

Sujetos Sitiados

BIOPOLÍTICA,
MONSTRUOSIDAD
Y NEOLIBERALISMO

—

Compiladorxs
Lisandro Barrionuevo,
José Platzeck
y Andrea Torrano

ÍNDICE

7

—

ESPACIOS DE CAPTURA, SUJETOS SUJETADOS

Moler vida. Biopolíticas del azúcar **(p.19)**

José Platzcek

La construcción del territorio de Buenos Aires entre 1870
y fin de siglo: la peste y la violencia del lenguaje **(p.33)**

Daniel Scarcella

Sujetos fuera de lugar: encierro y monstruosidad
en la gubernamentalidad de las migraciones **(p.51)**

Andrea Torrano

Técnica, territorialización y lucha contra el anonimato en Mi Huella,
el programa de identificación biométrica de la Administración
Nacional de la Seguridad Social **(p.69)**

Lisandro Barrionuevo

—

ESPACIOS DE GESTIÓN, SUJETOS NORMALIZADOS

Sitiadas por la deuda: el Programa de Crédito Argentina
para mujeres titulares de AUHPS **(p.89)**

Silvina Meritano

Notas sobre gubernamentalidad neoliberal y violencia **(p.107)**

Emiliano Sacchi y Matías Saidel

De cuerpos moldeables a vidas modulables.

El concepto de salud como “bienestar integral”

y sus efectos sobre la práctica de la cirugía estética **(p.125)**

María Inés Landa y Marcelo Córdoba

Carrerxs: La confesión de un cuerpo.
 Biografía crítica del orden neoliberal (p.141)
Alejandra Ciuffolini y Fidel Azarian

—

ESPACIOS EN DISPUTA, SUJETOS RESISTENTES

Políticas del territorio y la monstruosidad.
 Una lectura de “*El campito*” (p.161)
Juan Ávila y César Correa

Las favelas: entre el “balaio de gatos”
 y el mito de la marginalidad (p.177)
Giuseppe Cocco

Yire, dragueo y embrujo barrial:
 resistencias liminales en una des-marcación (p.199)
Agustina Gállico Wetzel

Entre la Inclusión y la Exclusión:
 en la topología del espacio y las fronteras globales (p.219)
Sandro Mezzadra y Brett Neilson

—

ESPACIO DE CONOCIMIENTO, SUJETOS MARCADOS

Reflexiones preliminares sobre la idea
 de una subjetividad sin interioridad (p.243)
Pedro Karczmarczyk

Individuaciones monstruosas:
 Deleuze, Simondon y la Ontología relacional (p.261)
Filippo Del Lucchese

Genética marcada (p.277)
Gabriel Giorgi

De cuerpos moldeables a vidas modulables. El concepto de salud como “bienestar integral” y sus efectos sobre la práctica de la cirugía estética¹

María Inés Landa (CIECS-CONICET-UNC, Argentina)

y Marcelo Córdoba (CIECS-CONICET-UNC, Argentina)

INTRODUCCIÓN

Con la promulgación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1948, el concepto de salud se redefine como un estado que no remite solamente a la condición de un organismo sin enfermedad, sino que supone además una experiencia de bienestar integral a la que cualquier individuo debería aspirar (OMS, 2005).

La ampliación de las esferas de acción de este concepto vital para la gubernamentalidad de los Estados-Nación extiende, de este modo, el dominio de la salud de una esfera *reactiva* a otra *proactiva*. La esfera *reactiva* comprende toda acción relacionada con la cura, tratamiento y prevención de la enfermedad, mientras que la *proactiva* incorpora acciones, actitudes, prácticas y saberes orientados a mejorar la salud, incrementar la calidad de vida y optimizar los niveles de bienestar de una persona y población (Ziguras, 2005:14-16).

El componente positivo que porta el significante *bienestar* tiene un efecto directo en el modo en que el sujeto se coloca ante las vicisitudes de su propia existencia. Emerge allí, como advierte Nikolas Rose (2001: 6), un sujeto con *voluntad de salud*, y con derecho a reclamarla, que se asume libre y por ende responsable de los estilos de vida que elige.

En el marco de una creciente mundialización de los bienes culturales, circulantes por las estelas del *consumo conspicuo*, el semblante saludable deviene en una condición subjetiva rentable para lxs *ciudadanxs biológicxs* que invierten en sí mismos como capital (Veblen, 2006; Rose, 2007a). A través de su cuerpo, el acreedor de salud, confiesa su valor.

