



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS LEÓN**

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Título

¿Más allá de la proporción divina? Las determinaciones biopolíticas del Discurso médico en la práctica de las cirugías plástico-cosméticas en clínicas del municipio de León, Guanajuato.

Tesis para la obtención del grado de doctor en Ciencias Sociales

Presenta

Francisco Javier Vallejo Saldaña

Directora

Dra. Lellanis Arroyo Rojas

Sínodo

Dra. María Martha Collignon Goribar

Dr. Abraham Sifuentes Mendoza

Dra. Zandra Pedraza Gómez

Dra. Liliana Ibeth Castañeda Rentería

Agradecimientos:

Bien apunta Javier Bassi que uno hace bien cuando reconoce que el proyecto de investigación no te pertenece del todo y, aunque es un trabajo en solitario, se dirime de manera colectiva, la obra, por tanto, te pertenece parcialmente.

Realizar este proyecto ha sido un proceso completo donde se unen la pasión, la angustia, los aprendizajes y diversos desafíos. A pesar de todo, puedo afirmar que conté con la suerte que me acompañó un sínodo profesional y siempre propositivo.

Agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Lellanis Arroyo Rojas, por acompañarme de buena voluntad desde el inicio hasta al final. A mi sínodo (Dra. María Martha Collignon Goribar, Dr. Abraham Sifuentes Mendoza, Dra. Zandra Pedraza Gómez y Dra. Liliana Ibeth Castañeda Rentería) que sin duda han enriquecido mi perspectiva como “investigador” pero también me dan una visión distinta de la academia. Al doctorado en Ciencias sociales y al CONAHCYT porque me brindaron el privilegio de hacer lo que a uno le gusta de tiempo completo.

Agradezco a quienes compartieron sus testimonios conmigo, tanto médic@s como pacientes, quienes con voluntad enriquecen nuestra comprensión de los fenómenos sociales.

A Sandra, mi esposa que siempre es el Virgilio de este sinuoso trayecto. También familiares y amigos que son la base para volverse a levantar cuando uno se siente en la lona.

Finalmente, para Otto Sixto, que vino a llenar de luz mi vida.

ÍNDICE DE LA TESIS

Índice de abreviaturas

Índice de tablas y figuras

Introducción.....	9
1. Antecedentes: horizonte y discursos disciplinares que delinear las cirugías plástico-cosméticas.....	21
1.1 El discurso de la salud en torno a las cirugías. La representación dominante.....	22
1.2 Los estudios pioneros sobre cirugías en Ciencias Sociales.....	24
1.3 Latitudes convergentes. Un horizonte cercano al estudio de las cirugías plástico-cosméticas en el contexto latinoamericano.....	34
2. Planteamiento metodológico.....	43
2.1 Preámbulo al planteamiento metodológico. La necesidad de una teoría no meramente instrumental.....	44
2.2 El análisis del discurso, directrices para su operacionalización.....	46
2.3 Análisis del discurso como estrategia metodológica en el caso del discurso en torno a las cirugías plásticas-cosméticas.....	49
2.4 El discurso médico en torno a la construcción de las nociones de un cuerpo sano y bello dentro del contexto de las cirugías plástico-cosméticas.....	52
2.5 El contexto de estudio. León y las cirugías plásticas cosméticas.....	54
2.6 Algunas acotaciones. La elección de las y los actores de la investigación y la forma de operacionalizar el Discurso.....	56
2.6.1 De la elección de los médicos.....	60
2.6.2 De la necesidad de la voz de los pacientes.....	63

3. Marco conceptual. La indagación de categorías cuerpo, salud y belleza a través de una analítica biopolítica.....	66
3.1 Cirugías, símbolos y el cuerpo fragmentado. Un punto de partida.....	67
3.2 La biopolítica y el cuerpo.....	73
3.2.1 Delimitación de la biopolítica: Diversas maneras de problematizar un concepto.....	74
3.2.2 El gobierno del ser vivo: Foucault.....	78
3.2.3 ¿Más allá de la biopolítica foucaultiana?.....	80
3.2.4 ¿Por qué utilizar la analítica biopolítica para comprender el fenómeno de las cirugías plástico-cosméticas?.....	88
3.3 ¿Preguntar otra vez por el cuerpo? Las posibilidades genealógicas.....	93
3.3.1 Una breve “Historia” de las determinaciones discursivas sobre lo corporal.....	95
3.3.2 Mirar al cuerpo de otra forma.....	96
3.3.3 Las primeras representaciones occidentales sobre lo corporal. El nacimiento de la persona.....	98
3.3.4 El cuerpo y la semejanza. La interpretación medieval.....	100
3.4 El orden del discurso disciplinar sobre los significados. La visión moderna del cuerpo, la salud y la belleza.....	102
3.4.1 El cuerpo desde lo orgánico; las determinaciones de la materia.....	106
3.4.2 El orden médico. Un discurso normativo sobre el cuerpo y la salud.....	108
3.4.3 El cuerpo y otras determinaciones disciplinarias que delinear su ontología.....	110
3.4.4 Las ciencias sociales y el cuerpo ¿Metáfora social?	114

3.4.5 El valor estético del cuerpo y la configuración del significado de belleza.....	118
3.4.6 ¿Cuerpo, práctica corporal o corporalidad? Una ampliación conceptual posible.....	122
4. Desdoblamiento de las categorías que emanan de un análisis técnico del discurso.....	126
4.1 Sobre la forma en que se presentan los hallazgos de investigación.....	127
4.2 El Discurso médico como discurso orientador.	130
4.2.1 El diagnóstico como un momento clave en la negociación.....	135
4.3 Paciente objeto y el cuerpo fragmentado.....	140
4.3.1 La querrela interna: cuestionamiento a la disposición iatromecánica del orden médico.....	145
4.3.2 El rostro no es cuerpo.....	151
4.4 Médico como creador de belleza.....	157
4.4.1 La belleza como armonía ¿cada cuerpo es diferente?.....	159
4.4.2 La belleza como petición subjetiva. Trabajando con caprichos.....	164
4.5 La lucha por la legitimidad. Las jerarquías médicas.....	166
4.5.1 Las trabas sexo genéricas dentro del orden médico.....	173
4.6 La negociación intersubjetiva de los significados. Una nueva relación del paciente y el médico.....	175
4.6.1 Principios que orientan el decir médico. Relaciones entre salud, belleza y mercado.....	180
4.6.3 La salud y el negocio.....	182

4.6.4 Paciente-cliente.....	186
4.6.5 El cuerpo productivo. Las intervenciones estéticas como mecanismos de movilidad.....	189
4.7 Salud y belleza. Una diada compleja.....	192
4.7.1 La dificultad de ubicar las cirugías plástico-cosméticas dentro del campo de la salud.....	196
4.8 Los nuevos mecanismos biopolíticos dentro del discurso médico en el contexto de las cirugías.....	202
4.8.1 Salud y Estado. Ampliación del campo médico.....	204
5. Último acto. Sobre los aportes del trabajo en cuestión.....	211
5.1 Excurso. Un acto catártico de honestidad.....	212
5.1.1 Más allá de la razón metodológica.....	215
5.1.2 El proceso para dar cuenta de mis aportes.....	216
5.2 Aportes teóricos-metodológicos del trabajo al campo de las ciencias sociales y al estudio de las cirugías plástico-cosméticas.....	220
5.3 Aportes emanados de una pesquisa inductivo-cualitativa al campo de las cirugías plástico-cosméticas desde las ciencias sociales.....	223
5.4 Rearticulación de la biopolítica ¿más allá de Foucault?.....	229
Conclusiones ¿Más allá de la proporción divina?.....	230
Bibliografía.....	236
Anexos.....	247

Índice de abreviaturas

AMCPER -Asociación Mexicana de Cirugías Plásticas, Estéticas y Reconstructivas-

ASPS -American Society of Plastic Surgeons-

CMCPER -Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

CPC-Cirugías Plástico Cosméticas-

CONADEM -Comisión Nacional de Arbitraje Médico-

CONACEM -Consejo Nacional de Certificación Médica-

INEGI -Instituto Nacional de Estadística y Geografía-

ISAPS -International Society of Plastic Surgeons-

LGS -Ley General de Salud-

OMS -Organización Mundial de la Salud-

UG-Universidad de Guanajuato-

UNAM- Universidad Nacional Autónoma de México-

Índice de tablas

Tabla 1. Reconocimiento de actores claves (médicos) y su perfil.

Tabla 2. Identificación de pacientes y su perfil.

Tabla 3. Tabla 1 Principales códigos que emanan del análisis inductivo en torno al Discurso médico.

Tabla 4. Procedimientos estéticos-cosméticos más comunes hasta el 2023.

Índice de figuras

Ilustración 1. Sistema de códigos que emanan del análisis inductivo, representado en una nube de frecuencia.

Ilustración 2. Categorías que aparecen en el Discurso médico y que se analizan desde una perspectiva biopolítica.

Ilustración 3. El cuerpo en partes y el orden anatómico.

Ilustración 4. El rostro como lugar de especialidad.

Ilustración 5. La exclusión e inclusión médica.

Ilustración 6. La ampliación del campo médico.

Introducción.

Los análisis históricos de Foucault, más allá de la erudición historiográfica y los intereses epistemológicos, no persiguieron en última instancia otro objetivo que el de revelar la genealogía insospechada, azarosa y brutal de nuestro presente y nuestra cotidianeidad: desarrollar una historia de los cuerpos y de la manera en que se invadió lo que tienen de más material y viviente (Bedoya & Castrillón, 2021, p. 497).

Investigar el tema de la cirugía plástico-cosmética se ha convertido en un desafío personal y profesional, más que en un simple proyecto de investigación. Definitivamente para los sujetos directamente involucrados es complicado hablar de este tema, ya que en cada testimonio se pone mucho en juego. En el caso de los médicos, en cada testimonio se da una exposición de intereses, y para el caso de los pacientes, en cierta manera se juega una arista de la identidad.

Específicamente, a los médicos cirujanos les resulta complicado responder cuestiones sobre qué aspectos de la salud se involucran en la cirugía plástico-cosmética, o si los pacientes deben ser considerados como clientes.

Por su parte, los pacientes no quieren que la gente sepa que se han sometido a un procedimiento quirúrgico-cosmético, debido a que aún existen muchos prejuicios sobre estas prácticas. Además, se apela a una cierta idea de “belleza natural”, algunos dicen “quiero que se note pero que no se note”, lo cual no es un mero pleonasma.

Sin lugar a duda, actualmente diferentes prácticas tecnocientíficas están influyendo en la creación de nuevas identidades y en la toma de decisiones sobre la vida. Muchas de estas prácticas (en particular las corporales) implican una mezcla entre deseos subjetivos, orientaciones ideológicas, la sociedad de mercado, avances tecnocientíficos, etc. Todos esos elementos vienen a delinear esa llamada “nueva soberanía” corporal.

Una de estas prácticas concretas es la cirugía plástico-cosmética (en adelante CPC)¹, la cual implica una intervención directa de la técnica sobre el cuerpo, pero con la anuencia del paciente, es precisamente de este fenómeno concreto del que se ocupa esta investigación.

A manera de estrategia, decidí redactar la introducción como un mapa de orientación y contextualización para conocer: 1) cómo nace todo el conjunto de la investigación, 2) un contexto general de las cirugías en la ciudad de León, Guanajuato y en el mundo, 3) mis preguntas e inquietudes iniciales y, 4) finalmente, hacia dónde me llevó esta pregunta. Lo anterior con la finalidad de que el lector use esta introducción como un plano general de la obra.

La inquietud inicial.

De manera anecdótica puedo decir que el propósito de indagar el mundo de la CPC surgió de un seminario de filosofía de la ciencia. En aquel curso, la profesora a cargo nos incitaba a mostrar de forma rigurosa y con un sustento fáctico, en qué forma la ciencia no es una mera cuestión de validez epistémica y principios gnoseológicos objetivos.

Ante la arenga esgrimida en aquel seminario, para mí resultaba importante exponer de qué forma la ciencia se encuentra influida por intereses: económicos, políticos, ideológicos y axiológicos.

En aquel momento, conjeturaba que en la práctica de la CPC asistía una correspondencia entre ciencia, ideología, belleza y salud. Igualmente consideraba que para

¹ Dentro del campo médico existen ciertas dificultades cuando se quiere delimitar la relación entre las cirugías reconstructivas, las cirugías plásticas y las prácticas cosméticas. En ocasiones los médicos se refieren a procedimientos estéticos como sinónimo de procedimientos plásticos, pero es tan confusa la jergonza médica. Lo anterior incluso los hace replantearse a sí mismos cuál sería una definición precisa de su práctica. Por otra parte, para situar y reconocer que el debate sobre el concepto estético implica una discusión filosófica compleja, decidí emplear cirugía plástico-cosmética, pues incluye la práctica quirúrgica y a la vez un componente moral y vinculado a una noción de belleza. Por ello, empleo el adjetivo cosmético. Los pormenores de esta deliberación se presentan más adelante.

el campo científico es mejor no preguntarse sobre los intereses extra gnoseológicos de sus propios principios.²

A pesar de esta consideración inicial y más allá de poner en entredicho el valor del conocimiento médico o científico (lo cual no es mi objetivo), me interesaba más comprender cómo mediante prácticas corporales como la CPC se podrían estar reconfigurando las relaciones de; naturaleza y cultura, del paciente con el médico, del productor de discursos con el consumidor deseoso, así también me interesaban las nuevas formas de dominio y poder sobre el cuerpo que se ejercen bajo la autorización tecnocientífica.

Por ello, consideré que el tema que podría dar cuenta de esas inquietudes era el de la CPC y desde entonces me preguntaba: ¿qué es lo que se juega en un proceso de intervención quirúrgico-cosmética? ¿Acaso solamente es la salud? ¿Es la práctica de la cirugía cosmética una práctica “válida” desde el propio planteamiento objetivista de la ciencia? Y finalmente, ¿los conocimientos que legitiman esa praxis son meramente de orden gnoseológico o incluso podrían ser ideológicos y axiológicos?

Precisamente, tales interrogantes me llevaron a la obra de Michel Foucault, y en aquella incipiente indagatoria, comprendí que en buena medida lo que legitima un orden del mundo son los discursos. Estos, muchas veces pasan desapercibidos y nos parecen naturales o válidos en sí mismos, se asumen de forma inconsciente como un orden natural. Lo más interesante es que estos discursos circulan a manera de conocimientos, praxis o ideologías que influyen en nuestra vida fáctica.

Tales discursos trazan líneas de control y distribución del poder, y a la postre son igualmente artífices de una manufactura de subjetividades, esto se logra mediante la implementación de hegemonías sociales y estrategias de reproducción de la mecánica de poder disciplinaria.

Particularmente, localicé en la noción de biopolítica, una analítica teórica para hurgar en la discursividad médica en cuanto mecanismo de control del cuerpo, la salud y la belleza

² Es precisamente, bajo esos principios, que muchas veces la lógica positivista aún existente en la ciencia desplaza al lugar del “contexto de descubrimiento” todo lo que concierne a la política, sentimientos, ideología, etc.

(particularmente notoria en la práctica de la cirugía plástica cosmética), pero eso era apenas el comienzo de este viaje.

Las cirugías-plástico-cosméticas y su contexto actual.

En León, Guanajuato, como en muchas otras grandes ciudades, han ido emergiendo diversos espacios para el cuidado y modificación corporal. En la ciudad, actualmente se cuentan con 24 cirujanos (as) plásticos (as) ejerciendo oficialmente, según cifras de la Asociación Mexicana de Cirugías Plásticas, Estéticas y Reconstructivas (AMCPER). El municipio se ubica como la sexta ciudad con mayor número de cirujanos, por detrás sólo de la Ciudad de México, Guadalajara, Tijuana y Monterrey.

También habría que destacar que las únicas estadísticas con las que se cuentan son las registradas por la *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) y *Deloitte Analytics*, las cuales no especifican procedimientos por estado, por ello no se cuentan con estadísticas particulares de cada región del país, pero los(as) cirujanos(as) entrevistados concuerdan en que León ocuparía el número cinco en términos de procedimientos quirúrgicos estéticos realizados anualmente.

En esta misma línea (para tamizar el impacto de este impulso moderno por las intervenciones estéticas del cuerpo), ahondemos un poco en las cifras oficiales: según la *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), reporta que entre 1997 a 2003 se incrementó el uso de cirugía en Estados Unidos en un 203 % y que a partir de esa fecha las cirugías han aumentado al menos en un 2 % anual de forma constante (2010).

Tenemos que apuntar que, desde cualquier punto de vista, la demanda de la cirugía plástica constituye un negocio masivo global. Tan sólo en los Estados Unidos, se estima que esta industria genera entre 15 y 20 mil millones de dólares al año, igualmente según la revista de economía *Expansión*, se estimaría que, por su parte, en México, a pesar de la pandemia de COVID-19, el crecimiento sigue siendo paulatino. En el país, el turismo médico deja más de 8,000 millones de dólares al año, y de acuerdo con estimaciones de *Deloitte Analytics*, la industria ha crecido a un ritmo anual promedio en México de 33.7% entre 2013 y 2018, y se espera que, en 2023, alcance un valor de 10,000 mdd (Aránguiz, 2021).

Mientras estas cifras pueden estar por debajo de otros negocios de belleza como los 25 mil millones anuales producidos por la industria de la cosmética, o los más de 30 mil millones anuales de la industria de las dietas, la cirugía plástica es hoy el negocio en belleza con más crecimiento en el mundo. A comienzos de 2007, por ejemplo, la *Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos* (ASPS por sus siglas en inglés) anunció que en el último año se habían llevado a cabo más de once millones de cirugías plásticas, una cifra mayor en siete por ciento al año 2005.

De esta manera, en el mundo, los procedimientos quirúrgicos y cosméticos han ido en aumento desde la década de los 90's, teniendo un repunte global año con año y al menos desde el 2006 se ha dado un crecimiento exponencial de este tipo de prácticas y tratamientos que buscan reconfigurar o adecuar la apariencia de usuarios alrededor del mundo.

Con respecto al último reporte de la ISAPS, en el año 2022 se registra que hubo un aumento total de un 11.2 % del total de los procedimientos (quirúrgicos/cosméticos) a nivel mundial, tanto en número de procedimientos quirúrgicos (invasivos) con un aumento total de un 7.2 % con respecto al año anterior y una tendencia similar habría acontecido con los procedimientos cosméticos (no invasivos) que registran un crecimiento de un 16.7 %. Respecto al área predilecta para intervenir el cuerpo, la zona que mayor incremento en sus procedimientos presentó fue el área de cara y cabeza, registrando un crecimiento de un 13.6 % (ISAPS, 2023, p. 6-7).

México ocupa (según cifras oficiales) el cuarto lugar en los países en los que se practican mayores intervenciones estéticas, con un total de 1,693,325. Del cual, 755,2229 son procedimientos quirúrgicos para representar el 44.6% de los procedimientos totales y el resto, es decir, un 55.4 % son procedimientos cosméticos. Entre los procedimientos quirúrgicos más comunes que se practican en México encontramos la liposucción, que abarca el 14.5 % de los procedimientos quirúrgicos totales, en segundo lugar, se ubica el aumento de busto con el 11 % y en tercer lugar el aumento de glúteos, que representa el 10.2 % de los procedimientos quirúrgicos totales (ISAPS, 2023, p. 18).

En general, las mujeres son las que más se someten a tratamientos quirúrgicos y cosméticos, con un 90 % por contrario, de los hombres, que ocupan a nivel mundial y nacional el rango del 10 % de los procedimientos totales. México ocupa también uno de los

rankings más altos en el número de cirujanos plásticos que ejercen la profesión, al ser el séptimo lugar, por debajo solo de India, al concentrar el 4.2 % de los cirujanos que están registrados oficialmente para ejercer esa profesión (ISAPS, 2023).

Como vemos, el panorama de los procedimientos quirúrgicos y cosméticos resulta a todas luces un mercado en crecimiento, el cual expande sus niveles de influencia. Este panorama posibilita la emergencia de toda una gama de transacciones y comercios vinculados a estas prácticas; ello permite al sujeto reconfigurar las partes del cuerpo, como un cuerpo a demanda, claro, siempre y cuando se tenga el dinero para acceder a una “democratización de la belleza”.

La analítica biopolítica en la nueva ontología corporal. El planteamiento inicial.

Podemos ubicar los eventos que marcarán el inicio de una nueva visión sobre el cuerpo humano y que también serán precedentes del surgimiento de un sistema biopolítico moderno alrededor de 1490, cuando Leonardo Da Vinci creó la obra conocida como *El Hombre de Vitruvio*, que se enfocaba en las proporciones ideales del cuerpo humano.

El grabado representaba las proporciones perfectas del hombre, consideradas divinas. Tal obra fue realizada a partir de los textos de Marco Vitruvio³, arquitecto de la antigua Roma durante el siglo I a. de C. del cual el dibujo toma su nombre. Con esa representación comienza a circundar en el imaginario colectivo la metáfora del cuerpo como máquina, tal como lo muestra George Maraki en su texto *Alma máquina. La invención de la mente moderna* (2021).

Esta ontología corporal que denominaré moderna acabaría por solidificarse gracias a otros dos fenómenos: 1) los estudios de anatomistas como Andrés Vesalio en el siglo XVI que promueven novedosas formas de intervenir el cuerpo desde un ámbito médico y 2) a la separación del cuerpo en un dualismo alma-cuerpo promovido por René Descartes.

³ Marco Vitruvio Polión fue un arquitecto, escritor, ingeniero y tratadista romano del siglo I a.C. Trabajó para el emperador Julio César durante su juventud. Es el autor del tratado de arquitectura más antiguo que se conserva, llamado *Sobre la arquitectura*, que consiste en diez libros subdivididos en capítulos (Losardo, et. al., 2015, p. 17).

Esta nueva forma de ver el cuerpo traerá consigo al menos tres resultados: la separación del sujeto en cuerpo y mente, la definición de las proporciones exactas del cuerpo ideal y el establecimiento de una noción fractal de este.

Este cambio en la percepción del cuerpo hará que este sea considerado como algo controlable por los seres humanos, convirtiéndose en un objeto de estudio de la ciencia. Lo precisa mejor David Le Breton: “desde Vesalio y los primeros anatomistas, la representación médica del cuerpo deja de ser solidaria con la imagen integrada del hombre” (Le Breton, 1994, p. 199), volviéndose con ello la simetría el criterio determinante para lo aceptado como ideal aspiracional (Losardo et al., 2015).

Desde el surgimiento de la ciencia y de instituciones como hospitales, cárceles, fábricas y hospitales psiquiátricos, se comenzó a buscar controlar y crear identidades a través de sistemas de vigilancia y control, influenciados por lo que Foucault llamó el control panóptico.

Muchos años han pasado desde esa emergencia del sistema de control de tipo panóptico que advino con el nacimiento y consolidación de las disciplinas científicas.

A pesar de que actualmente la forma de ejercer el poder sobre el cuerpo por parte de las disciplinas e instituciones de control, no opera en cuanto mandato vertical y como mecanismo de coerción, la regencia biopolítica parece subsistir en una nueva mecánica del poder en la que el sujeto es participe.

En mis primeras conjeturas, admitía que en la actualidad existen rasgos biopolíticos en el Discurso médico, los cuales son particularmente evidentes en la práctica de cirugía-plástico-cosmética, debido a la relación que esta praxis médica establece entre campos como la salud, la belleza y el cuerpo, generando así, una especie de economía política del cuerpo.

Es probable que la regencia biopolítica haya adquirido nuevos bríos y heterogéneas formas de domesticación de la vida. Tal como lo habría vaticinado Gilles Deleuze en su *post scriptum* donde establece la transición de las sociedades de control a las sociedades de soberanía, que Paul Virilio denominará “control al aire libre” (Deleuze, 2012).

En ese tenor, mis primeras aproximaciones a la obra de Foucault y el intento por analizar el tema de la CPC desde una óptica biopolítica me llevaron a considerar que el Discurso médico era un discurso de poder.

Con esas premisas iniciales, llegué incluso a considerar que lo que mueve el avance técnico (particularmente de la medicina cosmético-quirúrgica), será fundamentalmente el crecimiento económico del complejo médico industrial y la necesidad moderna de generar una apariencia coalescente con el relato que nos hacemos de nosotros mismos en función de lo que aspiramos a llegar a ser.

Inesperadamente, durante mi investigación me adentré en perspectivas y enfoques que no había considerado al principio, lo cual resultó en conclusiones diferentes a las que anticipé y que no habría alcanzado sin el trabajo práctico.

La pregunta de investigación y el orden del trabajo.

Las negociaciones quirúrgicas conocidas como CPC se encuentran orientadas por una variopinta madeja de dispositivos mediáticos: campañas de salud y belleza, publicaciones médicas (revistas especializadas), dispositivos legales (ley general de salud), congresos, etc. Estos dispositivos facilitan seguir naturalizando y normalizando ciertos mandatos de actuación subjetivos.

Por su parte, la orientación médica acontece en el espacio de la clínica no como imposición sino como orientación autorizada. Así pues, el poder ejercido sobre el cuerpo de las y los pacientes en la práctica cosmético-quirúrgica, no es un mero acto de poder vertical ejercido sobre sujetos sin autonomía, más bien diremos que es una negación dentro de espacios jerarquizados.

En este punto, es indispensable destacar que fue a partir de mis observaciones y relecturas teóricas que me percaté de que existe una relación dialogal entre las peticiones subjetivas de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgico-cosmética y el mandato médico, lo cual cambió un poco mis prejuicios sobre el tema de la CPC.

Dadas estas nuevas consideraciones y de tanto redactar (y volver a mis propias intuiciones), la pregunta que guía la presente investigación será: ¿Qué peso tendría el Discurso médico en la construcción de significados en torno a categorías como: cuerpo, salud y belleza dentro de un contexto como las clínicas de cirugías plásticas en una ciudad como

León, Guanajuato, los cuales pueden ser o no internalizados por los pacientes y qué demarcarían un regimiento biopolítico?

Por lo anterior, el presente trabajo es una investigación cualitativa y comprensiva que, a partir de un análisis del discurso y una construcción conceptual genealógica, sostiene que aún existen emergencias de modernos regímenes biopolíticos. A su vez atendemos que el discurso médico del cirujano plástico es un discurso que orienta y define diversas praxis sobre el cuerpo, las cuales aspiran a cánones corporales y normatividades que se ocultan en el lenguaje de forma denotativa haciendo pasar un discurso moral, económico y político como un discurso científico, pero que se cuenta con un componente extra en ese mandato; la negociación de los(as) pacientes, en cuanto clientes demandantes.

En ese sentido, el objetivo general del trabajo será: identificar de qué manera el discurso médico tiene un peso disposicional en la construcción de significados de salud, cuerpo y belleza, dentro del espacio de la clínica de cirugías plástico-cosméticas, significados que pueden ser o no internalizados por los sujetos que se someten a un procedimiento quirúrgico-cosmético.

Fue, a partir del análisis de diversos testimonios (discursos) tanto de médicos como pacientes (en el contexto de las clínicas de cirugías plásticas de la ciudad de León), así como del análisis de textos legales, publicaciones periódicas como la ley general de salud (y sus respectivas reformas en el 2021 y 2023) o publicaciones periódicas de médicos cirujanos en revistas como *cirugía cirujanos* que di cuenta de esa pregunta y objetivo.

A su vez, nos servimos de los siguientes objetivos específicos que nos permiten dar respuesta y complementar la pregunta fundamental:

- Analizar el Discurso médico por medio de la exploración de testimonios y discursos ordinarios, para identificar una posible emergencia de orientaciones biopolíticas en este.
- Analizar cómo se configura un Discurso que relaciona saber, poder y cuerpo por medio de una narrativa de lo saludable y bello en las clínicas de cirugías plásticas cosméticas.

- Comprender el impacto de la negociación del procedimiento quirúrgico respecto de los significados cuerpo, salud y belleza bajo la orientación del médico y su relación con las motivaciones y expectativas subjetivas.

Es necesario resaltar que me he interesado particularmente por el tema de la CPC, ya que en esta práctica sigo considerando que se encuentra de manifiesto aquello denominado por Foucault y otros autores como biopolítica (Agamben, 2006, 2011; Esposito, 2004, 2019; Foucault, 2001, 2003, 2005a, 2005b), la cual se puede entender inicialmente como toda una relación entre diversos dispositivos de poder y la vida orgánica.

Juzgo que aún hoy en día los dispositivos establecen ciertas normalizaciones sobre la organicidad, las cuales se internalizan por los agentes sociales y los llevan a querer ser parte de esos condicionamientos y de las distintas representaciones dominantes, en palabras de Miguel Pedraz, “se naturaliza y legitima el código de las desigualdades” (Pedraz, 2010, p. 2).

Precisamente, el proyecto me permitió avizorar que la biopolítica se adapta camaleónicamente a los tiempos que corren, edificando una *episteme*⁴ muy particular en la cual la racionalidad supone una avanzada comprensión de lo humano, en donde el orden tecnocientífico sigue apoyándose en el supuesto epistémico de la objetividad y neutralidad ideológica, pero incluyendo deseos subjetivos del demandante.

Considero que es desde una lectura biopolítica, desde la cual se puede cuestionar ese ideario científico y de salud que encubre intereses no meramente deontológicos, profilácticos o cognoscitivos que se oculta en dispositivos discursivos, ampliaciones nosológicas y enunciados *ad hoc*, y que constituyen aquello que Michel Foucault denominaba la *voluntad de verdad*.

A pesar de todo, ya no podemos concebir el régimen biopolítico bajo la vieja concepción de un estado regulador y ordenador, más bien existen diversas luchas que orientan esa disputa por el poder en torno a la normalización de categorías como cuerpo, salud o belleza.

⁴ A grandes rasgos podríamos referirnos a la *episteme* siguiendo esta definición de Machado: “La *episteme* es el orden específico del saber, la configuración, la disposición que toma el saber en una determinada época y que le confiere una positividad en cuanto saber” (Machado, 1990, p. 15).

En esta nueva lógica de control, la noción de proyecto subjetivo es fundamental. La CPC es por ello una forma de entender una nueva mecánica del poder como mecanismo positivo y reproductivo, en donde el paciente es a su vez un cliente, y su cuerpo un proyecto. Por tanto, los discursos no son homogéneos o lineales, permiten un “mando” subjetivo del paciente trazado a su vez por una orientación quirúrgica terapéutica.

A pesar de lo dicho, quiero resaltar que en el presente documento no se trata de desestimar los logros de la medicina moderna, ya que es indudable que la cirugía como tecnología ha traído beneficios a la población⁵, lo que sí se puede enfatizar es que, colateralmente, esto implica nuevas maneras de comprender el cuerpo, la belleza, la salud/enfermedad que en ocasiones entran en conflicto con los propios principios rectores de la praxis médica, como el principio de no maleficencia.

Tampoco se desestima que las intervenciones corporales son el vehículo para nuevas formas de agenciamiento, ya que permiten reconfigurar la identidad de los sujetos adaptando los cuerpos al deseo personal. Pero en particular, en las CPC como en otras prácticas cosméticas, lo que realmente podría ocurrir es que tales intervenciones corporales se pueden seguir recurriendo a homogeneizar y normalizar una concepción sobre la idea de belleza, cuerpo y salud.

