

CUERPOS MOLDEABLES Y VIDAS MODULABLES: LA INVENCION DEL ESTADO HOLÍSTICAMENTE SALUDABLE COMO BIENESTAR (INTEGRAL)

MARÍA INÉS LANDA
CONICET - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
MARCELO CÓRDOBA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

RESUMEN

EL ARTÍCULO ARGUMENTA —A PARTIR DE LOS CONCEPTOS DELEUZIANOS DE SOCIEDAD DE CONTROL, MOLDE Y MODULACIÓN Y LA TEORÍA ROSEANA SOBRE LA ECONOMIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA— QUE LA AMPLIACIÓN DEL CONCEPTO SALUD EN TÉRMINOS DE BIENESTAR INTEGRAL Y SUBJETIVO ES EFECTO DE UN DESPLAZAMIENTO SOCIOHISTÓRICO EN EL MODO COMO NOS RELACIONAMOS CON ESTE SIGNIFICANTE, Y POR ENDE CON NUESTROS CUERPOS Y NOSOTROS MISMOS. UTILIZAMOS DICHA RED INTERPRETATIVA PARA ANALIZAR LOS EFECTOS QUE EL PARADIGMA BIOPSICOSOCIAL DE SALUD HA TENIDO EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y DEL *FITNESS*. DE ESTE MODO, ADVERTIMOS QUE LA AMPLIACIÓN DEL CONCEPTO SALUD EXTENDIÓ EL DOMINIO DE LA MEDICINA HACIA LAS ESFERAS DEL CUIDADO PERSONAL Y DE LA APARIENCIA FÍSICA. ELLO LEGITIMÓ LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA EN EL CAMPO MÉDICO Y SOCIAL, PREVIAMENTE INFRAVALORADA EN EL ESCENARIO MODERNO, MIENTRAS QUE OPERÓ COMO CONDICIÓN DE POSIBILIDAD PARA LA EMERGENCIA Y MUNDIALIZACIÓN DE LA CULTURA DEL *FITNESS*. CONCLUIMOS CON UNA BREVE PRESENTACIÓN DE LA LÍNEA ARGUMENTATIVA DESPLEGADA EN LOS DISTINTOS APARTADOS DEL ARTÍCULO, DESDE LA CUAL REFLEXIONAMOS SOBRE LAS IMPLICANCIAS ÉTICO-POLÍTICAS QUE CONLLEVA UNA SALUD HOLÍSTICAMENTE MODULABLE Y ASINTÓTICAMENTE PERFECTIBLE EN LAS DINÁMICAS SOCIO-LABORALES DEL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO. RELACIONAMOS ESTOS ARGUMENTOS, EN FIN, CON LAS DESESTABILIZACIONES QUE EL TRATAMIENTO SANITARIO Y POLÍTICO DE LA PANDEMIA GLOBAL COVID-19 PLANTEA A UNA CONCEPCIÓN DE SALUD DEFINIDA EN TÉRMINOS DE PRÁCTICAS ELECTIVAS INFORMADAS Y EFICIENTES.

PALABRAS CLAVE

BIENESTAR INTEGRAL; SOCIEDADES DE CONTROL; CULTURA EMPRESARIAL;
CIRUGÍA ESTÉTICA; *FITNESS*.

SURGERY; FITNESS CULTURE.

INTRODUCCIÓN¹

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 al que cualquier individuo debería aspirar (OMS 2005).

La salud —concepto vital para la gubernamentalidad de los Estados Nación— extiende, así, su campo de acción de una esfera *reactiva* a otra *proactiva*². 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 signifiante *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 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 procesos de mundialización y mercantilización de bienes culturales el semblante saludable deviene en una condición subjetiva rentable para los “ciudadanos biológicos” que invierten en sí mismos como capital (Rose, 2007a). A través de su cuerpo, el acreedor de salud, confiesa su valor.

En función de ello, se pone a disposición del público un sinnúmero de productos y tecnologías que

ofertan, a través de un discurso paradójico, estilos de vida que garantizan la experiencia holística de ese bienestar anhelado. Desde alimentos para mejorar *tu* estado de ánimo —como la comida funcional y la *mood food*—, suplementos para activar la desintoxicación del organismo e incrementar la concentración, perfumes y bebidas que afinan *tus* sentidos, aceites aromáticos y masajes del lejano oriente para relajar, *spas* diseñados y *aggiornados* con terapias para armonizar el cuerpo, la mente y el espíritu, nuevas cremas y prácticas corporales para combatir el *stress* y revitalizar la piel; y mucho más se ofrece en el mercado del *wellness*³. Los medios masivos de comunicación acompañan y refuerzan este imperativo a través de la diseminación de imágenes de cuerpos etéreos y flexibles que se mixturán con paisajes de oriente y occidente.

Como observa Miller (2005) la palabra *wellness* se ha convertido en un término de moda entre cuyos usos múltiples se encuentra el de embelesar con promesas de armonía integral a una variedad profusa de productos y servicios en una esfera mercantil competitiva y en crecimiento.