1 La idea preliminar de este artículo se presentó en la ponencia inédita “De cuerpos moldeables a vida modulables: la invención del estado saludable como bienestar”, expuesta en el Coloquio Internacional sobre Gubernamentalidad y Biopolítica en la Universidad Nacional de Salta (Landa, 2014). No obstante, los argumentos logran mayor profundidad y consistencia en este texto, a partir del análisis de la cirugía estética en cuanto ilustración de los cambios que la adopción del concepto de salud como bienestar ha provocado en esta particular práctica médica.

En función de ello se pone a disposición de los sujetos un sinnúmero de productos y tecnologías que ofertan, a través de un discurso paradójico, cuerpos y estilos de vida que garantizan la experiencia holística de ese bienestar integral anhelado. El cuerpo se configura así en un recurso estratégico que debe gestionarse eficientemente. Su utilidad potencial no sólo se cifra en el hecho de condensar la energía más preciada del sujeto, sino que además lo inviste políticamente ofreciéndole una imagen aumentada de sí.

Los medios de comunicación masiva acompañan y refuerzan esta ola de consumo a través de la puesta en circulación de la creencia de que el bienestar se ve en el cuerpo. Esta operación se materializa en la diseminación de imágenes que se polarizan entre cuerpos atléticos capaces de actuar en escenarios desafiantes y cuerpos flexibles que se elevan de forma etérea hacia estados de armonía, equilibrio y paz. Rose (2007a) atribuye este proceso de espectacularización de vitalidades autogestionantes a un deslizamiento en los regímenes de *subjetificación* de la trama neoliberal en el cual las tecnologías médicas (y otras *expertises* de la salud) devienen en dispositivos de optimización de la calidad de vida de una población activa.

Por otra parte, Eeva Sointu (2005), en su estudio sobre los usos y sentidos que la palabra bienestar adquiere en dos periódicos ingleses² -durante el periodo que va del 1995 al 2003-, advierte que en los '80 ésta refería principalmente a cuestiones económicas y políticas vinculadas con el gobierno de la población nacional, mientras que a partir de los '90 la expresión comienza a asociarse, casi de forma unívoca, a la procura de un estado subjetivo holístico producto de un estilo de vida que se definía tanto saludable como personal. La autora interpreta que la mutación de sentido de esta palabra, así como su penetración en la población, son producto de deslizamientos en las formas de ejercicio de la ciudadanía; donde el carácter moderno y disciplinario asociado a la portación de derechos y deberes ciudadanos cede su lugar a la forma colectiva de un entramado de sujetos consumidores condicionados a ejercer prácticas de elección (Sointu, 2005).

En línea con los estudios presentados, el presente artículo aborda la ampliación del concepto de salud en términos de bienestar integral como efecto de la mutación capitalista e índice de un desplazamiento

2 El estudio focalizó el análisis en el *Guardian* y el *Daily Mail*.

sociohistórico en el modo como nos relacionamos con el significante salud y, por ende, con nuestros cuerpos y nosotros mismos (Deleuze, 1991). En función de ello, en primer lugar, emplazamos la problemática planteada en esa época de transición que marca el pasaje de un tipo de organización disciplinar (Foucault, 2005) hacia otro tipo de sociedad que Gilles Deleuze (1991) identificó a partir de la noción del control.

A continuación exponemos, a modo ilustrativo, algunos de los procesos de cambio que el discurso del bienestar habilitó en el marco de la cirugía estética, por cuanto consideramos que esta particular práctica médica articula de modo paradigmático el propósito -constitutivo del concepto ampliado de salud- de la manutención y el mejoramiento de la calidad de vida a través de intervenciones específicas de gestión y transformación corporal.

Concluimos con una breve presentación de la línea argumentativa desplegada en el texto, desde la cual reflexionamos sobre las implicancias ético-políticas que conlleva una salud holísticamente modulable y asintóticamente perfectible en el marco de las constelaciones laborales y sociales del capitalismo actual.

LA INVENCION DEL BIENESTAR

COMO EFECTO E ÍNDICE DE LA MUTACION CAPITALISTA

Nuestra tesis es que la ampliación del concepto de salud en términos de bienestar es un efecto y un indicio -entre tantos otros, como la emergencia de la Internet y la crisis de la institución escuela- de un conjunto de transformaciones que anuncian una época de transición histórica que abre paso hacia otro tipo de organización social, que empezó a delinearse en las últimas décadas, y que Deleuze (1991) identificó magistralmente como sociedades de control. Este nuevo tipo de organización social se aleja de muchas de las lógicas de funcionamiento constitutivas de la sociedad disciplinar. Si en ésta predominaban las instituciones del encierro que funcionan según el modelo arquitectónico del panóptico, en aquélla prevalecen las modulaciones de la empresa, que es un *gas*.