Finalmente, para hablar propiamente de la estructura de la tesis, en la primera parte abordaremos los antecedentes que hay sobre el estudio de las cirugías plástico-cosméticas, no sólo desde la analítica de las ciencias sociales, sino reconociendo incluso las definiciones hegemónicas sobre los términos que inducen ya una representación dominante. En una segunda parte daremos cuenta de nuestro planteamiento metodológico, la definición y justificación de nuestro contexto de estudio. En esta parte también mencionaremos a los “sujetos” de nuestra investigación. En un tercer momento, se realizará un desdoblamiento de nuestras disposiciones teóricas para analizar el fenómeno de las cirugías plástico-cosméticas desde una lectura biopolítica y en torno a la descripción genealógica de cómo se configuran categorías de cuerpo, salud y belleza desde la narrativa disciplinar y otros elementos que

⁵ Destacando estas virtudes de las cirugías y la práctica médica, podríamos también decir que las prácticas corporales devenidas en tecnologías del yo no son algo del todo novedoso, pues los dispositivos ortopédicos se usaban desde tiempos remotos, por ejemplo, amarrar las manos de los niños zurdos o también es famosa la práctica entre las Geishas para achicar sus pies por medio de zapatos especiales.

demuestran una *episteme* que delinea el discurso social primordial para nuestra época y que justifica un orden médico discursivo. Más adelante se desplegarán los hallazgos de la pesquisa inductivo-cualitativa que se engranan con nuestra analítica teórica, en la parte final se muestran los aportes, discusión de los hallazgos y las conclusiones del trabajo.

**Capítulo I. Horizonte y discurso que delinear
el significado de las cirugías plástico-
cosméticas.**

1.1 El discurso de la salud en torno a las cirugías plástico-cosméticas. La representación dominante.

Podemos categorizar (al menos) en cuatro grandes áreas los antecedentes de estudio sobre el tema de las cirugías plástico-cosméticas, por ello será importante ofrecer un panorama de esas indagatorias con el fin de encontrar cierta especificidad del trabajo para posteriormente establecer nuestro punto de partida teórico sobre el problema formulado.

En un primer plano, ubicamos toda la definición e investigación que corresponde al campo de la salud, la cual contiene algunos debates y querellas internos que habrá de precisar para delimitar el campo propio de las cirugías plásticas como un procedimiento diferente a otros procedimientos meramente cosméticos. En otro sentido encontramos los estudios pioneros en ciencias sociales en torno a las cirugías plásticas y estéticas que constituyen las primeras indagatorias y que aún se encuentran en el debate público. En tercer lugar, topamos con los estudios que denomino de corte regional, que nos ofrecen antecedentes y algunas bases para entender el mundo de las cirugías en un contexto cercano. Finalmente ubicamos los puntos de partida afines a nuestra investigación.

Encuentro que existen dos ámbitos disciplinarios que delinean el horizonte de la cirugía, tales discursos definen el espacio de análisis en el que suponemos se conforman los significados de cuerpo, salud y belleza (dispuestos por el discurso médico) y que tienen una repercusión en la naturalización y normalización de estos.

Así, el discurso que siguiendo a Miguel Pedraz (2010) denominaré representación dominante, es aquella discursividad circunscrita al ámbito de la salud, al poseer gran influencia sobre la internalización y asimilación de los conceptos como categorías naturalizadas. El primero corresponde a la psicología y el segundo al campo de la medicina, (aunque será importante no obviar las querellas internas de estos campos que delinean este discurso dominante sobre las cirugías plásticos-cosméticas).

Primeramente, en la psicología la interpretación en torno a las cirugías va desde el análisis conductual de las transformaciones corporales, hasta el estudio de los subterfugios inconscientes. Podemos decir que los estudios en psicología se encuentran en dos líneas hegemónicas discursivas; por ejemplo, en el DSM-IV-TR existen dos patologías que describirían la relación del usuario y el consumo de cirugías; 1) la comprensión de la cirugía

como Trastorno Dismórfico Corporal y 2) el Trastorno de Despersonalización. El primero, incluido en los trastornos somatomorfos, se caracteriza por la preocupación exagerada acerca de algún defecto imaginario en el aspecto físico (American Psychiatric Association, 2000 C.E.) mientras que el segundo hace parte de los trastornos disociativos, es caracterizado por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo.

La primera imagen que aparece en la tipología del DSM-IV se puede inscribir dentro del ámbito conductista, que ubica a las cirugías en la clase de las alteraciones de la imagen corporal en particular se le concibe como un “trastorno de la imagen corporal” (Mora & Raich, 2004).

Para el caso de algunos estudios psicológicos suscritos en la línea clínica, asumo que nos enfrentamos a una vertiente menos determinista, la cual parte fundamentalmente del psicoanálisis⁶. Esta corriente permite llevar a cabo una interpretación alterna, la cual incluye algunas aristas situadas más allá del trastorno psíquico y la prescripción clínica. Desde esta perspectiva se incluyen variables como; la economía de mercado y ciertos cambios culturales en la modernidad, pero en general la interpretación hegemónica en el ámbito psicoanalítico supone una relación entre el deseo del solicitante y el deseo del que la práctica. tal como se muestra en el siguiente trabajo:

La teoría psicoanalítica propone una hiancia entre el deseo y la demanda, nuestra intención es la de interrogar este hecho de estructura en un fenómeno particularmente notable en la contemporaneidad, como lo es el auge de las cirugías cosméticas. El mismo podría ser analizado como un fenómeno de la economía de mercado, toda vez que los distintos procedimientos cosméticos tanto invasivos (cirugías) al igual que los no invasivos se ofertan como un servicio, como un bien para el consumo. Sin embargo, el tópico que pretendemos analizar se refiere a cómo en las solicitudes de intervenciones cosméticas dirigidas a profesionales de la medicina se pone en juego la hiancia entre lo que se demanda y lo que se desea. (Hoyos et al., 2010, p. 2).

Cierto es que con estos elementos no podría articular una visión completa sobre lo que se enuncia el campo de la psicología sobre las cirugías, con esta revisión únicamente esbozo un primer desmarque, pues desde la óptica de las ciencias sociales la lectura

⁶ Aunque existen corrientes psicológicas que no mencionaré aquí como la teoría sistémica.

conductual que aquí se muestra reduce a la cirugía a la escala de trastorno individual y la segunda que repara en la relación dialéctica entre deseo y demanda (hiencia), es pues, aún una interpretación enconada en análisis de la subjetividad, concluyendo que en cierto sentido resultan prescriptivas al no dar cuenta de los elementos ideológicos, epistémicos, culturales y económicos que existen detrás de la cirugías.

Por su parte el campo médico supone una definición estandarizada de la cirugía y a lo sumo hace una clasificación de los procedimientos quirúrgicos que cabrían en ésta, siguiendo la misma definición de la ISAPS, la cirugía plástica estética designa a “los procedimientos quirúrgicos que representan una combinación de arte y ciencia”(ISAPS, 2023), bajo esta concepción la definición de cirugía plástica implica no sólo un procedimiento médico pues tiene un elemento creativo, en ésta se contiene algo que está más allá de una noción meramente instrumental, pero se deja de lado toda la discusión epistemológica entre la categoría de ciencia y arte. Aun así, dentro del campo médico existen ciertas dificultades cuando se quiere delimitar la relación entre las cirugías reconstructivas, las cirugías plásticas y las prácticas cosméticas como vimos al inicio.

Estoy de acuerdo que no es menester del ideal médico problematizar la categoría de cirugía mediante un análisis de los elementos que atraviesan la definición, pero considero que si ésta se viera sólo desde la concepción de la salud nos topáramos con una categoría constreñida respecto a los intereses del trabajo, que pretende mostrar otras variables sociales que permitirán incluso comprender como se van articulando los significados de cuerpo, salud y belleza.

1.2 Los estudios pioneros sobre cirugías en ciencias sociales.

Mencionaré algunos de los trabajos pioneros en sociología sobre cirugía estética, los cuales se dan en el regazo de las teorías feministas y post-estructuralistas, que tuvieron un boom en la década de 1990. Autoras como Kathy Davis, Virginia L. Blum o Anne Balsamo se asientan como precursoras en el campo sociológico del estudio de las cirugías.

Sin duda, estos trabajos pondrán el dedo en la llaga del aumento masivo por el consumo de cirugías en el mundo, mostrando cómo la industria cultural genera mensajes agresivos que tienen un impacto directo en las configuraciones corporales, particularmente

esto ocurriría cuando los mensajes se dirigen al cuerpo femenino el cual desde su percepción se encuentra objetivado de manera abrumadora por ciertos ideales de belleza.

Un trabajo suscrito bajo esta línea es el libro del 1995 de Kathy Davis y que lleva por nombre *Reshaping The Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. La autora sostiene que en el proceso de transformación por medio de la cirugía existe un mecanismo doble el cual funciona a manera de oxímoron, donde liberación y opresión son simultáneos.

La cirugía es por decirlo así, una vía para la emancipación pero que al mismo tiempo encubre elementos discursivos de objetivación. Con ello, las nociones de deliberación y toma de decisiones llegan a ser fundamentales en la reconstrucción de las nociones del cuerpo femenino, así para la autora habría que: “encontrar el camino para explorar la cirugía estética como una situación compleja y dilemática para las mujeres: problema y solución, opresión y liberación, todo a la vez” (Davis, 2013, p. 4).

Este texto (parafraseando a Davis) se trata de una postulación que oscila entre la crítica al mercado de la cirugía como elemento que objetiva y mercantiliza el cuerpo femenino, y por otra parte se encuentra un deseo por tratar a las mujeres como “agentes de sus cuerpos y sus vidas dentro las limitaciones culturales y estructurales de un orden social basado en los géneros” (Davis, 2013, p. 7) y aquí precisamente se puede correr un riesgo que bien apunta Elliot sobre los “peores clichés voluntaristas de la cultura de la cirugía estética” (Elliot, 2008, p. 32).

Elliot asevera lo anterior, al sostener que; el mercado precisamente pretende pensar que la identidad se vuelve un mecanismo liberador en tanto la imagen corporal se adapte a los cánones de lo que la industria objetualiza como ideal. Con ello se conserva una imagen normalizadora del cuerpo sustentada bajo algunos discursos “legitimados” como: el del mercado y el de las ciencias de la salud, este aspecto ya lo habrían destacado autores como Jean Baudrillard, particularmente en su texto de 1970 *La sociedad de consumo*, sostendrá:

En la panoplia del consumo hay un objeto más bello, máspreciado, más brillante que todos los demás y hasta más cargado de connotaciones que el automóvil que, sin embargo, resume a todos los demás: el CUERPO. Este «redescubrimiento» que, bajo el signo de la liberación física y sexual, se produce después de una era milenaria de puritanismo, su omnipresencia (y específicamente del cuerpo femenino, habrá que ver por qué) en la publicidad, en la moda, en la cultura de

masas— el culto higiénico, dietético, terapéutico de que se lo rodea, la obsesión de juventud, de elegancia de virilidad/feminidad, los tratamientos de belleza, los regímenes, las prácticas sacrificiales asociadas a él, el Mito del Placer que lo envuelve— son todos testimonios de que el cuerpo hoy ha llegado a ser objeto de salvación. Ha sustituido literalmente al alma en su función moral e ideológica (Baudrillard, 2009, p. 155).

Siguiendo la cita anterior, se puede aducir que si bien las intervenciones corporales pueden operar como mecanismos de agenciamiento, habría que ser cuidadosos cuando las apologizamos como un elemento de empoderamiento, pues podríamos caer en una paradoja bien representada por una metáfora que denominaré “la jaula de oro”, ya que ese mismo discurso del cuerpo como objeto de salvación y liberación puede mezclarse y camuflarse con los intereses individualistas del capitalismo y de las expectativas de consumo, a las cuales todos y todas estamos expuestos.

Dentro de la misma corriente posestructuralista, toparemos con estudios que esbozan todo lo contrario a lo postulado por Kathy Davis, éstos consideran que las mujeres se encuentran sometidas a un sistema de opresión de tipo victoriano. Bajo esta consideración, el agenciamiento de los sujetos es prácticamente imposible dada la mercantilización excesiva de los cuerpos y la coerción ideológica que opera particularmente sobre el cuerpo femenino, por ejemplo, en el libro de 1991 denominado *The Beauty Myth*, Naomi Wolf declara que la “actual era de la cirugía es, como el sistema médico victoriano, impulsada por beneficios fáciles” (Wolf, 2012, p.9).

Naomi Wolf sostendrá que el capitalismo en su fase hiperconsumista principiada por gigantescas multinacionales, hace su trabajo secretamente a espaldas de las mujeres, erigiéndolas como candidatas a las prácticas letales y sangrientas de la cirugía estética. La autora no desconoce que los hombres también se encuentren proclives a estas redes ideológicas pero el acceso al poder (en particular económico) es más fácil para estos últimos, de ahí que surge el mito de la belleza como algo cuasi femenino “El mercado laboral refinó

el mito de la belleza como una forma de legitimar la discriminación laboral contra la mujer”⁷ (Wolf, 2012, p. 10).

Desde esta óptica, las mujeres están condenadas a la persecución fatal de la “belleza”, concebida por un sistema de exceso demencial, en el que las intervenciones quirúrgicas se consideran necesarias para individuos sin problemas corporales⁸ (Wolf, 2012).

Lo que quizás se podría objetar a Wolf, será que; en las prácticas diversas y emergentes que propician la dispersión de una lógica del cuidado corporal y una belleza estandarizada (o al menos delineada por un particular concepto de salud) el uso ideológico de la industria no se dirige a un sólo séquito poblacional. Considero por ello que sus supuestos en ocasiones tendrían un sesgo que no desautoriza el trabajo, pero deja de problematizar algunos aspectos importantes como lo vemos en la siguiente cita:

Cualquiera que sea la amenaza del futuro, podemos estar bastante seguros de esto: las mujeres en nuestro “crudo” o natural estado continuaremos siendo desplazadas de la categoría de “mujer” a la categoría de “fea” y avergonzadas por una identidad física fabricada en serie (Wolf, 2012, p. 180).

Como apreciamos en la cita anterior se dan dos supuestos cuestionables; 1) una victimización del sujeto, elude paradójicamente la capacidad de agencia de las mujeres u otros individuos que se someten a procedimientos quirúrgicos, y 2) se obvia que los mecanismos ideológicos no se dirigen específicamente a las mujeres, pues las expectativas de género se dan desde las diversas identidades que conforman dicha categoría, sin olvidar que, ciertamente la mayor parte de la construcción ideológica normalizadora se encuentra dirigida al cuerpo femenino (Pineda, 2020).

Dentro de estos mismos estudios postestructuralistas existen argumentos menos oblicuos, que dan cuenta de los elementos estructurantes que afectan a todos los usuarios de

⁸ Habría que precisar que en la época en que se escribió este texto aún no se daban frecuentemente prácticas como implantes capilares u otro tipo de procedimientos en los cuáles los hombres representan mayoría en el número de usuarios y que indican una dispersión estratégica de la biopolítica moderna asimilada por el capitalismo moderno para el cual ante todo somos sujetos libres de consumir y en función de esos somos entes que se presentan como auto proyectos.

cirugías plásticas, los cuales son independiente de las categorías de género que queramos resaltar⁹.

Una autora sumamente reveladora y que pudo llegar a nuevas conclusiones sobre el tema dentro del campo de estudios feministas es Virginia L. Blum especialmente en un texto de 2003 que lleva por nombre *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*, por medio de una combinación de teoría feminista, psicoanálisis y estudios culturales, Blum cuestiona los procesos psíquicos y subjetivos que convertirían a un individuo en un “adicto a la cirugía”. El argumento, en tanto que involucra complejas lecturas y aplicaciones del psicoanálisis freudiano y lacaniano, parece señalar que una ambivalencia humana fundamental mantiene bajo control la cirugía estética (reproduciéndola, ampliándola y anulándola al mismo tiempo). Inspirándose al mismo tiempo en la noción de simulacro, acuñada por el mismo Jean Baudrillard, Blum concluye que:

La cirugía estética de muchos podría ser interpretada no sólo como el triunfo de las incursiones de la cultura de las celebridades sino, también, como su máximo fracaso... Así como la televisión nos mira, quizá ahora nosotros somos los modelos, o más bien, los modelos de los modelos, cuya profunda doble dimensión internalizada funciona como la base cada vez más lejana para el comportamiento “humano” (Blum, 2005, p. 300).

Aquí se esgrimen de alguna forma los aspectos ideológicos detrás de los procedimientos quirúrgicos, pero también se pone de manifiesto la acción individual que remodela ciertos cánones (acción que incluso llega a replantear las nociones de belleza y de humanidad misma). Por ello para la autora esta relación es ambivalente y no existe pues un

⁹ En mi particular planteamiento sostengo la tesis de Judith Butler que considera que tanto las categorías de género y sexo consisten en esencialismos ontológicos que sirven sólo como prótesis de la realidad, pero a su vez devienen en dispositivos encubridores que legitiman las relaciones entre las personas a partir de una lógica separatista y segregacionista. Por ejemplo, en el caso particular de la categoría sexo se establece una división artificial entre las características que definen lo biológico en un argumento binario, hombre-mujer, y en el caso de género se encubre mediante la alegoría de lo social muchos supuestos sobre la construcción de lo masculino y lo femenino, dejando de lado las diversas categorías de nuevas identidades sexuales o de la propia construcción identitaria de género (Butler, 2006).

sometimiento total a esas estructuras que generan imágenes aspiracionales ya que éstas se reconfiguran debido a las expectativas de los usuarios.

Es menester mencionar otro trabajo pionero que constituye una revisión crítica sobre el origen de esta área de investigación en Ciencias Sociales, el libro lleva por nombre *Making the cut: How cosmetic Surgery is transforming our Lives* de Anthony Elliott (2008), el texto tiene la particularidad de presentarse a manera de relato, y aunque el autor destaca el papel de los medios de comunicación en la promoción y legitimación de las intervenciones quirúrgicas, no obstante:

La exploración y análisis que hace Elliott vincula, de manera acertada, las particularidades de la globalización avanzada, la lógica de la nueva economía, el desarrollo de la alta tecnología y el deseo imperante de reinención inmediata; y con ello logra presentar el panorama sobre el cual se mueve la llamada cultura de la cirugía estética (Elliot & Pérez, 2011, p. 157).

Lo interesante del texto es que se valió de una estrategia metodológica muy cercana al análisis del discurso, el cuál en parte sigue nuestra estrategia de investigación, dado que vinculará en su texto: los informes periodísticos, científicos, las entrevistas a cirujanos con los datos estadísticos y el trabajo de campo. En el documento se ofrece un panorama del mundo de las cirugías, al mismo tiempo que permite un “rastreo genealógico” de textos pioneros en E.U sobre cirugías y finalmente problematiza sobre el tema de la agencia y la estructura social.¹⁰

A pesar de todas las bondades del documento creo que queda corto en la problematización teórica del dato pues, aunque logra observar cómo se va configurando una estandarización de los anhelos por un cuerpo manipulable y “perfeccionable”, no explica de donde surgen los ideales identitarios que van delineando un discurso sobre el cuerpo y que finalmente devienen en prácticas concretas como la cirugía plástico-cosmética.

Otros trabajos pioneros que se separan de la línea posestructuralistas son por ejemplo el trabajo de Alex Kuczynski y lleva por nombre *Beauty Junkies*. Lo relevante de su trabajo,

¹⁰ Una parte del libro la encontramos en la traducción de Pérez-Henao que corresponde a la introducción del texto de Elliot y nos muestra los rasgos generales de la obra.

es que no proviene directamente de la visión de observadora externa, pues su investigación parte de fuentes directas dada su experiencia como reportera del periódico *The New York Times*, el texto contiene, por tanto; anécdotas, experiencias y testimonios de primera mano sobre el tema de las cirugías.

Sin duda esto le permitió a la autora el acceso a esta información de primera mano, dada la posibilidad de moverse en un mundo cercano a la farándula y al mismo tiempo al haberse sometido ella misma a diversos tratamientos, por lo que incluso llega a reflexionar ante sí misma y definirse como adicta al *botox* y a lo que concibe como “la belleza”. Su trabajo no es propiamente académico o teórico pero su valor reside en al menos dos cosas desde mi óptica: 1) su carácter testimonial -un discurso a analizar- y 2) por ser pionero en el tema. A pesar de no inscribirse en una línea teórica sostiene la tesis de qué; los cambios corporales coinciden con el mismo estilo de vida norteamericano y su obsesión por la juventud y su rechazo a la pauperización de la vida, al igual del anhelo liberal de ser únicos y distintos:

Intentar permanecer hermoso y mantener una apariencia joven es, paradójicamente, un juego de alguien joven. No importa la cantidad de vitaminas antioxidantes que tomemos o el *Botox* que usemos, vivimos en un estado de constante desintegración. En una era en la que aspiramos al mejoramiento permanente (mejoramos nuestras casas, esposas, carros, senos), habitamos máquinas físicas que, insistentemente, están llevándonos todo el tiempo a la decadencia. (Kuczynski, 2006, p. 276).

La hipótesis suena atractiva y en un sentido puede parecer provocadora, aun así, estas afirmaciones no explican por qué en países como: India, Brasil, Filipinas o México esté dándose un ascenso en las cifras de consumo, al parecer suscribe sus inferencias a un contexto particular y una cultura específica, al igual habría que sostener más los argumentos con otras experiencias y datos, y otros debates teóricos al respecto, pero su inferencia no es descabellada.

Trabajos contemporáneos desde el campo de la antropología del cuerpo han permitido que autoras como Mari Luz Esteban aborden el tema de la imagen corporal, trabajando particularmente desde lo que se denomina antropología interseccional, la cual es una mirada

en torno a la salud y el cuerpo combinando la teoría feminista y la auto etnografía. Algunas autoras que se inscriben bajo esta línea (Bordo, 1990; Del Valle, 1997, 1999; Susan, 1990), este tipo de trabajos trata de mostrar que los intereses del investigador se encuentran en el fenómeno mismo a analizar, así por ejemplo Mari Luz Esteban asume que cuando se pregunta por la autoimagen del cuerpo habría que tomar en cuenta tres elementos medulares a la hora de teorizar o establecer los intereses de la investigación:

En mi experiencia y en mi identidad corporales se conjugan tres elementos que yo percibo como claves: (a) La influencia directa de la cultura occidental sobre el cuerpo; (b) El haber padecido unos síntomas y problemas concretos; y (c) Las intersecciones que se dan en mi propia identidad personal, social y profesional, la multiplicidad de roles que he encarnado y encarno: mujer, feminista, médica de mujeres, y antropóloga (Esteban, 2004, p. 2).

No cabe duda de que estos tres elementos configuran muchas de las imágenes de lo corporal que nos hacemos y las variables interseccionales (tal como ella lo asume) pueden mantener una cierta tensión (e inclusive ser contradictorias), ejemplo de ello la posible tensión entre ser madre y ser feminista. Aunque en primera instancia se suponen contradictorias, desde la lectura interseccional serán más bien complementarias. Esteban asume desde ese terreno, que el cuerpo no es una identidad natural y que muchas de estas relaciones entre categorías confluyen en el cuerpo, lo que la lleva a mantenerse en la línea sigue la idea de “antropología encarnada” trazada por la hipótesis de Thomas Csordas.

Si bien es cierto el estudio de la antropología encarnada no está vinculada directamente a la cirugía, se retoma el fenómeno en sus textos bajo una concepción antropológica de cuerpo (Esteban, 2004) haciendo incluso aportes teóricos y etnográficos al respecto.

La autora centra su mirada (sobre todo) en el análisis de la imagen y los patrones dietéticos de la sociedad. Su principal interés se ubica en cómo se da la exhibición de los cuerpos en los medios, y como la alimentación y las dietas delimitan los modelos aspiracionales de los sujetos contemporáneos. Sin duda pareciera que estas imágenes se focalizan a delinear las aspiraciones ontológicas del cuerpo femenino. Para afianzar la inferencia, la autora vincula magistralmente el tema de la publicidad y las pasarelas de modas

permitiendo con ello que estos fenómenos específicos articulen los intereses teóricos y metodológicos de su planteamiento.

Por otro lado, la antropología encarnada parte también de las propias experiencias de vida del investigador (a) para indagar en cómo fue que ést@ se interesó por el tema, retomando la noción de actor/actriz-investigador (a), esto le permite alejarse de los clichés objetivistas de las ciencias sociales.

Sus textos resultan interesantes particularmente aquellos en que se muestra el horizonte de la antropología cultural y los aportes teóricos que hace la línea de la corporalidad en la modernidad, particularmente es muy prometedora su concepción de antropología encarnada, pero se podría considerar que existen algunos elementos que han quedado fuera de manera arbitraria por parte de la autora, enumero algunos de las desavenencias que tendría con la tesis de Mari Luz Esteban:

- 1) Las expectativas sobre el cuerpo no son propias de la cultura occidental y mucho menos son propias de los cuerpos femeninos, de hecho, sostener la lógica binaria de masculino y femenino podría reproducir los esencialismos en torno al género y al cuerpo mismo, esto ya ha sido cuestionados seriamente por autoras como Judith Butler (2006) o Connell y Messerschmidt (2005). Este sesgo obvia algunos datos que revelan el aumento de cifras en torno a intervenciones quirúrgicas masculinas tales como el injerto capilar o la rinoplastia¹¹ y al mismo tiempo estudios etnográficos sobre prácticas corporales en otras culturas como los de Mary Douglas (Douglas, 1988) muestran que la relación cuerpo-cultura es problemática en diversas sociedades pues en todas se imponen ciertas lógicas políticas sobre el cuerpo como en el caso de la sociedad de castas hindú.
- 2) Estoy de acuerdo con la postura de que la identidad no es esencial pero la misma noción de yo (en este caso yoes) se encuentra arraigada a una tradición metafísica que parte de la autorreflexión y que separa al cuerpo en materia y mente, esa tradición se ha denominado por autores como Heidegger como “metafísica de la subjetividad”(Heidegger, 2009b), esta metafísica se sustenta en el cogito cartesiano como modelo autorreferencial del pensamiento y la mente, y finalmente se corona con la radicalidad del pienso luego existo.

¹¹ Se muestran algunos datos en la introducción.

El autoanálisis supuesto por Esteban muestra un yo reflexivo y autorreferencial, omitiendo todo el plexo significativo del mundo, es decir, el horizonte de sentido en el que se ancla ese sujeto (para nuestro caso lo llamaremos episteme)¹². Precisamente, la *episteme* moderna tiene su centro nodal en la racionalidad científica que ha edificado su propia noción de verdad y su acceso al mundo por medio de la reflexión y el método, en pocas palabras la episteme pondría en entredicho categorías como: yo, sujeto y reflexión, al menos desde una posición autorreferencial.

- 3) Si bien la autobiografía es un camino novedoso y elucubrador para dar cuenta de los intereses del investigador de cara al fenómeno que pretende estudiar, considero que ese autoanálisis no sería el único medio para dar cuenta del por qué la naturaleza del tema, y considero que la autora no plantea por sí misma la relevancia del estudio, en mi caso el tema de la cirugía es un pretexto para mostrar los elementos epistemológicos que generalmente se dejan de lado en las ciencias sociales de cara a la pregunta ¿cuáles son los rasgos del conocimiento válido? ¿quién define cuando un saber es científico? ¿las ciencias naturales están libres de ideologías, normas o intereses?

A raíz de esta reflexión, posteriormente plantearé que me resulta indispensable pensar las cirugías desde el concepto de dispositivo y práctica corporal, pues estos conceptos me ayudan a tender un puente entre la estructura social (no sólo “occidental”) y los individuos que configuran esos esquemas estructurales, es decir el individuo configura la misma biopolítica.

Rescato particularmente las estrategias metodológicas que utiliza Mari Luz Esteban que me permiten pensar las relaciones entre los actores desde otras categorías, al mismo tiempo su propuesta de la “antropología encarnada” resulta relevante para no descuidar variables como la de género, proveniencia de los sujetos o grupo cultural al que pertenecen, pues como mostraré más adelante existen urdimbres, tejidos y redes que configuran las vidas de los individuos y que existen independientes de ellos.

¹² Retomo la definición hecha por Sergio Pérez Cortés que presupone que: “Los dispositivos conceptuales y teóricos, lo que él llamará -Foucault- “episteme” o “discurso” son los que hacen posible la reconstrucción metódica de los objetos y con ello, toda experiencia, manipulación o transformación de éstos. Puesto que tales objetos no son nunca datos primarios, su reconstrucción metódica es a la vez su elaboración crítica” (Cortés, 201, p. 466).

1.3 Latitudes convergentes. Un horizonte cercano al estudio de las cirugías plástico-cosméticas en el contexto latinoamericano.

En este apartado deseo mostrar un panorama general sobre algunas investigaciones a nivel Latinoamérica y qué guardan algún aire de familia con nuestro contexto de estudio. Sin duda, en algunas de estas investigaciones existen vasos comunicantes con mis propios supuestos embrionales, pero en general me parecen trabajos exploratorios y serán puestos en la palestra pues podrían proporcionarnos indicios para nuestros supuestos de investigación.

Comenzaré con la tesis de Aafjes Marieke, la cual trazó un estudio sobre la cirugía plástico-cosmética en la ciudad de Buenos Aires, su trabajo principal se titula *Belleza producida y cuerpos maleables*. Éste constituye un estudio sobre la belleza física y la práctica de cirugía estética la capital argentina. Para ella en la actualidad generalmente “se entiende a la cirugía estética como un fenómeno o producto de lujo, característica de, y mayormente estudiada en, las sociedades de consumo con bienestar económico (es decir, las sociedades del ‘primer mundo’” (Marieke, 2008, p. 6).

Su tesis se aleja de inferencias que vincularían únicamente los intereses económicos y patrones de consumo que existen detrás del mercado de la cirugía estética. Al mismo tiempo Marieke pretende describir e interpretar la práctica de la cirugía estética haciendo uso de herramientas varias; que van desde el empleo de registros históricos, análisis del discurso y algunas entrevistas a médicos para entender el “éxito” de ciertos discursos hegemónicos sobre lo corporal, los cuales incluyen: las proporciones del cuerpo, la noción de belleza y la legitimidad misma del saber en torno a esos ideales, tal como ella lo menciona

El objetivo que busca satisfacer -la investigación- es dar cuenta tanto de las posibles causas como de las consecuencias del alto porcentaje de la práctica de cirugías estéticas, a nivel cultural, social y personal. Estudia la experiencia personal de los sujetos con respecto a su cuerpo en relación con varios factores: los discursos de belleza, clase socioeconómica, edad, género (Marieke, 2008, p. 7).

La autora se pregunta entonces “de qué maneras se construye la noción de belleza física como parte imprescindible y constitutiva de la identidad y la subjetividad, y cómo se relaciona la corporalidad maleable con la práctica de la cirugía estética” (Marieke, 2008).

Para lograr estos objetivos el estudio correlaciona dos variables que pretenden arrojar algunas inferencias sobre el incremento de las prácticas corporales cosméticas, éstas son: 1) la aparente discrepancia entre el alto porcentaje de cirugías estéticas practicadas en Buenos Aires y 2) el estado socioeconómico actual del país, para sustentar esta segunda variable la autora enfatiza ciertos acontecimientos históricos del contexto sociocultural que influyeron (e influyen) en las normas y los hábitos relacionados con el fenómeno.

En términos generales podemos decir que el trabajo intenta operacionalizar esas variables a partir de la incidencia de dos tendencias en la sociedad porteña: 1) la tendencia al embellecimiento y a la transformación del cuerpo y 2) la tendencia a cuidar el cuerpo en términos de salud, por ello según la autora “el estudio de ambas tendencias focaliza en la corporalidad como una dimensión constitutiva de la subjetividad. Se investiga los discursos sobre y el significado de la apariencia física y la cirugía estética a nivel individual, familiar, social, laboral, médico y popular – ej. en los medios de comunicación”. (Marieke, 2008, p. 7).