Nikolas Rose (2007a) interpreta esa espectacularización de vitalidades autogestionantes como efecto de los regímenes de *subjetificación* que se consagraron en las sociedades del *liberalismo avanzado*, donde las tecnologías médicas (y otras *expertises* de la salud) conformaron dispositivos de optimización de la (calidad de) vida de poblaciones socialmente activas.

Por otra parte, Eeva Sointu (2005) en un estudio sobre los usos y sentidos que la palabra bienestar (*we-*

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, esta logra mayor profundidad y consistencia a partir del análisis y puesta en tensión entre las prácticas de la cirugía estética (Córdoba, 2015) y del fitness (Landa, 2011) donde el hilo argumentativo cobra mayor relevancia empírica y densidad analítica.

² A lo largo del texto las comillas indican citas textuales o relativizan conceptos de uso común. La tipografía itálica la utilizamos para: a) señalar palabras recuperadas de los corpus de textos analizados —que constituyó el material empírico recolectado—, b) términos en lengua extranjera y c) destacar determinados conceptos y categorías que resultan centrales en el marco del análisis propuesto.

³ El sentido anglosajón de este término lo aclaramos en el apartado de “consideraciones finales”.

llbeing) adquiere en dos periódicos ingleses con reconocimiento global⁴ —durante el periodo que va del 1995 al 2003— advierte que durante la década de 1980 esta refería principalmente a cuestiones económicas y políticas vinculadas con el gobierno de la población nacional, mientras que a partir de los años 90 ésta expresión comienza a asociarse, casi de forma unívoca, a la procura de un estado subjetivo y 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 pregnancia en la población, es producto de deslizamientos en las formas de ejercerse 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 consumidores condicionados a ejercer prácticas de elección.

En línea con los estudios presentados, abordamos la ampliación del concepto de salud en términos de bienestar integral como efecto de la mutación capitalista e índice de un desplazamiento sociohistórico en el modo en que nos relacionamos con el significativo 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, 2002) hacia otro tipo de sociedad que Gilles Deleuze (1991) identificó tras el significativo del control.

En segundo lugar, desarrollaremos, a modo ilustrativo, las producciones y desplazamientos que el discurso del bienestar habilitó en el marco de dos prácticas específicas —la cirugía estética y el *fitness*— que de forma paradigmática y distintiva articulan la procura y la oferta de la manutención y mejoramiento de la calidad de vida con intervenciones específicas de gestión y transformación corporal.

Concluiremos con una breve presentación de la línea argumentativa desplegada en los distintos apartados del artículo, desde la cual reflexionamos sobre las implicaciones ético-políticas que conlleva

una salud holísticamente modulable y asintóticamente perfectible en el marco de las dinámicas sociolaborales del capitalismo contemporáneo. Relacionamos estos argumentos, en fin, con las desestabilizaciones que el tratamiento sanitario y político de la pandemia global COVID 19 plantea a una concepción de salud definida en términos de prácticas electivas informadas y eficientes.

LA INVENCIÓN DEL BIENESTAR COMO EFECTO E ÍNDICE DE LA MUTACIÓN 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 aquella 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 estandarizan las morfologías corporales y 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.

⁴ El estudio focalizó el análisis en el *Guardian* y el *Daily Mail*.

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 en 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). 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 como 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, de este modo, al sujeto y su cuerpo en un proyecto asintótico de gestión

continua, regulado por parámetros de eficiencia inestables y cambiantes.

En diálogo con Deleuze, aunque con un interés más sociológico que filosófico, Nikolas 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 remarcar, particularmente, la manera en que 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 que redefinen los parámetros normativos de la disciplina, no obstante se apoyan en las marcas que ésta ha dejado en los cuerpos contemporáneos (Foucault, 2005; Sointu, 2012).

La primera modernidad, fijada territorialmente por la acción del Estado y el trabajo, proveyó de rutinas que constituían la subjetividad a través de la repetición anclada en marcos institucionales estables y supervisados por una autoridad que evaluaba los comportamientos de los ciudadanos en los distintos circuitos que trazaban las instituciones de encierro (Papalini, 2007). Bajo esta forma de gobierno, 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.

Las condiciones de producción del capitalismo contemporáneo en cambio son otras: la flexibilidad, el

cambio constante, la competencia, el aprendizaje continuo y la evaluación permanente. Por ende, los atributos que se les exigen a los empleados también son otros: creatividad, capacidad de liderazgo, autogestión, resiliencia y polivalencia (Landa y Marengo, 2011).

El *saber hacer* —las competencias laborales— está siendo gradualmente reemplazado por el *saber ser*, fundado en las mismas cualidades genéricas que se valoran en la vida cotidiana, y que son de orden afectivo: la capacidad de generar confianza, de comunicación, de identificarse con el otro, etc. (Boltanski y Chiapello, 2002; Marengo et al., 2013; Papalini, 2014).