El modelo del panóptico se emplazó en todas las instituciones disciplinarias, tomando la forma de espacios cerrados, módulos diferentes que se regulaban según tiempos discontinuos y circuitos de vigilancia específicos. Conforme a este modelo, el hospital normaliza los cuerpos sanos y enfermos, la escuela homogeniza los cuerpos de las poblaciones y las nuevas formas de organización del trabajo homoge-

nizan las morfologías corporales y normalizan el rendimiento físico en función de la producción de valor (Foucault, 2005). Estos saberes y espacios funcionaron como elementos claves de una biopolítica de la población y de una inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo.

La crisis generalizada de todos los lugares de encierro que anuncia la emergencia de las sociedades de control supone la disolución de los esquemas rígidos de comportamiento, los cuales paulatinamente van adoptando estilos flexibles y polivalentes, como también los cuerpos que los hacen posibles. Deleuze (1991) apuntó las nociones de *molde* y *modulación*, en tanto categorías interpretativas que le permitieron hacer inteligible estas transformaciones institucionales y corporales.

En el capitalismo industrial los conglomerados humanos fueron concebidos según la metáfora mecánica y según esta racionalidad se procuró engarzar, desde una lógica instrumental, a los individuos a una maquinaria de producción y de guerra que garantizaba tanto su utilidad productiva como su docilidad política (Deleuze, 1991; Foucault, 2005; Papalini, 2007). De este modo, las energías corporales fueron metabolizadas (no sin resistencias) en circuitos temporales discontinuos y espacios minuciosamente regulados por el engranaje disciplinar capitalista (Foucault, 2005).

A la luz de las transformaciones que introduce el *nuevo capitalismo*, las antiguas instituciones modernas comienzan a hacerse irrelevantes y el *molde* de la disciplina tiende a distenderse, incluso parece desaparecer tras la figura de la empresa como gas (Boltanski y Chiapello, 2002; Deleuze, 1991; Papalini, 2007). El gas posee la propiedad de extenderse por la superficie social. Su presencia es continua, insidiosa y sutil. Opera a través de modulaciones, que son una especie de molde autodeformante en permanente mutación.

De este modo, la forma empresa se ramifica por toda la trama social, constituyéndose en la clave de todas las modulaciones de gobierno. La alternativa del control al disciplinamiento del cuerpo es el gobierno de la subjetividad. Las tecnologías de poder se orientan hacia la esfera del individuo y requieren de la voluntad del sujeto para su autoadministración (Papalini, 2007). En su carácter de artefactos de uso no obligatorio estas tecnologías productoras de subjetividad hacen de la persona un molde autodeformante según dictamine la forma empresarial. Convirtiendo, así, al sujeto y su cuerpo en un proyecto

asintótico de gestión continúa regulado por parámetros de eficiencia inestables y cambiantes.

En diálogo con Deleuze, aunque con un interés más sociológico que filosófico, Rose (1992) recurre al concepto estratégico de *cultura empresarial* para delimitar un conjunto de discursos, prácticas y dispositivos de gobierno a la distancia, que accionan de forma entrelazada en pos de forjar un programa político y cultural que cobra legitimación a partir de la promoción de un régimen de subjetivación basado en la figura idealizada del ciudadano autónomo, activo y responsable de los estilos de vida que elige. Nos interesa, particularmente, cómo dicho régimen prescribe la estilización de la (propia) vida a partir de prácticas de elección y consumo que se orientan a la maximización de las propias capacidades (de rendimiento) y experiencias (de placer y bienestar) en contextos de competencia e incertidumbre crecientes (Rose, 1992). Formas de vida, en gerundio, cuyo comportamiento asintótico contempla, para los que fracasan en su autoconducción, asistencia experta proporcionada por las culturas terapéuticas (Rose, 1992).

Entendemos que la pregnancia y popularización del discurso del bienestar reposa en una forma del capitalismo que requiere de la capitalización de los recursos personales para su funcionamiento, así como en la introyección de tecnologías de autovigilancia. En la primera modernidad, los ideales del bienestar eran metas colectivas patrocinadas por la figura del Estado y aludían a un progreso lineal positivo que contemplaba al conjunto de la sociedad. En el capitalismo contemporáneo, en cambio, el significante bienestar, liberado de los marcos regulatorios estatales y sindicales, se refigura como individual, apoyándose en la capacidad de agencia de un sujeto consumidor que se asume libre y, por ende, responsable de su (propia) producción.

UNA SALUD HOLISTA: DEL ENFOQUE BIOMÉDICO AL BIOPSIOSOCIAL

Para poder imaginar algo así como un estado multidimensional que opera holísticamente mediante la interconexión de esferas -la física, la social, la intelectual, la emocional, la mental, la espiritual, etc. (Corbin y Pangrazi, 2001)-, en tanto resultado deseable para el individuo y la población, fue necesario, además, la creación de nuevas técnicas y saberes que hicieran inteligible al cuerpo, al sujeto, a la población y al medio en que éstos se insertan, según tales coordenadas.