Aunque este trabajo tiene un objetivo operacionalizable, existen otros objetivos particulares medianamente explícitos, pero con tintes más teóricos-epistemológicos, pues la autora añade que la investigación también busca:

Entender y analizar la experiencia in-corporada de la belleza física y la práctica de la cirugía estética de los porteños involucrados con la misma; el modo en que el sujeto construye su identidad en relación a su cuerpo y su aspecto; la manera en que se influyen entre ellos los ideales de belleza física, la construcción de la identidad del individuo y las prácticas de transformar el cuerpo; si la normalizada práctica de cirugía estética en Capital Federal constituye un producto de consumo o de lujo - o quizás puede ser definida como un trabajo necesario del sujeto para mejorarse a sí mismo (Marieke, 2008, p. 10).

Para reflexionar sobre este segundo objetivo echa mano de la línea teórica posestructuralista de Mary Douglas, la cual asume que el cuerpo es también un escenario

simbólico, tal como la antropología británica propondría; existe una relación simbólica entre el cuerpo y la sociedad, existe algo así como “dos cuerpos” uno orgánico y otro social y ambos se mimetizan, así el cuerpo social incluye analogías orgánicas y el cuerpo biológico y personal interioriza las normas y conductas sociales para adherirlos a su propia identidad (Douglas, 1988), por ello “las nociones del cuerpo como receptor de significados sociales y como símbolo de sociedad pueden enriquecer el análisis etnográfico“ (Marieke, 2008, p. 20). Vemos claramente la influencia de Douglas sobre la tesis de Marieke,

Finalmente creo que la idea central de este trabajo subyace en la argumentación de que “la noción de maleabilidad del cuerpo del individuo, de su aspecto y de su identidad. El cuerpo no es la encarnación de una identidad fija, sino parte integral y constitutiva del ‘yo’, y el espacio manipulable para descubrir y plasmar la afirmación de la identidad individual” (Marieke, 2008, p. 13), y en función a ese argumento observo una carencia del trabajo que radica en no tener información etnográfica y cuantitativa suficiente para apuntalar sus premisas que resultan muy sugerentes.

Otro ángulo sobre el tema de las cirugías en Latinoamérica son los trabajos de Claudia Calquín Donoso, en algunos de sus textos (Calquín, 2018a, 2018b) la autora asume que vivimos en un régimen “somato político” novedoso, lo que da como resultado la idea de un cuerpo y una filosofía del cuerpo post-cartesiana que se organiza en torno a las posibilidades que la tecnología ofrece a la carne.

Desde este supuesto, lo orgánico y lo artificial son fronteras brumosas debido a que la tecnología actual reconfigura la naturaleza biológica de los individuos al grado de amalgamarse con la vida orgánica. Sus presupuestos siguen la línea desarrollada por Donna Haraway (1991) la cual se desarrolla la llamada filosofía *cyborg* al respecto dice Calquín Donoso:

Tomando en cuenta la figura del *cyborg* como grilla analítica que nos sirve para comprender las nuevas formas de relación entre cuerpo y sociedad, la tesis central que desarrollaré en este trabajo es que en las cirugías plásticas se pone en juego un proceso de metamorfosis corporal que articula las tecnologías de intervención médica con los imaginarios estéticos de occidente, cuestión que asimismo permite comprenderla producción prostética de categorías tan obtusas hasta el siglo XIX como el sexo o la raza (Calquín, 2018a, p. 43).

Precisamente para entender mejor el tema de las cirugías, el concepto desarrollado por Haraway (de cyborg) resulta imprescindible desde la apuesta teórica de Calquín, pues la proliferación de todo ese abanico de prácticas sobre el cuerpo constituyen precisamente la irrupción irrevocable de la tecnología en la vida cotidiana, de manera que; actualmente los límites entre lo orgánico y artificial son categorías que no abarcan bien la relación entre ambos universos, por ello resultan -desde esta posición- categorías insuficientes para describir esta nueva dialéctica, y tal como lo plantea Donna Haraway un cyborg sería un concepto que podría amalgamar la relación entre estas dos esferas y que podríamos matizar de la siguiente manera:

Un organismo cibernético, una fusión de lo orgánico y lo tecnológico fraguada en prácticas culturales e históricamente determinadas. Los cyborgs no tratan sobre la máquina y lo humano, como si en el universo existieran estas Cosas y Sujetos (así aparece en el original). Por el contrario, los cyborg tratan sobre la interacción de máquinas y personas históricas específicas, que muchas veces acaban siendo penosamente contraintuitivas para quien analiza la tecnociencia (Haraway, 1991).

Siguiendo a Calquín podemos decir entonces qué; la ontología posmoderna del cuerpo es un producto de las tecnologías sobre éste, esta ontología no se puede separar de las diversas formas de manipular e irrumpir la vida orgánica por medio de lo artificial, y por ende esta relación -indisoluble- sería:

Fruto de la interacción de aparatos semióticos y técnico-materiales que no pueden ser separados, pues como no se trata de una simple cuestión de determinismo tecnológico o tecnófilo sino más bien de pensar el cuerpo como una construcción tecnológica. Así las tecnologías han logrado modificar el “complejo psicosomático que llamamos humano” (Calquín, 2018a, p. 44)

Ante esto lo clave en el *cyborg* es la disolución de las fronteras entre tecnología, política y cuerpo.

Por otro lado, Calquín Donoso elabora un trazado histórico de las cirugías reconstructivas y cosméticas con el fin de mostrar y analizar las causas fácticas y políticas que propiciaron el auge de las intervenciones corporales y su relevancia en la vida orgánica. En ese sentido el trabajo es fruto de una pesquisa historiográfica loable que comienza con la primera guerra mundial¹³, hasta situarnos al momento actual, donde las modificaciones sobre el cuerpo han ido perdiendo un sentido estigmatizante y peyorativo para volverse tendencia, y a pesar de las variaciones semióticas que Calquín analiza mediante la historiografía, ella logra observar este doble vínculo presente en cada transformación de la cirugía como práctica médica, a saber: la relación no poco problemática entre la agencia y los dispositivos tecnológicos como elementos articuladores de la biopolítica, finalmente una de las conclusiones más reveladoras de la autora es la siguiente:

La remodelación del cuerpo humano de acuerdo a parámetros y gracias a la tecnología deviene en un dispositivo de corporeización, es decir en un conjunto de redes institucionales, de conocimientos técnicas, que producen seres vivos híbridos, efecto de la disolución de las fronteras entre racionalidad técnica y racionalidad estética, es decir entre *tekné* y *aisthiké*. Un ejemplo de esta relación entre las formas que adquieren las políticas corporales y las cirugías es especialmente potente en las intervenciones actuales de los cuerpos trans que sí y sólo si adquieren un género (femenino o masculino), una identidad y una existencia legal, una vez intervenidos por las cirugías genitales reconstructivas, que asumen asimismo la existencia de sólo dos sexos. (Calquín, 2018b, p 53)

Bajo estos presupuestos no se desconocen las implicaciones biopolíticas de las prácticas médicas -particularmente para el caso de las cirugías-, pero en todo caso “los biocuerpos” -como ella los denomina- “son artefactos industriales modernos y la cirugía, por lo tanto, consiste en un dispositivo performativo, que pasa de ser una simple técnica de reparación de cuerpos destrozados o considerados “anormales” pasa a convertirse en un programa de producción de una corporalidad postcartesiana.” (Calquín, 2018b, p. 54).

¹³ En la que surge una nueva forma de modificación corporal como profilaxis y restauración de los cuerpos mutilados en la Guerra.

Lo anterior implica una relación paradójica de agencia y control, pues la intervención artificial de la vida permite traspasar las fronteras que antes resultaban “naturales” entre los cuerpos y que devenía en identidades esencializadas, ahora puede ser revertido, así el cuerpo puede ser visto como un proyecto en constante transformación que en ciertos casos permite un agenciamiento¹⁴. Sin duda Calquín presenta una interpretación sugerente y que abre nuevos debates.

Existe también otra línea de interpretación a nivel regional que vincula la tesis de la complejidad desarrollada por Edgar Morín para pensar el estudio de las cirugías como un fenómeno con implicaciones transdisciplinarias. Este trabajo desarrollado en Colombia combina las disciplinas de la psicología, la economía y la historia para comprender el auge de las cirugías en Bogotá agregando una variable extra a la que se denomina narcoestética (Alonso et al., 2017)

Según esta interpretación por principio de cuentas el auge de las cirugías tiene una relación con problemas de autoestima y formaciones erróneas de la personalidad en la infancia, las cuales se agudizan en la adolescencia, como se puede apreciar aquí los autores siguen la línea trazada por la psicoanalista Françoise Dolto (Dolto, 1997).

Auspiciados por esta línea psicoanalítica los autores asumen qué; en la estructura psíquica de las mujeres con múltiples cirugías plásticas o estéticas pueden existir pautas culturales asociadas a una expresión distorsionada de los conflictos inconscientes, que probablemente tuvieron su origen en la infancia; de igual manera, se debe tener en cuenta la dinámica familiar de las mujeres, dado que la disfuncionalidad familiar se presenta como un factor de peso al momento de comprender la elevada necesidad de transformación (Acuña, 2010).

Bajo el telón de esta primera hipótesis se señala que muchas de las jóvenes que se someten a cirugías “se sienten inconformes con su cuerpo, por tanto, las cirugías estéticas se convierten en un medio compensatorio de problemas psicológicos que justamente se manifiestan en determinado momento de su vida” (Alonso et al., 2017, p. 45).

La cirugía se vuelve entonces un medio, y el cuerpo transformado para que el sujeto sea aceptado socialmente sería el fin, aspecto que en sus términos modifica la representación

¹⁴ Aunque el texto no es muy preciso respecto a en qué momento se observa este agenciamiento de forma concreta y realmente se ofrece poca información y datos que sustenten la inferencia.

“natural” de belleza. Así: “las mujeres que se someten a una intervención quirúrgica pueden tener un ideal deformado de lo estético, a tal punto que pueden generar problemas para aceptar y tolerar su corporalidad, llegando a manipular a los que están a su alrededor para obtener beneficios” (Alonso et al., 2017, p. 47).

Aquí cabe un primer señalamiento del texto pues los autores asumen que existe un ideal deformado de lo estético, pero preguntaría ¿cuál sería el ideal no deformado al que ellos podrían apelar? Desde mi posición esta premisa implica un primer llamado de atención a los intereses normalizadores de esta particular interpretación psicoanalítica que desconoce la exégesis histórica de la belleza elaborada por una amplia gama de autores y que dan cuenta de cómo lo bello es un concepto que se ha transformado de acuerdo con distintas condiciones espaciotemporales (Eco, 2004; Vigarello, 2005 a, 2005 b; Le Breton, 1990, 2002).

Por otra parte, los autores agregan otra interpretación psicoanalítica y dicen respecto a las mujeres que se someten a cirugías que: “en estas mujeres prima la anulación de su inconformidad física como factor sublimatorio de complejos inconscientes, los cuales se disfrazan y ocultan a través de la formación de representaciones propias y ajenas acerca de lo “bello” (Alonso et al., 2017, p. 47). Como vemos en la cita anterior existen más excesos interpretativos debido a qué: a pesar de que las mujeres se someten más a las prácticas corporales cosméticas no hay que dejar de lado el aumento de algunas prácticas corporales en el séquito masculino.

Considero que lo que la interpretación omite es un modelo cultural que se impone como ideal aspiracional y penetra varias partes del mundo -y a pesar de que este modelo choca constantemente con la misma facticidad dada la diversidad humana- estos ideales afectan tanto hombres como mujeres -no de igual manera-.

Posteriormente, queriendo resarcir un poco el hueco del contexto que se ha notado en su investigación, los autores relacionarán el tema de las cirugías con otras variables como; la globalización, el consumismo, la lógica instrumental y “un deseo imperante de reinención como alicientes para el moderno auge de las cirugías” (Alonso et al., 2017, p.50). El problema más grave es que no ofrecen datos al respecto o no problematizan en estas variables para indagar en cómo influyen las tendencias disposicionales -discursos de la salud, medios de comunicación, lógicas de consumo, etc.- en el auge de las cirugías, sólo dicen lo siguiente:

“la globalización avanzada, el consumismo, la lógica instrumental, la nueva economía, el desarrollo tecnológico y el deseo imperante de reinvención inmediata, procesos determinantes en la consolidación de ciertas prácticas y exigencias sociales sobre el cuerpo de la mujer” (Alonso et al., 2017, p. 57) se da por sentado estos presupuestos pero no ahondan, claro ejemplo es el concepto de lógica instrumental que no se desarrolla en el documento.

Si uno continúa leyendo, podemos puntualizar que los autores asumen muchas conclusiones de manera axiomática sin reparar en la aproximación fáctica de los datos, eso lo muestran más adelante cuando suponen que en general sólo las jóvenes se someten a cirugías, pero no dan ninguna cifra sobre los rangos etarios y su relación con el consumo de intervenciones corporales.

Por otra parte, en el mismo texto quieren desarrollar la variable de narcoestética. como otra hipótesis que explicaría el auge de las cirugías en Colombia, pero tampoco presentan algún dato -ya sea cualitativo o cuantitativo- que apunte la inferencia, al caso sólo emplean una pequeña reseña histórica del narcotráfico para mostrar cómo fue que este logró infiltrarse en el imaginario un sector de la población colombiana, al respecto los autores aducen:

No existe una definición consolidada de narcoestética, y por ello se le asocia a toda práctica de financiamiento de cirugías estéticas –habitualmente de mujeres-, por parte de una persona inmersa en el mundo del narcotráfico, con el fin de enunciar a otros el dominio que se tiene sobre ella, y el poder respecto a otros sujetos que operan en dinámicas análogas. (Alonso et al., 2017, p. 40).

Dicho así, el cuerpo como escenario de las relaciones de poder emerge como objeto de comercio o instrumentalización al encontrarse éste en un marco de interacciones políticas, sociales y económicas concretas, un argumento que coquetea un poco con la noción de biopolítica, pero no se desarrolla cabalmente. Desde la premisa anterior, el narcotráfico es el principal mecenas de las cirugías en Colombia, y a pesar de que la inferencia no resulta descabellada, no se presentan antecedentes sobre el concepto de narcoestética ni tampoco algún dato relevante que correlacione las variables de narcotráfico y cirugía, finalmente casi como una conclusión los autores suponen lo siguiente:

Para muchas mujeres, una operación puede significar un cambio impactante en su estilo de vida, cuando la baja autoestima e inconformidad las motiva a operarse, mientras en otras puede constituirse en una obsesión que se decanta en una interminable cadena de cirugías; asimismo este tipo de operaciones constituye una vía de acceso rápida a la admiración, estatus, preferencia, aceptación, inclusión social y adquisición de poder (Alonso et al., 2017, p. 42).

El texto resulta un collage de aseveraciones apresuradas y una supuesta interdisciplinariedad que más bien parece un corta y pega, el cual se defiende bajo la premisa del pensamiento complejo de Edgar Morín e incluso llegan a decir que:

El pensamiento complejo referencia el método usado en la teoría de la complejidad para explicar el mundo, el universo y sus fenómenos, es de tipo reorganizador, complexificante, reflexivo y se constituye como un saber conjunto o “tejido en red” que ubica en el centro al conocimiento mismo,(Alonso et al., 2017 p. 43).

De ahí la justificación de usar la historia, la sociología, la psicología y otros elementos pero que resultan inconsistentes con el texto mismo, al no existir ni relación, ni justificación de la relevancia de esta interdependencia disciplinaria para el estudio de las cirugías es por ello que este texto fue uno de los más débiles que he podido analizar hasta el momento.

Como hemos visto existe una amplia gama de trabajos respecto a las cirugías plásticas, estos trabajos plantean supuestos interpretativos e intentan vincular teoría y hechos fácticos. Igualmente podemos tener acceso a otra gran cantidad de trabajos de corte exploratorio sin intenciones teóricas o epistemológicas que muestran datos al respecto y permiten tener un panorama estadístico y de antecedentes (Acerbi, 2009) pero creo que esos trabajos no constituyen la base principal del documento actual por ello no me detendré a problematizar sobre éstos no son pues, el centro de la discusión.

Capítulo II. Planteamiento metodológico.

2.1. Preámbulo al planteamiento metodológico. La necesidad de una teoría no meramente instrumental.

Del mismo modo que podemos hablar del rostro de una era o de un país, podemos caracterizar el espíritu de una época a través de su lenguaje
(Klemperer, 2001, p. 30).

Me parece necesario precisar que una metodología en ciencias sociales es un proceso tanto teórico como artesanal, por eso es ineludible contemplar dos componentes mínimos a la hora de elaborar el marco metodológico: 1) el primero de orden conceptual, el cual consiste en elegir estos adecuadamente.

Al elaborar nuestro marco teórico, es importante tener en cuenta que el discurso se relaciona con la forma en que se construye el mundo. Desde una perspectiva epistemológica, esto implica que lo dicho debe interpretarse considerando el contexto en el que se expresa, lo cual nos lleva a adoptar un enfoque comprensivo-interpretativo. Entiendo que las categorías utilizadas pueden tener diferentes interpretaciones y no son definitivas.

En este caso, hemos apreciado una revisión de los antecedentes teóricos y metodológicos que se han venido desarrollando en la investigación. De este modo, al situarnos en una visión biopolítica-genealógica, se requiere de una revisión crítica histórica de los conceptos empleados que demandan un grado arqueológico (en el sentido foucaulteano) de indagación.

2) Precisamente el otro componente para la elaboración de una estrategia metodológica se refiere a un orden más artesanal, constituido por lo que alguna vez aludiría el sociólogo estadounidense Wright Mills con la llamada “imaginación sociológica” (Mills, 1977). Este elemento de la estrategia metodológica tiene que ver con la construcción del dato de forma inductiva, lo cual supone pensarlo como un elemento a interpretar desde un nexo histórico, y de acuerdo con la relación que este establece con el vivir cotidiano de los individuos.

Basándonos en lo mencionado, hemos decidido seguir una línea genealógica en toda la investigación para desarrollar un marco conceptual que se alinee con nuestra visión hermenéutica y comprensiva.

Lo anterior, implica al mismo tiempo, desplegar una arqueología en torno al desarrollo y exposición de los conceptos. Por ello, partir desde una genealogía conceptual para el desarrollo de un marco teórico, tiene la intención de mostrar los diversos ángulos de cada uno de los conceptos y las categorías que van apareciendo en la investigación.

Esta postura teórico-metodológica permite dejar hablar a los conceptos por sí mismos de forma fenomenológica. Lo anterior solo es posible desde el reconocimiento que estos tienen su propia historicidad y determinaciones discursivas (incluso disciplinares), con ello se trata de evitar definirlos como esencias naturalizadas, y tal como lo dice Marcela Restrepo:

La genealogía, como forma de indagación por el pasado permite describir, ordenar, registrar e interpretar acontecimientos humanos desarrollados en el tiempo que siguen una evolución de lo enunciativo y conceptual de los dispositivos de control (Restrepo, 2013, p.333).

Por lo expresado en la cita anterior me parece que la genealogía nos aporta el nexo histórico con los conceptos que pretendemos abordar, esto se realizará en un nivel teórico y técnico mediante el análisis del discurso, siempre y cuando entendamos a los conceptos como dispositivos interpretativos, dice Sergio Pérez Cortés:

Los dispositivos conceptuales y teóricos, lo que él llamará -Foucault- “episteme” o “discurso” son los que hacen posible la reconstrucción metódica de los objetos y con ello, toda experiencia, manipulación o transformación de éstos. Puesto que tales objetos no son nunca datos primarios, su reconstrucción metódica es a la vez su elaboración crítica (Pérez, 2012, p. 506).

La estrategia genealógica sostiene pues, que lo que llamamos objeto en la ciencia parecería tener una existencia independiente a su constitución original, y es la que le otorga el entramado discursivo en el que se inscribe. Por tanto, el surgimiento y la forma de un objeto están totalmente influenciados por el contexto en el que se relaciona con su historia.

En resumen, la arqueología como medio de crear un marco teórico busca demostrar que el objeto de estudio no es una información directa, sino el resultado de la combinación

de discursos y conceptos que lo hacen posible. A esta reconstrucción puede llamársele, creemos, “una crítica del objeto” (Pérez, 2012).

En conclusión, los datos deben ser analizados desde una perspectiva teórica particular, considerando su trasfondo histórico y entendiendo que no son simplemente variables estáticas, sino conceptos influenciados por interpretaciones, discursos y prácticas, lo que destaca la importancia de usar una metodología específica para recolectar información.

2.2 El análisis del discurso, directrices para su operacionalización.

Nos recuerda Manfred Frank (1995), la palabra discurso proviene del latín *discursus*, que al mismo tiempo deriva del latín *discurrere* que significa “correr aquí y allá”, en ese sentido, la primera imagen que nos viene con la noción de discurso es la de movimiento, de las palabras en transición que se nos revelan en el sentido espontáneo de este acontecer entre sonidos y signos.

Los estudios del discurso tienen orígenes remotos que podrían incluso rastrearse en los primeros tratamientos hermenéuticos de los textos. Por su parte, la tradición hermenéutica arcaica considera que los textos contienen elementos que deben y demandan ser interpretados (no solo traducidos), ya que enuncian sentidos y significados no siempre expresos o claros. Bajo esta consideración, podríamos asumir que es muy probable que el planteamiento aristotélico de *peri hermeneia* (traducido al latín como *De interpretatione*), consiste en el primer antecedente que pone al intérprete de forma explícita ante la necesidad de decodificar el sentido de una obra mediante una operación metodológica.

No obstante, la interpretación moderna y las discusiones sobre la investigación del discurso probablemente se originen en la tradición semiológica centrada en el análisis sistemático del lenguaje. Dicha corriente (inaugurada por autores como Ferdinand de Saussure o Benveniste) consideraba a grandes rasgos que el lenguaje posee una forma, desde esta óptica, el lenguaje es una estructura y a su vez contiene reglas y signos que ordenan los decires, y aunque el lenguaje tiene referencia dentro de la vida social, puede ser analizado, fragmentado y observado como un objeto, pues, conserva una organicidad propia destacada por la diacronía y la sincronía.

Michel Foucault se cuestiona en *El Orden del discurso* qué consecuencias puede tener la proliferación ilimitada de discursos entre la gente, Michel Foucault se pregunta “¿qué hay de peligroso en el hecho de que la gente hable y sus discursos se proliferen indefinidamente?” (Foucault, 1999, p, 10). Por medio de esta pregunta inicial el filósofo va dando cuenta precisamente de que el discurso no es solo el medio de traducción o de enunciación del habla, tampoco es un mero acontecer de significados y enunciados, es de hecho una forma en la que se reproducen mecanismos de exclusión e inclusión sociales.

Al contrario de la tradición semiológica/gramatical, como lo destacarían autores como Michel Foucault o la misma tradición hermenéutica inaugurada por Martín Heidegger (ambos herederos de la fenomenología de Husserl), esta aproximación semiológica del lenguaje cometería al menos un error epistémico, ya que, fundamentalmente sustrae al lenguaje de su nexo vital y de la relación intersubjetiva que lo activa

Para la tradición hermenéutica y en general en aquella tradición que se le ha denominado el giro lingüístico, el discurso se entenderá más allá de las reglas de la lengua y aparecerá como un espacio de la actuación subjetiva demarcada por un sistema lingüístico, donde el lenguaje está vivo (es la casa del ser), pero entonces ¿qué concepto de discurso es el que sostenemos aquí?

Los discursos, en esencia, son elementos constructivos que incluyen palabras, oraciones, textos e imágenes, pero están dentro de una estructura de significado y contexto de comunicación, no son simplemente sonidos, frases o unidades gramaticales. Las palabras se anclan en un cuerpo de sentido, desde ese ángulo los discursos son expresados por un individuo que tiene una relación intersubjetiva y cognitiva con su realidad social, siguiendo a Manfred Frank decimos que inicialmente:

Llamamos (con una aproximación todavía un poco vaga) discurso a ese orden simbólico que permite a todos los miembros que fueron socializados bajo su autoridad hablar y obrar juntos; supondremos pues que siempre hay un orden del discurso, pero no necesariamente uno solo para todos los discursos. (Frank, 2010 p. 113).

En otras palabras, el enunciado acontece dentro de un orden, pero cada orden es distinto pues acaece dentro del lenguaje, y este último a su vez se enmarca en una red de dispositivos que denominaremos aquí *episteme*.

Las *epistemes* circunscriben el modo de ser de una determinada época, por eso Frank dice que los discurso serían órdenes de segundo grado, pues dependiendo de los grupos sociales, individuos y contextos es que éstos cobran relevancia dentro de la totalidad del sistema lingüístico.

En otras palabras (y aprovechando la idea de Marc Angenot sobre el Discurso social como representación epocal), entiendo que el Discurso debe considerarse como discurso social, al reconocer que: las narraciones, enunciados, imágenes se enmarcan en una forma global, en que, al mismo tiempo, la vida social se inscribe en una determinada época.

Cuando nos inscribimos en la lógica del discurso social, damos que cuenta que cada época registra sus propios valores ideológicos-hegemónicos que atravesarán de alguna forma toda la vida social en general (Foucault le llamara a este marco de aparición del Discurso, *episteme*). Por ello, cada momento histórico implica pues una representación de conjunto, donde los enunciados no son mónadas gramaticales sino eslabones de una *episteme* o concepción global de realidad (Angenot, 2010).

De ahí que el análisis de discurso demanda entender los fenómenos como problemáticas de conjunto, suponiendo que lo enunciado por un actor o individuo se encuadra en una relación entre interacciones, narraciones, argumentos, etc. (una red de sentido que aquí denominaremos dispositivos de saber), que implican también la orientación por hegemonías ideológicas que exceden su propia consciencia e individualidad, por ello hablar de discurso social será “describir un objeto compuesto, formado por una serie de conjuntos *interactivos*, de migrantes elementos metafóricos, donde operan tendencias, hegemonías, leyes tácitas” (Angenot, 2010).

2.3 Análisis del discurso como estrategia metodológica en el caso del discurso en torno a las cirugías plásticas-cosméticas.

Una vez aclarada la noción de la que partimos aquí para hablar de discurso, podemos precisar que una de las distancias epistemológicas que sostenemos con en el análisis semiológico como el de Benveniste o Saussure, consiste en que esta tradición trata al lenguaje como un elemento objetual, el cual está puesto a disposición del analista con significados y significantes sincrónicos y universales (aunque con aplicaciones diacrónicas dadas por el uso y las habilidades del hablante).

Admitiendo lo anterior, asumiríamos que el lenguaje es de alguna forma transparente y casi neutral en la comunicación. Debido al cambio introducido por el llamado giro lingüístico, se nos ha mostrado lo opaco que puede ser el lenguaje y la diversidad de formas en que puede ser utilizado, ya sea desde una perspectiva pragmática o como algo más que solo un conjunto de signos, por lo tanto, es fundamentalmente una manera de interactuar con el mundo, subrayando la conexión íntima entre palabras y cosas.

Esto plantea desafíos adicionales y amplía nuestra percepción de lo que podría ser el análisis del discurso, solo desde estas ideas sería posible desarrollar una estrategia metodológica. Desde la certeza de que el lenguaje tiene el poder de cambiar la realidad, también asumimos que el lenguaje es una forma de acción.

Por lo tanto, a través del análisis del discurso podemos concluir que hay una conexión entre lo que decimos y el mundo en sí, nuestra manera de abordar el mundo no solo afecta lo que decimos, sino también al mundo en sí, a este fenómeno se le llama el giro discursivo:

Esta convicción de considerar útil leer los discursos para leer la realidad social, se relaciona directamente con el ya mencionado giro discursivo que plantea una perspectiva nueva y alternativa a la de la filosofía de la conciencia respecto de los objetos de estudio y la objetivación de lo conocido. Podríamos decir que con el giro discursivo se pasa de un paradigma que ponía las ideas y la introspección racional en el centro de la observación certera del mundo, a otro que prioriza la observación y el análisis de los discursos. Esto implica un cambio epistémico radical en la mirada científica (Santander, 2011, p. 209).

Tomando prestada la máxima de John Austin podemos decir que podemos hacer cosas con palabras, las palabras entonces no son meras representaciones de la realidad social, no constituyen meramente un espejo o una forma del mundo (Rorty, 1989). Justamente, y siguiendo esa distinción entre las formas presentes en la superficie discursiva y los procesos opacos en el lado de la producción:

Entre el síntoma y el núcleo oculto que le da origen y forma, como debemos analizar los discursos, es decir, entenderlos como síntomas, no como espejos que necesariamente reflejan de manera transparente la realidad social, ni los pensamientos o intenciones de las personas (Santander, 2011, p. 210).

De este modo, el analista se propone dar cuenta de las relaciones entre el texto, la formación discursiva y la manera como se constituye el sujeto en la interacción para configurar se sentido de mundo. En este proceso analítico se demarca la influencia de la historicidad y las relaciones simbólicas inherentes al texto, a la construcción de sentidos y a la determinación de las relaciones ideológicas, como dice Pardo “el discurso es entendido como el lugar en el que se observan las relaciones que potencialmente ocurren entre el uso de la lengua y las manifestaciones ideológicas que allí se inscriben” (Pardo, 2013, p. 49) o para ser más precisos:

El análisis de discurso se entiende si como una estrategia metodológica cualitativa-inductiva que nos permite generar categorías analíticas mediante una codificación abierta, así como interpretación de “datos” mediante del análisis de textos entendidos éstos como unidades de análisis que se enmarcan en un contexto de enunciación el cual define el nivel de influencia de ese discurso y la capacidad de generar un significado legitimo sobre un tema, concepto o práctica (Calsamiglia & Tusón, 2001)

Pero al mismo tiempo el discurso implica: contextos, instituciones, sujetos e incluso rituales que articulan las relaciones de saber y poder entre los que hablan y los que callan, tal como lo dicen Calsamiglia y Tusón (2001), abordar un tema como un discurso significa entrar en el entramado de las relaciones sociales, de las identidades y los conflictos, intentar saber cómo se expresan los diferentes conjuntos culturales en un momento histórico. Por ende, por medio del discurso se instituye una voluntad de verdad, dicho en palabras del mismo Foucault “El discurso no es aquello que traduce las luchas o sistemas de dominación, sino aquello por

lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault, 1999 p. 15).

En pocas palabras nos interesan aquellos discursos en donde emanan y tejen relaciones de poder, en nuestro caso particular es la práctica médica en su conjunto lo que nos interesa, pero en particular aquellos procedimientos comprendidos como cirugías plásticas cosméticas, pues este tipo de intervenciones son una forma de incidir en el cuerpo por medios de prácticas y orientaciones discursivas que incluso ponen en tensión las categorías de salud y belleza, salud-enfermedad, paciente-cliente, etc. de las que parte el médico y que son indispensables delinear en esa práctica.

El análisis del discurso se vuelve entonces un elemento nodal en esa orientación-mandato, ya que cuando el médico cirujano emplea categorías estandarizadas sobre la salud, el cuerpo y la belleza, no sólo define una práctica sino orienta subjetividades. Al mismo tiempo la práctica de las cirugías plásticas cosméticas también se sustenta en otros dispositivos menos explícitos (por decirlo de alguna forma encubridores) como; las campañas publicitarias, campañas de salud o el mismo campo de producción científico, que van conformando un discurso normalizador del cuerpo, la salud y la belleza.

Así pues, el análisis del discurso como metodología cualitativa se centra en las “representaciones” discursivas de los actores, el enunciado se entiende como un texto que puede ser analizado privilegiando así la condición lingüística de la realidad, ya que el discurso siempre es emitido en un contexto o un espacio, en el cual se demarcan los escenarios de jerarquías, control, poder y agencia, ya que “se concibe al discurso como una forma de acción, entonces, en ese sentido, analizar el discurso que circula en la sociedad es analizar una forma de acción social” (Santander, 2011, p. 210).

