., J. M. O'Donnell and K. F. Bader (1977): "Personality characteristics of women seeking breast

- augmentation. Comparison to small-busted and average-busted controls". *Plast. Reconstr. Surg.* 60: 369-376.
38. Wright, M. R. and W. K. Wright (1975): "A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery". *Arch. Otolaryngol.* 101: 145- 151.
39. Mueller, U. and A. Mazur (1996): "Facial dominance of West Point cadets as a predictor of later military rank". *Soc. Forces* 74: 823-850.
40. Hamermesh, D. S. and J. E. Biddle (1994): "Beauty and the labor market". *Am. Econ. Rev.* 84: 1174-1194.
41. Cash, T. F. and R. N. Kilcullen (1985): "The eye of the beholder: susceptibility to sexism and beautyism in the evaluation of managerial applicants". *J. Appl. Soc. Psychol.* 15: 591-605.
42. Frieze, I. H., J. E. Olson and D. C. Good (1990): "Perceived and actual discrimination in the salaries of male and female managers". *J. Appl. Soc. Psychol.* 20: 46-67.
43. Pertschuk, M. J., D. B. Sarwer, T. A. Wadden and L. A. Whitaker (1998): "Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients". *Aesthet. Plast. Surg.*; 22: 20-24.
44. Sarwer, D. B., T. A. Wadden, M. J. Pertschuk and L. A. Whitaker (1998): "Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients". *Plast. Reconstr. Surg.* 101: 1644-1649.
45. Grossbart, T. A. and D. B. Sarwer (1999): "Cosmetic surgery: surgical tools--psychosocial goals". *Semin. Cutan. Med. Surg.* 18: 101-111.
46. Ohlsén, L., B. Pontén and G. Hambert (1979): "Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results". *Ann. Plast. Surg.* 2: 42-52.
47. Goin, M. K., J. M. Goin and M. H. Gianini (1977): "The psychic consequences of a reduction mammoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 530-534.
48. American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association Press, Washington, DC.
49. Phillips, K. A. (1996): *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press, New York, NY.
50. Phillips, K. A. and S. F. Diaz (1997): "Gender differences in body dysmorphic disorder". *J. Nerv. Ment. Dis.* 185: 570-577.
51. Perales Cabrera, A. (2001): "El acto médico: criterios, definición y límites". *Diagnóstico* 40: 46-52.
52. Delgado, H. (1960): *Enjuiciamiento de la medicina psicosomática*. Editorial Científico-Médica, Barcelona.
53. Organización Mundial de la Salud (who.int).
54. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional (2000): *Código de Ética y Deontología*. Lima, 5 de octubre del 2000.
55. Seguin, C. A. (1993): *Tú y la Medicina*. Editorial Poniente, Lima.
56. De Lorenzo. *El acto médico y su trascendencia jurídica*. En <https://www.delorenzoabogados.es/blog/el-acto-medico-y-su-trascendencia-juridica/>.
57. Hontanilla, B. (2019): *Riesgos penales en el ejercicio de la cirugía estética*. Trabajo fin de Máster. Máster Universitario de acceso a la abogacía. UNED. Facultad de Derecho, Madrid.
58. Saade, D. S., M. B. de Castro Maymone and N. A. Vashi (2018): "The ethics of the cosmetic consult: performing procedures on the body dysmorphic patient". *Int. J. Womens Dermatol.* 4: 185-187.
59. Bostrom, N. (2003): *Intensive Seminar on Transhumanism*. Yale University 26 de junio de 2003. <http://www.nickbostrom.com>.