Como ya hemos apuntado, la noción de bienestar integral en el

campo de la medicina implica una extensión semántica del concepto normativo de salud. Éste ha trascendido los límites del enfoque biomédico tradicional -fundado en el establecimiento de los parámetros fisiológicos que definen el “normal” funcionamiento del organismo humano- asumiendo un nuevo horizonte que se ha calificado como *biopsicosocial*, por cuanto incorpora cada vez más los aspectos sociales y psicológicos del sujeto en la determinación de una forma de vida “saludable”.

La visión integral del estado saludable habilitó a que la medicina -cuyo accionar estuvo históricamente circunscripto al organismo enfermo- comenzara a reclamar jurisdicción sobre la apariencia física y el cuidado personal. El concepto de práctica de salud, en consecuencia, desplazó su énfasis de las nociones de alivio del dolor y superación del estado patológico, asumiendo en cambio el objetivo de proveer bienestar -y por qué no felicidad- a sus pacientes y clientes, a través de una noción holista de equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu.

Identificamos en la ampliación del concepto salud realizada por la OMS, así como su implicancia en distintos dispositivos médicos y culturales,³ al menos dos deslizamientos respecto de la concepción biomédica de salud dominante en la época moderna. En primer lugar, como señala David Armstrong (1995), el paso de una medicina del hospital a una medicina de la vigilancia supone la emergencia de una nueva forma del saber médico que deja atrás la oposición binaria entre la salud y la enfermedad, para emplazarlas en un espectro continuo en el que lo saludable puede mejorar y la salud puede coexistir con la patología. Esta forma de saber promueve la salud mediante el cálculo de factores de riesgo y la divulgación de estilos de vida saludables, garantizando tanto la prevención de enfermedades como el mejoramiento de la calidad de vida del individuo y de la población.

En segundo lugar, los avances tecnológicos producidos tanto en el ámbito de medicina como en de la biotecnología instalan la idea de que la salud es mejorable. Como señala Rose (2007b), la medicina ya no se ocupa solo de curar o de prevenir enfermedades sino de optimizar y maximizar los procesos vitales. En disciplinas como la cirugía estética o la farmacología psiquiátrica, el cuerpo se libera de su determinación biológica para dar paso a la configuración del cuerpo operable, pro-

3 Como el fitness, la cirugía estética y las terapias alternativas.

gramable, y -para usar la expresión de Deleuze (1991)- modulable del paradigma genético e informacional predominante en nuestra época. El paso de un cuerpo máquina a otro informacional hace posible la materialización de la fantasía de que todos podemos tener, si tenemos cómo costearlo, un cuerpo más sano, más bello, más fuerte, más delgado con la ayuda de estos dispositivos médicos y terapéuticos.

**EL DISCURSO DEL BIENESTAR INTEGRAL
EN LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA**

Tomando como referencia el marco conceptual presentado, en este apartado analizamos los efectos que el concepto ampliado y holístico de salud ha tenido en el contexto de una práctica médica que articula de forma paradigmática la gestión y transformación del cuerpo según parámetros de belleza y calidad de vida altamente normativos. La cirugía estética, en efecto, a partir de la consagración del discurso del bienestar subjetivo integral, habría comenzado a operar conforme a la lógica del control.

Los cirujanos plásticos siempre ocuparon una posición especial en el campo de la medicina. Esta circunstancia los ha vuelto particularmente reflexivos respecto de los parámetros normativos de su práctica. La emergencia un nuevo concepto de salud, en consecuencia, ha tenido profundos efectos sobre la autocomprensión y el modo de funcionamiento de esta especialidad médica.

La cirugía estética designa a una práctica médica particular: su realización implica intervenir quirúrgicamente sobre un cuerpo funcionalmente sano. Refiere a procedimientos realizados por profesionales médicos, cuyo propósito declarado, con todo, no es otro que el *embelecimiento* del paciente; por definición son, por tanto, procedimientos de carácter *electivo*.

Como en ninguna otra especialidad médica, el carácter electivo de las intervenciones estéticas puso de relieve, al seno de la práctica, el problema de lo normal y lo patológico. Si esta cuestión adquiere, tal como lo ha señalado Georges Canguilhem (1978: 92), el valor de una “polaridad vital autoevidente” en las otras ramas de la medicina, en la cirugía estética, en cambio, desde un principio se la ha reconocido inevitablemente mediada por dimensiones sociales, culturales y psicológicas.