Los discursos pues, emanan de interacciones sociales compartidas entre grupos sociales y estructuras complejas de la sociedad tal como apunta la siguiente cita “el discurso no se refiere al texto en sí, sino más bien implica patrones y comunidades de conocimiento y estructuras donde un texto es la realización única del discurso” (Urra, E. Muñoz, A. y Peña, J, 2013, p.51).

2.4 El discurso médico en torno a la construcción de las nociones de un cuerpo sano y bello dentro del contexto de las cirugías plástico-cosméticas.

Anteriormente explicamos que el discurso no se limita a hablar o escribir, sino que influye directamente en la realidad, siendo considerado principalmente como una acción que conecta las palabras con los hechos de manera fundamental. Por ello, el Discurso enuncia e instituye acciones sobre los objetos de manera regular y estructurante (Gee, 2015).

Es relevante comprender, siguiendo a James Gee, que existen discursos y un Discurso que se complementan pero se diferencian: los **discursos** se refieren a las percepciones, orientaciones e interpretaciones subjetivas, mientras que el Discurso estructura y orienta un sistema social, la noción **discursos** se puede emplear para referirse a las distancias entre percepción, orientaciones e interpretación subjetivas y 2) los grandes plexos de sentido enmarcarán al **Discurso** como estructura orientadora de un sistema social (Gee, 2015).

Esta última forma de entender al Discurso tiene aires de familia con lo que Marc Angenot llamara discurso social, dado que éste último se considera como "todo lo que se dice y se escribe en un estado de sociedad, todo lo que se imprime, todo lo que se habla públicamente o se representa hoy en los medios electrónicos" (Angenot, 2010, p. 21).

Divididos a su vez en a) Elementos empíricos observables, y que se conforman por b) "las reglas de encadenamiento de enunciados, los sistemas genéricos y los repertorios tópicos que organizan lo decible y lo pensable en un momento dado (definición teórica-metodológica)" (Angenot, 2010, p.21), esto último en Foucault será homólogo a la *episteme*.

Por tanto, se debe cuestionar la imparcialidad y objetividad de lo expresado, ya que entre aquellos que hablan y aquellos que guardan silencio existen jerarquías, lugares de poder y formas de influir en la realidad.

Debemos, pues, dar cuenta esta tensión entre las narrativas y testimonios (discursos) y la construcción de una orientación discursiva hegemónica (Discurso), por ejemplo, la categoría de salud tiene ciertas definiciones que orientan un campo de acción; así mismo, el cuerpo como elemento objetual significativo posee elementos psíquicos, orgánicos y socialmente construidos y finalmente, la belleza se corresponde con una idealidad significativa, pero que se puede modificar debido a un cambio de los modelos culturales y a las demandas del paciente.

Es precisamente, en ese juego de interrelaciones, por lo que considero que el papel del médico cirujano es de gran relevancia en la configuración de las imágenes y naturalidades con las que asumimos dichos significados, y podemos decir que es un discurso (si no determinante) orientador y normalizador.

Al analizar el discurso médico, noté que existen diferentes enfoques sobre temas como salud y belleza, y cómo se relacionan con el cuerpo, especialmente en el contexto de intervenciones plástico-cosméticas.

Es este juego entre contextos, sujetos y acciones donde también aparece la orientación subjetiva de cada médico (narrativas individuales o discursos) configurados por su propia trayectoria e interpretación de los conceptos de salud y belleza.

Mediante el empleo de entrevista semiestructurada logré observar y registrar las regularidades del Discurso y trataré de presentarlas a lo largo de esta sección.

Una vez esgrimido lo anterior, podría destacar que lo enunciado abre la posibilidad de que el discurso médico a su vez aparece en la modernidad como un discurso anclado en el plexo tecnocientífico y desde ese universo de sentido se posicionan estrategias enunciativas¹⁵

El Discurso médico va desarrollando sus propios enfoques dentro de una estructura jerárquica más amplia; el campo tecnocientífico disciplinar, que va más allá de narrativas para anclarse de forma material en el cuerpo y la interacción social, evidenciando la relatividad de los discursos.

Simultáneamente, ese discurso se administra por expectativas subjetivas (discursos) de los actores sociales, los cuales son relevantes para reestructurar esa narrativa más general por medio de testimonios, prejuicios, orientaciones; algunos les llamarán a estas discursividades subjetivas narrativas.

¹⁵ Paula G. Rodríguez reconoce la estrategia como un cálculo de las relaciones de fuerza por parte de un sujeto o grupo que va a instituir una voluntad de saber y poder por medio de operaciones tácticas como la producción y reproducción de enunciados o signos.

2.5 El contexto de estudio. León y la cirugía plástica-cosmética.

El motivo de que se haya elegido la ciudad de León para nuestro estudio reside en al menos dos elementos: 1) Me interesa entender la relación con el cuerpo y la sociedad en contextos donde los procesos de identidad se mantienen en tensión constante. Particularmente, León es una ciudad muy singular (histórica, cultural y económicamente) porque hasta hace medio siglo era una sociedad eminentemente rural, pero a partir de los años 70's cuando se da un cambio en la infraestructura y equipamiento volviéndola una sociedad en vías de urbanización, esto la irá configurando como un espacio geográfico con tintes industriales, aunque con un fuerte arraigo a sus orígenes rurales (Rionda, 2001)

Este fenómeno se podría explicar según algunos autores (H. Gómez, 2005; Rea, 2017; Rionda, 2001) debido a la fuerte migración dada finales de los 70's, momento en el que diversas poblaciones provenientes de zonas agrestes ubicadas a las orillas de la ciudad y otros municipios aledaños como: Silao, San Francisco o Purísima del Rincón generan gran movilidad humana. Estas poblaciones iban en búsqueda de nuevas oportunidades y dichas comunidades rápidamente se van adhiriendo a la mancha urbana, aunque manteniendo algunas de sus identidades y prácticas sociales (Gómez, 2005).

Tal tensión identitaria se encuentra sin duda ligada a la manera en que se concibe el cuerpo, ya que en gran parte del bajío la mentalidad política se puede asumir como conservadora, entendiendo esto último desde la óptica de qué institucionalmente se promueven valores tradicionales que implican particularmente una relevancia del discurso católico y la valoración de una familia nuclear afincada en los lazos consanguíneos.

Este discurso permea varias esferas de la existencia familiar y social como: la económica, la política, la sexual y la educativa (Agudelo et al., 2015), por tal motivo los lazos familiares se vuelven un vínculo que al mismo tiempo determina los lazos sociales (Rea, 2017).

Luc Boltanski notó que en ciudades europeas que pasaron de ser rurales a urbanas, el equipamiento médico establecía normas sobre el cuerpo relacionadas con la salud, las cuales se volvían parte de la cultura en *Los usos sociales del cuerpo* (1975) logró percatarse qué, el equipamiento médico en algunas ciudades europeas (que habrían transitado de lo rural a lo

urbano) va inscribiendo ciertas pautas sobre el cuerpo en función de que el discurso de la salud se va volviendo un discurso normalizador el cual se inscribe en el imaginario social.

Particularmente, el hecho de que el cuerpo se someta constantemente a normas sociales promovidas por dichas instituciones médicas altera la concepción de algunas autopercepciones subjetivas en torno a este.

El autor considera que el cuerpo es el resultado de la sociedad, lo que influye en las diferencias entre clases e identidades sociales. En ese sentido Boltanski propuso que entre mayor auge de industrialización y las transiciones identitarias -como el cambio de lo rural a lo urbano o el ascenso social las personas, orienta a los individuos a volverse autorreflexivos sobre su cuerpo, pero al mismo tiempo interiorizan esas normas institucionales, privilegiando con ello ciertas lógicas de cuidado, por ejemplo, se prioriza la atención a la apariencia física, particularmente a la delgadez y a ciertos estándares de proporción (Bolstanski, 1975).

El cuerpo para el autor es presentado como una construcción social, por ello lo que se pone en juego en la interacción cuerpo-sociedad serán realmente las diferencias entre clases e identidades sociales. Ante este panorama resulta peculiar que, en una ciudad con fuertes vínculos de arraigo a una moralidad tradicional estén proliferando algunas clínicas quirúrgicas en las que se realizan prácticas que reconfiguraran las mismas identidades personales, prácticas mediante las cuales los usuarios parecen querer “subirse al barco de la vanguardia”, desgraciadamente, me pude percatar que para lograr un alcance de análisis tan profundo, requería una investigación longitudinal en la cual pudiera recorrer trayectorias personales e incluso familiares, llegué a la conclusión de que eso no podría ser realizado a cabalidad por cuestiones de tiempo, aunque existen indicios de estas lógicas de tensión identitaria que aparecen en el análisis del discurso.

La segunda razón es que en León se cuenta con el mayor número de clínicas privadas de cirugías estéticas en el estado (10 clínicas oficiales), se estima además que, de acuerdo con los registros de la AMCPER¹⁶, existen 24 médicos especializados y capacitados para

¹⁶ <https://www.multiestetica.mx> › Centros.

realizar cirugías estéticas. En particular las cirugías estéticas son practicadas en hospitales privados, pero muchos cirujanos oscilan en ambos sectores (público y privado).

Si analizamos el equipamiento médico en la ciudad, parecería que el discurso médico tiene presencia en el imaginario colectivo, ya que la ciudad de León es el municipio que ostenta un mayor número de unidades médicas sumando 70 hospitales públicos, siendo 6 de especialidades. El personal médico por municipio en León es 3 203 empleados de la salud pública -se cuentan aquí médicos, enfermeras (os) y personal administrativo-, muy por encima del municipio que le sigue en capacidad que es Irapuato con 907 empleados de salud pública registrados (INEGI, 2018).

Al igual existen dos Universidades públicas de relevancia nacional que ofrecen cursos y carreras con referencia al área de medicina y salud, la Universidad Nacional Autónoma de México-Campus León -UNAM-León- y la Universidad de Guanajuato -en adelante UG-. En particular la UG ofrece la carrera de médico cirujano y la UNAM tiene un laboratorio enfocado a patologías maxilofaciales y odontológicas, así como tres carreras de especialidad en el área de la salud; fisioterapia, odontología y optometría. Precisamente León es el semillero principal del Estado, ya que la facultad de medicina de la Universidad de Guanajuato es la única institución avalada para expedir cédulas de médico cirujano.

Además, existen pocos estudios en el bajo y las zonas aledañas respecto a este fenómeno en emergencia de la práctica de cirugías plástico-cosméticas y no se ha hecho un estudio minucioso del impacto de este fenómeno en la realidad social que a la par trae consigo otro tipo de prácticas como el nuevo fenómeno que es el denominado turismo médico y que tienen un auge persistente en ciudades como León.

2.6 Algunas acotaciones. La elección de las y los actores de la investigación y la forma de operacionalizar el Discurso.

El tema de las cirugías plástico-cosméticas es un tema que se caracteriza por cierto hermetismo para poder brindar su testimonio por parte de los sujetos participantes en el proceso. La mayor dificultad para contactar a las y los médicos radica en que hoy día el fenómeno de las cirugías plástico-

cosméticas implica una ambigüedad legal¹⁷ por la poca claridad que existe según la normatividad vigente, pero también hay una especie de acuerdo mutuo para proteger el anonimato de los pacientes.

Otro factor que influye para no poder llevar a cabo estudios longitudinales como lo planeé en un principio, se relaciona con la poca disponibilidad de tiempo por parte de las y los cirujanos dada su carga de trabajo, de ahí que se optó por una estrategia centrada en entrevistas semiestructuradas y con un enfoque en análisis de discurso que permita vincular los testimonios individuales de los y las médicos (as) entendiendo que ellos como individuos forman parte de una comunidad estructurada que implica: jerarquías, normatividades, reglamentos e incluso rituales, estos testimonios se pueden triangular con documentos, revistas, y otros elementos semióticos que nos permitan darle cause a los objetivos de la investigación.

Inicialmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a un grupo de médicos, seleccionados por su experiencia y trayectoria en el campo de las cirugías plástico-cosméticas. También se realizó entrevistas semiestructuradas a 6 pacientes para comprender la relación intersubjetiva entre el médico y el paciente en la configuración de los significados de: cuerpo, salud y belleza.

En un segundo momento, se realizó una revisión documental para analizar la amplificación y réplica del discurso médico en el imaginario social por medio de campañas y estrategias de higiene y salud pública, se revisaron las publicaciones periódicas de las AMCPER, las publicaciones de la revista cirugías y *cirujanos* y documentos legales como la Ley general de salud que muestran la controversia jurídica en torno a la práctica de las cirugías plástico-cosméticas, de ahí emergen una serie de códigos que pueden organizar nuestra sección de hallazgos y nos permiten establecer relaciones y categorizaciones del análisis inductivo, como se muestra en la ilustración 1.

¹⁷ Existe confusión sobre si las cirugías estéticas pertenecen al ámbito de la salud o están más vinculadas al comercio y la belleza, lo cual las define dentro del ámbito de la estética y la cosmética.

Ilustración 1 Sistema de códigos que emanan del análisis inductivo, representado en una nube de frecuencia.



Fuente: Elaboración propia mediante una codificación realizada con el software MAXQDA.

En el caso de las y los pacientes el reto fue aún mayúsculo puesto que muchas veces se desea mantener el cambio en anonimato, de hecho algunas de las entrevistas hasta ahora realizadas apuntan a que una cirugía es “exitosa” en cuanto no implique un cambio radical o muy exagerado, en ese sentido inicialmente se optó por solicitar a los mismos cirujanos que me permitieran generar un contacto con las y los pacientes, lo cual fue poco fructífero (dada esa condición de confidencialidad apuntada anteriormente), así que me di a la tarea de contactar con colegas y compañeros que tuviesen conocidos o conocidas que se hubiesen practicado un procedimiento plástico-cosmético, este camino me arrojó mejores resultados que atribuyo al nivel de confianza en la recomendación para hablar, ello me permitió incluso generar una diada de análisis.

Ya dijimos que nuestro enfoque sería ante todo comprensivo e inductivo en tanto que partimos de ciertas preguntas para establecer algunos supuestos de la investigación, los cuales serán pensados desde una metodología cualitativa y con una visión inductiva en la construcción de lo analizable, pero como una elección práctica para reconocer algunos actores importantes que podrían aportar mayores elementos a nuestra pesquisa de actores clave en la construcción del discurso (en el caso de los médicos) se optó por la técnica de mapeo de actores clave.

Según el mapeo de actores clave, es necesario entender las diversas relaciones entre individuos y grupos de acción, es decir aquellos campos en los que interactúan los sujetos, ello nos permite ubicar la función e influencia que tienen en la toma de decisiones, pero también en nuestro caso particular, en la construcción de los significados de cuerpo, salud y belleza dada la pregunta de investigación.

Para la ubicación de los actores sociales fundamentales para esta investigación se siguió la técnica del mapeo de actores clave ya que como dice Tapella (2007) esta herramienta de rastreo es una forma de organizar y priorizar nuestro trabajo, enfocando el nodo de la investigación pues como bien dice:

Con el mapeo de actores se busca no solo tener un listado de los diferentes actores que participan en una iniciativa, sino conocer sus acciones y los objetivos de su participación. En tal sentido, es importante destacar que en el mapeo de actores hay que identificar roles y poderes de los actores sociales más relevantes (Tapella, 2007).

Una vez ubicados actores fundamentales según el mapeo de actores clave, se optó por enviar un correo electrónico a 15 médicos, tomando en cuenta; tiempo de trabajo, trayectoria, nivel de aparición en el espacio público, a lo cual sólo 5 respondieron y se pudo realizar la entrevista.

Finalmente para el análisis propio de las narrativas y textos que podrían dar luz sobre el Discurso médico en escenario de las cirugías plásticas cosméticas se partió de sistematizar las entrevistas en dos campos, relacionándolas con los objetivos generales, pero también utilizando una codificación inductiva por medio del software MAXQDA que nos permite

relacionar categorías por frecuencia y poder corresponder los elementos teóricos con lo que arrojan los propios datos, ese mismo tratamiento se hizo con los documentos oficiales antes mencionados y ellos arrojaron una serie de regularidades discursivas que se presentan con más detalle en el apartado que denominamos hallazgos de investigación.

2.6.1 De la elección de los médicos.

Nuestro contexto de estudio enfatizó en 5 clínicas de cirugías de la ciudad de León pertenecientes al área urbana. Finalmente, los actores involucrados en esta investigación son particularmente los médicos y pacientes. Se tomaron en cuenta algunas variables: edad, origen y sexo. En nuestro estudio fue importante analizar el discurso oficial de los médicos y el sector salud sobre lo naturalizado y normalizado en torno a categorías como belleza, cuerpo y salud, de esta manera el análisis del discurso resulta indispensable.

Al principio, nos centramos en el discurso de los médicos que influirán en la interpretación de conceptos como cuerpo, salud y belleza, ya que tienen un gran poder para dar significado y normalizar estas ideas, reconociendo que su posición no es imparcial.

Por ende, el discurso médico se entiende como un discurso delimitado y organizado en un contexto en el cual confluyen: saberes, intereses y relaciones de poder. En un principio, se decidió buscar médicos influyentes en el grupo de cirujanos plásticos de León, quienes tienen un amplio conocimiento de la historia de las cirugías estéticas en la ciudad y son pioneros en estas prácticas, además de contribuir a la formación de otros cirujanos y ofrecer servicios en el ámbito público y privado, como en la clínica del ISSSTE.

Además, fue relevante seguir la pista a discursos médicos que carecen de la acreditación necesaria para realizar intervenciones estéticas en el cuerpo, a menudo conocidos como practicantes de medicina estética, a pesar de que poseen credenciales para llevar a cabo dichas prácticas.

Igualmente, deseaba entrevistar a profesionales que no estén afiliados de manera oficial a la AMCPER, la asociación que certifica a los cirujanos plásticos y reconstruccionistas, siendo esta su principal vía de reconocimiento, afiliación y acreditación. Si se quiere pertenecer a ese grupo, pues como lo estipula la propia página, la AMCPER:

El médico, después de prácticamente vivir en hospitales durante esos años, solicitará al término de su especialización y la certificación de su capacidad

profesional por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, formado principalmente por profesores de cursos de postgrado en esta especialidad, y para ello presenta un examen escrito y oral de alto grado de dificultad para ratificar sus conocimientos. Una vez certificado el cirujano sigue preparándose en su especialidad con cursos, congresos, etc. tanto Nacional como Internacionalmente (AMCPER, 2021)

Es peculiar, destacar que algunos de los que practican las cirugías plástico-cosmética en León no se encuentran dentro de ese grupo, y, por tanto, se les considera sujetos sin legitimidad para ejercer, aunque cuenten con sus credenciales e incluso el aval social, pero no pude contactar con ningún médico de estas características.

La manera en la que se ha contactado a los médicos fue primero haciendo una selección bajo los principios antes enunciados, y una vez establecido los criterios se les envió un correo formal con todas las acreditaciones pertinentes y en algunos casos se les hizo una llamada, en la mayoría de los casos los médicos han accedido, solo me falta cubrir el rubro de los médicos que practican la cirugías plástico-cosmético, pero no están inscritos en el directorio de la AMCPER pero es mucho más difícil acceder a este grupo dadas las circunstancias de su legitimación social, hasta ahora he podido realizar 5 entrevistas a médicos, dos de ellos son pioneros de la asociación cirujanos de León, los otros dos tienen amplia experiencia en el campo, uno de ellos sería un médico ubicado como “sin credenciales necesarias” y una de ellas es mujer y labora en el ámbito privado y público.

Por último, también me interesaba conocer los desafíos que enfrentan las cirujanas al intentar establecerse como profesionales en el campo médico, a pesar de que la mayoría de los pacientes que se someten a cirugías son mujeres, la proporción de cirujanas graduadas es significativamente menor, lo cual refleja posibles mecanismos biopolíticos que influyen en la práctica médica y van más allá del enfoque tradicional de la salud, solo pude tener la entrevista con una médica, la cual fue de suma relevancia para analizar las jerarquías médicas y ciertas formas de ritualidad que acontecen en la práctica quirúrgica.

Tabla 2 Reconocimiento de actores claves (médicos) y su perfil.

Médico	Edad	Formación	Fecha de la entrevista	Espacio donde labora
Médico Randall	35	Médico cirujano de la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). También es médico estético por el centro de estudios superiores del conde, Diplomado en medicina estética, Universidad del conde.	20 de diciembre del 2020	Consultorio Privado
Médico Víctor	42	Médico general con especialidad y maestría en cirugía estética por la UNAM	9 de marzo del 2021	Consultorio privado
Médico Gustavo	39	Egresado del Servicio de Cirugía plástica Dr Fernando Ortiz Monasterio del Hospital General de México. Miembro del Colegio de Guanajuato de Cirujanos Plásticos, Estéticos y Reconstructivos. Miembro y <i>National Secretary Assistant</i> de ISAPS. Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva CMCPER. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva AMCPER. Director de la Fundación REBICAM Guanajuato.	17 de abril del 2021	Consultorio privado y clínicas públicas
Médica Bety		Es egresada como médico cirujano de la Universidad de Guanajuato. Posteriormente estudio la especialidad de cirugía general en el	14 de mayo del 2021	Clínicas privadas y públicas

	Hospital Regional avalada por la Universidad de Guanajuato y estudió la subespecialidad en Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" por la Universidad de Guadalajara.		
Médico Felipe	Es egresado como médico cirujano de la Universidad de Guanajuato; más adelante se especializó en Cirugía Plástica y Reconstructiva en la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM y actualmente cuenta con la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. CMCPER. Además, es miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A.C. AMCPER.	18 de mayo del 2021	Consultorio privado

Fuente: Elaboración propia.

2.6.2 De la necesidad de la voz de los pacientes.

Al principio de la investigación, me estaba centrando solamente en el discurso médico en el contexto de las clínicas de cirugía plástico-cosmética, para analizar cómo se configuran categorías como cuerpo, salud y belleza en ese escenario. Pero, conforme avanzaba el proyecto, surgió la necesidad de incluir la relación intersubjetiva en la negociación de estos significados. Tempranamente en el trabajo, me percaté que los pacientes a menudo tienen preferencias y visiones personales de belleza, salud y cuerpo, lo cual sugiere que estos

significados se discuten de manera compartida, se entablan una suerte de negociaciones para llegar a un acuerdo del procedimiento.

Quise indagar en los puntos de vista de hombres y mujeres sobre la creación de significados en sus procedimientos de cirugía plástica, con el fin de explorar si hay divergencias con la perspectiva médica predominante. Esta comparación revelaría posibles conflictos internos entre los conceptos médicos y las demandas subjetivas de los pacientes.

Los cirujanos notan que los tratamientos de los pacientes varían significativamente al considerar la distinción de género, lo cual puede influir en la manera en que se comunican especialmente en cirugías relacionadas con la asignación de sexo.

Por lo tanto, al inicio se intentó obtener testimonios de pacientes a través de los médicos, pero resultó ser un desafío debido a regulaciones sobre confidencialidad. Como alternativa, comencé a preguntar entre colegas por personas que conocieran a pacientes intervenidos, lo cual resultó en 4 entrevistas hasta ahora: 2 hombres, 3 mujeres y 1 persona sin identificación de género.

En general, pienso que la selección y contacto con los participantes ha sido exitosa y gratificante a pesar de los desafíos de la pandemia. La mayoría de las entrevistas se han realizado en persona y he tenido la oportunidad de visitar los entornos clínicos, especialmente las áreas de diagnóstico y consulta.

Tabla 3 Identificación de pacientes y su perfil.

Paciente	Edad	Fecha de la entrevista	Ocupación
Rodrigo	35	20 febrero del 2021	Gestor de proyectos
Jorge	32	25 de febrero del 2021	Diseñador
Johana	30	29 de junio del 2021	Estilista
Nicole	23	27 de agosto del 2021	Estudiante de comunicación y diseñadora de páginas de negocios.

Yez	38	3 de septiembre del 2021	Profesora de inglés y aeromoza
Vale	32	7 de septiembre del 2021	Psicóloga, fisicoculturista y cantante.

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo III. Marco conceptual. La indagación de categorías cuerpo, salud y belleza a través de una analítica biopolítica.

3.1 Cirugías, símbolos y el cuerpo fragmentado. Un punto de partida.

En el apartado denominado antecedentes mencionamos las referencias y discursos disciplinares sobre el tema de la CPC, centrándonos en tres niveles: El discurso oficial, las investigaciones pioneras en ciencias sociales y las investigaciones regionales. Los estudios mencionados constituyen antecedentes que sin duda podrían ser elementos de interlocución con la presente investigación, pero no fundan nuestro punto de partida.

Para entender el fenómeno de las CPC y su relación con la producción de discursos que vendrían a configurar las categorías de cuerpo, salud y belleza, parto de una analítica biopolítica y una indagación genealógica. En esta sección me encargaré de precisar cuál es el lugar teórico desde el que nos posicionamos para abordar el fenómeno de las CPC.

La CPC es pues una práctica donde se pone de manifiesto una discursividad que naturaliza y normaliza las categorías referidas en el objetivo general. Esto ocurre bajo un mandato orientador del médico que se puede “negociar”, pero que inevitablemente parte de supuestos axiológicos bien definidos por el orden anatómico y la legitimidad tecnocientífica de la medicina.

El primer trabajo que mencionaré es la tesis de Marta Patricia Liévano Franco, la cual lleva por nombre *El uso de la cirugía estética: Un acercamiento a la (re) construcción del cuerpo y la subjetividad femeninos*. En este texto la autora parte de reconocer los cambios en la percepción de acuerdo con la sociedad y tiempo desde donde se le mire por ello supone que “lo social se corporiza en los sujetos” (2012, p. 9), bajo esta premisa habría que indagar en la constitución de una nueva ética de lo corporal.

Siguiendo a Liévano, podemos indicar que en la época moderna se habría dado la implantación de un modelo mecanicista, el cual considera al cuerpo como un objeto diseccionado en partes, diferenciadas iatrogénicamente.

A lo largo de la investigación, la autora pone en duda esta separación del cuerpo y la mente incitada por la metafísica cartesiana, debido a que la idea de cuerpo como algo íntegro quedaría segregada desde un modelo dualista, así también una noción de cuerpo como elemento biológico deviene en un recipiente moldeable quedando al arbitrio de un discurso organicista, tal como lo dice la autora: “La metáfora del cuerpo máquina nos señala al cuerpo

instrumento en el que el movimiento es comparable con el de cualquier otro objeto que tenga movimiento mecánico, en este caso biomecánico” (Liévano, 2012, p. 11).¹⁸

Debido a sus propias indagaciones sobre lo corporal, Liévano se ve orillada a acuñar un concepto como el de *posmocuerpo* para mostrar las relaciones del cuerpo moderno con su entorno. Cabe resaltar que lo anterior, no tendrá como objetivo ensalzar el individualismo epistemológico y relativismo cultural (que muchos han adjudicado a la categoría de posmo), al contrario, podemos decir que en la época moderna se ha exaltado la realización personal a partir del cuidado individual, llevando a los agentes a un momento histórico determinado por un hipernarcisismo en el cual, el individuo se privilegia por el colectivo (Liévano, 2012).

En este horizonte ético, el yo es el pivote principal de la identidad y donde se asume la libertad de elección como principio rector de esta nueva moralidad. El resultado de todo esto será una obsesión por el culto a la personalidad.

Según la autora, la fragmentación de los cuerpos es otro elemento presente en esta nueva eticidad moderna, en donde la metáfora del cuerpo máquina ha sido asumida como natural. Tal posición discursiva viene bien a la práctica médica (particularmente en el caso de las cirugías plásticas).

El cuerpo moderno ya no se reconoce en su totalidad, se muestra en partes (máxime en los medios de comunicación), algunos ejemplos de esto serían las notas violentas, los programas televisivos en torno a las cirugías e intervenciones corporales, así como la pornografía, estas prácticas disponen ante el emisor imágenes de un cuerpo fracturado o escindido.

Frente a este panorama “lo real” se atraviesa por filtros y fantasías, consolidando lo que se denomina la época del simulacro, donde (ante todo) se pretende mostrar solo un elemento central de la identidad basado en la imagen.¹⁹

¹⁸ Para esta investigación no me detendré más en este punto pues en otro apartado sobre la concepción de cuerpo desde una reconfiguración genealógica, así estas breves líneas son una especie de horizonte de sentido para entender la obra de la autora.

¹⁹ El antropólogo Rodrigo Díaz Cruz ha abordado con mayor profundidad el tema de los cuerpos fragmentados desde la teoría del ritual de Turner. El antropólogo muestra una relación entre la manera en la que la pornografía privilegia la fragmentación del cuerpo y lo relaciona con el tema de la

La tesis central del texto consiste en suponer que la práctica médica quirúrgica, aunada a la separación del cuerpo en *res extensa* (materia) y *res cogitans* (mente) ha dado pauta a que el cuerpo se contemple como un elemento fragmentado y por lo tanto reparable e intervenirle en pro de un perfeccionamiento. Una vez suponiendo la metáfora del cuerpo máquina y la obsesión narcisista por la imagen “La cirugía estética legitimada concibe al cuerpo trozado, separado -y ésta- interviene en la recreación del cuerpo desde sus propios moldes” (Liévano, 2012, p. 15).

Otro apunte de la autora en el que hace hincapié considera que en la modernidad el cuerpo se vuelve un proyecto en sí mismo, con fines y metas específicas, esto desencadena en el florecimiento de una estética corporal narcisista, resultado directo del individualismo. Este cambio sería incomprensible sin la filosofía cartesiana del *cogito*, establece una reconfiguración ontológica, ya que el cuerpo deviene en un espacio vacío.

El efecto de esa comprensión de lo corporal generará angustias y una obsesión que rayará incluso en la ansiedad, dado que una sociedad que privilegia la exaltación de lo juvenil, de lo filtrado, de lo “irreal” como meta identitaria. Tales aspiraciones son contrarias a la naturalidad orgánica de los cuerpos que tienden a corromperse. Esta situación explicaría de alguna forma el aumento de las prácticas quirúrgicas, por ello la autora supone que “se reconfigura la subjetividad a partir de una ética de la fragmentación en donde se exalta el particularismo y relativismo cultural” (Liévano, 2012). Si lo planteamos en términos ordinarios se exalta la noción de que el cuerpo es un mero escenario de decisión individual, pero a la vez se atraviesa por estas expectativas de realización y los proyectos médicos vigentes.

El cuerpo, refleja una visión que lo reduce a sus distintos elementos anatómo-fisiológicos que lo componen, forjado en una lógica que lo inscribe dentro de la objetividad y racionalidad propias, en este caso de todo el andamiaje de la práctica médica. El cuerpo es, por un lado, sobrevalorado como material, reutilizable, moldeable, como pieza de recambio, y por otro lado, desvalorizado por ser transitorio y efímero, un cuerpo despojado de sí mismo. El desarrollo actual de la

desmembración violenta de muchos carteles asumen como signo de intimidación ante el rival, ambas prácticas en términos del autor y siguiendo a Gluckman edifican una “ritualización de la violencia sobre los cuerpos” (Díaz, 2014, p.74).

práctica médica mantiene un lugar predominante en la estructura social y una estrecha alianza con la tecnología, en sus diversas variantes, ambas contribuyen al establecimiento de una concepción del cuerpo que ha sucumbido a la práctica disolución de sí mismo en función del órgano (Liévano, 2012, p. 36).