60. Conrad, P. (2007): *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
61. Parens, E. (2013): "On good and bad forms of medicalization". *Bioethics*, 27: 28-35.
62. Kmietowicz, Z. (2005): "Medical journals are corrupted by dependence on drugs companies". *Brit. Med. J.* 330: 1169.
63. Smith, R. (2002): "In search of non-disease". *Brit. Med. J.* 324: 883-885.
64. Blech, J. (2005): *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Destino, Barcelona.
65. Keskinbora, K. H. (2019): "Medical ethics considerations on artificial intelligence". *J. Clin. Neurosci.* 64: 277-282.
66. Albertazzi, L., M. Libardi and R. Poli, eds. (1996): *The School of Franz Brentano*. Springer, Dordrecht.
67. Nota, J. H. (1983): *Max Scheler: The Man and His Work*. Franciscan Herald Press, Chicago, IL.
68. Laín Entralgo, P. (1964): *La relación médico-enfermo*. Alianza Ed., Madrid.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL EXCMO. SR. D.  
VICENTE CALATAYUD MALDONADO  
ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA  
NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina.  
Excmos. e Ilmos Sras. y Sres. Académicos.  
Autoridades Académicas, Civiles, Militares y Eclesiásticas.  
Señoras y señores. Amigos y compañeros. Familia Hontanilla  
Calatayud. Familia Hontanilla Ortega. Prof. Hontanilla. Querido  
Bernardo.

No puedo ni deseo ocultar mi satisfacción por la celebración del acto que hoy nos ha reunido, el ingreso como Académico Numerario en esta Real Academia Nacional de Medicina de España del Prof. Bernardo Hontanilla Calatayud al que me corresponde contestar en estos momentos por encargo de nuestra Junta Directiva. A la que agradezco esta disposición para describir los méritos que avalan al nuevo Académico para ostentar la medalla que le corresponde.

También es para mí una satisfacción contestar al importante discurso que acaban ustedes de escuchar. Con ello no hago más que dar cumplimiento a los deseos del nuevo académico, que así lo manifestó en su día a la Junta de Gobierno de la Academia, que aceptó su sugerencia y me asignó tan grata y al mismo tiempo tan comprometida tarea.

Yo quiero ver en esta elección suya, más que un reconocimiento a mis posibles méritos, una muestra de la amistad y del afecto que sé que me profesa y de los que me ha dado ya sobradas pruebas a lo largo de varios años de convivencia, profesión, y vida universitaria.

Finalizó los estudios de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid en 1992. Posteriormente, siguiendo el programa de doctorado en Neurociencia, obtuvo el grado de doctor en Medicina en 1995 por la Universidad Autónoma de Madrid con la calificación de sobresaliente cum laude por unanimidad. Realiza varias estancias en centros de investigación en neurociencia en el extranjero durante su formación predoctoral, lo que supuso la publicación de varios trabajos en revistas de difusión internacional. Superó el examen

USMLE de los Estados Unidos para acceder a la especialización en dicho país.

Todo este primer periodo de formación en neurociencia supuso el asentamiento de las bases que posteriormente han servido para la investigación en el Sistema Nervioso Periférico.

Su carrera profesional está ligada al Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora de la Clínica Universidad de Navarra, iniciando su formación quirúrgica en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, donde en 1995 comenzó la residencia vía MIR de la especialidad de Cirugía Plástica y Reparadora.

Terminada la especialidad, fue contratado como médico adjunto al Departamento de Cirugía Plástica y Reparadora de la Clínica Universidad de Navarra y como profesor asociado a la Facultad de Medicina hasta el año 2003 en el que fue nombrado profesor adjunto, y un año más tarde obtuvo la acreditación como profesor contratado doctor por la ANECA siendo contratado como profesor doctor en la misma facultad.

En el año 2007 fue acreditado como Profesor Titular de Cirugía y en 2008 como profesor Titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Desde 2005 Jefe de sección y tres años más tarde Jefe de Servicio del Departamento de Cirugía Plástica y Reparadora, siendo actualmente el Director Científico y Académico del Departamento. En mayo de 2014 fue acreditado como catedrático del Área de Cirugía siendo Catedrático de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en dicha facultad desde el año 2015.