En sus orígenes como práctica médica moderna, durante la segun-

da mitad del siglo XIX, la cirugía estética se enfrentó a las acusaciones de pervertir y banalizar el ejercicio de la medicina, desviándolo hacia fines ajenos a su genuino propósito terapéutico. La calificación despectiva de “operaciones de belleza” recayó sobre sus intervenciones, cuya realización se juzgaba motivada, no ya por razones médicas válidas, sino exclusivamente por la vanidad del paciente y la codicia del cirujano.

Conscientes de esta situación, los primeros cirujanos plásticos intentaron legitimar su especialidad ante sus colegas. A estos efectos, trazaron una taxativa distinción valorativa entre dos clases de procedimientos, los genuinamente *reconstructivos* y los meramente *estéticos*. Tal como los caracterizó el prestigioso cirujano neozelandés Harold Delf Gillies (1882-1960), los primeros respondían a “un intento de regresar a lo normal”, mientras que los segundos eran “un intento de sobrepasar lo normal” (citado en Gilman, 1998: 3).

Desde fines del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, sólo la cirugía reconstructiva, en la medida en que obedecía al genuino propósito médico de la *curación*, fue considerada una práctica médica válida. Era la especialidad quirúrgica que había surgido en los campos de batalla, a partir del esfuerzo por tratar las desfiguraciones faciales de los soldados, procurándoles una reinserción a la vida social plena. La cirugía estética, por el contrario, ya anunciaba su afinidad con el objetivo médicamente no imperativo de la *optimización*: su objetivo no es “regresar” el organismo a su estado normal, sino permitirle “sobrepasarlo”. Por cuanto excedía las funciones legítimamente establecidas para una práctica médica, la cirugía estética todavía debería esperar a la emergencia de otro contexto histórico para su validación.

Este contexto empezó a gestarse desde la segunda postguerra, a partir de la confluencia de dos factores históricos diversos. Por un lado, la adopción de un concepto ampliado de salud por parte de la Constitución de la OMS expandió el propósito legítimo de una práctica médica; ésta ya no se limitaba al tratamiento de la enfermedad, sino que abarcaba además el mejoramiento del bienestar integral del paciente. Por el otro, la consagración cultural de un nuevo ideal de estética corporal femenina, caracterizado por la exaltación de los pechos prominentes, alentaría una demanda creciente por un procedimiento de aumento mamario estética y médicamente satisfactorio.

Durante la primera mitad del siglo XX, los cirujanos plásticos se ha-

bían ocupado específicamente de dos “malformaciones” de los pechos femeninos: las denominadas “hipermastia” y “gigantomastia”. Esto significaba que sólo los pechos demasiado grandes eran considerados una condición que justificara una intervención quirúrgica, por cuanto generaban diversos problemas físicos. Pero desde la década del ’50 se empezó a incluir a la “hipomastia” en esta clase. La particularidad del problema de los pechos pequeños era que causaba “sufrimiento psicológico” antes que físico (Haiken, 1997: 236).

Este problema femenino emergente generó, en principio, una industria millonaria de “*falsies*” (corpiños rellenos). Los cirujanos plásticos, entretanto, procuraron concebir una solución más satisfactoria. Después de innumerables pruebas con técnicas fallidas,⁴ un procedimiento semejante surgió a principios de la década del ’60, con la invención del implante mamario de gel de silicona.

A partir de esta innovación técnica, el aumento mamario se convirtió en el procedimiento emblemático de la especialidad, lo que modificaría sustancialmente la racionalidad de la práctica. En términos generales, la labor del cirujano plástico dejó de estar dominada por el propósito de *curar* a sus pacientes, asumiendo en cambio el objetivo de *optimizar* las cualidades que definen convencionalmente a un cuerpo como femenino.

Ahora bien, el cometido de la optimización de la apariencia corporal femenina se reconoció subordinado a la consecución del bienestar subjetivo integral de la paciente. La adopción de un concepto ampliado de salud “biopsicosocial” resultó pues central en la redefinición del funcionamiento de la cirugía estética en tanto dispositivo de normalización (Córdoba, 2017). Desde sus orígenes como práctica médica moderna, esta especialidad había funcionado conforme a una racionalidad terapéutica de carácter homogeneizador. Tal como lo ha formulado el historiador Sander Gilman (1998), el mandato que desde el comienzo movilizó la labor de los cirujanos plásticos ha sido “embellecer el cuerpo para curar el alma”.

4 Estas técnicas incluyeron el intento de aumentar el volumen de los pechos a través de la inyección de sustancias como grasa o silicona, o del implante de esponjas de materiales orgánicos y sintéticos. En no pocas ocasiones, las consecuencias para la salud de las pacientes fueron lamentables: las sustancias inyectadas tendían a migrar, formando nódulos en distintas partes del cuerpo, mientras que el tejido mamario frecuentemente “encapsulaba” a las esponjas, endureciendo los pechos.