Otra tesis que me ha resultado significativa es la de Abraham Sifuentes Mendoza, dicho documento lleva por nombre *Cuerpo fragmentado por la medicina y el mercado de la cirugía plástica. Experiencia en la frontera norte -Ciudad Juárez*. EL autor indaga desde la óptica sociológica (pero apoyado en otras herramientas que van desde la filosofía al psicoanálisis) el tema de la cirugía cosmética en Ciudad Juárez.

Su trazado parte de la premisa de que el cuerpo es ante todo un espacio de expresión social y éste existe por lo tanto en un mundo atravesado por discursos, prácticas y un lenguaje (de alguna manera delimitado por el orden médico). Todos los idearios antes mencionados configuran una manera de pensar el cuerpo, por lo mismo para el autor:

El proyecto corporal estético es inscrito en el ámbito de la medicina y la tecnociencia. Su particularidad estriba en la manera en que el cuerpo es colocado en una constante médica de manipularlo y trastocarlo en su condición de plasticidad (Sifuentes, 2010a, p. 5).

Por otro lado, como él mismo señala, la empresa médica no se basa o confina sólo en la eficacia y el desarrollo tecnocientífico moderno, sino “figura -un más allá- que se determina en un movimiento de eludir la abyección corporal, al incorporar una ilusión e inversión por un ideal de belleza, salud y bienestar” (Sifuentes, 2010a, p. 5)

Siguiendo esta línea, podemos visualizar que su planteamiento va en dos caminos que determinarían la posibilidad de dar lectura al cuerpo plástico estético 1) elucidar un planteamiento epistémico en torno a la práctica médica conocida como cirugía estética por medio de una sociología médica que interrogue por los elementos sociales que atraviesan la práctica y el discurso médico y 2) la manera en que se produce una dimensión social discursiva médica en un contexto como el de Ciudad Juárez.

Como podrá observar el que se acerque a la obra, Sifuentes echa mano de planteamientos teóricos que están muy vinculados a la obra de Foucault, pero también alude

a los elementos simbólicos que estarían dentro de una lectura psicoanalítica como la noción de deseo. Al mismo tiempo no es ajeno al uso de nociones de la antropología simbólica.

Otro aporte de su obra sería su estrategia metodológica que es clara y le ayuda a pensar distintos aspectos y variables que atraviesan el contexto de la práctica médica, y a los usuarios dentro de Ciudad Juárez. A partir de esa estrategia va descubriendo en su investigación cuatro rubros que ilustran el mercado de la belleza corporal: 1) Los espacios que atienden a la ejercitación física, 2) Espacios para la venta de medicamentos alimenticios y nutricionales que coadyuban a la salud general, 3) Clínicas del mejoramiento, cuidado del cuerpo y la piel y 4) Clínicas de cirugías plásticas-estéticas públicas y privadas (Sifuentes, 2010a, p. 7-8)

En resumidas cuentas, su tesis muestra un panorama muy bien logrado del horizonte de las cirugías plásticas y el mercado de la belleza en Ciudad Juárez, identificando la proveniencia de los cirujanos, así como algunas historias de vidas que revelan un universo en sí mismo, zafándose de cualquier reduccionismo ya sea: sociológico, biológico o psicológico.

Finalmente, Elsa Muñiz ha trabajado el tema de las cirugías desde un ámbito teórico, pero también sociológico y etnográfico. Sus preocupaciones son amplias pues ella se podría ubicar en el campo de la antropología corporal y el feminismo. De manera introductoria, sitúa a la cirugía estética como una práctica corporal y se plantea la pregunta de si la cirugía cosmética es un desafío a la naturaleza o un dispositivo naturalizador.

Abrevando del simbolismo de Víctor Turner y Mary Douglas, la autora sostiene que “nuestros cuerpos son una metáfora cultural” es decir son canales de signos y símbolos. Bajo esa tesis, en la modernidad existe todo un proyecto identitario que hace suponer que nuestro cuerpo está a la mano, listo para modificarse y redefinirse, esa sería la metáfora que se expresa en el cuerpo moderno, como un proyecto perfectible, así:

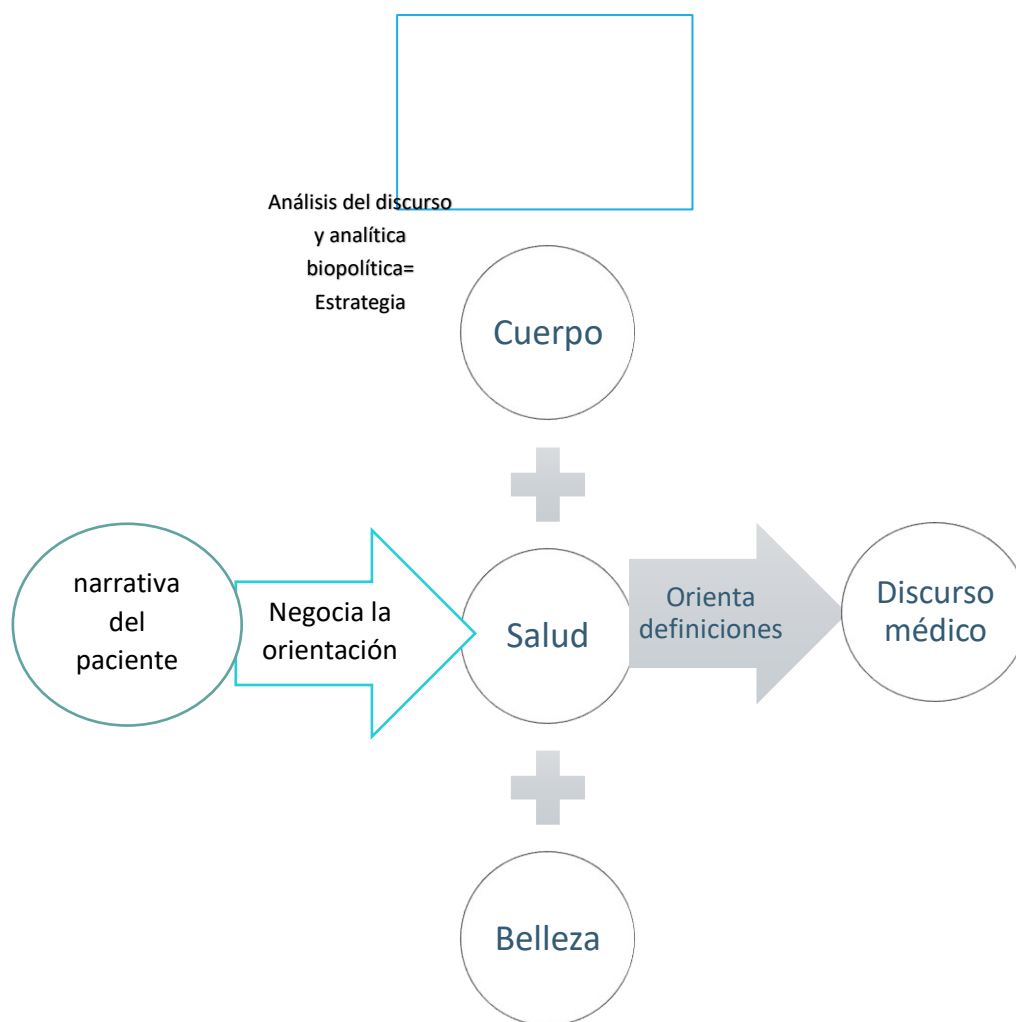
La implementación disposicional del mundo tecnocientífico es un reto a la naturaleza misma, dado la manera en que los avances en la ciencia y el auge de muchas prácticas corporales emergentes suponen que el cuerpo de los sujetos represente algo más que sus capacidades físicas (Muñiz, 2010, p. 254).

Bajo esta capacidad transformadora (no privativa de nuestro tiempo, pero si exacerbada), “la sociedad prepara y alienta a los individuos para conseguir un cuerpo que luzca joven, delgado, sexual y exitoso, mientras que el cuerpo viejo, enfermo o discapacitado debe ocultarse” (Muñiz, 2010, p. 253).

En este sentido para las modificaciones corporales suponen un desafío a la naturaleza y por lo tanto, una predominación de lo tecnocientífico y el mundo cultural, y sin embargo “revelan la paradoja de apelar a las normalidades establecidas desde la cultura, justificadas por un discurso de lo natural y lo biológico” (Muñiz, 2010, p. 255).

Estas tres tesis junto con las mencionadas anteriormente son las que están más cerca, de mis presupuestos teóricos, pero de suma importancia enunciar la mirada teórica desde la que se sitúa mi trabajo para analizar los discursos que delinear biopolíticamente las categorías de: cuerpo, salud y belleza desde la discursividad médica y la relación intersubjetiva con las y los pacientes. En la ilustración 3 se muestra una representación de la manera en que se empleó el marco teórico y la estrategia de análisis del discurso en relación a las categorías inductivas que aparecían en campo.

Ilustración 2 Categorías que aparecen en el Discurso médico y que se analizan desde una perspectiva biopolítica.



Fuente: Elaboración propia.

3.2 La biopolítica y el cuerpo.

El control de la sociedad sobre los individuos no se lleva a cabo solo mediante la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo.

(Foucault, 1994, p. 210)

Como apunta bien Zandra Pedraza, en la actualidad “la medicina ha ampliado su noción de salud y ha tenido que pensar en el cuerpo desde perspectivas hasta ahora excluidas de su

racionalidad” (2004, p. 24), de ahí que los campos de la salud y la belleza se encuentran más compenetrados que nunca. A partir de lo anterior, podemos decir que la medicina ha abandonado su cualidad estrictamente paliativa o profiláctica por una vocación más mercantil; prueba de ello es la gran ascendencia de los procedimientos estéticos y cosméticos que han vuelto a la farmacéutica un brazo más del complejo médico-industrial.

En este apartado trataré de problematizar el concepto de biopolítica, para de ahí engranar con los objetivos generales de la tesis, y uno de ellos consiste en hurgar en esas posibles formas de biopoder que han surgido dadas las nuevas prácticas sobre el cuerpo, que dentro del campo médico van más allá de un asunto de salud o una cuestión gnoseológica.

Entonces, ¿a qué nos referimos con el concepto biopolítica? ¿Cómo se podría “operacionalizar” para lograr entender estos emplazamientos discursivos de la medicina estética-cosmética? Y, ¿de qué manera las intervenciones conocidas como cirugías plástico-cosméticas configurarían una nueva biopolítica sobre los cuerpos?

3.2.1 Delimitación de la biopolítica: Diversas maneras de problematizar un concepto.

La biopolítica o relación del poder con la vida, quiere y debe en primer lugar hacer posible la vida, pero ¿qué significa esto? Siguiendo a Edgardo Castro, precisamos. “La noción de biopolítica remite a la idea de una política de la vida. El doble valor del genitivo introduce desde el inicio una ambivalencia: la vida puede ser tanto el sujeto como el objeto de la política” (Castro, 2011, p. 5).

Siguiendo esta sugerencia hecha por De Castro, debemos reconocer que la noción de biopolítica tiene orígenes antiguos y diferentes caminos e interpretaciones; estos son casi coetáneos al nacimiento de la ciencia política.

Particularmente, encontramos en los intereses eugenésicos del Estado Alemán los primeros empleos del término, el cual justificaba toda una asepsia de la realidad social respaldada por discursos científicos (Castro, 2011).

Bajo esos primeros intereses ideológicos, los estudios biopolíticos seminales se interesarían por mostrar que existen vidas que valen más que otras, y para lograr este objetivo

se promueven discursos científicos y médicos que imitarán ese principio de verdad, apoyándose de justificaciones inspiradas en un darwinismo social.

Esta intervención sobre la vida delimitaba a las personas en dos polos. 1) las “más evolucionadas” y que tenían derecho a existir y 2) razas inferiores que eran segregadas e incluso eliminadas. Para ejemplificar la afirmación anterior basta con recordar el ideal hitleriano de la raza aria y sus lamentables consecuencias.

Igualmente, esta perspectiva inicial sobre la biopolítica considerará como verdadera la metáfora del Estado como cuerpo social, Estado que (bajo esta analogía biologicista) se compondrá de: partes, funciones, tejidos, células (metáfora que hoy mismo se sigue empleando en el argot político) pero este cuerpo también padecerá enfermedades y cánceres.

Nos recuerda Roberto Esposito en su texto *Bíos: Biopolítica y filosofía* (2004) que “el sueco Rudolph Kjellen, fue el primero en emplear el término biopolítica y también se debe a éste, el de geopolítica” (Esposito, 2004, p. 24) esos términos en primera instancia contenían tintes racistas claramente vinculados a la metáfora de Estado-cuerpo. Tal como ocupa Esposito, el concepto de biopolítica se vio sometido a múltiples metamorfosis de inspiración posromántica, probablemente heredadas del darwinismo social, así como del funcionalismo y evolucionismo del cual también se impregnaron las ciencias sociales al inicio del siglo XX.

El Estado, desde este enfoque, se concibe como un cuerpo con órganos y células, y que incluye inminentemente la capacidad de reparar o extirpar a los sujetos que no entran en ese modelo. Para ello se crean una serie de medicinas estatales que pretenden sopesar los males sociales representados por: huelgas, sindicatos, alienados, pobres y todos los grupos que “atenten” contra la salud del Estado. Un ejemplo de esas disciplinas sería el nacimiento de la demografía.

Por contrario a esas concepciones eugenésicas de la biopolítica, el sentido iniciático con el que contemplo aquí la analítica biopolítica expresa los nexos entre el *bios* como lo natural y lo orgánico, pero siempre relacionado con lo social y político. En particular, se enfatiza en cómo las fuerzas necesitan un cuerpo para expresarse, así “biopolítica no remite sólo, o predominantemente, al modo en que, desde siempre, la política es tomada (limitada,

comprimida, determinada) por la vida, sino también, y, sobre todo, al modo en que la vida es aferrada, desafiada, penetrada por la política.” (Esposito, 2004, p. 51).

En un primer sentido, la biopolítica muestra cómo la ciencia es una herramienta efectiva y conducente a la generación de los discursos requeridos por las disciplinas tecnocientíficas o cualquier institución de la que emane poder para apoyar sus prácticas en tanto discurso de verdad.

Un claro ejemplo de la relación saber–poder que pretende controlar la vida se encuentra precisamente en la medicina, esta como disciplina tecnocientífica ayuda a preservarla, maximizarla y optimizarla, en tanto que las fuerzas útiles (individuos) son concientizadas y obligadas a afiliarse a sistemas de salud, cuidar su cuerpo, controlar la natalidad y la mortalidad, prolongar su vida y todo ello, en tanto, se cumpla el objetivo del poder respecto de la fuerza productiva de trabajo (Restrepo, 2013).

Por ejemplo, durante mi trabajo de campo y análisis de discurso encontré algún tipo de mandato médico donde se presupone la mirada médica como una orientación, una suerte de mandato quirúrgico, tal como se aprecia en el siguiente texto del médico Felipe Galiano y que aparece en las publicaciones periódicas de la Clínica Internacional de Medicina Estética (CIME):

Creo en la teoría de que como humanos tenemos múltiples aptitudes o inteligencias, y desde niño he tenido una inclinación y facilidad en el campo de las inteligencias lógico-matemática y espacial. Tal vez sea por esto que me enamoré del mundo de la cirugía plástica, que planifica todas sus intervenciones basándose estrictamente en conceptos geométricos para modificar, reparar o reconstruir forma y función de la anatomía humana (Galiano, 2018).

Como vemos, en el párrafo anterior, la idea de planificar, modificar, reparar y reconstruir son una suerte de mandatos quirúrgicos; éstos se expresan como gerundios o acciones que, a su vez, establecen una orientación médica. Simultáneamente, estos mandatos encubren toda una regencia moral, económica e incluso política de la mirada.

A pesar de dichas orientaciones, la medicina y en general muchas prácticas tecnocientíficas no se auto comprenden de antemano como componentes de una biopolítica,

es decir, muchas veces son irreflexivas epistemológicamente sobre sus prácticas ya que se encuentran inmersas en su propio campo discursivo.

De ahí incluso deviene un problema al ubicar a las CPC en el campo de la salud; por ejemplo, apreciamos esas contradicciones cuando le pregunto al médico Víctor en qué sentido los procedimientos estéticos son parte del campo de la salud.

No, la cirugía plástica, si es por salud, porque es la reconstrucción de defectos o de problemas causados por accidentes o quemaduras o cosas de esas, o cáncer (hace una pausa) pero la cirugía estética es nada más vanidad, o sea, es nada más por verte bien (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021).

Según esta distinción, no quedan claros los límites entre lo plástico y lo estético (incluso lo cosmético), porque hay una especie de contradicción sobre aquellos mandatos o decisiones quirúrgicas incuestionables, versus aquellas otras en las que más bien se demanda una negociación subjetiva con el paciente, entendiendo que la modificación se encuentra encaminada más por deseos, que por necesidades. Por lo anterior, es muy difícil para los médicos trazar esa línea entre tipos de procedimientos.

Ahora, según el sociólogo Thomas Lemke, la biopolítica tendría dos vertientes: la primera considera que la vida y la política son elementos autónomos, esto caería en una perspectiva de tipo foucaultiana, donde la política y la vida constituyen elementos autónomos pero no escindidos, y la segunda postura supone que vida y política están unidos, es ésta pues una posición naturalista, esta posición asume que la vida representa una referencia estable, ontológica y normativa, es decir biología y “naturaleza humana” determinan el comportamiento humano por lo que el análisis de ésta se dará por leyes causales.

Al igual, advierto que la noción de biopolítica que sostenemos aquí excede en ese sentido la voluntad del soberano, el Estado-nación y las estructuras mismas. No se trata únicamente de cómo el gobierno, la ciencia y otras instituciones ejercen una coerción sobre los cuerpos y las poblaciones, se refiere, como dice Lemke, “A la gestión y regulación de la vida a nivel de la población” (Lemke, 2017, p.17).

En pocas palabras, la biopolítica no exhibe una mera sujeción y control sobre la vida de forma pasiva, ya que los agentes son los que; por medio de acciones y acontecimientos,

van regulando y controlando los procesos de estructuración y normalización de los modelos aspiracionales. Por eso mismo, he querido investigar sobre el aumento de las prácticas cosméticas conocidas como cirugías plásticas, en las cuales el agente tiene una implicación directa en la decisión de modificar su cuerpo, pero esa decisión debe concebirse dentro del entorno del mercado y la tecnociencia como representaciones ideológicas condicionantes al sujeto y a sus propias orientaciones.

3.2.2 El gobierno del ser vivo: Foucault.

En 1974 aparece por primera vez en Foucault la noción de biopolítica, resignificándolo dadas las primeras implicaciones eugenésicas de este concepto bajo la concepción darwinista, pero es hasta 1976 cuando lo empieza a delimitarlo propiamente, dice Foucault en su primer tomo de *La historia de la sexualidad*. “Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político” (Foucault, 2005a, p. 85) ¿Cómo se entiende esto?

Para Foucault, el cuerpo es una entidad material que se ve atravesada por diversos dispositivos, los cuales configuran una nueva manera de asegurar, normar y controlar la vida. Particularmente en la modernidad, la medicina y otros saberes tecnocientíficos son parte del reforzamiento de la domesticación del cuerpo. Con lo anterior se bosquejan y configuran ideales de salud y belleza que se asumen como universales. Esto lo anticipaba el autor desde sus primeros trabajos. Me parece necesario recordar este fragmento del texto *Vigilar y castigar*:

El cuerpo está también directamente inmerso en un cuerpo político, las relaciones de poder operan sobre él una fuerza inmediata; lo cercan, lo marcan, lo someten a suplicio, lo fuerzan a más trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos (Foucault, 2005b, p. 32).

Así podríamos enfatizar una relación diádica en la modernidad entre poder y saber, que se encuentran implicados en esta nueva biopolítica del cuerpo. Ahora, según Lemke (2017), existen tres usos del concepto de biopolítica en Foucault.

- La biopolítica representa una cesura histórica en la acción y el pensamiento político que se destacan en una relativización y reformulación del papel del soberano.

- Otorga un papel central al mecanismo biopolítico (dispositivo) en la configuración de un racismo moderno.
- El concepto apunta a un arte particular del gobierno que sólo surge con las técnicas de control liberales. En este caso tienen gran relevancia dispositivos como la cirugía, que parece un mecanismo de agenciamiento.

Dado estos significados extraídos del pensamiento de Foucault, podemos asumir precisamente que en la modernidad las disciplinas son un saber legítimo, dotado de autoridad para definir y estandarizar adjetivos como: lo bueno, lo malo, lo normal; de tal manera, tanto la ciencia y la tecnología son parte de la constitución de una nueva *episteme* que asume el control y el dominio de los objetos, *ergo* el cuerpo deviene en otro objeto disponible.

En esta nueva relación del saber-poder es donde gesta una monopolización de la legitimidad del campo disciplinar tecnocientífico para hablar del cuerpo, este saber opera construyendo un discurso legítimo basado en la objetividad y neutralidad de los enunciados, ya que “la disciplina fabrica cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles” su fin es aumentar la fuerza física y disminuir la fuerza de voluntad política; estas fuerzas de docilitar el cuerpo definen una nueva microfísica del poder (Lemke, 2017, p. 143). Ahora, el régimen biopolítico en la modernidad:

No se presenta como un apartamiento de la vida respecto de la presión que el derecho ejerce sobre ella, sino más bien como una entrega de la relación entre vida y derecho a una dimensión que a la vez los determina y los excede (Esposito, 2004, p. 44).

Aun así, para Foucault, “la vida y nada más que -las líneas de desarrollo en las que se inscribe o los vórtices en los que se contrae- es tocada, atravesada, modificada y dada aún en sus fibras más íntimas por la historia” (Foucault, 2014, p. 45), de esta manera, la idea de que la vida no es una esencia o una naturaleza inmutable vuelve aún más problemático el concepto de biopolítica, pues las relaciones entre poder y vida se modifican en el discurso y en la praxis, mediante la misma agencia de los individuos.

En esta nueva *episteme* de la modernidad tiene como origen el nacimiento de una mecánica de poder absolutamente incompatible con las relaciones de soberanía. Entre los

siglos XVII y XVIII, se aprecia una época destacada por un poder y control sobre los cuerpos de forma explícita y directa. Son precisamente los dispositivos de los que hemos hablado antes los que permiten estas formas sutiles de sometimiento y autocontrol y entre estos dispositivos se encontrarían las CPC.

Desde la posición biopolítica, el agente es parte activa en su encauzamiento y normalización, esto se aprecia bien al caso las CPC y otras intervenciones cosméticas, las cuales forman nuevos dispositivos normalizadores y tal como lo auguraba Foucault, parece que en la modernidad “se cambia el mandato del soberano de hacer morir y hacer vivir, por el ideal liberal de dejar vivir y dejar morir” (Foucault, 2005).

3.2.3 ¿Más allá de la biopolítica foucaultiana?

Las nuevas posibilidades analíticas del concepto biopolítica no deberían concebirse como una ruptura o una separación con todo lo formulado por el filósofo francés, al contrario, es un mismo camino que se sigue recorriendo y alimentando de diversas discusiones, debates y aportes.

Lo anterior suena lógico dada la misma propuesta que haría Foucault, y que podemos ir rastreando como una autocorrección constante a lo largo de sus textos. Con esto asumimos pues, que el pensamiento social es un proceso inacabado, reconocemos que el devenir histórico y humano se va transformando con el paso del tiempo. Una vez asumido esto, quiero mostrar algunas propuestas en torno a la relación entre la vida, el poder y el saber que se gestan en el mundo en que estamos arrojados y que nos permitirían precisar en qué sentido la práctica médica de las CPC puede obrar como biopolítica.

Una de las posturas más discutidas sobre la biopolítica es la sostenida por Didier Fassin, el antropólogo argelino-francés que intenta pensar más allá de la discusión típica de la antropología en torno al cuerpo, ya que, si bien reconoce que el cuerpo expresa símbolos y tiene signos los cuales se manifiestan socialmente.

El autor igualmente quiere exceder un poco esa posición culturalista o sociologista enarbolada en trabajos como los de Mary Douglas (1966) o Marcel Mauss (1934) que analizarían las prácticas culturales como elementos simbólicos a interpretar dentro de un

marco de sentido significativo, así la intención de Fassin “ se trata de trazar algunas líneas de investigación de lo que podría ser una antropología política del cuerpo” (Fassin, 2003, p. 202).

Fassin (al trabajar con fenómenos como el de los refugiados, asilados, migrantes, así como las diferentes manifestaciones de los éxodos humanos y los excluidos sociales), comienza a acuñar un nuevo significado derivado del concepto de biopolítica, que sería incluso contestatario con este al que denominará biolegitimidad.

Es mediante el análisis del discurso de las peticiones de asilo de la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales de Seine -Saint -Denis el medio por el cual Fassin se logró percatar de algunas lógicas comunes en torno al cuerpo como escenario de sufrimiento. Estas lógicas atraviesan el discurso de los agentes, particularmente en la llamada petición de asilo, en la cual muchas veces estos grupos excluidos de la cualidad de “ciudadanos legítimos” apelarían a un cuerpo doliente para adquirir al menos el estatuto de candidatos a mantenerse en el territorio, por tal motivo, según Fassin, lo que está en juego es ganar escenario de reconocimiento, por lo tanto:

Se trata de contarse a sí mismo en pocas palabras, de revelar su desamparo en los más íntimos detalles de lo cotidiano y en los signos más demostrativos de estado físico, para así justificar y certificar la extrema necesidad material que convencerá a la comisión de adjudicación prefectoral de conceder algún subsidio (Fassin, 2005, p. 204).

Mediante las diversas cartas revisadas en los expedientes del departamento de asuntos sanitarios y sociales de Francia, Fassin se percatará de que los desplazados apelan a una razón humanitaria, como dice: “El cuerpo es el que da derecho”. Los excluidos piden un reconocimiento bajo un logos común, aquí precisamente la noción del nexo, poder y vida se modificarán en relación con la propuesta foucaultiana, pues para Fassin, el cuerpo como agente demanda y busca ser reconocido, nuevo al que denomina biolegimitidad, este pretende exhumar los fantasmas estructuralistas que padecerán los trabajos en torno al bio-poder:

En consecuencia, más que una imposición de un bio-poder, en el sentido en que lo entendía Michel Foucault, es decir, una “disciplina” individual y colectiva de las conductas, es preciso ver en estas demandas a las instituciones la puesta en

práctica de una bio-legitimidad, tal como he propuesto calificar a esta forma de reconocimiento social de la vida como “bien supremo”, para retomar las palabras de Hannah Arendt. Exponer su cuerpo, por el relato de sí mismo (la modalidad más ordinaria de la justificación de las ayudas sociales) pero también a veces a la vista de los otros (procedimiento habitual de certificación de enfermedad para un extranjero que solicita una regularización por motivos médicos o pruebas de secuelas de tortura para una solicitud de asilo); jugarse la vida, contándola (bajo la forma escrita de la súplica dirigida a una administración o a través de la expresión oral de la solicitud ante un trabajador social) e inclusive arriesgándola (en huelgas de hambre de indocumentados o en tentativas de ingreso clandestino en un territorio extranjero); tantas son las manifestaciones locales del imperio creciente de una bio - legitimidad que se encuentra también presente en las escenas internacionales donde la razón humanitaria la pone en práctica en todos los terrenos de los conflictos (Fassin, 2004, p. 204).

Como apreciamos en la cita anterior, en Fassin el cuerpo doliente puede ser mecanismo de empoderamiento e incluso podemos asumir que se destaca que los fenómenos biopolíticos incluyen una dimensión moral, por lo que cada análisis de la política debería considerar la economía moral subyacente.

Esta moral no es tanto universal, sino que se daría en un marco de sentido cultural. A partir de esta perspectiva, los agentes van construyendo ese entramado de sentido y valorando unos recursos materiales y simbólicos sobre otros, en convenio con al marco de acción en el que les ha tocado vivir, así a diferencia de autores como Foucault o Agamben, donde la relación biopolítica que une al cuerpo con el Estado no adopta la forma de un hechizo violento. Fassin (en palabras de Lemke) considera más bien que “opera un gobierno sutil del cuerpo que se organiza alrededor de la salud y la integridad corporal como valores centrales” (2017, p. 111).

Dicho esto, la biolegitimidad asume que la agencia es posible partiendo del cuerpo mismo como espacio político, de ahí su idea de que es importante gobernar por los cuerpos, a lo que Fassin propondrá incluso un retorno a una visión humanitaria de los cuerpos, poniendo especial énfasis en el reconocimiento de los que sufren.

Otra ampliación al concepto de biopolítica es el aporte de Michel Hardt y Antonio Negri; ellos sostienen en su libro *Imperio* (2002) que existe una crisis de las instituciones clásicas de encierro descritas inicialmente por Michel Foucault; cárceles, escuelas, psiquiátricos, etc. Lo anterior no implica que las sociedades actuales dejen de estar controladas. Por ende, los individuos seguirían sometidos a dispositivos de control, pero existen nuevas variables que modifican las modernas formas en que somos vigilados y coaccionados, por ejemplo, la variable de la rapidez en la vida ordinaria y las relaciones entre hombres, la cual tiene como consecuencia una necesidad casi compulsiva de tener cualquier objeto disponible y a la mano, esta lógica supone nuevas formas de control.

Desde un análisis que vincula la noción de biopolítica foucaultiana y la teoría de la alienación y el trabajo marxista, los autores muestran cómo en las sociedades actuales se está dando un giro del individuo-trabajador y productor-disciplinado en la época industrial a un consumidor controlado.

La observación anterior es similar a la sostenida por autores como Zygmunt Bauman, por ejemplo, en su texto *Trabajo, Consumismo y Nuevos pobres*. El sociólogo polaco anticipaba cómo la lógica de la ética del trabajo, definida claramente en autores como Max Weber, ha sufrido un desplazamiento a lo que otrora llamaríamos la estética de consumo, es decir, a pesar de que las sociedades mantienen la industria y la producción como sostenes de la vida económica, una nueva ontología supone que ahora somos y nos constituimos más como sujetos de consumo que como sujetos de producción (Bauman, 2000).

Precisamente lo que hacen Hardt y Negri es analizar y dejar ver los nuevos dispositivos, que en la ya pasada lógica moderna consistían en mecanismos precarios de control; esto se encontraban prácticamente suscritos a un espacio geográfico y temporal específico, tales como los dispositivos de encierro descritos por Foucault: el panóptico bethaniano, el confesionario religioso o psicológico, las instituciones totales, las disposiciones legales y la reglamentación del tiempo, esos constituirán los engranes de la lógica moderna de control: “Los dispositivos de poder en la sociedad industrial apuntaban a la construcción de cuerpos dóciles-domesticados, adiestrados, disciplinados, destinados a alimentar los engranes de la producción fabril” (Hard & Negri, 2002, p.26).

En el pasado moderno, los cuerpos se sometían por mecanismos directos y plausibles, estos cuerpos existen en función de lo que produzcan y de lo que se hace con ellos, la pregunta entonces es ¿cuál es la función que juegan los cuerpos en el escenario actual? ¿Cuáles son los nuevos mecanismos de sujeción que moldean la nueva ontología corporal?

Los autores llegarán a la conclusión de que actualmente ya no se requiere el encierro, el castigo, el adiestramiento o el encauzamiento como elementos centrales de control, ejemplo claro de esta transformación es la manera en la que se vigila y controla la salud pues actualmente es posible monitorearla virtualmente y vigilar nuestro estado digitalmente, en ese sentido la existencia es encauzada por medio de dispositivos electrónicos, y nosotros mismos construimos y edificamos esas nuevas formas de control, en ocasiones el cuerpo como escenario físico se desplaza, pero eso no implica mayor autonomía pues como los autores dicen: “El nuevo capitalismo se erige sobre el inmenso poder de procedimiento digital y metaboliza las fuerzas vitales con una voracidad inaudita, lanzando y relanzando constantemente al mercado nuevas subjetividades” (Hardt y Negri, 2002, p. 28).