El significativo bienestar, liberado de los marcos regulatorios estatales y sindicales, se refigura como individual, apoyándose en la capacidad de agencia de un consumidor que se asume libre, y por ende, responsable de su (propia) producción.

UNA SALUD HOLISTA: DEL ENFOQUE BIOMÉDICO AL BIOPSIICOSOCIAL

Para poder imaginar algo así como un estado *multidimensional* que opera holísticamente a través de 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 necesaria, además, la creación de 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. Este 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”. Históricamente circunscripta al organismo enfermo, la visión integral del estado saludable habilitó a que la medicina reclamara 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 implicaciones en distintos dispositivos médicos y culturales⁵, 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 las relaciones estrictamente binarias que oponían la salud a la enfermedad para emplazarlas en un escala ordinaria en la que lo saludable puede mejorar y en la que la salud puede coexistir con la patología. Desde este lugar, esta forma de saber promueve la salud mediante el cálculo de factores de riesgo y la divulgación de estilos de vida saludables que garantizan 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 el de la biotecnología instalan la idea de que la salud es mejorable. Como señala Nikolas Rose (2007b), la medicina ya no se ocupa sólo 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 de un cuerpo operable, programable y —para usar la expresión de Deleuze (1991)— mo-

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

dulable del paradigma genético e informacional predominante en nuestra época. La inteligibilidad de un “cuerpo sin destino” habilita nuevas intervenciones como la corrección, la mejoría, e inclusive la reprogramación de su materialidad, y por ende, la transformación radical de su propietario (Sibilia, 2006).

El paso de un cuerpo “máquina” y “usina”⁶ a otro informacional hace posible la realización 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 (Rauch, 1985).

EL DISCURSO DEL BIENESTAR (INTEGRAL) EN LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y EN LA DEL *FITNESS*

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 dos prácticas que articulan de forma paradigmática la gestión y transformación del cuerpo según parámetros de belleza y calidad de vida altamente normativos.

Dada la complejidad que presentan los procesos de conformación y actualización de las mismas, la descripción sintética que proponemos es a los fines de ilustrar estrictamente los efectos que el discurso del bienestar tuvo en su seno; y cómo este significativo accionó según la operatoria del control en las tramas de la cirugía estética y el *fitness*, respectivamente (Deleuze, 1991).

En consecuencia, en primer lugar, se presentan los efectos que este concepto ambivalente de salud ha tenido en el marco de la cirugía estética. Para luego mostrar cómo el mismo ha sentado las bases para la emergencia de la cultura del *fitness*, tal cual la conocemos hoy.

CIRUGÍA ESTÉTICA⁷

Los cirujanos plásticos siempre han ocupado 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 de un nuevo concepto de salud, en consecuencia, ha tenido profundos efectos sobre la (auto)comprensión y el modo de funcionamiento de esa especialidad médica.

La cirugía estética designa 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 *embellecimiento* del paciente; por definición son, por tanto, procedimientos de carácter *electivo*.

Como en ninguna otra especialidad médica, el carácter electivo de las intervenciones estéticas ha puesto 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 segunda 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.

⁶ Como analiza Crisorio (2017: 21), André Rauch (1985) ha preparado la idea de un cuerpo “usina” para distinguir el cuerpo del siglo XIX –que opera como sede del intercambio y transformación de la energía, habilitando una contabilidad de los ingresos y egresos en el organismo viviente– del cuerpo “máquina” basado en el mecanicismo del siglo XVII, cuyo modelo era el reloj.

⁷ Algunas de las ideas que se vierten en este apartado han sido expuestas en: Córdoba (2017; 2019). No obstante, fueron reelaboradas en función del foco de este artículo.

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 finales 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; esta 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 habían 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 de 1950 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 fallidas⁸, un procedimiento semejante surgió a principios de la década de 1960, 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

⁸ 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.

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”.

Esto se lograba a través de la supresión quirúrgica de la diferencia corporal estigmatizadora para facilitar la integración social del paciente, procurando 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 práctica de autotransformación y autoafirmación.

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 de 1970, por cierto, la rinoplastia y el aumento mamario fueron prácticas que respondieron a una lógica homogeneizadora, reproduciendo regularmente a 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 rasgos corporales y de personalidad individuales (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 consagra un modelo comercializado de prestación de servicios de salud, cuyo corolario, como ya hemos apuntado, 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*)⁹ (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

⁹ 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 los 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 (fuente: 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 del paciente, su lógica inevitablemente obedece a un modelo comercializado y privado de prestación de servicios médicos.

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.

FITNESS¹⁰

A diferencia de la cirugía estética, la ampliación del concepto de salud en términos de bienestar integral y subjetivo opera como condición de posibilidad para la emergencia de la industria del *fitness*.

El *fitness* —concebido como un estado óptimo de *rendimiento psicofísico* que se obtiene a través del entrenamiento físico, la alimentación equilibrada y la incorporación de estilos de vida saludables y como una cultura e industria que comprende un conjunto de prácticas, técnicas y saberes orientados a la consecución del mismo— se monta sobre la *esfera proactiva* que la extensión semántica de la salud introduce en la escena occidental a fines de la década de 1940.