Sus temas de investigación han seguido dos líneas principales: una sobre la investigación de la regeneración del nervio periférico a través de auto y aloinjertos nerviosos, utilizando como modelo experimental la rata y el primate, y otra sobre la utilización del péptido inhibidor del TGF- $\beta$ 1 (p144) tanto en la formación de cápsulas periprotésicas como en la afectación en la regeneración del

nervio periférico. Fruto de estos proyectos de investigación, ha sido la publicación de 77 artículos en revistas de difusión internacional en el campo de la cirugía (todas ellas con índice de impacto: primer cuartil 48%; primer o último firmante 97%); Índice-H Scopus: 22; promedio de citas mapa bibliométrico español MB04: 5,23; 25 contribuciones a libros y capítulos de libros (3 de ellos en inglés) y ha dirigido 15 tesis doctorales.

Participó como gestor del Área de patología mamaria y del Área de melanoma de la Clínica Universidad de Navarra. Durante su actividad asistencial desarrolló un programa de cirugía reparadora de la parálisis facial, realizando técnicas microquirúrgicas en la reparación del nervio facial así como del trasplante muscular microquirúrgico para la misma afección.

Recientemente el profesor Hontanilla Calatayud ha sido nombrado *International Associate Editor* de la Revista *Plastic and Reconstructive Surgery*, siendo la revista más importante de la especialidad. Tomó posesión en enero de este año y permanecerá en ese cargo hasta enero de 2028.

Dado que el pensamiento de sus prestigiosos maestros tiene plena vigencia en la comunidad académica y científica actual, constituye, en cierto modo, un afectuoso recuerdo y merecido homenaje a los conceptos, que le obligaron a pensar una y otra vez lo que frente a sus ideas pensaba, y le inducen, a seguir pensando.

## COMENTARIOS AL DISCURSO

Acabamos de escuchar a nuestro nuevo Académico, que como era previsible, ha dictado una magnífica lección llena de vida y de pasión, hablando de la elegancia intelectual de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, que él ama y conoce como pocos.

Ha iniciado su intervención indicando que se siente honrado por su entrada en esta Real Academia Nacional y por suceder a quien,

como él ha recordado, el Prof. Pérez y Pérez, había dejado "una obra bien hecha". Pues bien, es justamente eso, una pieza intelectual "bien hecha", un texto excelentemente elaborado, una verdadera lección magistral, la que él mismo acaba de dictarnos acerca de la evolución de la cirugía plástica.

Y con el eco de sus certeras palabras, que agradezco en nombre de toda la corporación, le saludo, porque el paso inexorable del tiempo me ha vuelto a colocar como responsable de este acto de recepción de un nuevo académico y me tranquiliza ver que se incluyen las nuevas especialidades médicas y quirúrgicas cuyos representantes académicos seguirán procesionando solemnemente en este templo del conocimiento.

Con esta esperanza las palabras que quiero compartir hoy van a ser, una sencilla llamada a la unidad del progreso y la ciencia en sus diferentes facetas y a un entendimiento de todos y cada uno de nuestros síntomas con sus peculiaridades y sus legados nacidos con el único fin de servir a la ciencia y ser útiles a todos los seres humanos.

Como Universitarios nunca debemos olvidar que, aunque estudiamos en diferentes puntos de España, disfrutamos de la generosidad de un esfuerzo común de nuestros maestros, utilizamos cada día instrumentos y centros de investigación con el fin de prepararnos permanentemente, para ser útiles a esa sociedad que da vida a todo un territorio que se llama España.

Este objetivo debe ser el espacio inicial de encuentro para todos, máxime en un tiempo, que como dice el filósofo Fernando Savater "...el mundo está lleno de genios, pero hacen falta más maestros."