Esto se lograba a través de la supresión quirúrgica de la diferencia corporal estigmatizadora, a fin de facilitar la integración social del paciente, procurándole así las condiciones de existencia necesarias para garantizar su salud mental. La intervención quirúrgica era entendida como “un medio para enmascarar el cuerpo, para hacerlo (in)visible” (Gilman, 1998: 22). Sumiéndolo en la homogeneidad física, el cuerpo del paciente dejaba de llamar la atención por su diferencia, pasaba inadvertido y el sujeto era capaz de desenvolverse normalmente en su comunidad.

Esta situación se transforma radicalmente una vez que la racionalidad terapéutica de la práctica es desplazada por el propósito de la optimización de las cualidades y capacidades personales, en función de un aumento asintótico del bienestar personal integral. Bajo el imperio de un concepto ampliado de salud “biopsicosocial”, en efecto, la cirugía estética comenzaría a reivindicar sus credenciales como una tecnología de autotransformación y autoafirmación de sí.

La labor del cirujano plástico ya no consistirá tanto en *suprimir* la diferencia corporal del paciente -adecuando su apariencia a una norma general homogénea-, sino más bien en *interpretarla*, efectuando en consecuencia las modificaciones necesarias para permitirle una expresión más fiel de la propia identidad “interior”. Así pues, en la medida en que todas las intervenciones del cirujano plástico se consideran apropiadas para permitir la expresión de la identidad “auténtica” (Heyes, 2007), la distinción valorativa entre procedimientos estéticos motivados por la vanidad y procedimientos reconstructivos motivados por una genuina necesidad médica, en la práctica, pierde su sentido.

El dispositivo de la cirugía estética inscribió su funcionamiento en un régimen de subjetivación de carácter personalizador. Los dos procedimientos emblemáticos de la especialidad ilustran claramente esta transformación histórica. Hasta la década del '70, por cierto, la rinoplastia y el aumento mamario fueron prácticas que respondieron a una lógica homogeneizadora, reproduciendo regularmente un mismo patrón de nariz y de tamaño y forma de los pechos en todos los pacientes (Macgregor, 1974). Esto comienza a cambiar a partir de los años '80, hasta llegar a nuestros días, en que la excelencia del cirujano plástico se juzgará en virtud de su habilidad para determinar “lo que mejor le queda” a cada paciente con arreglo a sus particulares rasgos corporales y de personalidad (Pasik, 2010).

La transformación histórica de la cirugía estética desde un dispositivo de normalización con efectos homogeneizadores, hasta su actual funcionamiento como un dispositivo de personalización cuyos efectos apuntan a la autoafirmación subjetiva, se inscribe a su vez en un cambio más general en el campo de la medicina. La emergencia del ideal del bienestar integral (*wellness*)⁵ consagra un modelo comercializado de prestación de servicios de salud, cuyo corolario es la legitimación cultural del consumismo médico. En este marco, la práctica de la cirugía estética se erige como la forma paradigmática de lo que se ha denominado “medicina del estilo de vida” (*lifestyle medicine*)⁶ (Pitts-Taylor, 2007).

El discurso del bienestar, en fin, proyecta una visión holista de salud entendida como un estado integral que contempla tanto la mente, el cuerpo como el espíritu. Esta es la promesa de la “medicina del estilo de vida” en general, y de la cirugía estética en su actual modo de funcionamiento en particular. Ahora bien, bajo la beatitud de esta imagen del bienestar subjetivo integral que consagra el ideal de la nueva era, lo que subyace es el sordo malestar de una subjetividad que es coaccionada a la optimización incesante de sus capacidades y cualidades para mantenerse competitiva en los distintos mercados de la era neoliberal.

CONSIDERACIONES FINALES

Este capítulo se ha montado sobre la tesis de que la ampliación del concepto salud en términos de bienestar integral y subjetivo es efecto e índice de un desplazamiento sociohistórico en el modo como nos relacionamos con el significativo salud y por ende con nuestros cuerpos y nosotrxs mismxs (Deleuze, 1991).