Los beneficios que la práctica sistemática de actividad física reporta a la salud y al “carácter” de la población —principalmente masculina— son reconocidos desde mediados del siglo XIX en esferas médicas, políticas y educativas (Crisorio, 2017: 60-82). Sin embargo, para la conformación del campo cultural del *fitness* y su consecuente diferenciación de las prácticas corporales modernas —como los deportes (*british sports*), las gimnasias (sueca y alemana) y la educación física— fue necesaria la creación y afianzamiento global de una concepción holista de salud, entendida como efecto y resultado de elecciones de vida individuales informadas y responsables (Maguire, 2008).

En un escenario de urbanización creciente de las ciudades norteamericanas la invención del *ae-*

*robics*¹¹, primero, y del *fitness grupal*, después, se presentaron como solución a las enfermedades ocasionadas por un estilo de vida sedentario¹² y a los efectos no deseados de un régimen laboral burocrático que atentaba contra la salud y productividad de los trabajadores.

Esos procesos asentaron una plataforma simbólica que impulsó el crecimiento de esta industria. Sin embargo, su consolidación se produce mediante la creación de un producto novedoso que articula tres íconos de la época: la ciencia médica —las teorías sobre aerobismo desarrolladas por Kenneth Cooper—, una práctica gímnica convocante —el *aerobics* de Jacki Sorensen— y la imagen seductora de una personalidad pública con gran impacto publicitario —la actriz Jane Fonda (Landa, 2011). Esta convergencia catapultó el proceso de mundialización del *fitness* cuya expansión se prolonga hasta nuestros días.

A partir del mencionado *boom del fitness*, desde fines de los años 80, se observan en las principales ciudades del mundo una proliferación de gimnasios que se inscriben en esta cultura comercial (Sassatelli 2015). De raigambre eminentemente urbana y producto característico del *nuevo capitalismo*, los *fitness centers* son espacios que se ofrecen para ser consumidos y apropiados durante el tiempo libre de sus clientes (Boltanski y Chiapello, 2002; Sassatelli, 2010). Identificados con la oferta de un tipo de recreación racional, terapéutica y seria, estas organizaciones procuran diversificar y flexibilizar sus espacios, tiempos y productos con el fin de atraer usuarios de distintos grupos sociales; a la vez que ofrecen un ambiente para la práctica de actividad física no competitiva, la cual es supervisada y controlada por profesionales de la salud con trayectos disciplinares heterogéneos (Landa, 2011). A cambio los clientes esperan obtener, entre otros beneficios, un cuerpo en forma, calidad de vida, bienestar, placer y diversión.

¹⁰ Algunas de las ideas que se vierten en este apartado han sido expuestas en: Landa, 2011; 2016. No obstante, fueron reelaboradas en función del foco de este artículo.

¹¹ En la década de 1980.

¹² Las enfermedades asociadas al estilo de vida sedentario eran las “no transmisibles” (ENT) como la cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, entre otras.

Forma parte de las estrategias de atracción y fidelización de la clientela implementada en estas organizaciones la producción de novedades. Ésta consiste en la incorporación continua de cuanta técnica corporal circule por el espacio cultural para convertirla en ejercicio físico para las masas: desde deportes competitivos, pasando por las artes marciales y la meditación, hasta el ciclismo y los bailes latinoamericanos.

Si bien todos los productos y servicios del mundo del *fitness* se encuentran relacionados con el discurso del bienestar, una de las producciones que ejemplifican de forma paradigmática la mencionada articulación son las prácticas que se inscriben en el paradigma del *mindful-fitness* también conocido en los gimnasios como *las tendencias del wellness* (Landa, 2011).

En 1998, IDEA *Fitness and Health Association*, la asociación líder en Estados Unidos y que influye las tendencias del *fitness* a nivel mundial, define al *mindful exercise* como un ejercicio físico que se ejecuta de forma consciente y que incide sobre los procesos internos del cuerpo y del *ser*. Los practicantes de estos programas deben concentrarse en los propios patrones de movimiento a través de una conciencia propioceptiva. Este proceso se realiza haciendo foco en la respiración, en una correcta alineación corporal y en el uso de la *energía interna*. En estas clases, lo que se propone es que el cuerpo y la mente trabajen de forma articulada en función de crear en cada practicante un *sentido holístico de sí*. Principios como el *estar presente* durante la actividad y el *move* de forma *consciente* son constitutivos de estas propuestas, siendo las más practicadas el *yoga*, el *taichi* y el *pilates* (Markula y Pringle, 2006:155).

Esta tendencia se manifiesta principalmente en gimnasios de grandes urbes, tales como las *redes de clubes, centros de salud y bienestar (wellness)* y *estudios de pilates* cuya oferta se orienta a una clientela selecta que usufructúa de un poder adquisitivo entre medio y alto. Por otra parte, los programas de *mindful-fitness* se distinguen por garantizar a sus practicantes una mejor calidad de vida a través de un trabajo corporal que hace foco en la esfera de lo mental y psicológico, así como en la

prevención de enfermedades tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, la fatiga crónica y los desórdenes alimentarios, entre otras (Markula y Pringle, 2006: 158).