En su discurso, a lo largo de su relato vital, ha demostrado que, para ser pionero en una especialidad científica, deben unirse muchos esfuerzos y sueños de los maestros y expertos en la materia, encontrados a lo largo de la andadura de especialización, defendiendo la entidad y la identidad en nuestra actividad diaria, ya

que es nuestra primera obligación y además la mejor manera de no traicionar a los que nos precedieron. Pero esta defensa de estos sillones no puede ser solo testimonial, si no queremos ratificar esa idea de que somos instituciones ancladas en el pasado y enquistadas en la cómoda cobardía de no trabajar la cultura de lo útil y necesario. Los tiempos nos exigen que trabajemos en un plan claro, sencillo y plural para compartir nuestros genios y genialidades. Plan alejado de ese espacio de gestión política que no es siempre acorde con nuestro concepto de libertad. Empecemos por dar un poco de contexto. La cirugía plástica se define etimológicamente como "el arte o ciencia de dar forma". Esta especialidad médica surge a principios del siglo XX y no es hasta finales de la década de los sesenta y principios de los setenta que se constituye como una especialidad.

La cirugía estética modifica la apariencia física de una persona, pero no altera su naturaleza en un sentido fundamental. La "naturaleza" de una persona suele referirse a características innatas o esenciales, como la personalidad, las habilidades innatas, la salud mental y física, entre otros aspectos. La cirugía estética se centra en cambios externos y superficiales, como la forma o el aspecto de ciertas partes del cuerpo.

Me voy a permitir recordar algunos dichos de nuestros maestros, cuando con insistencia repetían: "...y no olvidéis que por encima de nuestra labor científica está nuestra labor de enseñar y compartir sin la cual no tendría sentido la primera...". Y en esa tarea, de construcción de tiempos, nos ha demostrado el Prof. Hontanilla una gran actividad. Es más, me atrevería a decir que la pluralidad de campos de trabajo que ha cultivado es la razón que más ha unificado su labor con un objetivo común: enseñar, ayudar, potenciar, salvar y proponer la asistencia a los pacientes.

También a lo largo de los años, diversos estudios han demostrado la importancia de lucir una apariencia con la que nos sintamos a gusto incorporando de manera armoniosa la estética y la funcionalidad.

El arte de la cirugía plástica, estética y reparadora nos puede confirmar que el dibujo no es solo el principio y fundamento de las bellas artes, hoy podemos afirmar que es el instrumento que ha permitido modernizar el arte de la práctica quirúrgica. ¿Para qué? Para preparar personas como el nuevo Académico, capaces de diseñar y realizar en vivo nuevos modelos de la estructura corporal o bien modificarla a gusto del portador primitivo descontento.

No tenemos más remedio que entender la grandeza de esta apuesta que tiene punto de encuentro en el patrimonio creativo de esta Academia.

Existen diferentes maneras de definir el contenido del nuevo sillón que desde hoy ocupará el Prof. Hontanilla. La cirugía plástica es una rama de la medicina que se ocupa de la reconstrucción o alteración del cuerpo humano con fines médicos o estéticos. La cirugía estética es un subconjunto de la cirugía plástica que se centra principalmente en mejorar la apariencia estética del cuerpo.

Los procedimientos estéticos buscan cambiar aspectos físicos con los que una persona no está satisfecha, pero que no necesariamente tienen un impacto médico inmediato.

Podemos decir que incluye procedimientos tanto reconstructivos como estéticos.

El objetivo puede ser mejorar la función o la apariencia, dependiendo de la situación médica. Pero debemos tener claro que la cirugía plástica no es solo un conjunto de actividades creativas sino la suma de valores y conocimientos que tiene esa rama de la ciencia. Es una especialidad que se centra en mejorar la función y la apariencia estética de los tejidos corporales. La cirugía reconstructiva se orienta en restaurar la función y la apariencia de los tejidos dañados o deformados.

Muchas veces esto no es así y entonces ocurre lo que también ha indicado el Prof. Hontanilla, la especialidad cae en unas circunstancias fácilmente vulnerables y manipulables.

Se debe ser especialmente cauto y responsable, ya que pueden darse situaciones en las que intencionadamente se difundan ideas que, en el mejor de los peores casos, se queden en un intento de homogenización de la cirugía y el ejercicio de la especialidad, acoplándose a cualquier ideología fundamentada por una elite dominante y posiblemente inculta.