Bajo este escenario, las subjetividades son producidas por los mercados en función de nuestros gustos, nuestros anhelos y deseos. El consumidor es el mismo un producto y esto solo podría ser posible en la transición en ciernes de un universo analógico al universo digital, donde la noción de lo corporal se reconfigura y podemos experimentar otras vidas, pero cuando retornamos a nuestro propio estar, nos sabemos sujetos al confinamiento autoinducido, y no todos somos individuos en esa lógica del capital que asume que existimos en cuanto consumidores y por ello el endeudamiento eterno es otra forma de control que somete a nuestras aspiraciones, pero sobre todo a nuestro trabajo.

En una ruta similar a la trazada por Negri y Hardt, la socióloga brasileña Paula Sibilia, mediante el enlazamiento de técnicas y teoría de disciplinas convergentes (antropología, filosofía, sociología y otras), ha analizado fenómenos emergentes de la existencia moderna y es en uno de sus textos más conocidos, *El hombre post-orgánico* (2015) donde propone replantear la relación entre la vida, el saber y la tecnología contemporánea.

La autora asume que es un hecho que las técnicas digitales y los aparatos de salud del Estado buscan preservar la vida y ese es precisamente su principal objetivo. Las nuevas

disciplinas médicas junto con la tecnociencia asumen la garantía de la extensión de la vida y para ello utilizan todos los mecanismos médicos y tecnológicos a la mano.

Esto contrasta con el modelo productivo y mecánico predominante en la época industrial, que, si bien concebía ciertas maneras de domesticar y controlar la vida, no desplazaba al Estado en su función de garante de la vida y la salud, pues “anteriormente la población como problema biológico y político debía ser administrada por el Estado-nación” (Sibilia, 2006, p. 82), por ello, ante al advenimiento de todo un régimen de individualización y de tecnificación general ya no ocurre del todo.

Actualmente parece que la vida se administra por mecanismos tecnocientíficos, y si bien este cambio inicia con la modernidad (ya anunciado por Foucault) nunca se supuso la nueva forma de generar subjetividades por medio de diversos dispositivos, eso es muy claro, por ejemplo, en el caso de la cirugía, en donde se puede asignar una nueva identidad física e incluso psicológica, al individuo por medio de una intervención corporal.

Por ello, hoy día la naturaleza vista desde una óptica mecánica y física (que corresponde al modelo moderno) tiene que convivir con una nueva realidad científica, en donde, en términos de la autora, “la naturaleza ya no se descompone y recrea según el orden orgánico geométrico sino de acuerdo con el modelo informático molecular (Sibilia, 2006, p. 89).

Esto trae como consecuencia no sólo un cambio en la manera en la que observamos la naturaleza sino en la ontología misma de la existencia, pues lo artificial se vuelve una segunda naturaleza, los dispositivos no son ya meros útiles a la mano, ni objetos domesticables, son parte de nuestra propia vida.

Lo anterior instituiría la naturaleza del hombre post-orgánico, que la autora en uno de sus capítulos expresa con la metáfora de Fausto que pretende superar por medio de la técnica las limitaciones del carácter material del cuerpo que antaño era el asidero de la vida. Con ello surgen un sinnúmero de disciplinas y muchas nuevas especialidades sobre la vida²⁰, y en este

²⁰ Para ejemplificar esta relación entre la vida y la técnica, valga mencionar que hoy día podemos ser rastreados y vigilados en todo momento sin la necesidad de una presencia directa de un dispositivo físico.

mundo atómico y de circuitos interconectados éstas se convierten en buen aliado de las ciencias de la vida.

Debido a lo anterior, surgen muchos modos de subjetivación que son al mismo tiempo efímeros y desechables, nuestros datos están disponibles para el mercado y con ellos se manejan las aspiraciones y deseos de los consumidores.

En ese tenor, Sibilia considera que la técnica no sólo salió del laboratorio, sino que está disponible prácticamente en cada rincón del planeta, “El tamaño del laboratorio tecnocientífico pasó a coincidir con las dimensiones del mundo” (Sibilia, 2006, p. 90). Lo cual no implica que esta democratización tecnocientífica se encuentre al alcance de todos, pero somos en potencia parte de ese universo tecnocientífico en tanto somos individuos potencialmente consumidores.

Por estas características de una nueva eticidad, las ciencias de la vida, la teleinformática y toda una gama de dispositivos novedosos (para monitorear la salud y vigilar a la población) nos orillan a repensar el papel de las tecnociencias contemporáneas no sólo como meras disciplinas de producción de saber sino como empresas de producción de subjetividades en las que lo orgánico y lo artificial se confunden.

Esta línea ya la había desarrollado bien Donna Haraway con su concepto de lo Cyborg, pero Sibilia descubre esos mecanismos y prácticas cotidianas en las que convergen estos saberes en la vida social, analizando las nuevas prácticas sociales y los alcances de algunos dispositivos modernos como los llamados biochips.²¹

Por otra parte, el encierro ya no es la principal técnica de saber poder, hoy día no se busca generar dolor en los cuerpos, ni suplicio, al contrario, se exalta un liberalismo en aras del consumo constante y se asume que el sujeto es parte de esa misma afirmación del dispositivo pues:

En las fluidas interpenetraciones entre los cuerpos y la tecnociencia contemporánea, esos juegos de poder revelan claramente su calidad productiva y

²¹ Son chips que contienen información personal del ADN de cada uno que quiera documentar su genética y los cuales son un mercado en expansión que involucra a empresas del talante de Motorola, Hitachi o Affymetrix.

no sólo negativa, ya que no pretenden despertar terrores, ni causar dolor -al menos no exclusivamente-sino inducir al placer (Sibilia, 2006, p. 51).

De tal manera, el hombre post-orgánico ya no es el sujeto sometido por el Estado, ni vigilado por instituciones de control; este hombre es elemento edificador de la positividad en las modernas disciplinas, las cuales son las garantes en la producción de la subjetividad en las que “lo orgánico y lo inorgánico se mezclan, así como lo natural y lo artificial” (Sibilia, 2006, p. 53).

Finalmente, en dos textos, uno que lleva por nombre *The politics of life itself* (2007) y otro que se titula *Biopower Today* (2006), Paul Rabinow y Nicolas Rose, siguen la misma línea trazada por Foucault cuando hablan de la política sobre la vida, pero bajo un modelo que se ha denominado la analítica del presente, Rose y Rabinow han optado por distanciarse tanto de la historia de las ideas, la filosofía normativa y las aproximaciones sociológicas (Rabinow & Rose, 2006).

En su trazado metódico conceptual de Rabinow y Rose, se pretende hablar de una historia del presente, abandonado el sesgo historicista de la obra del filósofo francés, dejando atrás la categoría de arqueología para sustituirlo por un nuevo concepto más metodológico-teórico denominado “cartografía” el cual en términos de Victoria Haidar consiste en” la exclusión de las preguntas ontológicas, de las narraciones de totalidades y de todo enfoque paradigmático. Su estrategia crítica consiste, asimismo, en una maniobra de desestabilización” (Haidar, 2009, p. 15).

Con ello se da un desplazamiento hacia las prácticas concretas de los agentes sin abusar de un empirismo ingenuo, sustituyendo la noción arqueológica que “nos remite a una “historia” movilizad hacia el pasado para exhibir la contingencia de aquello que se da y se representa como coherente y consistente (Rose, 2001, p. 19). en *The Politics of Life Itself* Rose se inclina por “cartografiar” el presente, no tanto para mostrar su contingencia sino para desestabilizar el futuro, reconociendo su carácter abierto y, por lo tanto, contingente. Desde este punto, Rose y Rabinow se alejan de una filosofía con tintes universalistas y que muchas veces se convierte en normativa, de la cual no se encuentra exento Foucault, el cual, según los autores, no atiende a las especificidades espaciotemporales de toda actividad humana,

suponiendo que la historia se da en grandes bloques que constituyen *ethos* generales de una época.

Por ello, la pregunta por la biopolítica exigiría, a los ojos de autores como Rose o Rabinow, que el cartógrafo se tendrá que dar ante todo un apego a las prácticas empíricas, una especial atención a las transformaciones y, por último, una posición infraestructural centrada en los individuos y no en lo que se supone como grandes procesos de la sociedad.

La perspectiva de Rabinow y Rose requiere la decisión de poner la pregunta por el ser como una ontología general y la pretensión de descubrir totalidades en los procesos humanos. La veracidad se entiende así bajo un estatuto más modesto del diagnóstico, finalmente, según la misma Victoria Haidar, esta apuesta la política del sí mismo.

Su protocolo alerta, también, sobre toda tentativa de recaer en la sociología “no sólo porque, para los *governmentality studies* la totalidad de la “sociedad” es herética, sino porque para caracterizar las formas contemporáneas de politización de la vida, no es preciso atender al ser de las cosas, sino a las racionalidades que las inspiran y en las tecnologías que las hacen posibles. (Haidar, 2009, p.18)

Con lo desplegado anteriormente, nos percatamos que el concepto de biopolítica se convierte en una herramienta de análisis de categorías y particularmente de los efectos de las disciplinas y el poder sobre el cuerpo, desprovista de cualquier alcance ontológico universal.

3.2.4 ¿Por qué utilizar la analítica biopolítica para comprender el fenómeno de la cirugía plástico-cosmética?

Siguiendo a Lemke, podemos decir que la biopolítica abarca al menos tres dominios a ser tomados en cuenta: 1) Las formas de conocimiento, 2) Estructuras de comunicación y 3) Modos de subjetivación. (Lemke, 2017) me parece que su análisis es del todo atinado.

Precisamente aquí sostengo que en la práctica de la CPC se encuentran presentes estos dominios, los cuales en la modernidad (si se quiere llamar tardía) simultáneamente son edificantes de la nueva biopolítica sobre el cuerpo.

Al mismo tiempo, tenemos que considerar a las CPC como un dispositivo de saber-poder que, a partir del empleo del discurso, reproduce ciertas concepciones disciplinalmente “legítimas” sobre el cuerpo, la salud y la belleza. Por ejemplo, en una entrevista concedida por la médica Cristina Villanueva al periódico *El español* a la pregunta expresa de la entrevistadora: ¿dónde cree que está el límite? (refiriéndose a si existía algún límite moral para realizarse una intervención cosmético-quirúrgica), planteaba lo siguiente:

El límite está siempre en la naturalidad. Estos tratamientos nos deben mejorar, pero siempre de una manera sutil, hacer resurgir nuestra mejor cara, ser siempre adecuados a la edad y el perfil del paciente, ese “que se note, pero que no se note”. Gracias a ellos podremos prevenir y tratar el envejecimiento y embellecer rasgos de nuestro rostro. (Torres & Villanueva, 2021).

Si atendemos, pues, a lo que hemos caracterizado aquí como biopolítica, daremos cuenta de que existe una transformación de esa llamada pedagogía corporal en la misma dinámica de la práctica médica y tecnocientífica.

Igualmente, debemos enfatizar que la visión biopolítica no supone una condición vertical de ejercicio del poder sobre el cuerpo, e incluso en algunos casos puede constituirse la práctica de la CPC como una condición de posibilidad para la reconfiguración y modelaje del yo moderno. A pesar de ello, dentro del discurso médico, se siguen empleando categorías como “naturalidad corporal” que atiende a una armonía más que a una simetría para determinar una orientación corporal.

En la nueva concepción corporal enmarcada en complejo médico-industrial dominado por las relaciones del mercado, se ahuyenta la vejez y se busca una manera de embellecernos desde nuestra propia “naturalidad”, eso le abre la puerta a nuevas y diversas formas de subjetivación, de ahí que las demandas del paciente pueden ser irrealizables, como lo cuenta el médico Víctor.

Hay pacientes, hay pacientes (reitera) que llegan y me dicen que quieren quedar como estas personas, le digo, nunca vas a quedar como esa persona porque no eres esa persona. Hay pacientes que, si lo aceptan, se convencen y se operan y quedan contentas, hay pacientes que no lo aceptan y se van con otro médico que se lo

haga, o hay pacientes que según sí lo aceptaron, pero cuando ven el resultado y no quedan como la persona esa, se enojan (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021).

Bajo la analítica biopolítica deviene fundamental seguir exhibiendo esos registros, incidencias y normalizaciones que pesan sobre los cuerpos modernos. En la nueva época, las estrategias de control son más lábiles, e incluso se camuflan con la aspiración liberal democrática, pues un rasgo fundamental en la CPC (que resulta incluso paradójico) es que no se note la intervención, que se vea “natural”. Lo anterior nos podría llevar a un falso optimismo en torno a la agencia. En eso estriba la riqueza de las indagaciones de la lectura biopolítica.

Por lo anterior, esto que llamo *permanencia de la biopolítica*, quiero destacarlo debido a que en la época contemporánea es muy fácil caer en un optimismo infundado de la agencia (en una especie de tiranía de la decisión) que omite los elementos estructurales que condicionan nuestra acción, al grado de que incluso hoy día nos podemos auto someter sin necesidad de un régimen de poder vertical pedagógico. El mismo Foucault sostenía que el poder en la modernidad era positivo y no reproductivo, pues su objetivo era generar innumerables formas de subjetivación.

Así, en la época actual la pedagogía de lo corporal se disloca de su condición de disciplinamiento institucional a una dispersión discursiva naturalizada, tutelada aún por los que tienen primacía sobre el discurso de la salud (en el caso de las CPC), pero incluyendo a aquellos que lo interceptan y reproducen en cuanto agente de consumo.

Precisamente de ahí la explicación de la auto-imposición suene posible, ya que este sujeto moderno es activo en la configuración de la relación saber-poder, al asignarse una propia normalización por medio de regímenes de control de peso, dietas extremas, autocorrecciones cosméticas y demás mecanismos incorporados natural y normalmente a una economía de los cuerpos.

El mismo Foucault habría distinguido en su último tramo de vida entre dos tipos de técnicas que operan sobre la mecánica del poder: 1) técnicas de control ejercidas sobre los otros y 2) las técnicas de dominación ejercidas sobre uno mismo, lo cual es evidente si analizamos un concepto como el de gubernamentalidad:

La gubernamentalidad implica la relación con uno mismo, lo que significa justamente que, en esta noción de gubernamentalidad, tengo en cuenta el conjunto de prácticas por las cuales se puede constituir, definir, organizar, instrumentalizar las estrategias que los individuos, en su libertad, pueden tener unos respecto de otros (Foucault, 200, p. 28).

Con esa imagen sobre la gubernamentalidad, cualquier interpretación sobre la idea de poder como un elemento extrínseco al sujeto y que se induce de forma vertical, desde la analítica biopolítica, queda en entredicho.

De igual manera, todos estos mecanismos paradójicos de orientación y auto sometimiento acontecen en cierta forma en el terreno de las CPC, lo que nos llevaría a plantearnos la siguiente interrogante: ¿esa subjetividad incorporada es una muestra de agencia como suponen algunas teorías? O, ¿Implica una forma estructurada y disciplinadora que naturaliza ciertos modos de actuación internalizados por los mismos sujetos consumidores?

Como bien apunta Zandra Pedraza, parece que esta nueva figura subjetiva que consume procedimientos cosméticos quirúrgicos se puede conceptualizar con una nueva figura demandante, denominada paciente/cliente. El paciente-cliente es aquel que se modifica por medio de las CPC y que buscando encontrar un correlato de su yo acordé con el imaginario anhelado, donde coinciden la subjetividad y la corporalidad de tal forma que, en la modernidad:

Las formas de intervención y acondicionamiento corporal disponibles bajo el régimen posmoderno deben entenderse en la confluencia del desarrollo de los conocimientos expertos y sus tecnologías asociadas; de las subjetividades fuertemente vinculadas con principios estéticos y del doble juego en el que los efectos del disciplinamiento individual y el control constituyen condiciones de posibilidad, acción y reacción para los individuos y las sociedades contemporáneas. (Pedraza, 2004, p.62).

De esta forma, la CPC, al igual que otras nuevas tecnologías sobre el cuerpo, nos permite concebir nuevos modos de subjetivación y de agencias sociales, que, llevado al

extremo, como lo supone Hardt y Negri, el control ya no opera de manera inmediata y coercitiva desde una figura autoritaria y controladora.

En esta nueva mecánica del poder, el sujeto mismo participa del auto sometimiento y el autocontrol, pero regulado y normado por el propio discurso médico. Las consecuencias van más allá de una mera forma de producir subjetividades, esta transformación tecnológica de los cuerpos da pie a una transformación ontológica que configura por completo la relación entre naturaleza y cultura, en ese sentido concuerdo al asumir que la lógica disciplinar se vuelve molecular en función de los espacios que irá acaparando en la vida orgánica, son las nuevas configuraciones de los cuerpos que vienen, aquello que se ha optado por llamar “posthumanismo” (Braidotti, 2013).

No es casual que el concepto de biopolítica asumido por Foucault siga dando elementos de análisis, y el mismo ya habría empezado a cuestionar ese nuevo orden liberal democrático que encubría un sistema de control muy ingenioso. Incluso autores como Byung Chum Han ya no hablan de biopolítica sino de psicopolítica en el sentido de que lo que se coloniza ya no es únicamente el cuerpo sino la mente (Han, 2021).

Tales actualizaciones y puntualizaciones, que incluso funcionan como una crítica creativa al posicionamiento foucaulteano, nos permiten hurgar en las emergentes relaciones de poder-saber que se tejen en torno al cuerpo, en esa cartografía de la presente señalada por Rabinow y Rose.

Finalmente, en la genealogía que he ido desarrollando tanto del concepto de cirugías, como del concepto de biopolítica, lo que destaco es una manera particular de hurgar en los fenómenos sociales que en el fondo sigue poniendo sobre la palestra el cuestionamiento ontológico que supone que el cuerpo es una entidad natural y que las ciencias presentan discursos neutrales y objetivos. Por lo tanto, un estudio de la biopolítica moderna deberá considerar los elementos antes enumerados como base analítica, pero es precisamente esta relación praxis-teoría la que nos permite abrir la mirada a nuevas posibilidades y no el mero dato empírico presentado como evidencia suficiente para el análisis social.

3.3 ¿Preguntar otra vez por el cuerpo? Las posibilidades genealógicas.

En el libro de Foucault *Las palabras y las cosas*, el prefacio salta a relucir debido a que el filósofo retoma la categorización de un antiguo diccionario chino sobre una clasificación oriental de los animales, la cual retoma del escritor argentino Jorge Luis Borges y que del cual dirá “de la risa que sacude al leerlo, todo lo familiar al pensamiento” (Foucault, 2010, p. 9). En esta peculiar enciclopedia se enuncia una taxonomía donde los animales podían dividirse en los que pertenecen al emperador, los amaestrados, los fabulosos, perros sueltos, etc.

Recordemos que es precisamente una distinción jurídica iniciada en el derecho romano, la que vendrá a instaurar la categoría de persona en el argot social Occidental. Según Roberto Esposito, ese momento constituye un instante determinante en cuanto que el hombre se concibe a sí mismo como un objeto singular (ya no como una mera cosa en el universo). Pasarán algunos siglos más para que termine por darse una separación definitiva entre la mente y el cuerpo (y por ende la inauguración del discurso moderno sobre lo corporal), pero ¿es acaso la interpretación occidental la única interpretación cultural válida sobre este?

Con el destacamento de estas divergencias de clasificación del pensamiento oriental, Foucault habría mostrado precisamente que: las categorías, órdenes, taxonomías, definiciones y todo aquello que podría reconocerse como un orden clasificatorio, son, por contrario, concepciones un tanto azarosas y hasta arbitrarias sobre objetos diversos a los que los discursos delinear, circunscriben y delimitan.

Análogamente, al destacamento foucaultiano sobre la taxonomía animal, en este apartado quisiera hacer un ejercicio similar para poner en predicamento los discursos que circunscriben ese “objeto” que denominamos cuerpo, para descentrar la propiedad de la definición disciplinar científica, procedente del campo médico y las ciencias naturales (máximamente).

Es pues, mediante un ejercicio genealógico que nos interesa destacar cómo es que categorías como: cuerpo, salud y belleza circulan en una relación entre médicos y pacientes en el escenario de la práctica de la CPC, pero ¿por qué es importante trazar una genealogía de los discursos disciplinares en torno al cuerpo para nuestra investigación? Es decir, ¿existe una relación de la genealogía del cuerpo con el tema de la CPC y la biopolítica moderna? Y

de ser así, ¿cómo impacta un discurso médico sobre significación de la categoría de cuerpo, salud y belleza en los pacientes que se someten a cirugías plástico-cosméticas?

La presente investigación parte del supuesto de que el discurso médico dentro de las clínicas de CPC instaure una regencia biopolítica. Bajo esta consideración, se afirma que desde la determinación disciplinar se generan reduccionismos enunciativos hegemónicos. Sigo aquí la definición de hegemonía de Marc Angenot (Angenot, 2010), donde el cuerpo se reduce meramente a materia o se le concibe como una metáfora social. Resultando que la determinación disciplinar se configura al mismo tiempo como una reducción epistémica.

Específicamente encontramos en el concepto de dispositivo²² un elemento articulador entre la materialidad del cuerpo y su dimensión social y política, ya que el cuerpo en tanto ente u objeto existe como positividad, pero se entrelaza con saberes y poderes que determinarán los cauces de la intercepción que se haga de ese “objeto”.

Lo anterior se vuelve patente si se indaga en el discurso médico en torno a la cirugía plástica cosmética, incluso tal como enfatiza Miguel Pedraz, Foucault ve en la medicina más que una ciencia natural, una ciencia política, pues, aunque se fundamenta su legitimidad bajo principios positivos que se suponen “naturales” y objetivos, realmente muchos de sus supuestos epistémicos encubren aspectos: morales, éticos y políticos (Pedraz, 2010).

En este apartado revisaremos *grosso modo* la manera en que se ha ahondado en el problema del cuerpo, así como unas de las representaciones sociales que han emergido en diversas épocas de la historia para repensar el concepto mismo de cuerpo del cual Foucault llegaría a asegurar: “El cuerpo es precisamente la superficie en la que se inscriben los sucesos de la historia, tal como lo entiende la genealogía, es el espacio en el que se relacionan las

²² Se utiliza aquí la noción de dispositivo para hablar de las cirugías y otros procedimientos sobre el cuerpo, ya que considero que este concepto permite engranar las nociones de *bios* como elemento orgánico y manifiesto, pero la noción de dispositivo no desconoce al cuerpo como escenario simbólico construido socialmente, de ahí que la noción inicial de tecnología del yo queda corta a nuestro interés y definimos dispositivo siguiendo a Foucault como “un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. “El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo, entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. (Foucault, como se citó en Agamben, 2011, p. 29).

fuerzas y en el que se libran las batallas” (Foucault, 2001, p. 160). De ahí que “La genealogía, como análisis de la procedencia, se encuentra, por tanto, en la articulación del cuerpo y de la , historia” (Foucault, 1980, p.15).

También es menester decir que no quiero agotar los múltiples sentidos y significados que van construyendo la semántica del cuerpo, tampoco deseo realizar una historia progresista del cuerpo, más bien, procuro dejar de manifiesto que cualquier posición determinista que defina al cuerpo como algo ontológicamente esencial está evadiendo diversas redes discursivas que delinean ese significado. Con lo anterior, cuestiono una apropiación del significado dado el orden disciplinar de un discurso (llamémoslo hegemónico si se quiere o representación dominante).

3.3.1 Una breve “Historia” de las determinaciones discursivas sobre lo corporal.

Para dar cuenta de cómo el orden médico se arrogó una visión objetual y disciplinar del cuerpo, no basta con indagar la discursividad contingente y emergente de la reducción orgánica que aparece a lo largo de las entrevistas semiestructuradas que realicé a médicos, ni el análisis documental que configuran parte de la metodología de la presente. Habría que hacer un poco de énfasis en la historia de la determinación de la categoría y con ello también se muestra que las reducciones disciplinares resultan un mero dispositivo que; al categorizar y codificar las definiciones anulan su propia existencia.

Precisamente, nos recuerda Francisco González Crussi “hacer una historia del cuerpo humano es tarea casi sobrehumana; hacerla completa, imposible” (Crussi, 2003, p. 2) en ese sentido lo que quiero expresar con la idea de una “historia del cuerpo” es el simple hecho de comprender que el cuerpo se mueve en diversas redes y plexos de sentido que articulan la interpretación que de él hacemos y con ese despliegue genealógico pretendo cuestionar las determinaciones disciplinares que han tornado al cuerpo un mero objeto en la modernidad.

Sostengo que lo que permite la instauración de lo que hemos llamado una biopolítica del cuerpo parte de la siguiente interrogante ¿existe un cuerpo enunciado desde el saber médico? ¿es importante destacar estas múltiples semánticas de lo corporal para dismantelar

la instauración ontológica de una positividad sobre los cuerpos moderno? siguiendo a Le Breton diría:

Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo (Le Breton, 2002. p. 13).

Igualmente, es equivoco suponer que occidente es el único lugar de la enunciación y representación del cuerpo, en este apartado me encargaré de mostrar diversas concepciones del cuerpo para salir de los reduccionismos.

3.3.2 Mirar al cuerpo de otra forma.

Siguiendo a Crussi, podemos establecer una primera distinción entre la idea occidental moderna de lo corporal versus una idea oriental, ya que según este “la representación corporal occidental es anatómica, puesto que explora o por lo menos sugiere la estructura interna. La representación oriental enfoca la energía invisible que el cuerpo irradia en su superficie” (Crussi, 2003, p. 3).

En este sentido, autores como Moe Kuwano asumirán que en la visión oriental el individuo no se encuentra separado de su entorno, no hay por tanto una separación entre la subjetividad y el mundo, esto implica al mismo tiempo la unidad entre cuerpo y mente de ahí que la característica oriental respecto al cuerpo es de autocultivo.

El camino de autocuidado llevaría al individuo al encuentro del sí mismo, tal encuentro está tutelado por el supuesto de la unidad cuerpo mundo, y por ello ese llegar al sí mismo no se da pues desde la propia subjetividad y mucho menos se acentuará solamente la parte fisiológica como elemento primordial de lo corporal, dice Kuwano:

En la tradición del pensamiento oriental se acentúa la corporalidad. Pero eso no significa que lo más esencial sean las funciones fisiológicas, dando menos importancia a la conciencia humana, sino que se insiste en la inseparabilidad de subjetividad y objetividad, cuerpo, espíritu y mente y se subraya la unidad de cuerpo-espíritu-naturaleza (Kuwano, 2010, p. 54).

Esta primera distinción trazada por Crussi y Kuwano expresa de alguna forma los “rasgos característicos” de las concepciones orientales del cuerpo, aunque autores como Rene Guenón verían una limitante a establecer la unidad discursiva en las concepciones orientales sobre el cuerpo (Guenón, 1925).

Para Guenón, no existe una sola civilización oriental, otros autores reconocen precisamente que las concepciones corporales en oriente abrevan al menos de tres tradiciones distintas:

1. La tradición hindú que reconoce al cuerpo como algo constituido por cinco capas: el cuerpo físico, la mente-emociones y el intelecto son tres capas fundamentales y las otras dos corresponden a la energía y al espíritu.
2. La segunda interpretación de la que abrevaría una visión orientalista de lo corporal sería la tradición China en donde se acentúa la relación entre cuerpo y mente
3. Y la última concepción “orientalista” que se reconoce es la tradición del “sin-tai”, bajo los preceptos del budismo zen, que apelan igualmente a la unidad de cuerpo y mente y las cuales han desarrollado desde un pensamiento filosófico autores como Tetsuro Watsuji y su alumno Yosuo Yuasa (Gómez, 2014).

Lo que podemos observar en esta de las tradiciones orientales en torno al cuerpo, es en cierta medida un cruce de perspectivas, pues a pesar de que se reconocen al menos tres tradiciones, en todas ellas se expresa una relación entre cuerpo y mente, lo cual según los mismos autores permite superar la distinción entre ciencia, filosofía y espiritualidad (Gómez, 2014, p. 654).

Igualmente, algunas antiguas culturas prehispánicas como la mexica expresaban de manera distinta la relación entre su singularidad y el mundo mediante el cuerpo, pues recordemos que éste mismo era incluso ofrecido a los dioses como una especie de rehabilitación ritual del orden cosmológico. Por ejemplo, los mexicas practicaban, como es bien sabido, el sacrificio humano, lo anterior se documenta en algunos libros históricos y arqueológicos (Florescano, 2018; Moctezuma, 2013; Soustelle, 1985).

A nuestro fin era menester poner de manifiesto las limitaciones de modelo ontológico esencial que determina al cuerpo como una identidad (ya sea material o socialmente). Esta breve genealogía nos pone en la palestra la necesidad del cuestionamiento de un modelo

hegemónico que parece detentar una verdad sobre lo corporal y establece determinaciones médicas-biopolíticas sobre los sujetos modernos. Es momento precisamente de abordar la estrategia disciplinar moderna que ha permitido tal hegemonía discursiva sobre categorías como: cuerpo, salud y belleza.

3.3.3 Las primeras representaciones occidentales sobre lo corporal. El nacimiento de la persona.

En su texto *Personas, cosas y cuerpos* Roberto Esposito señala que la figura de la persona no comienza a aparecer en el imaginario occidental sino hasta la época en que los romanos fundamentan las bases del derecho *jus naturalista*, con lo cual surgen en el imaginario social conceptos como persona y cuerpo. Esta premisa de Esposito se respalda en la idea de que el ciudadano reconocido como una entidad jurídica autónoma nace hasta la época romana con el auge del derecho y los límites y atributos de propiedad, ya que inicialmente:

En la Roma antigua una persona era alguien que, entre otras cosas, poseía seres humanos que eran arrojados al reino de las cosas. Este era el caso no sólo de los esclavos, sino también en grado diverso de todos los individuos que fueran *alieni iuris*, es decir, que no fueran sus propios dueños (Esposito, 2015, p. 40).

Tal situación acarreaba problemas de propiedad, por eso fue en el sistema de Gayo²³ que se comenzó a utilizar la categoría de persona como distinta a cosa. La persona se consideraba tal, debido a que tenía propiedad sobre otros individuos o se había otorgado la libertad por parte del dueño, por ello muchos individuos permanecían aún en la categoría de cosa, al ser propiedad de otros individuos, pero algo nuevo iba a producirse con este cambio

²³ Gayo fue poco conocido en su tiempo y no existen fechas claras de la época en que vivió. Generalmente se considera que sería durante el siglo II de nuestra era, probablemente nació durante el mandato de Trajano (98-117) y murió poco después del año 178 bajo el gobierno de Cómodo (180-192). Seguramente fue maestro en alguna provincia y enseñó las materias del derecho, en del derecho privado. Escribió varias obras, entre las que destaca notablemente una de carácter elemental: las Instituciones, también conocidas genéricamente como *Institutas*, a las que Gayo debe su fama y notoriedad a partir de la fase posclásica.

jurídico que podría distinguir entre cosas y persona, a saber: la idea de propiedad y de cuerpo individual.

Bajo esta premisa, nos damos cuenta de que, en el pensamiento occidental la noción de persona y cuerpo se han ido transformando en sentido proporcional a las concepciones culturales del tiempo y el contexto, por ejemplo, entre los griegos no existía la figura de un hombre disgregado del todo, al menos para Aristóteles este aparecía como *subjectum* o *hipokoimenon* (es decir como sustancia). Esta sustancia de alguna u otra forma se integraba a unidades más amplias que permitían darle sentido, como bien será representado en la noción de motor inmóvil que en el pensamiento aristotélico aparece como inicio y fin de todas las cosas. Nos recuerda Arturo Rico Bobio: “Aristóteles quiso también conciliar su idea con la propuesta del hilemorfismo en donde pensaba que existía una sustancia única, la relación entre naturaleza y razón es dialéctica” (Rico, 2017, p.28).