Los desplazamientos en la oferta del *fitness* responden, según señalan sus productores, a las demandas y exigencias que el mundo laboral y el escenario político-económico va requiriendo a su “público” (Foucault, 2006:102). Así, el primer *fitness* ofrecía un estilo de vida asociado con la adquisición de un estado óptimo de aptitud física, una belleza natural y un cuerpo tonificado. Mientras que el *wellness* se concentra en la dimensión proactiva de una salud concebida como responsabilidad individual, mediante la creación de productos que seducen al público con experiencias de bienestar, equilibrio interior y la incorporación de una vida holísticamente saludable (Landa, 2016). En la actualidad, es habitual observar la articulación de estas dos propuestas en los diferentes escenarios del *fitness*. Los practicantes consumen tanto programas de entrenamiento aeróbicos como las técnicas corporales propioceptivas, alegando que ambos se complementan.

Por último, cabe destacar que forman parte de la red que conforma al dispositivo del *fitness* organismos internacionales, tales como la OMS y un sector empresarial variado —indumentaria deportiva, farmacéutico, medicina privada, deportiva y de estilos de vida, entre otros, hasta ministerios gubernamentales como el de la Salud, Deporte, Turismo y Medio Ambiente. El interés de las empresas del *fitness* en dicha red se sustenta en factores de índole estrictamente productivos y económicos.

La aceptación social que genera la imagen de dichos organismos —en los que la noción de salud como bienestar se inscribe en un macroproyecto de sustentabilidad global— legitiman los servicios ofrecidos por esta industria cultural ante su público. Las alianzas económicas y políticas que se tejen entre estas organizaciones circulan de forma masiva en distintos espacios comunicacionales y digitales, a través de estrategias de *marketing* especialmente diseñadas para incrementar la cantidad de adeptos al estilo de vida activo y saludable a nivel mundial (Landa, 2011).

CONSIDERACIONES FINALES

El presente artículo se monta 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 en que nos relacionamos con el significante salud y por ende con nuestros cuerpos y nosotros mismos (Deleuze 1991).

Para ello, recurrimos a un entramado conceptual que articula los conceptos deleuzianos de sociedad de control, molde y 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 orgánica y sus elementos a partir de los avances tecnológicos producidos en las esferas de la biotecnología y biomedicina.

La referida red conceptual configuró el marco interpretativo para analizar los efectos que la salud en términos biopsicosociales ha tenido en el contexto de la práctica de la cirugía estética y del *fitness*, respectivamente.

De este modo advertimos que la ampliación del concepto salud extendió el dominio de la medicina hacia las esferas del cuidado personal y de la apariencia física. Ello legitimó la práctica de la cirugía estética en el campo médico y social, previamente infravalorada en el escenario moderno por no atenerse a la función principal de la curación de la enfermedad, asignado por esa época a dicho campo disciplinar.

En consecuencia, la salud concebida en término biopsicosociales inaugura un espectro *optimizador* para esta disciplina haciendo de ella una práctica 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, desde una norma homogénea, en la forma

corporal de sus pacientes, a ejercer como intérprete de la identidad *auténtica* del paciente en función de transformar su apariencia a dicho ideal singular.

En relación con la práctica del *fitness*, la impronta *proactiva* del significante salud operó, en cambio, como condición de posibilidad para su emergencia. Ésta aparece a fines del siglo XX, en el seno de una sociedad norteamericana que otorga prioridad política a la conformación de ciudadanos fuertes, sanos y viriles a través de campañas que promocionaban estilos de vidas tanto activos como saludables. El progresivo afianzamiento de una población creyente que depositaba en las ejercitaciones corporales un conjunto de creencias de orden económico, ético y religioso, asentaron, en este país, las bases simbólicas que impulsaron el crecimiento de esta industrial (Maguire, 2008).

No obstante, la cultura del *fitness* adquiere consolidación mundial a través de una innovación de mercado que articula dos figuras hegemónicas de la época —la ciencia médica y la imagen seductora de una personalidad pública— con una técnica gímnica principalmente dirigida a un público femenino.

La difusión de los productos y servicios del *fitness* utilizaron como fuente de legitimación el discurso promulgado por la OMS, a punto tal que el Dr. Kenneth Cooper, uno de los principales impulsores de esta cultura colocó al *aerobics* al servicio de la producción del bienestar integral de la población norteamericana (Cooper, 1982)¹⁵.

Por otra parte, tanto el carácter *optimizador* como la *exaltación de la diferencia individual* se encuentran en las bases epistémicas de esta palabra.