Los avances científicos, técnicos y culturales, apuestan por crear un espacio de convivencia, de progreso y de libertad donde se asume que el conocimiento es la base del progreso, que el capital científico se encuentra en el patrimonio creativo de los seres humanos.

Entonces cabe preguntarnos: ¿Qué es la cultura medica? Los colegas que se dedican al estudio del pensamiento dicen que la ausencia de cultura desde una dimensión social está caracterizada por la ausencia de estímulos emocionales y ausencia de aspiraciones que define Rish Lerner como el virus que destruye el bienestar social (1).

En Medicina existen diversas formas de entender el término Cultura Medica y Científica, que no es un conjunto de actividades creativas sino la suma de valores y conocimientos que tiene esta rama de la ciencia, que puede ser fácilmente vulnerable y manipulable. La Academia debe ser una unidad de acción y gestión en lo que se refiere al patrimonio histórico y científico del conocimiento médico. Hemos de entender que la mejor manera de atender la salvaguarda de los valores del conocimiento es hacerlo conjuntamente respetando los diferentes puntos de vista con la finalidad de seguir manteniendo desde la utilidad de las ciencias y el disfrute del arte un punto común de acción en defensa del cuerpo académico que permita acompañar el coexistir con los nuevos avances técnicos.



La cirugía plástica, estética y reparadora y la tecnología están interconectadas de varias maneras, ya que los avances tecnológicos han influido significativamente en los procedimientos y técnicas utilizados en la cirugía plástica.

Campo médico quirúrgico que ha generado diversas opiniones a lo largo del tiempo.

Se critica que la cirugía estética puede fomentar la superficialidad al enfocarse en la apariencia externa en lugar de la salud y el bienestar internos. Argumentando que la presión social para cumplir con ciertos estándares de belleza puede ser perjudicial.

Como cualquier procedimiento médico, la cirugía plástica conlleva riesgos y posibles complicaciones, como infecciones, reacciones adversas a la anestesia, cicatrices inesperadas y resultados insatisfactorios.

Algunos críticos sostienen que las personas que solicitan cirugía estética pueden enfrentar desafíos psicológicos, como la dismorfofobia. Pero también muchas personas experimentan un aumento en la confianza y la autoestima después de someterse a procedimientos estéticos, lo que puede tener un impacto positivo en su calidad de vida. La cirugía plástica y reparadora, también está indicada para corregir deformidades congénitas, traumas o malformaciones que pueden afectar la función y la estética y es esencial en la reconstrucción de tejidos después de cirugías por cáncer, accidentes o lesiones traumáticas.

Existe un debate sobre la ética de realizar procedimientos estéticos innecesarios, especialmente en casos en los que los pacientes pueden tener expectativas poco realistas o pueden estar siendo influenciados por presiones externas.

Con los avances en la tecnología y las técnicas quirúrgicas, la cirugía plástica puede lograr resultados más naturales y menos

invasivos. Es importante distinguir entre la naturaleza intrínseca de una persona y las modificaciones externas que pueden realizarse a través de procedimientos estéticos. Mientras que la cirugía estética puede tener un impacto en la autoimagen, la autoestima y la percepción de uno mismo, no cambia la esencia fundamental de la persona.

Las opiniones sobre la cirugía plástica y estética pueden variar significativamente según las creencias culturales, éticas y personales. La clave está en tomar decisiones informadas, comprender los riesgos y beneficios, y buscar profesionales médicos éticos y calificados si se decide optar por algún procedimiento estético.

Es crucial que las personas que meditan someterse a cirugía estética comprendan las expectativas realistas y los posibles riesgos asociados con estos procedimientos. Además, es importante abordar cualquier motivo subyacente que pueda estar impulsando la decisión de buscar cambios en la apariencia física.

La cirugía estética es una elección personal y puede tener diferentes significados y consecuencias para cada persona. Es imprescindible que se tomen decisiones informadas y se consideren no solo los aspectos estéticos, sino también los aspectos emocionales, psicológicos y de salud relacionados con estos procedimientos.