Algo similar ocurre si analizamos el pensamiento de Platón, aunque para este el cuerpo no era relevante en su materialidad, ya que, para Platón, el cuerpo vinculado al mundo sensible se configura como una especie de cárcel que frenaría el acceso a la verdad, dada la primacía de la idealidad.

En la teoría platónica la principal integración ontológica de las entidades mundanas era precisamente un mundo por fuera de lo material, ello no supone la inexistencia de lo corporal, más bien alguna forma el mundo se concebía bajo dos realidades complementarias y el hombre tendría que acceder a la verdad real por medio del *logos*, pero cuerpo y alma se integraban dialécticamente bajo esta concepción.

Admitiendo lo anterior, no es casual la importancia que Aristóteles le otorgaba a la distinción entre género y especie, así como entre materia y forma, pues los individuos se articulaban dentro de una categoría más amplia a la que pertenecían como género, por ello, el hombre a pesar de configurarse como *logos* o ser racional, aparece también en esa unidad originaria con el todo que lo excede y lo constituye por decirlo de algún modo su esencia, pero entonces ¿cómo se establece la separación del cuerpo y el todo?.

Es precisamente esta figura de persona inaugurada en el derecho romano la que permite empezar a pensar al hombre como ente diferenciado y escindido de la totalidad.²⁴

2.5.4 El cuerpo y la semejanza. La interpretación medieval.

En el ya célebre texto *La historia del cuerpo en la edad media* (2003), los historiadores Jacques Le Goff y Nicolas Troung parten de la hipótesis de que en la sociedad y civilización medieval existiría una tensión entre Dios y el cuerpo. Esta tensión se extenderá a la relación entre cuerpo y alma, debido a que el cuerpo podría considerarse como algo meramente mundano y terrenal, alejado de lo espiritual, pero que en alguna manera son constituyentes de una misma sustancia. Lo anterior se implicará, pues, en la lógica de la semejanza análoga a la que precisábamos con Aristóteles, el cuerpo representa, pues, el cosmos, ya que el mundo en su totalidad fue creado por Dios.

Ya Michel Foucault mencionaba en su texto *Las palabras y las cosas* (1966) que en la Edad Media se anuncia la *episteme* de la semejanza, debido a que el conocimiento y el cuerpo se entienden desde la analogía con la totalidad (Foucault, 2010), es decir, desde la lógica del medievo el hombre pertenece a una realidad más amplia que no es otra cosa más que Dios.

Esta idea es igualmente sostenida por David Le Breton, el cual aprecia en la Edad Media la relación del cuerpo de los santos con las reliquias (y la importancia que estas tienen para los hombres medievales).

En *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Le Breton nos habla de que las reliquias y el significado de estas en el universo conectado con el cosmos y de cómo los santos son despedazados para intercambiarse en la comunidad. El mundo adquiere así un significado salvoconducto de la santidad, la cual constituye un vínculo inmediato con lo divino y bajo este supuesto el santo no vive para sí, vive para la comunidad, a lo que dice: “La reliquia separada del santo no es el signo de un despedazamiento de la unidad del sujeto, no singulariza el cuerpo. Es una metonimia, encarna, a su manera, el “cuerpo místico de la Iglesia”, en el que todos se confunden a pesar de sus diferencias” (Le Breton, 2002b, p. 37).

²⁴ Solo habría que aclarar que ni para romanos o griegos cualquier individuo podría adquirir el estatus de persona, pues, existían seres inferiores y esclavos, los cuales no se catalogaban dentro de ese universo, pero al final todos “los objetos” del mundo se correspondían con la totalidad al formar parte de un cosmos o un sistema más amplio, es precisamente en la transición al cristianismo cuando emerge una nueva visión del cuerpo sustentada en la noción de semejanza con Dios

Pero esta relación entre cuerpo y mundo resulta, según Le Goff, más que contradictoria, paradójica. pues, por un lado, el cuerpo es lugar del pecado, donde la carne puede dominar a la cesura y al espíritu, pero a su vez, el cuerpo es creación divina y es, por extensión, una creación perfecta.

Ante esta ambigüedad, pensadores como San Agustín tratan de separar la vida del hombre en dos ciudades para salir de la querrela. Una ciudad sería mundana, afín a lo inmediato y material; esta puede confundir al hombre y volverlo soberbio ante su propia razón y leyes. La otra ciudad será en la que se da el encuentro espiritual con Dios. Estas ciudades se ubican en una dialéctica y los límites entre una y otra son difusos. Dios otorgó al hombre la capacidad de pensar para obrar con piedad y bondad con la finalidad de alcanzar la interioridad que lleva a la verdad divina (Rico, 2017).

Así, cuando nos referimos a que la relación es paradójica respecto al cuerpo en la Edad Media implica una dualidad, pues, por un lado, el hombre y, por ende, su cuerpo es una creación divina y, debido a esto, es parte de la perfección, pero también el escenario del pecado. Citando a Le Goff, diríamos: “Por un lado, el cuerpo es despreciado, condenado y humillado, el cuerpo también se glorifica en el cristianismo medieval. La historia del cuerpo ha sido dividida” (Le Goff & Truong, 2005, p. 12).

Los mismos Le Goff y Truong señalarán que a la par de esta “discursividad hegemónica” de la Edad media, se darán al mismo tiempo otras concepciones del cuerpo subversivas y contravenciones al orden preestablecido. Por ejemplo, el historiador Jules Michelet verá en la bruja un personaje arquetipo de la Edad Media, esta figura engendra otra configuración sobre la interpretación del mundo y por ende otra concepción sobre el cuerpo (Michelet, 1987), según Le Goff, Michelet ha mostrado tres funciones de la bruja respecto al cuerpo “curar, hacer amar y regresar a los muertos” (Le Goff & Truong, 2005, p. 20) es decir una interpretación que se opone a la concepción cristiana.

En ese mismo tenor, David Le Breton ve otras maneras de representar el cuerpo en la Edad Media, particularmente en lo que toca al carnaval, en lo que dice: “En el júbilo del carnaval, los cuerpos se entremezclan sin distinciones, participan de un estado común: el de la comunidad llevado a su incandescencia”. (Le Breton, 2002b, p. 39).

En el carnaval se instituye, pues, la regla de la transgresión, la cual es autorizada ritualmente y en esta legitimidad paralela, la consagración del cuerpo se confina a las pasiones más terrenas; esto lleva a los hombres a una liberación de las pulsiones habitualmente reprimidas. Entonces, si bien el eje discursivo dominante es la semejanza, al mismo tiempo se ejercen prácticas que subvierten esa lógica. Lo cual señala bien Le Goff en la contradicción que emana entre la Cuaresma como el

escenario para la introspección, la espiritualidad y la cercanía a Dios y el carnaval como una ruptura con esa sobriedad y represión de la vida.

Pero si en algo coinciden diferentes autores, será que lo que caracteriza la interpretación medieval del cuerpo es que en esta época se rechaza el principio de individuación, pues ello implicaría la separación del cosmos, la ruptura entre el hombre y el cuerpo, pero precisamente “en el siglo XVI, en las capas más formadas de la sociedad, se insinúa un cuerpo racional que prefigura las representaciones actuales, el que marca la frontera entre un individuo y otro, la clausura del sujeto” (Le Goff & Truong, 2005, p. 32).

Finalmente, empezará a surgir, pues, una nueva concepción determinante sobre el cuerpo que engendrará incluso una nueva ruptura epistémica, donde cuerpo y alma serán escindidos radicalmente, y el cuerpo se concebirá prontamente como una unidad autoconsciente, tal como dice Le Breton: “El cuerpo grotesco del júbilo carnalesco se opone radicalmente al cuerpo moderno”. (Le Breton, 2002b, p. 31).

La disciplina médica cambiará pronto su lugar en el mundo y dejará de verse antaño como un ejercicio turbio y oscuro por ser el médico una especie de “profanador de los cuerpos”, este devendrá prontamente, junto con la nueva ciencia racional y metódica, en el saber legítimo sobre la vida orgánica y por ende será parte fundamental de esta nueva consagración epistémica.

4.3 El orden del discurso disciplinar sobre los significados. La visión moderna del cuerpo, la salud y la belleza.

Ya dijimos que la visión moderna sobre el cuerpo debe mucho al discurso disciplinar científico que inscribe una verdad sobre este, al pensarlo y representarlo como objeto. Bajo el supuesto anterior, materia y mente se escinden, el cuerpo está pues disponible para ser estudiado, analizado, fragmentado e intervenido, dice Jean Pierre Vernant al respecto:

La ilusión de algo evidente que en la actualidad tenemos del concepto de cuerpo proviene fundamentalmente de dos aspectos; el primero, la tajante oposición establecida por nuestra tradición occidental entre alma y cuerpo, entre lo espiritual y lo material. El otro, relacionado con lo anterior, es el hecho de que el cuerpo, por entero basado en la materia, aparece ante nuestros ojos con actitud de objeto

positivista, es decir, que ha ido adquiriendo estatuto de asunto científico definido en términos de anatomía y de fisiología. (Vernant, 2001, p.15).

Dicho esto, el principal objetivo del presente apartado es dar cuenta de las limitaciones de concebir al cuerpo, la belleza y la salud como unas unidades objetivas desposeídas de relaciones psicológicas, históricas, sociales y culturales.

Se enfatiza que cuando la estructura científica y de disciplina ha convertido al cuerpo en algo accesible y manejable, el propósito principal es dividirlo, analizarlo y, principalmente, poseerlo. Este discurso de disciplina (oculto bajo una figura de autoridad científica) se convierte en una voz autorizada sobre la vida orgánica, al separar la parte física del cuerpo (naturaleza) del ámbito simbólico al que pertenece.

Esto conduce directamente al surgimiento de la biopolítica moderna, en la cual participan varias disciplinas. Por otro lado, esta apropiación disciplinar dirigida al cuerpo permite al mismo tiempo (en palabras de Baudrillard) que “el cuerpo se vuelva objeto de un trabajo de investidura” (Baudrillard, 2009, p.158), es decir, un cuerpo objeto que es una cosa más de las mercancías que circulan a nuestro alrededor.

Precisamente, el proceso genealógico que llevamos a cabo busca revelar el dispositivo técnico-científico presente en los cuerpos contemporáneos, con el fin de cuestionar la naturaleza ontológica de objeto que las disciplinas le han atribuido, y así replantear el estatuto del orden médico.

Observamos que, a partir de la distinción inicial en el derecho romano entre objeto y persona, la humanidad comienza a concebirse desde un enfoque individual, lo que lleva a la división entre el mundo ideal y el mundo material. Con el paso de los años, se va gestando gradualmente una visión occidental del cuerpo humano, que lo separa y fragmenta a través de la disciplina, dando lugar a la concepción moderna del cuerpo, según González Crussi:

En la visión occidental, la piel se ha desprendido y deja ver lo que hay detrás. Excelentes artistas representaron el cuerpo así, tras la remoción de la piel y las capas superficiales. Son personajes "despellejados", como se les llamó en España (en italiano *scorticati*, en francés *écorchés*). De hecho, la piel disecada se ilustra en la portada de uno de los libros de textos renacentistas. Así expuesto, el cuerpo aparece como una compleja maquinaria de bandas, de poleas, de resortes y

palancas. Un refinamiento muy peculiar de estas ilustraciones era que el cuerpo disecado se representaba en posiciones usuales de la vida cotidiana. Son cuerpos que, al decir de un crítico, "se rehúsan representar el papel de cadáveres", y continúan llevando a cabo sus tareas de todos los días, como si nada. (Crussi, 2003, p. 3).

Precisamente en la ilustración se inaugura el culto moderno al individuo y con ello la separación de razón y naturaleza. Se exalta pues un dualismo afincado en las tesis racionalistas de Descartes, con ello este hombre moderno instauro un dominio de su mirada sobre la naturaleza. Es en la modernidad donde nace un sujeto que se vuelve autorreferencial y este sujeto posee dos cualidades diferenciadas, mente y cuerpo "fue precisamente Descartes quien definió en 1641 al cuerpo como aquello que tiene límites, que llena un espacio de manera exclusiva y que puede ser percibido sensorialmente" (Rico, 2017, p. 31).

Por ejemplo, desde Kant y su noción de sujeto trascendental, la razón se impone como modelo privilegiado para el progreso; ello implicó diferentes vicisitudes en la manera de entender al cuerpo. Pero no fue Kant el filósofo que dio la estocada a la relación entre cuerpo y mente para por fin separar las dos entidades como aspectos diferenciados del hombre.

Fue Descartes el que instaló la nueva condición ontológica del cuerpo, el cual, como dice Arturo Rico Bovio, delimita la separación de la sustancia extensa y pensante (materia y espíritu), con lo cual "puso las bases para una visión mecanicista corporal que con algunas variables sigue imperando en nuestro tiempo". (Rico, 2017, p. 30).

Siguiendo esta argumentación, Le Breton irá desvelando, mediante un rastreo histórico, cómo en la modernidad el hombre se vuelve un sujeto autónomo y libre y, por lo tanto, dueño de su cuerpo, se separa así razón y naturaleza. Recordemos que Foucault ya auguraba que la episteme moderna era precisamente aquello reconocido como la metafísica de lo subjetivo, donde el hombre es dueño de sí y, por tanto, de su cuerpo. Así, tal como dice David Le Breton, "El cuerpo de la modernidad se convierte en un *melting pot* muy cercano a los collages surrealistas. Cada autor construye la representación que él se hace del cuerpo, individualmente, de manera autónoma". (Le Breton, 2002b, p. 15).

Es propiamente la *episteme* moderna la que permite dar prioridad ontológica a la toma de consciencia y a la racionalidad autorreflexiva, surge pues la idea del individuo como ente

subjetivo. Aunque podríamos puntualizar que eso aplicara solo para la sociedad europea, ¿cuáles son las posibles consecuencias de una concepción moderna del cuerpo? ²⁵

Desde una posición racionalista del cuerpo, el hombre se vuelve un ser más retraído en su propia individualidad, se sustituye el tacto por la mirada, la gente evita el contacto con el otro y se demarcan los límites exactos de la particularidad, dice Le Breton, el cuerpo en la modernidad se encuentra:

Marcado por la cotidianidad y su tendencia a repetirse, propensión que lo hace desaparecer, haciéndolo transparente para quien lo posee, volviéndolo ausente de la conciencia, determinando relaciones marcadas por el distanciamiento a través de “ritos de evitamiento” (Le Breton, 2002b, p.122).

Estas relaciones estipulan normativamente cuando es posible o necesario tocar al otro, qué y cuánto es posible mostrar del mismo cuerpo, relegando además el contacto a la intimidad, pero paradójicamente aparecen prácticas que señala bien Rodrigo Díaz Cruz, cómo la pornografía, las revistas de moda, la televisión de espectáculo, donde el cuerpo se muestra desnudo y fragmentado (Díaz, 2006, 2014), es decir nos aislamos y la intimidad se vuelve introspectiva, es difícil confiar en el otro, evitamos los roces y a su vez se propician momentos de aparición de los cuerpos descarnados, mutilados, desnudos pero sobre todo distantes, es el cuerpo del yo.

3.4.1 El cuerpo desde lo orgánico; las determinaciones de la materia.

Precisábamos que fue gracias a Descartes que se posibilita discursiva y ontológicamente la separación definitiva entre mente y cuerpo, como indica Sergio López Ramos “Descartes

²⁵ Como nos recordó Maurice Leenhardt en su libro denominado *Do Kamo*, la idea de rostro y de individuo tardó mucho tiempo en aparecer en todas las culturas, de hecho en muchos casos fue una imposición occidental, al menos esto resulta plausible en la cultura melanesia en la que Leenhardt trabajó y en la que descubrió que la noción de persona no existe entre los melanesios sino hasta después de la colonización del territorio por parte de los europeos.

demuestra que dividir al ser humano es rentable para la automatización y simplificación de cualquier sistema de producción” (López, 2006, p.18).

Para la medicina, la biología y demás disciplinas de lo orgánico, el cuerpo se vincula sin duda a la noción de naturaleza, esta última se entiende como el origen sustancial de los organismos y sistemas que componen el mundo. La naturaleza se concibe ante todo desde lo biológico, siguiendo a Andrés Galera podríamos expresarlo de la siguiente manera:

Conocer la naturaleza significa inventariar los objetos animados e inanimados que la componen, y descubrir las leyes que regulan los procesos individuales y colectivos que ocurren en su seno. La naturaleza toma forma en ignotas unidades y misteriosos fenómenos de índole diversa, cuyos secretos el hombre quiere desvelar, poseer, y controlar utilizando la observación y la descripción como instrumentos básicos para construir un saber que, como anunció y practicó Aristóteles, es visual. La realidad se percibe con los ojos y la mente la procesa. (Galera, 2005, p. 359).

En la cita anterior, se muestra la determinación sensible de la percepción de la naturaleza y por ende; el mundo orgánico, pero al mismo tiempo es clara la división que se establece entre mente y cuerpo, al decir que la realidad se percibe con los ojos y la mente lo procesa.

En particular para el tema que estamos emprendiendo, es de suma importancia percatarnos cómo el regimiento médico, establece una determinación discursiva sobre; el cuerpo, la salud y la belleza, a partir de esta ontología naturalista.

Y es que, la lógica maquinal orgánica es un mecanismo discursivo que permite a la medicina disponer del cuerpo para poderlo fragmentar, y al mismo tiempo se le desvincula de todos esos elementos: simbólicos, históricos, políticos y sociales que configuran dichas categorías, dirá bien Le Breton “La visión moderna del cuerpo en las sociedades occidentales, de algún modo simboliza oficialmente en el saber biomédico, a través de la anatomía y de la fisiología, está basada en una visión particular de la persona. (Le Breton, 2002, p. 28).

Y es que, precisamente el organismo ante la medicina tiene la posibilidad de ser radiografiado, fotografiado, diagramado, dado los recursos verdaderamente extraordinarios que guarda en ese orden de que circunscribe la vida y al cuerpo al espacio de lo orgánico.

Pero como hemos recalcado, este organismo no tiene que comprenderse simplemente por su dimensión de extensión (por su materialidad), por ejemplo, desde una perspectiva opuesta como el psicoanálisis, un cuerpo es algo que está hecho para gozar de sí mismo y que posee una dimensión emocional y psicológica, tal dimensión de goce está excluida de la medicina, así como lo están dimensión simbólica y cultural.

Por otra parte, la medicina actúa pues sobre dos fundamentos convencionales: 1) patología, que es el estudio de enfermedades y 2) la terapéutica, que enseña procedimientos para combatir dichas enfermedades. La enfermedad desde esta perspectiva se define como alteración de la salud y esta última se comprende como normalidad funcional del organismo. Toda dolencia es manifestación de “falta de salud” o desarreglo funcional.

Así, la patología es la clasificación funcional o nomenclatura de síntomas o manifestaciones de falta de salud. El organismo es el sitio donde la enfermedad se manifiesta, que la medicina: observa, describe, designa, clasifica.

Para realizar esta práctica técnica, la medicina produce en tanto que objetos de conocimiento, el concepto de enfermedades que luego deberá explicar. Las enfermedades son pues, efectos visibles, objetos de reconocimiento. La enfermedad representa para quien la padece una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación, un displacer, un motivo de demanda. Dice Giovanna Liset sobre esta determinación del cuerpo como ente biológico:

El cuerpo es asumido e interpretado desde su funcionamiento biológico como eje central de la práctica médica, incluso al servicio de la industria farmacéutica, en tanto el conocimiento alopático se ha construido como una disciplina positivista, donde todos los fenómenos corporales deben ser demostrados por métodos científicos. Este conocimiento legitimado por la ciencia ha permitido ejercer el poder de guiar el comportamiento de los cuerpos, en especial, en las culturas que han apropiado las prácticas médicas de occidente (Reyes, 2009, p. 208).

Notemos como incluso el perfil médico demanda estas cualidades pues conocer a fondo el orden anatómico corporal le permite legitimar su práctica, pero también generar especialidades, enfermedades y sobre todo hacer del cuerpo un objeto a la mano.

3.4.2 El orden médico. Un discurso normativo sobre el cuerpo y la salud

El psicoanalista Jean Clavleur, menciona en *El orden médico* (1973) que el discurso médico es un discurso normativo, pero también un discurso de poder, ya que si bien, el objetivo del médico generalmente es la cura de la enfermedad, la noción de su saber cómo un hecho científico y positivo encubre siempre su necesidad de legitimidad científica. Precisamente esa legitimidad se da por medio de ciertas separaciones y prácticas en las que; los médicos y sus especialidades van definiendo qué es lo sano, qué es lo normal, qué es lo enfermo.

El orden médico es entendido por Clavleur como un orden disciplinar en el cual: discursos, prácticas e intereses van erigiendo un saber positivo sobre la vida, dicho orden, discrimina y determina aquello que queda fuera de esas rejillas interpretativas por lo que tendrá que ser ingresado en el discurso de la patología (Clavreul, 1978).

Pero, realmente fue George Canguillem uno de los primeros en observar estas consecuencias del afán legitimador de la medicina, y si bien Canguillem no llegó al extremo de decir que la medicina es un discurso de sometimiento, mostró de alguna forma estas discriminaciones arbitrarias del saber médico que se vinculan con intereses ideológicos particulares y aspiraciones de legitimidad, dice bien:

Es exacto que en medicina el estado normal del cuerpo humano es el estado que se desea restablecer. ¿Pero acaso es necesario denominarlo normal porque se apunta a él como a un fin que es conveniente que la terapéutica obtenga, o bien la terapéutica apunta a él porque es considerado como normal por el interesado, es decir el enfermo? Sostenemos que la segunda relación es la verdadera. Pensamos que la medicina existe como arte de la vida porque el mismo ser vivo humano califica como patológicos —por lo tanto, como debiendo ser evitados o corregidos— a ciertos estados o comportamientos aprehendidos, con respecto a la polaridad dinámica de la vida, en forma de valor negativo (Canguilhem, 1971, p. 91).

Es decir, la instauración del discurso de la enfermedad y la salud, de lo normal y lo patológico no son propiedades dadas, tienen detrás supuestos extra positivos vinculados a intereses subjetivos del médico, intereses económicos del mercado y principalmente se

auspician en un orden científico moderno reduccionista. Siguiendo a Karl Jaspers el mismo Canguillem dirá precisamente que:

Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc. Inversamente, lo que es deseado en la salud es desde el punto de vista fisiológico evidente, y este hecho da al concepto de enfermedad física un sentido relativamente estable (Canguillem, 1971, p.88).

Esto muestra que la idea de salud como algo ópticamente determinado puede ser puesto en tela de juicio, tal como ocurre con el propio concepto de cuerpo ya que la definición muchas veces omite factores fundamentales que van definiendo la idea que tenemos de salud, de enfermedad, de normalidad o de cuerpo.

Mencionábamos atrás que las determinaciones que las disciplinas de lo orgánico y de la vida establecen sobre el cuerpo una voz positiva y autorizada de lo que esto es en esencia, pero precisamente lo que nos importa en este punto es saber ¿cuáles son las consecuencias de estas determinaciones? ¿Acaso los encubrimientos y omisiones de este discurso de lo corporal son intencionados?

Creo que estas decisiones no son simples y plantean un problema en términos de conocimiento, ya que ponen en juego la legitimidad científica de las ciencias de la vida, especialmente la medicina

En el caso particular, las disciplinas de lo orgánico existen; escisiones, separaciones, operaciones, determinaciones ad hoc que encubren las intenciones extra científicas de las mismas prácticas, en el caso particular de la cirugía plástico-cosmética, sin esas prácticas el cuerpo no podría ser entendido desde la salud, la anormalidad o la enfermedad. Dice bien Abraham Sifuentes:

El orden médico introdujo en Occidente un saber del cuerpo en tanto cuerpo fragmentado, primero hizo del cuerpo un objeto que no es coalescente con el ser humano, segundo el cuerpo que le interesa a este orden es aquel en que se puede incidir, redificándolo en busca de intervenir en lo real del organismo, real que se traduce que se traduce por leyes deterministas que lo componen invariablemente. (Sifuentes, 2010b).

Las disciplinas de lo orgánico separan el cuerpo del individuo y lo convierten en objeto. La medicina, por su parte, tiene mecanismos específicos para apropiarse del cuerpo, buscando legitimidad científica. Este análisis genealógico muestra que las categorías que consideramos naturales y unívocas en realidad no lo son, ya que incluso las ciencias sociales enfrentan cuestionamientos al constituirse como disciplinas modernas con sus propios compromisos y reducciones.

3.4.3 El cuerpo y otras determinaciones disciplinarias que delinean su ontología.

Las determinaciones médicas no son las únicas representaciones que inscriben un discurso sobre el cuerpo, la salud o la belleza. Precisamente la conceptualización del cuerpo como objeto es un punto de vista habilitado por Descartes, gracias al desplazamiento ontológico que ocurre a partir de escisión del hombre en *res extensa* y *res cogitan*. Precisamente la genealogía nos permite apuntar otras determinaciones discursivas que configuran esa ontología moderna sobre el cuerpo y a las que habríamos de poner atención.

Por ejemplo, no es casual que parte de la interpretación del psicoanálisis inaugurada por Sigmund Freud, consideró que las enfermedades no solo tenían un origen orgánico, por tal motivo él mismo abandonó su proyecto original en el que empleaba demasiadas metáforas de la física y la biología para entender la mente humana. Estas determinaciones orgánicas iniciales de Freud las podemos apreciar en su texto *Proyecto de una psicología para neurólogos* presentado en 1895, en donde aún se nota una tendencia muy fisicalista y organicista en su perspectiva.

Poco después el mismo Freud, con un proyecto autónomo será donde surge con mayor fuerza la noción de lo psíquico y se separa de la propuesta de Breuer al notar que lo más relevante no era la técnica hipnótica en sí, de hecho, la relación entre paciente y médico era más determinante en el acto catártico. A esta relación entre paciente y médico, Freud la denominaría con el nombre de transferencia. La transferencia se enmarca en la relación entre paciente y médico y se da a través del lenguaje (Unzueta & Lora, 2001).

Desde el inicio de su trabajo con Breuer y Charcot, Freud descubre que el cuerpo afectado por los síntomas en los testimonios de sus pacientes no era aquel que correspondía al

organismo, era un cuerpo afectado por lo psíquico. Esto lo llevó a formalizar el concepto de libidinización, en el que “partes del cuerpo son investidas sexualmente, a lo que le dio el nombre de zonas erógenas, resaltando la importancia de la intervención del otro como soporte para la construcción del cuerpo” (Villa & Montañez, 2010, p. 58).

Tal como lo sintetiza bien el texto, Villa y Montañez proponen una hipótesis general sobre el cuerpo que, a nuestro parecer, demarcará el discurso psicoanalítico en torno al mismo:

Para el psicoanálisis, el lugar del cuerpo connota una significación particular: se afirma que el infante nace con un organismo, pero que ha de hacerse a un cuerpo a través de los referentes identificatorios de sus pares y al mismo tiempo a través de la inscripción del lenguaje en la carne, es decir, en ese momento inaugural en el que se introduce la falta vía el significante y se acepta la ley de la castración (Villa & Montañez, 2010, p.84).

Ahora, existen algunos grados de variación entre autores respecto a la noción de lo corporal en el psicoanálisis, por ejemplo, Lacan (que sigue en gran medida la idea freudiana de lo psíquico) introduce la noción del otro, ese otro como alteridad a la construcción del sí mismo la cual se inscribe también como un “lugar tesoro de significantes donde el sujeto se inscribe o no en el registro de lo simbólico” (Villa & Montañez, 2010, p.56).

Tal como vimos anteriormente en la interpretación general que se hace en psicoanálisis sobre el tema de las cirugías y el cuerpo se entiende pues desde una relación psíquica y orgánica, pero también se construye un cuerpo a partir de la relevancia de lo psíquico y su relación con los otros, el cuerpo se construye bajo una relación de deseo, carencia y demanda.

En suma, cuando se habla del cuerpo en psicoanálisis se está en el marco del registro simbólico:

Es el significante el que le da cuerpo al sujeto, es por la introducción del sujeto en este registro que se podrán amarrar lo imaginario y lo real que allí están implicados, hecho de estructura que no sólo le da derecho a llamarse por un nombre, sino también a reconocerse como Uno en el reflejo del espejo o con el otro semejante (Villa & Montañez, 2010, p.60).

Por su parte otra interpretación atribuida a la psicología es la que emana del conductismo el cual siguiendo a Andrzej Lukomski (2007) la teoría conductista se presenta en dos variables que define su escenario epistémico 1) El conductismo metodológico y 2) El conductismo lógico. El primero resulta en una estrategia de investigación, desde este ángulo la psicología se encargaría de investigar la relación entre estímulos y respuestas, el cuerpo sería en ese sentido un reflejo de la conducta asimilada desde el exterior. Desde la visión teórico-lógica del conductismo sostiene que “encontrarse en un estado mental es hallarse en un estado de conducta” (Lukomski, 2007, p.60) desde ambos sitios la conducta es una acción corporal públicamente observable.

Al mismo tiempo como dice Emilio Ribes y Antonia Padilla el conductismo se sostiene en dos premisas fundamentales, 1) la psicología como una ciencia natural y que estudia el comportamiento animal como cualquier otra y 2) El abandono de la introspección como método, asumiendo que el sujeto observado es también observador (Ribes & Padilla, 1996).

Bajo estos supuestos el cuerpo se entiende como un mecanismo natural y que reacciona a estímulos exteriores, por lo cual se puede decir que se mantiene en una perspectiva del monismo organicista a pesar de que el mundo exterior es relevante en la comprensión de los procesos mentales, el cuerpo resulta un órgano más del hombre.

Tal como lo mencionaba Watson en un artículo de 1913 “La psicología como la ve el conductista es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y control de la conducta” (Watson, 1913, p. 158). Apreciamos que en este enfoque el cuerpo se entiende de antemano como una unidad material, no hay en la teoría conductista una pregunta propia desde la epistemología en torno a ¿qué es el cuerpo?, lo cual si apreciamos por ejemplo en el psicoanálisis que cómo veíamos anteriormente hablará del cuerpo como el espacio de lo simbólico, donde el yo real se complementa con lo imaginario. Al mismo tiempo en el mismo artículo citado atrás Watson agregará “el conductista, en su esfuerzo por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, no reconoce línea divisoria entre el hombre y el bruto. La conducta del hombre, son todos sus refinamientos y complejidad. Forma solo una parte del esquema total de investigación conductista” (Watson,

1913, p. 158). Bajo esta lógica, el cuerpo del hombre no difiere en ningún sentido al cuerpo de cualquier otro animal.

A pesar de lo anterior no se desconocen algunos aportes específicos de la comprensión de los movimientos corporales en el conductismo, los cuales en su mayor parte se ubican en el campo de estudio de lo que se llama psicología del desarrollo, por ejemplo, de manera particular dentro de la psicología conductista se ha tomado la psicología evolutiva de Arnold Gesell para desarrollar una teoría de lo corporal. Gessel en su planteo de las áreas de conducta (motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, personal-social y adaptativa) y la elaboración de las escalas de desarrollo a partir de aquéllas que permiten medir la evolución del esquema corporal, que sigue una maduración nerviosa (Unzueta & Lora, 2001).