Fitness remite a la capacidad de adaptación y ajuste que posee un individuo para lograr una *performance* de modo eficiente en su contexto laboral, social y afectivo. En este sentido, es eminentemente contextual y relacional, pues deviene un indicador valorativo de la correspondencia o no de la *performance* de este sujeto a un patrón normado de rendimiento. Patrón que, a la vez, se *personaliza* según

¹⁵ Por ejemplo, tituló uno de sus libros como: “El Programa de Aerobics para un total bienestar: ejercicio, dieta y equilibrio emocional” (traducción propia), publicado en 1982.

las condiciones de existencia del sujeto implicado en su propio entrenamiento.

Este entrenamiento supone la vigilancia permanente de un (saber) *experto* (médico, entrenador o el propio sujeto) respecto de las evoluciones, mutaciones, alteraciones que pueda sufrir dicho estado como producto del devenir cotidiano del sujeto que se entrena. Por lo tanto, *fitness* no sólo se asocia con la aptitud física de un individuo, sino que su significado comprende, principalmente, la vida del sujeto que se inscribe en este régimen interpretativo (Landa, 2011).

Este individuo no sólo se apoya en el cuerpo devenido organismo del paradigma fisiológico, sino que también se inviste políticamente con una imagen aumentada de sí, cuya vida y salud, además de convertirse en bienes asintóticamente perfectibles que el sujeto debe atesorar, se tornan en deberes ciudadanos que se instalan en la esfera del cuidado personal. Esta nueva “responsabilidad” se corresponde con una redefinición del papel del Estado en áreas que históricamente eran su patrimonio y por las que debía velar.

Por lo tanto, el *fitness*, en tanto productor de “estilos de vida saludables”, se configuró como promotor de ese estado holístico de salud en apariencia universalmente asequible. A diferencia de la cirugía estética, que fue invalidada por trivial en el escenario moderno que la produjo, la cultura del *fitness* cobró fuerza en el marco de una sociedad donde el control, la flexibilidad y la consistencia gaseosa de sus instituciones adquirirían dominancia. En la actualidad ambas prácticas comparten el horizonte de la salud “biopsicosocial”, no obstante, la ética de producción de dicho estado adquiere rasgos particulares en cada una. Por un lado, la cirugía estética guarda la promesa de transformar el cuerpo de los clientes tomando como referencia su identidad genuina. Por el otro, el *fitness* ofrece una forma de vida eficiente que se encarna en un cuerpo tonificado, resistente y flexible, cuyo resultado depende de la implicación y compromiso del entrenado para con su programa de entrenamiento.

Mientras que la cirugía estética propone una solución técnica que depende totalmente de la

competencia de un experto, el *fitness* requiere que el cliente practique de forma sistemática y sostenida en el tiempo el programa de entrenamiento que guarda la promesa del rendimiento óptimo y la apariencia deseable. Los cultores del *fitness* entienden que dicha práctica debe apoyarse especialmente en procesos *naturales* a diferencia de las intervenciones *artificiales* que, según ellos, practica la cirugía estética. No obstante, como advertimos, las empresas del *fitness* son sensibles a los cambios y demandas sociales. En aras de responder a las necesidades de su clientela, dichas empresas hacen converger de modo flexible valores aparentemente opuestos como el esfuerzo y sacrificio con el placer y la diversión.

Sin embargo, y a pesar de su ductilidad, un pilar innegociable que sostiene el orden simbólico de estas organizaciones es el de la salud entendida como entramado biopsicosocial, la cual se apoya en un ideal corporal *naturalmente* transformable. En consecuencia, los cuerpos intervenidos quirúrgicamente plantean un límite ético a su orden corporal el cual intentan soslayar en función de adaptar el servicio a las demandas de su público.

Por otra parte, las clínicas de cirugías estéticas también ofertan prácticas gímnicas (del mundo del *fitness*) orientadas a mantener los cambios corporales efectuados por las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, dichos dispositivos de transformación y gestión corporal se complementan y potencian mutuamente.

Aun cuando la oferta se diversifique y las éticas de producción corporal diverjan entre sí, el paradigma de salud que prevalece, de formas disímiles, en ambos sectores, es aquel promulgado por la Organización Mundial de la Salud. Nos interesa destacar el carácter ambivalente de dicho término, en el cual convergen —como hemos mostrado a lo largo de los apartados de este artículo— lógicas contrapuestas y complementarias. Por un lado, advertimos un dominio *reactivo* del término, el cual se ocupa de un conjunto de acciones directamente relacionadas con la curación y prevención de enfermedades. Por el otro, señalamos como innovación de la definición de la OMS la prolongación y ampliación del dominio biomédico de la salud hacia el horizonte

positivo de la optimización corporal, mental y espiritual del sujeto sano. El espectro de propiedades y acciones que competen a esta dimensión proactiva del bienestar integral se encuentra representada a través del significante *wellness*.