La cirugía plástica y reconstructiva continúa evolucionando y adaptándose a medida que avanzan la tecnología médica, los conocimientos científicos y las necesidades cambiantes de los pacientes.

Existe una creciente tendencia hacia procedimientos menos invasivos, utilizando técnicas de imagenología avanzada para la planificación de procedimientos, y herramientas como la cirugía asistida por robot y la realidad virtual que han comenzado a desempeñar un papel importante en algunos procedimientos.

La cirugía endoscópica y otras técnicas mínimamente invasivas permiten realizar intervenciones con incisiones más pequeñas, lo que supone una recuperación más rápida y menores cicatrices visibles.

Las indicaciones quirúrgicas se están adoptando con un enfoque más personalizado y centrado en el paciente. La colaboración interdisciplinaria sigue siendo esencial, colaborando estrechamente con otros especialistas médicos, oncólogos, ortopedistas y dermatólogos, para abordar las necesidades integrales de los pacientes.

Se están explorando y desarrollando técnicas de cirugía regenerativa con la finalidad de mejorar la capacidad del cuerpo para regenerar tejidos. Esto incluye el uso de células madre y otros enfoques biológicos para mejorar la curación y la regeneración tisular.

La evolución de la especialidad es continua con el fin de satisfacer las necesidades cambiantes de los pacientes y aprovechar las innovaciones tecnológicas. Se ha producido un aumento en la demanda de procedimientos de cirugía genital, como la cirugía de reasignación de género y la labioplastia. Esto puede reflejar una mayor conciencia y aceptación de la diversidad de género. Si bien la cirugía plástica, estética y el cambio de sexo son conceptos distintos, cada uno con objetivos y consideraciones específicas.

Es importante reconocer que cada uno de estos tipos de cirugía tiene propósitos y consideraciones únicas. La cirugía de reasignación de género, en particular, está destinada a alinear el cuerpo de una persona con su identidad de género y es una parte importante del proceso de transición para algunas personas transgénero.

La ética, la seguridad del paciente y la mejora continua son esenciales en la práctica de esta modernizada especialidad.

Aunque la ciencia y la técnica aborden aspectos más tangibles y medibles de la vida, el amor influye en la experiencia humana de maneras complejas y puede ser tanto un objeto de estudio como una fuerza motivadora en la búsqueda del conocimiento y la innovación.

La intersección de ciencia, técnica y amor destaca la rica diversidad de la condición humana y cómo estos elementos interactúan en la sociedad y en la vida cotidiana. Don Bernardo Hontanilla es un saharauí con aficiones: Entomología y paleontología. Lectura de novela histórica y Coleccionista de mariposas.

La relación entre las mariposas y el amor es una metáfora que ha sido utilizada en diversas culturas y expresiones artísticas y que el Prof. Hontanilla la hizo realidad al encontrar a María, cuyo extraordinario carácter y dedicación puede compararse a los inigualables colores de las mariposas. Colores vivos que pueden asociarse con la vivacidad y la intensidad de las emociones y vivencias conjuntas. Cada color puede representar el arco iris familiar constituido por: Álvaro, Juan, Gonzalo, Miguel, Pablo, Bernardo e Ignacio. Le gusta pasar los fines de semana viendo películas de Walt Disney con sus hijos pequeños. Un hombre responsable, trabajador y comprometido con la medicina, los pacientes, la sociedad y los proyectos que favorecen el progreso y la convivencia.

En todos los casos, es crucial que las personas consideren cuidadosamente sus motivaciones, comprendan los riesgos y beneficios, y busquen el asesoramiento adecuado antes de someterse a cualquier procedimiento quirúrgico. Si es importante respetar la autonomía y las decisiones individuales en lo que respecta a estos temas, también es importante y respetable la objeción de conciencia.

La relación entre la demanda de procedimientos estéticos y el transhumanismo es un tema complejo y debe abordarse desde diversas perspectivas. El transhumanismo es un movimiento cultural

e intelectual que busca mejorar la condición humana mediante el uso de tecnologías avanzadas, incluidas las tecnologías médicas. Sin embargo, no todos los procedimientos estéticos se pueden clasificar directamente como parte de la medicalización propuesta por el transhumanismo.