Para fundamentarla, recurrimos a un entramado conceptual que articula los conceptos deleuzianos de sociedad de control, molde y

5 El sentido anglosajón de este concepto lo aclaramos en el apartado de las conclusiones.

6 La “medicina del estilo de vida” es una rama de la medicina que ha surgido en los EE.UU. en el siglo XXI. Involucra el despliegue de distintos abordajes terapéuticos con el propósito de prevenir, tratar y, en ocasiones, revertir los desórdenes crónicos causados por el estilo de vida de lxs pacientes. Sus ámbitos de competencia incluyen la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, la gestión del stress, el sueño y las relaciones sociales y afectivas (www.lifestylemedicine.org). En la medida en que su objetivo no es el tratamiento de estados patológicos críticos, sino la optimización de la calidad de vida, su lógica inevitablemente obedece a un modelo comercializado y privado de prestación de servicios médicos.

modulación y la teoría roseana sobre la empresarización de la vida. Asimismo, presentamos las condiciones de posibilidad para la emergencia de una salud pensada en términos proactivos. Ésta se ancla principalmente en mutaciones acaecidas en el ejercicio de la práctica médica así como en la redefinición de las potencialidades de la materialidad corporal a partir de los avances tecnológicos producidos en las esferas de la biotecnología y biomedicina.

La ampliación del concepto salud extendió el dominio de la medicina hacia las esferas del cuidado personal y de la apariencia física. Ello legitimó a la cirugía estética, previamente desprestigiada por cuanto no se atenía a la función principal que el escenario moderno asignaba a la práctica médica, vale decir, la curación de la enfermedad. En consecuencia, la salud concebida en término biopsicosociales inaugura un espectro optimizador para esta práctica médica, consagrándola como una tecnología de autotransformación corporal y de autoafirmación subjetiva. Ello tiene un efecto directo sobre la labor del cirujano, quien pasa de ser un técnico que interviene en la apariencia física de sus pacientes con arreglo a una norma corporal homogénea, a ejercer como intérprete de la identidad “auténtica” del paciente en función de conformar su apariencia a dicho ideal singular.

Esta ampliación del concepto de salud obedece al nuevo paradigma promulgado por la Organización Mundial de la Salud. Nos interesa destacar el carácter ambivalente de ese concepto, en cuyo seno convergen, como hemos mostrado a lo largo de nuestra argumentación, lógicas contrapuestas y complementarias. Por un lado, advertimos un dominio reactivo, el cual se ocupa de un conjunto de acciones directamente relacionadas con la curación y prevención de enfermedades. Por el otro, señalamos como innovación en la definición de la OMS la prolongación y ampliación del dominio biomédico de la salud hacia el horizonte positivo de la optimización corporal y mental del sujeto sano.

El espectro de propiedades y acciones que competen a esta dimensión proactiva del bienestar integral se encuentra representada a través del significativo *wellness*. El *wellness* refiere, más que a un estado orgánico del cuerpo, a un estado del ser. Es tanto un sentir como una apreciación subjetiva (Sointu, 2012; Papalini, 2014). En este sentido, podemos afirmar que el molde disciplinario de la salud biomédica se ha plegado a la consistencia fluida e influenciabile del *wellness* y de una salud holísticamente concebida.

Sointu (2005) advierte que la pregnancia de este término en la cultura popular, más que vincularse con la producción de un estado de salud fisiológico amparado por el saber de la medicina, es efecto del modo como este discurso reproduce determinadas normas sociales que han adquirido dominancia en las últimas décadas. En un mundo donde la vida es progresivamente entendida a través de la metáfora de la conexión y del agenciamiento individual, la oferta de un estado holístico y modulable que opera a través de la interconexión de esferas, donde el cuerpo y la mente se entrelazan de forma armoniosa y equilibrada, atribuye a una población específica, particularmente de clase media, un conjunto de recursos para navegar las agitadas aguas de un capitalismo que se presenta cada vez más adverso e incierto para los capitanes de sí.

Lxs ciudadanxs del presente, liberadxs de las dependencias y protecciones propias de un Estado Benefactor, y arrojadx a los caprichos del mercado, debemos afrontar los avatares de nuestra existencia y achaques de nuestros cuerpos en soledad, responsablemente. Por ello es tan importante cuidar, mantener, optimizar los propios recursos corporales así como programar y reprogramar el propio futuro vital. A diferencia de las prácticas de salud en las sociedades disciplinarias, que se sustentaban en un ideal común relativamente homogéneo, lo que distingue las dinámicas de intervención corporal actuales es su individualización, singularidad y diferenciación obligatoria (Costa y Rodríguez, 2010: 167). Rose (2007b), describe esta mutación histórica como un pasaje de una medicina de la normalización hacia una de la *personalización*.

Antes se recurría a las intervenciones médicas para curar patologías, rectificar lo que era considerado por generalidad una desviación del funcionamiento deseable, o bien propiciar estrategias políticas que posibiliten cambios en las formas de vida de la población. Ahora lxs destinatarixs de esas intervenciones son consumidorxs que toman la decisión de acceder a ellas sobre la base de deseos que pueden parecer triviales, narcisistas, hasta irracionales, no definidos por una necesidad médica real, sino por el mercado y la cultura de consumo.