El *wellness* –que no es el *fitness*, aunque lo abarca– posee precisamente el carácter *multidimensional*, modulable, inasible y subjetivo que porta el significante *fitness* en una escala ingeniosamente mayor. En tanto el *fitness* se presenta como rendimiento óptimo del cuerpo y del individuo en su medio social, así como un estilo de vida activo, saludable y deseable según las normas sociales, el *wellness* refiere a un estado de armonía energética y de uso eficiente de este recurso por parte de un agente que se concibe como *ser*. *Wellness* “es lo que *eres* y no lo que *haces*” así lo definen Corbin y Pangrazi (2001:4) en un artículo donde proponen delimitar la polisemia de esta expresión. Este *ser* integra cuerpo, mente y espiritualidad; esferas a la que se le han ido anexando en una dinámica flexible e indeterminada las ambientales, sociales y culturales. Su consecución requiere la participación activa del interesado; la cual puede realizarse bajo la orientación de una figura experta, aunque no necesariamente. La (auto)confianza en la capacidad autodidacta y acción consciente (*awareness*) del practicante es condición *sine qua non* para la incorporación del *wellness* (Sointu, 2012). Su logro es de difícil valoración externa y la validación legítima proviene del *sentir* y de la apreciación subjetiva de quien lo encarna (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 influenciada del *wellness* y de una salud holísticamente concebida. 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). Nikolas Rose (2007b) describe esta mutación histórica como un pasaje de una medicina de la normalización hacia una de la *personalización*.

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, brinda a una población específica, particularmente de clase media profesional, 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 (Arizaga, 2017).

Sin embargo, este modo de (auto)gestión de *yo*es (auto)responsables reposa sobre una concepción de sujeto y racionalidad política que asume que todos los individuos y grupos sociales tienen potencial para cultivarse como *bienestaristas* y protegerse de los riesgos que le circundan. En tanto científicos sociales, sabemos, amparados en una multiplicidad de estudios, que estos estados espirituales y apariencias armónicas no son inherentes a la humanidad, sino que se forjan a través de relaciones de fuerzas y privilegios. Advertir y visibilizar esas diferencias sociales –en términos de género, clase, raza y edad– constituye una tarea urgente en un escenario *ethopolítico* donde los déficits individuales, la extenuación física, hasta la condición pobreza se problematizan como asuntos personales; acentuando así las desigualdades sociales (Rose, 1999; Grinberg, 2011).

Si la biomedicina de las sociedades disciplinarias se ejercía a través de prácticas que individualizaban patologías y problemas clínicos, la falta de conciencia sobre los determinantes sociales que inciden en la salud también resuena en el discurso personalista del bienestar integral. La agencia personal y la responsabilidad social son necesarios para la producción de este estado integralmente saludable como también lo es el acceso público a servicios sanitarios, la provisión de condiciones que garanticen una alimentación nutricionalmente equilibrada y entornos de trabajo ecológicos. En este sentido, más que la libertad regulada por un espectro de elecciones posibles, lo que la producción del bienestar pone de relieve es el modo como se encuentra indefectiblemente entrelazada con medios económicos y disposiciones culturales; los cuales se encuentran inequitativamente distribuidos a lo largo y ancho del territorio planetario.

Desigualdades que se agudizan en esta coyuntura crítica que impuso un cese que no se deriva de nuestra voluntad. Aludimos a la interrupción radical a la maquinaria capitalista que supuso la repentina propagación del COVID-19 como pandemia global. Suceso que reactivó la discusión social y política respecto a (dos, al menos) paradigmas sanitarios contrapuestos: uno público-socialista y otro mercantilista que intensifica el autocuidado responsable como forma de prevención comunitaria.