En general, la medicalización implica la ampliación del ámbito de la medicina para abordar aspectos de la vida que antes no se consideraban médicos. Si consideramos los procedimientos estéticos como un intento de mejorar la apariencia física y el bienestar emocional de una persona, podría argumentarse que están relacionados con la medicalización en la medida en que se utilizan métodos médicos para alcanzar objetivos no estrictamente relacionados con la salud.

Sin embargo, la demanda de procedimientos estéticos también puede entenderse desde una perspectiva cultural, social y psicológica. Muchas personas buscan procedimientos estéticos para mejorar su confianza, su autoimagen o para cumplir con estándares de belleza culturalmente influenciados. No todos los procedimientos estéticos buscan una mejora funcional o una solución médica a un problema específico.

En resumen, mientras que algunos aspectos de la demanda de procedimientos estéticos pueden considerarse parte del proceso de medicalización propuesto por el transhumanismo, también es importante reconocer que existen motivaciones culturales y psicológicas que influyen en esta demanda. La relación entre la estética y el transhumanismo es un tema que puede interpretarse de diversas maneras y dependerá de cómo se definan y aborden estos conceptos en un contexto específico.

La frase "el arte o ciencia de dar forma" puede interpretarse de diversas maneras según el contexto en el que se utilice. Puede aplicarse a una variedad de campos y disciplinas, ya sea en un

sentido literal o metafórico. La interpretación exacta dependerá del contexto específico en el que se utilice.

Esta es en síntesis la apretada biografía de nuestro nuevo académico, que ratifica su laboriosidad, entrega y dedicación vocacional, manteniendo día a día una renovada ilusión, bien demostrada en su contribución a la promoción de la ciencia, la cultura, la educación universitaria y la difusión del conocimiento como norma más visible de la función académica.

Llegados a este punto, recuerdo que, en mis tiempos de estudiante, y ya han pasado muchas lunas, el estudio de la Cirugía se reducía a la llamada Patología y Clínica Quirúrgica donde se analizaban todas y cada una de las diferentes técnicas según el órgano a tratar. Por eso esta disertación es una escueta exposición del complejo problema de la interpretación del papel del arte en las especialidades quirúrgicas en el mundo actual.

Pregunta el Prof. Hontanilla al final de su discurso ¿cuál es la novena sinfonía de un médico? La cirugía es considerada un arte y una ciencia. Tocar una obra maestra musical puede recordar a un cirujano la importancia de equilibrar el enfoque científico y técnico con la apreciación artística del acto quirúrgico, que puede variar según sus propias experiencias, valores y perspectivas individuales, pero siempre reconociendo la humanidad y la individualidad de cada paciente.

No quiero finalizar esta exposición sin recordar la cita que hace Jean Guitton en su libro *Dios y la Ciencia*, cuando recuerda que Santo Tomás de Aquino afirmaba que, para comprender los misterios de la Ciencia, había que establecer una armonía entre lo que se cree y lo que se sabe, así como entre el acto de fe y el acto de saber, es decir entre lo desconocido por el hombre, y lo que nos proporciona la Ciencia, para acercarnos a los designios del Ente Creador (2). "Pero sobre todo no hagas daño".

Prof. Hontanilla Calatayud, reciba de todos los miembros de esta Corporación, así como el mío propio, la más afectuosa felicitación y que su incorporación sirva como modelo para un mayor esplendor de los principios con que se fundó esta Real Academia. Bienvenido.

He dicho

#### Bibliografía Consultada

1. Rish Lerner, Erik M. (2005): “El valor de la cultura en los procesos de desarrollo urbano sustentable”. *Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Gabinet Tècnic*, <http://hdl.handle.net/20.500.12368/1571>.
2. Artigas, M. (1993): “Dios y la ciencia. Jean Guilton dialoga con los científicos”. *Nuestro Tiempo 468*: 80-87.