Ahora bien, contrariamente a lo que auguran las imágenes que exhiben las publicidades de productos que ofrecen promesas de bienestar y felicidad, este modo de entender la salud antes que empoderar al individuo y la población, nos inunda de informaciones improcesables,

de esfuerzos incesantes, nos agobia con responsabilidades imposibles y expectativas irrealizables, y nos sumerge en estados de ansiedad incontrolables. Tal vez reconociendo la imposibilidad de las exigencias y promesas a los que nos someten las imágenes y los discursos de la *salud perfecta* (Sfez, 2008), nos sea dado imaginar otro modo de relación con nosotrxs mismxs y nuestros cuerpos, capaz de hacer de nuestras enfermedades y experiencias de malestar pura potencia colectiva y resquebrajar los muros de un pensamiento que nos produce desde la falta y la debilidad.

Bibliografía

Amstrong, D. (1995) "The rise of surveillance medicine", *Sociology of Health and Illness*, pp. 393-404.

Canguilhem, G. (1978) *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Boltanski, L. y Chiapello, È. (2002) *El nuevo espíritu del capitalismo*, Madrid: Akal.

Córdoba, M. (2017) "Transformaciones históricas de la cirugía estética como dispositivo de normalización", *Athenea Digital*, Vol. 17, No. 1, pp. 57-78.

Corbin, C. B. y Pangrazi, R. P. (2001) "Toward a uniform definition of wellness: A commentary", *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, vol.15, No. 3, pp. 1-8.

Costa, F. y Rodríguez, P. (2010) "La vida como información, el cuerpo como señal de ajuste: los deslizamientos del biopoder en el marco de la gubernamentalidad neoliberal", en Lemm, V. (ed.) *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*, Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, pp. 151-173.

Deleuze, G. (1991) "Posdata sobre las sociedades de control", en Ferrer, C. (ed.) *El lenguaje libertario II. Filosofía de la protesta humana*, Montevideo: Editoriales Nordan - Comunidad Caparrós, pp. 15-23.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2005). Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Foucault, M. (2005) *Vigilar y Castigar*, Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Gilman, S. L. (1998) *Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*, Durham: Duke University Press.

_____ (2001) *Making the Body Beautiful. A Cultural History of*

Aesthetic Surgery, Princeton: Princeton University Press.

Haiken, E. (1997) *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Heyes, C. (2007) *Self-Transformations. Foucault, Ethics, and Normalized Bodies*, New York: Oxford University Press.

Landa, M. I. (2014) "De cuerpos moldeables a vida modulables: la invención del estado saludable como bienestar", en *Coloquio Internacional sobre Gubernamentalidad y Biopolítica*, Salta. (inédito)

Macgregor, F. C. (1974): *Transformation and Identity. The Face and Plastic Surgery*, Nueva York: Quadrangle/The New York Times Book Company.

Papalini, V. (2007) "La domesticación de los cuerpos", *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, Año 4, No. 1, enero-abril, pp. 39-53.

_____ (2014) "Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad", *methados. revista de ciencias sociales*, Vol. 2, No. 2, pp. 212-226.

Pasik, D. (2010) *Hacerse. El viaje de una mujer en busca de la cirugía perfecta*, Buenos Aires: Grijalbo.

Pitts-Taylor, V. (2007) *Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*, New Brunswick: Rutgers University Press.

Rose, N. (1992) "Governing the Enterprising Self", en Heelas, P. y Morris, P. (eds.) *The Values of the Enterprise Culture: The Moral Debate*, London: Routledge, pp.141-164.

_____ (2001) "The Politics of life itself", *Theory, Culture & Society*, Vol.18, N° 6, pp.1-30.

_____ (2007a) *The politics of itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton: Princeton University Press.

_____ (2007b) "Beyond Medicine", *Lancet*, Vol. 369, pp. 700-701.

Sfez, L. (2008) *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*, Prometeo: Buenos Aires.

Smith Maguire, J. (2008) *Fit for consumption. Sociology and the business of fitness*, Nueva York: Routledge.

Veblen, T. (2006) *Conspicuous consumption*, Nueva York: Penguin Books-Great Ideas.

Sointu, E. (2005) "The rise of an ideal: tracing changing discourses of wellbeing", *Sociological Review*, Vol. 52, No. 2, pp. 255-274.

_____ (2012) *Theorizing Complementary an Alternative Medicines. Wellbeing, Self, Gender, Class*, London: Palgrave Macmillan.

Ziguras, C. (2005) *Self-care, personal autonomy and the shaping of health consciousness*, Canada: Routledge.