Urge pues en este escenario excepcional que obliga a reconocernos como constitutivamente vulnerables —al menos frente a este virus desconocido— que nos preguntemos: ¿en qué bienestar creemos? ¿Queremos que el Estado se ocupe de garantizar nuestro bienestar (in)material bajo una definición que no haya sido colectivamente dirimida (Papalini, 2016)? Y en definitiva, ¿desde qué anclaje simbólico podemos imaginar un abordaje de la salud que contemple nuestra interdependencia global y local desde una perspectiva que privilegie la igualdad y la justicia social (Butler, 2020)?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMSTRONG, D. (1995): “The rise of surveillance medicine”. *Sociology of Health and Illness*, 17(3):393 - 404, JUN.
- ARIZAGA, C. (2017): *Sociología de la felicidad. Autenticidad, bienestar y management del yo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- BUTLER, J. (2020): “El capitalismo tiene sus límites”; en autores varios (2020) *Sopa de Wuban: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: ASPO: 59-66.
- CANGUILHEM, G. (1978): *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO E. (2002): *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- CÓRDOBA, M. (2017): “Transformaciones históricas de la cirugía estética como dispositivo de normalización”, *Athenea Digital*, 17 (1), p. 57-78.
- CÓRDOBA, M. (2019): *La cirugía estética y la normalización de la subjetividad femenina. Un análisis textual*, Córdoba: Editorial CEA.
- COOPER, K. (1982): *The Aerobics Program for Total Well-being: Exercise, Diet, Emotional Balance*. New York: Bantam Books.
- 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*, 15 (3): 1-8.
- COSTA, F.; 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 Vanessa Lemm (ed.) *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*, p.151- 173. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- CRISORIO, R. (2017): *El cuerpo, entre Homero y Platón*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- DELEUZE, G. (1991): “Posdata sobre las sociedades de control”; en Ferrer, Christian (ed.), *El lenguaje libertario II. Filosofía de la protesta humana*, p. 15-33. Montevideo: Editoriales Nordan – Comunidad Caparrós.
- FOUCAULT, M. (2005): *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- FOUCAULT, M. (2006): *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GRINBERG, S. (2011) Gubernamentalidad y educación en tiempos de gerenciamiento. Reflexiones en torno a la experiencia de dispositivos pedagógicos en contextos de extrema pobreza urbana. *Actas VIII Encuentro de Cátedras de Pedagogía de Universidades Nacionales Argentinas. Teoría, formación e intervención en Pedagogía*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://ecpuna.fahce.unlp.edu.ar/actas/Grinberg_Silvia.pdf, acceso 15 de junio de 2019.
- GILMAN, Sander L. (1998): *Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham: Duke University Press.
- GILMAN, Sander L. (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. (2011) Las tramas culturales del *Fitness*: los cuerpos activos del ethos empresarial emergente (Tesis inédita de doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/42294/mil1de3.pdf?sequence=1>, acceso 15 de junio de 2019.
- 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)
- LANDA, M. I. (2016) “Del ethos del bienestar al de la autocompetencia: desplazamientos en la oferta del *fitness*”. La Plata: IX Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9257/ev.9257.pdf, acceso 15 de junio de 2019.
- LANDA, M. I. y MARENGO, L. (2011): “El cuerpo del trabajo en el capitalismo flexible: lógicas empresariales de gestión de energías y emociones”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 177-199, Madrid.
- MACGREGOR, F. C. (1974): *Transformation and Identity. The Face and Plastic Surgery*. Nueva York: Quadrangle/The New York Times Book Company.
- MARENGO, L.; LANDA, M. I.; GONNET, J. P.; DEL BONO, A. (2013): “La sofisticación del discurso managerial: reflexiones sobre su actualización y notas sobre sus mutaciones”; en Pujol, Andrea; Dall’Asta, Costanza (comps.), *Trabajo, Actividad y Subjetividad. Debates Abiertos*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, p. 145-170.
- MARKULA, P.; PRINGLE, R. (2006): *Foucault, Sport and Exercise. Power, Knowledge and Transforming the self*. New York: Routledge.
- MILLER, J. W. (2005): Wellness: The History and Development of a Concept. *Spektrum Freizeit*, 1, 84-102.
- PAPALINI, V. (2007): “La domesticación de los cuerpos”, *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, año 4, núm. 1, enero-abril, p. 39-53.
- PAPALINI, V. (2014) “Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad”, *metbaodos. revista de ciencias sociales*, 2 (2), p. 212-226.
- PAPALINI, V.; ECHEVERRÍA, C. (2016) Los significados contrapuestos del bienestar: de la felicidad al *wellness*, *Revista Ensamblés*, año 3, núm. 4 y 5, p. 35-53.
- 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.
- RAUCH, A. (1985): *El cuerpo en la Educación Física*. Buenos Aires: Kapelusz.
- ROSE, N. (1992): “Governing the Enterprising Self” en Heelas, Paul; Morris, Paul (eds.) *The Values of the Enterprise Culture: The Moral Debate*, Routledge, London, p. 141-164.
- ROSE, N. (2001): “The Politics of life itself”, *Theory, Culture & Society*, Nº 6, Vol.18, n.6, p. 1-30.
- ROSE, N. (2007a): *The politics of itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton University Press, Princeton.
- ROSE, N. (2007b): “Beyond Medicine”, *Lancet*, Vol. 369, p. 700 - 701.
- ROSE, N. (1999). *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SIBILIA, P. (2006): *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- SASSATELLI, R. (2010): *Fitness Culture. Gym and the Commercialisation of Discipline and Fun*. England: Palgrave.
- SASSATELLI, R. (2015): “Healthy cities and instrumental leisure: the paradox of *fitness* gyms as urban phenomena”, *Modern Italy*, Nº 3; Vol. 20, p. 237-249.
- SMITH MAGUIRE, J. (2008): *Fit for consumption. Sociology and the business of fitness*. Nueva York: Routledge.

- SOINTU, E. (2005): "The rise of an ideal: tracing changing discourses of wellbeing", *Sociological Review*, N°2; Vol.52, n.2, p. 255-274.
- SOINTU, E. (2012): *Theorizing Complementary and Alternative Medicines. Wellbeing, Self, Gender, Class*. London: Palgrave Macmillan.
- ZIGURAS, C. (2005): *Self-care, personal autonomy and the shaping of health consciousness*. Canada: Routledge.

OTRAS FUENTES

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, New York, 2005 [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

American College of Lifestyle Medicine [En línea]. Disponible en: www.lifestylemedicine.org