También se ha desarrollado la llamada teoría del esquema corporal de Marianne Frostig, en lo que se refiere a la imagen corporal (la impresión que la persona tiene de sí misma), el concepto corporal (el conocimiento intelectual que una persona tiene de sí mismo y es adquirido por medio del aprendizaje), y el esquema corporal (la toma de conciencia global del cuerpo) (Unzueta & Lora, 2001, p. 9)). Pero en términos generales el conductismo sigue limitado a una concepción de naturaleza orgánica y a un concepto de cuerpo muy vago y determinista desde lo biológico y el psicoanálisis proporciona una posición que se vuelve referencial de un cuerpo subjetivo olvidando el aspecto social que configura la interpretación.

Aquí se han expuesto de forma general las determinaciones de las disciplinas modernas sobre el cuerpo, señalando diferencias en cada enfoque según espacio, tiempo, así como orientación disciplinar.

A partir de este trazado genealógico se pretende puntualizar que el proyecto de la ontología moderna se erige en un nuevo tipo de determinismo sobre el cuerpo, el cual se encuentra auspiciado por una *episteme* que tiene como eje diferencial un determinismo racionalista-disciplinar, pero surgirían otros problemas, por ejemplo, ¿tiene algún papel la filosofía en la configuración de dichas epistemes corporales?

Desde Platón hasta Nancy, la filosofía es parte medular de la construcción del discurso sobre el cuerpo a esas significaciones “determinaciones metafísicas”, porque el problema filosófico no es solo un problema disciplinar sino ontológico, en la medida en que

esta intenta “demostrar” el ser de las cosas, lo que la lleva en muchos sentidos a establecer determinaciones ónticas y metafísicas que se vuelven moneda corriente del pensamiento social e inscriben ciertas lógicas de sentido que en cada época definen muchas de las categorías que aquí estamos desplegando, pero no es menester de la tesis ahondar en cada una de las corrientes, sino cuestionar las significaciones naturalizadoras y normalizadoras que emanan desde el orden médico inscrito en el escenario de las CPC.

Sin duda, hablar de las representaciones filosóficas sobre el cuerpo demandaría incluso varias tesis; por ello, no se abordan en la presente investigación, pues en cierta medida, el papel de la filosofía en las edificaciones epistémicas que se consolidan en cada época podría delinear una ontología corporal. Ese trabajo implicaría al menos un artículo, capítulo de libro o incluso una tesis. Así que, no me adentro en ese problema, solo quería destacar las conclusiones acerca de la epistemología y ontología que caracterizan al cuerpo, en la siguiente parte me enfocaré en determinar si las ciencias sociales tendrán su propio eje interpretativo reduccionista sobre la categoría de cuerpo y al final establezco mi propia apuesta teórica.

3.4.4 Las ciencias sociales y el cuerpo ¿Metáfora social?

A lo largo del documento hemos dado cuenta algunas de las posturas que han surgido en las ciencias sociales para interpretar lo corporal. Sin duda, el texto de Marcel Mauss de 1934 en torno a las técnicas corporales es el primero que permite vislumbrar la variable sociocultural como un elemento indispensable para la representación que hacemos sobre este, pues es en ese momento cuando se considera que surge una mirada autónoma de las ciencias sociales sobre lo que denominaremos estudios sobre corporalidad.

Sobre el cuerpo se han escrito numerosos libros y artículos en ciencias sociales, y podemos reconocer que el texto de Mauss es prácticamente un texto seminal. En esta sección deseo expresar los aspectos clave de la interpretación disciplinaria sobre lo corporal en ciencias sociales. Dice Le Breton en su texto *Sociología del cuerpo*:

La tarea de la antropología o de la sociología en cuanto estructura simbólica consiste en comprender la corporeidad en cuanto estructura simbólica y no debe

dejar de lado representaciones, imaginarios, conductas, límites infinitamente variables según las sociedades (Le Breton, 2002b, p. 31).

En la cita anterior podemos destacar el indicativo esencial del proceder interpretativo de las ciencias sociales respecto al cuerpo, ya que éstas básicamente son una interpretación alterna al discurso médico y biológico que sustentan al cuerpo desde una base material omitiendo los aspectos culturales y sociales.

Bajo esta premisa se ha llegado a la conclusión de que se podría utilizar la noción *corporalidad* frente a la de cuerpo para salir avante de esas determinaciones orgánicas, estableciendo que el cuerpo es también una construcción social.

Por otro lado, la cita de Le Breton sobre la interpretación antropológica y sociológica del cuerpo, podría complementarse con otras variables importantes para ampliar el campo de estudio en ciencias sociales y los estudios de la corporalidad. Aspectos como la historia, la cultura, la estructura social y la economía se suman al análisis del cuerpo en estas disciplinas, abarcando una perspectiva más amplia.

Según Brian S. Turner, es en la antropología del siglo XIX donde el cuerpo adquiere indicios de relevancia en la teoría social, particularmente cuando antropólogos como Lewis Henry Morgan, Alfred Kroeber (entre otros) comienzan por preguntarse por la relación entre naturaleza y cultura. Se da ahí un gran desarrollo de la teoría social de manera indirecta respecto a lo corporal, y en términos generales, desde las teorías marxistas se vincula al cuerpo a una teoría que liga las funciones del cuerpo al orden social (Turner, 1989).

Desde la interpretación materialista se considera que las sociedades premodernas contemplan al cuerpo a partir de un escenario ritual y simbólico, el cuerpo adquiere para las sociedades premodernas la relevancia comunicativa, lo cual contrasta con las sociedades modernas donde el cuerpo se vuelve un objeto más y en varios casos como en la pornografía, el modelaje o las cirugías este deviene en una mercancía más, estudios como los Arjun Appadurai (1991) o Luc Boltanski (1975) se inscribirán bajo esta línea.

Ahora, si bien es clara la primacía de la interpretación simbólica de lo corporal en ciencias sociales, lo cual no indica de antemano el desplazamiento de lo material y orgánico del cuerpo, ya que “la sociología del cuerpo no desconoce la parte material, física y biológica

del cuerpo, pero esto se inscribe en un plexo de sentidos múltiples de acuerdo con la cultura, el cuerpo es una narración, por eso se habla de él desde distintos enfoques” (Le Breton, 2002c).

Autores como Thomas Csordas han querido proponer una relación intrínseca entre el cuerpo como vivencia existencial presente y su relación con la historicidad, acuñando incluso el concepto de *embodiment* para denotar esta singularidad (Csordas, 1990).

Lo cierto es que casi ninguna de las teorías sociales sobre el cuerpo ha negado la materialidad y organicidad de este, aunque en algunos casos se tiende a ciertos determinismos. Por ejemplo, el evolucionismo privilegia una visión materialista-organicista de la historia y el constructivismo coquetea mayormente con un sociologismo.

De la misma forma, desde las ciencias sociales que tienen raigambres estructuralistas se establecen diversas metáforas para relacionar los elementos orgánicos del cuerpo con el orden social. La antropóloga Mary Douglas en su texto *Símbolos naturales* de 1970 anunciaba lo siguiente:

El cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad (Douglas, 1988, p. 89).

Aquí Mary Douglas sigue un poco el camino de Levi-Strauss, sobre todo en el aspecto técnico de análisis para rastrear el universo simbólico general en que se enmarca el cuerpo, tratando de superar precisamente la dicotomía de naturaleza y cultura.

En comparación con el estructuralismo de Levi-Strauss, la autora se distancia de la idea de pensar en una estructura universal *ad hoc*, en la cual solamente habría que descubrir las relaciones dicotómicas para lograr establecer la relación entre la estructura cultural y el sujeto predeterminado por esta, así dice Douglas “Lévi-Strauss nos ha proporcionado una técnica. Nuestra tarea consiste en refinarla para adaptarla a nuestros fines. Para que pueda sernos útil, el análisis estructural de los símbolos tiene que estar de algún modo con una hipótesis acerca de la estructura de roles” (Douglas, 1988, p. 90).

Dos ideas generales son las que encontramos en Douglas: 1) La aspiración a lograr una consonancia de todos los niveles de la experiencia produce una concordancia de los medios de expresión, de modo que el uso del cuerpo se coordina con el de los otros medios. 2) El sistema social impone un control y, por lo tanto, unas limitaciones a la utilización del cuerpo como medio de expresión (Douglas, 1988). Entonces, existe una interrelación metafórica dialéctica entre el cuerpo físico y el orden social que se auspicia en ciertas metonimias en las que ambos generan imágenes simbólicas. El cuerpo como entidad física es imitado por la realidad social y el cuerpo asimila al mismo tiempo los significados de la cultura, los cuales se expresan en modos de hacer y en diversas manifestaciones expresivas del mismo.

Para comprender cómo los cuerpos se vinculan con la estructura social, es fundamental considerar los trabajos de Norbert Elías que ofrecen una visión integral de los procesos de cambio social. Estos estudios también resaltan cómo se regula y domestica el cuerpo a través de manuales, formas y hábitos estandarizados, los cuales reflejan un complejo trasfondo histórico. Así, tal como el mismo autor lo dice, “todas aquellas particularidades que atribuimos a la civilización, esto es, máquinas, descubrimientos científicos, formas estatales, etc., son testimonios de una cierta estructura de las relaciones humanas, de la sociedad y de un cierto modo de organizar los comportamientos humanos” (Elías, 1994, p. 105). En estas maneras de organizar los comportamientos, el cuerpo es un elemento indispensable ya que en él se inscriben todas esas prácticas que reproducen la organización social.

Al igual, autores como Pierre Bourdieu (1998; 1962) y Michel Foucault (2005a; 2005b; 1980; 2007) para demostrar esta dialéctica entre sujeto y estructura, entre control y libertad al que se someten los cuerpos modernos, los cuales van configurando las existencias personales.

Para la teoría de la cual pretende partir esta investigación, mencionábamos atrás que el concepto de biopolítica es un ejemplo claro de cómo se entiende la relación de lo orgánico con lo simbólico, pero al emplear el concepto de biopolítica agregamos la variable política a la ecuación. En resumen, concuerdo con Mari Luz Estaban cuando dice que existe realmente una falta de delimitación en la teoría social del cuerpo y eso realmente resulta positivo, ya

que no hay pues un discurso unívoco o dominante sino muchos discursos que confluyen y agregan variables de otras disciplinas para interpretar lo corporal (Esteban, 2013) con ello se podría lograr abandonar “una visión monolítica sobre el cuerpo” (Esteban, 2013, p. 22).

3.4.5 El valor estético del cuerpo y la configuración del significado de belleza.

En un texto de 1970 denominado *La sociedad de consumo* (2009), Jean Baudrillard se refiere al cuerpo como el objeto más bello para ser consumido en la época moderna, el texto expresa en uno de sus capítulos: “En la panoplia del consumo hay un objeto más bello, máspreciado, más brillante que todos los demás y hasta más cargado de connotaciones que el automóvil que, sin embargo, resume a todos los demás: el CUERPO (en el original aparece en mayúsculas)” (p.167).

Diariamente, nos vemos bombardeados en: redes, televisión, publicidad, campañas médicas por imágenes de cuerpos esbeltos y de proporciones muy constreñidas que enarbolan las principales características de la belleza moderna como ideal estético: rostros afilados, delgadez, bíceps marcados, juventud, etc. Estas representaciones se asemejan mucho a aquello que Da Vinci llamó las proporciones divinas y que “han permitido que ocurra “un traslado del término de belleza hacia el plano físico; la definición de belleza se ha impregnado de *marketing*, pues esta pasa a representar un capital simbólico que puede adquirirse, perderse o incluso comprarse” (Sossa, 2011, p. 138). Pero ¿eso realmente tiene una relación con el estándar de los cuerpos que vemos cotidianamente o con las nociones de belleza históricas?

Nos muestra Umberto Eco en su clásico texto *Historia de la belleza*, cómo las representaciones artísticas, literarias e incluso las configuraciones sociales van inscribiendo un imaginario de lo bello que no es estático ni universal. Salvoconducto de una semiótica del arte, Eco nos permitirá dar cuenta cómo las representaciones del cuerpo y la belleza son distintas en cada época (incluso desde la mirada del arte occidental).

Ejemplo de ello son las venus renacentistas que aparecen en el texto, por ejemplo, *la Venus de Urbino* de Tiziano Vecellio de 1538 o *la Venus dormida* de Giorgione de 1509, que muestran una figura no simétrica, ni rígida, sino más bien contemplativa, en armonía con el paisaje. Bajo esos cánones estéticos, el cuerpo (en este caso femenino) se vuelve un lugar

más de esa escenificación de la totalidad del cuadro y no una imagen donde el yo ocupe la centralidad en la pintura (Eco, 2004).

Mediante la semiótica del cuerpo presentada por Eco nos percatamos de que la diversidad de imágenes posibles a ser representadas es múltiple²⁶, entonces, ¿por qué las concepciones de cuerpo dentro del campo médico parecen seguir respondiendo a gran medida a imágenes estandarizadas de belleza y salud?

La resignificación del cuerpo en la modernidad parece apuntar a una cierta democratización de los modelos o incluso a una performatividad del cuerpo por medio del *collage* quirúrgico o las intervenciones estéticas del yo (Pedraza, 2004).

Un ejemplo de lo anterior sería el caso de las intervenciones del artista Orlan que hace de su cuerpo un collage quirúrgico. De cualquier manera, las imágenes dominantes contrastan con los cuerpos múltiples que observamos en la cotidianidad, ello instauraría que el cuerpo posee ante todo un valor estético que lo convierte a su vez en objeto de consumo.

En la era moderna, la imagen adquiere una importancia significativa a través del consumismo y la exposición de los cuerpos, destacando al individuo como protagonista. En contraste con la idea renacentista de belleza asociada a la armonía con la naturaleza, en la actualidad el cuerpo se percibe como un proyecto personal influenciado por múltiples símbolos y discursos que provienen principalmente del ámbito disciplinario.

A pesar de que las cirugías en la actualidad se consideran una elección personal, la percepción de uno mismo necesita de la validación pública para ser positiva. De ahí la posible explicación para el éxito de las redes sociales. A esa determinación de la representación sobre

²⁶ Esto se puede apreciar incluso en la iconografía nacional colectiva, basta con echar una mirada al cine mexicano como un escenario semiótico que exhibe alguna diversidad en la representación de la belleza femenina. Por ejemplo, en el cine mexicano de los años cincuenta o setenta, los cuerpos de las mujeres que aparecían en escena tendían más a representar cuerpos frondosos, cadenciosos, donde la delgadez extrema no era una figura arquetípica del cine, basta mencionar a Dolores del Río o Yolanda Montes Alías “Tongolele” como la antítesis del cuerpo modelo de la actualidad, al igual por el lado masculino sucede algo parecido en el cine mexicano, recuérdese a Pedro Infante o Jorge Negrete.

la existencia, el filósofo Martín Heidegger llamaría la época de imagen del mundo. Esa paradoja implica una auto vigilancia y un autocontrol casi obsesivo por nuestra identidad.

Las contradicciones de esas representaciones dominantes se vuelven evidentes y estriban en que estas imágenes que muestran los medios -y se reproducen en el discurso médico- distan mucho de los estándares de cuerpos que vemos transitar en la realidad ordinaria. Por ejemplo, en México sufrimos graves problemas de obesidad, tenemos gran diversidad de grupos étnicos y culturalmente diferenciados, es decir, existen diversos tipos de cuerpos. Aun así, las imágenes médicas parecen estandarizadas, entonces, ¿por qué si existe una capacidad de agencia exaltada como parte de la subjetividad moderna como algunos aducen, se aspira a entrar en un patrón de belleza poco democrático?

Actualmente, la belleza no se limita a una única representación, sin embargo, suele asociarse la belleza a la simetría, juventud y delgadez. Podríamos asumir que el concepto de lo bello se construye socialmente, muchas veces en contradicción con la propia materialidad de los cuerpos que vemos transitar en la cotidiano, damos cuenta con ello de que el cuerpo está inscrito en un plexo de sentido, constituido por simbolismos, imaginarios y representaciones que lo atraviesan.

En esta nueva configuración de la estética del cuerpo el yo se vuelve el centro ontológico de la representación y el cuerpo constituye el objeto primordial, bien dice Baudrillard “el objeto más bello”.

En esa lógica de la imagen personal como centro de la identidad, el escenario de exaltación tiene a la subjetividad como el centro rector de la idea de belleza, de ahí que se requiera la publicidad del cuerpo, es decir es necesario personalizarlo y modelarlo para mostrarlo como un anhelo o como un deseo, para ello ayuda mucho el discurso médico que instituye una representación dominante que dota de significado las concepciones ideales de cuerpo y belleza y por tanto:

La cirugía cosmética se constituye en una práctica por demás performativa, que participa en la materialización de los cuerpos, gobernada por normas reguladoras que determinan que un cuerpo sea viable. Contribuye también a la creación y a la recreación de ideales corporales que se procuran imitar (Muñiz, 2010, p. 262).

Es necesario destacar que las ideas y discursos en torno al cuerpo influyen directamente en ese “objeto”. La forma cultural dominante demanda que debamos entrar en la norma y aquellos que no lo hacen quedan excluidos. Es una legislación indirecta sobre el cuerpo, y si bien la idea de lo bello se está construyendo socialmente, es necesario tomar en cuenta que esta idea afecta radicalmente las decisiones que esos individuos toman y, por ende, la materialidad misma del cuerpo.

Esas condiciones sociales, culturales e históricas se materializan en los cuerpos. Es la relación descrita por Foucault con su concepto de biopolítica, donde la vida y lo natural, se vinculan a lo histórico, social y al poder mismo.

Los aparatos disciplinarios jerarquizan los unos con relación a los otros, a las “buenas” y a las “malas” personas. A través de una microeconomía de la penalidad perpetúa, se opera una diferenciación que no es la de los actos, sino de los individuos mismos, de su índole, de sus virtualidades, de su nivel o de su valor. (Foucault, 2005, p. 186).

Ciertamente, a pesar de esta tendencia a homogeneizar la belleza y la salud que pone de manifiesto una microeconomía de lo normal y lo anormal, existen prácticas sociales y representaciones alternas en la propia cultura occidental que pretende ampliar el discurso sobre lo bello y lo saludable²⁷, aun así, nos dice Elsa Muñiz:

Desde diversos análisis se ha reflexionado cerca de la preeminencia de lo individual sobre lo colectivo en las sociedades contemporáneas, en particular en lo referente a la importancia del cuerpo como parte del proyecto personal. No obstante, la tensión entre un ideal identitario muy personal y las ficciones corporales en estas sociedades se convierte en una de las paradojas más reveladoras del extremo contemporáneo. (Muñiz, 2012, p. 12).

En ese sentido, sin duda el discurso médico debe adaptar y negociar los significados de lo bello y la saludable, en la medida en que las prácticas sociales configuran nuevas

²⁷ Ejemplo de estas resistencias ante las representaciones dominantes son los performances de la artista Orlan que prefiguran el cuerpo como proyecto en construcción cotidiana, también lo son los cuadros de Botero que desproveen el estigma de los cuerpos obesos como representación de lo insano, este tipo de manifestaciones se asumen como contra discursos por contravenir la representación dominante.

representaciones y anhelos. Aun así, no podemos desatender esa economía de los cuerpos y la belleza que inscriben ciertas determinaciones sobre la elección subjetiva, pues la democracia de los cuerpos puede ser una de las más bellas mentiras del proyecto liberal y disciplinar moderno.

3.4.6 ¿Cuerpo, práctica corporal o corporalidad? Una ampliación conceptual posible.

Siguiendo a Elsa Muñiz (2010) podemos decir que la cirugía cosmética más allá de las condicionantes médicas y tecnocientíficas podría ser comprendida como una *práctica corporal* que “es un sistema dinámico y complejo constituido por sujetos, acciones, representaciones del mundo y creencias que tienen esos sujetos, quienes interactúan con los objetos y otros sujetos que constituyen el mundo” (p. 256).

Como vemos en la cita anterior, si bien la práctica requiere al cuerpo como objeto, ese objeto aspira a significar en un plexo de sentido. De esta forma, la práctica plástico-cosmética no tiene relación con la simple salud física del sujeto, es de hecho una práctica que pretende representar socialmente el cuerpo.

Bajo estas implicaciones podemos asumir que en general hay distintos tipos de prácticas corporales “que se conciben a partir de los usos intencionales, individuales y colectivos, del cuerpo como amputaciones, mutilaciones, modificaciones, transformaciones, maquillaje –cosmético ritual-, tatuajes, perforaciones, intervenciones quirúrgicas” (Muñiz, 2010, p. 256).

La noción de práctica corporal habría cobrado relevancia desde la tesis de Marcel Mauss de 1934 que lleva el título, *Técnicas y movimientos corporales*, en la cual el autor sostiene que el cuerpo refleja la cultura y que por ello un samoano no tendría el mismo estilo de nade que un tzotzil o un nadador de competencias, al igual una modelo probablemente caminaría distinto a una chica que se ocupa de conducir un camión de pasajeros sin suponer que una forma corporal es hegemónica.

Lo revelado por Mauss, es que de alguna forma la cultura se incorpora e internaliza en los sujetos sociales (y de hecho el autor no asume que exista alguna forma primordial de encarnar la cultura) el cuerpo desprende signos que pueden ser interpretados.

Uno de los únicos problemas que acompañaría a gran parte del discurso siguiente en las ciencias sociales, es que la noción de práctica corporal sigue pensando la realidad del cuerpo físico en un dualismo naturalista, al considerar al cuerpo como objeto de análisis sin ninguna significación simbólica más allá de la definición y categorización de las prácticas.

Realmente sería Merleau Ponty el que puso de manifiesto el sesgo naturalista que piensa al cuerpo como ente separado de la consciencia de sí, este sesgo omite la cultura en la que las normas sociales se encarnan, lo cual configura un ethos sobre el cuerpo, es decir la práctica corporal reflejaría la encarnación de los tres elementos: el cuerpo físico, la consciencia y la cultura tal como lo dicen Gómez y Asseneth:

Al hablar de una existencia corpórea ya no se trata pues simplemente de indagar por el objeto físico, sino por el sujeto consciente que vive en un cuerpo y que expresa su subjetividad y sus dinamismos interiores y culturales: el cuerpo se reconoce entonces como la exteriorización de la realidad interna y cultural del sujeto, por lo cual se plantea que el ser humano no posee un cuerpo: es su propio cuerpo (Gómez & Asseneth, 2008).

Es precisamente desde esa idea medular supuesta en Ponty que muchos han estudiado al cuerpo en relación con sus prácticas corporales como elementos simbólicos, siguiendo la premisa de Ponty podemos decir que “la motricidad del propio cuerpo hace también referencia a la noción de comportamiento simbólico, a un ser que tiene la posibilidad de expresión en perspectiva múltiple. (Merleau-Ponty, 1993).

Ahora, a pesar de que reconozco en esta idea un gran potencial de análisis y si bien no omito que la CPC es en sí una práctica corporal, doy cuenta que la definición de práctica corporal es muy amplia y no da cuenta de los intereses de poder y saber que encubren algunas de estas prácticas corporales. Incluso hemos aclarado los niveles de intención al discernir entre cirugía plástica versus reconstructiva, pues en ambas prácticas se encubren diferentes niveles epistémicos, deontológicos e incluso éticos.

Cuando se piensa tradicionalmente sobre el cuerpo, se está pensando desde distintas disciplinas, sin una vinculación explícita entre ellas. Situación que se explicaría desde la diversidad de definiciones sobre el cuerpo, en tanto materia

biológica, psicológica, histórica, artística, cultural, por nombrar solo algunas.
(Ferrada-Sullivan, 2019).

Para superar estas determinaciones discursivas y significativas, se propone aquí abordar el cuerpo desde el concepto de lo *corporal*, ello admite precisamente que el cuerpo es un escenario no sólo material, social o psíquico, realmente todos esos niveles de comprensión del cuerpo son significados que orientan y configuran su estudio, pero reducidos al extremo pueden reproducir las determinaciones ontológicas disciplinarias descritas a lo largo del texto, como apunta bien Zandra Pedraza respecto al concepto de corporalidad:

La necesidad, que muchos autores contemporáneos subrayan, de introducir la noción de corporalidad, proviene de la aparente imposibilidad de encontrar en la sola idea del cuerpo la salida a los regímenes duales de fuerte arraigo en la tradición del pensamiento occidental (Pedraza, 2004a).

Acorde con nuestra interpretación biopolítica del discurso médico que configura los significados de cuerpo, salud y belleza de manera naturalizada y determinista, así como el opuesto determinista del cuerpo como mera metáfora social, aquí se emplea el concepto corporalidad para ampliar el significado de la categoría cuerpo, pues como la misma Pedraza apunta en el mismo texto:

En la palabra cuerpo sólo podríamos reconocer, pese a todos los esfuerzos, las dimensiones físicas, somáticas del cuerpo, aquellas producidas por conocimientos expertos como la física, la química, la fisiología, la anatomía y la biología, y cuya principal fuente de saber son el cadáver y la materia inerte (Pedraza, 2004, p. 62).

Yo agregaría que en general la metafísica disciplinar en tanto comprensión ontológica hegemónica, se encuentra enfrascada en diversos determinismos, dada su propia vocación para definir categorías como: cuerpo, salud y belleza.

Existiendo polos radicales por diversos frentes, por ejemplo, en el campo de las disciplinas naturales, la determinación del cuerpo es orgánica, pero al caso de las ciencias sociales la metáfora del cuerpo como construcción social encontraría algunas limitaciones interpretativas, por ello coincido plenamente cuando Pedraza dice “corporalidad es un término capaz de aprehender la experiencia corporal, la condición corpórea de la vida, que

inmiscuye dimensiones emocionales y, en general, a la persona, así como considerar los componentes psíquicos, sociales y simbólicos” (2004, p. 66).

Esta idea de corporalidad conecta lo físico, lo social, lo emocional y lo simbólico, abarcando las relaciones de poder en las que se encuentran los individuos que deciden intervenir en su propio cuerpo.

Capítulo IV. Desdoblamiento de las categorías que emanan de un análisis técnico del discurso.

4.1 Sobre la forma en que se presentan los hallazgos de investigación.

Llegado a este punto, ahora presentaré los hallazgos emanados de la pesquisa inductivo-cualitativa. Se reconoce que el proceso de investigación se ha visto influenciado por el recorrido teórico y metodológico, los cuales son fundamentales y no simples complementos del documento.

El análisis conceptual realizado en el capítulo anterior muestra una orientación que va más allá de lo causal, ya que revela conexiones entre datos, pruebas e ideas. Bajo ese supuesto hay que expresar los “resultados”, los cuales surgen como un proceso en el que se da un ensamblaje conceptual genealógico junto a la propuesta metodológica de análisis del discurso. Lo anterior nos ha permitido arribar a ciertas inferencias.

Igualmente, es importante destacar que hemos utilizado un análisis inductivo basado en los resultados de las 11 entrevistas semiestructuradas realizadas a médicos y pacientes. Al mismo tiempo, se analizaron publicaciones periódicas de médicos cirujanos en dos fuentes principales en un marco de seis años. 1) se revisaron los boletines periódicos de la AMCPER en un marco de 2016 al 2022, que es el tiempo que tienen en funcionamiento la página de publicaciones y 2) la segunda fuente documental es la revista Cirugía y Cirujanos en el mismo marco de tiempo.

Las fuentes mencionadas fueron seleccionadas por ser los principales lugares donde los médicos cirujanos en México publican sus trabajos, ambos asociados al CMCPER.

Por último, se examinaron los principales documentos legales en México como la ley general de salud (LGS) y sus modificaciones del año 2020 en la Ciudad de México y 2023 a nivel nacional, que se encuentran publicadas en el diario oficial de la federación. Del análisis del discurso, que reúne entrevistas, publicaciones y documentos legales, emanan una serie de categorías heurísticas que permiten presentar y dar un orden a los resultados en la presente sección y que se exponen en la siguiente tabla de códigos:

Tabla 4 Principales códigos que emanan del análisis inductivo en torno al Discurso médico.

Códigos principales	Porcenta
Discurso orientador del médico	11.46
Motivaciones para intervenirse	8.33
El perfil del paciente\La diversidad de pacientes	7.29
Representaciones de la belleza	7.29
Cuerpo\Cuerpo objeto	5.21
Cuerpo	4.17
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético	4.17
Motivaciones para intervenirse\Percepción social de las cirugía	4.17
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas\Distinció	4.17
El perfil del paciente	4.17
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético\Conflictos en el c	4.17
Concepto de salud	4.17
Concepto de salud\Aspectos biopolíticos de la salud	4.17
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético\Representaciones	4.17
Representaciones de la belleza\Estereotipos de belleza\Las tend	4.17
Motivaciones para intervenirse\Cirugía como mecanismo de mo	4.17
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas	4.17
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético\Representaciones	4.17
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas\Cirugias	4.17
Concepto de salud\Aspectos biopolíticos de la salud\Aspectos e	4.17
Concepto de salud\Aspectos biopolíticos de la salud\Aspectos e	4.17
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas\Cirugias	4.17
El perfil del paciente\La diversidad de pacientes\Paciente/cliente	4.17
Concepto de salud\La ampliación del concepto de salud como m	4.17
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas\Distinció	4.17
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético\Conflictos en el c	1.04
Representaciones de la belleza\Belleza como subjetividad	1.04
Perfil del médico cirujano plástico-cosmético\Conflictos en el c	1.04
Definición de las cirugías e intervenciones cosméticas\Cirugias	1.04
Las cirugías como negocios\La cirugía como lujo	1.04
Las cirugías como negocios\La cirugía como lujo\La negociación	1.04
Concepto de salud\Salud fisiológica	1.04
Representaciones de la belleza\Estereotipos de belleza\Las tend	1.04
Representaciones de la belleza\Estereotipos de belleza	1.04

Fuente: Elaboración propia.

Este ejercicio inductivo de codificación me permitió identificar una manera en que podría presentar los hallazgos de investigación y contrastar mis propias preguntas y objetivos. En algunos casos se ha optado por simplificar dos códigos en uno, ya que pueden homologarse o haberse repetido; ello nos permite evitar duplicaciones, pero también se relacionan estos códigos con los objetivos de investigación y el marco teórico.

Antes de mostrar esos resultados concretos, es importante regresar a la pregunta principal de esta investigación, que se expresa de la siguiente forma, ¿Qué peso tendría el discurso médico en la construcción de significados en torno a categorías como: cuerpo, salud

y belleza dentro de un contexto como las clínicas de cirugías plásticas cosméticas en una ciudad como León, Guanajuato, significados que pueden ser o no internalizados por los pacientes y que demarcarían un regimiento biopolítico?

Sin lugar a duda, la pregunta expone los conceptos clave a los que presté atención durante la investigación de campo (especialmente en las entrevistas), así como la estrategia que utilicé para obtener esos resultados, que fue el análisis del discurso.

Como mencioné anteriormente, este trabajo se fundamenta en el análisis del discurso médico en el entorno de las clínicas de cirugías plástico-cosméticas en León, Guanajuato.

Se parte del supuesto de que, si operamos de esta forma, notaremos cómo se configura una biopolítica sobre el cuerpo mediante una arrogación, apropiación y orientación discursiva del orden médico dadas las definiciones de categorías como cuerpo, salud y belleza, lo que a su vez constituye una reducción del significado en pro de la propia posición jerárquica de enunciación.

Por ello, necesariamente la forma de abordar los hallazgos se orienta por los objetivos de investigación que se desprenden de esa pregunta general y que se han estructurado de la siguiente manera:

[La presente sección de análisis y hallazgos se divide en cuatro unidades principales, las cuales emanan de una categorización inductiva que vincula objetivos y codificación de enunciados; esa pesquisa da cabida a subcategorías que delinear los pormenores de cada uno de los objetivos. 1) En la primera sección nos referimos al discurso médico en cuanto discurso orientador y que configura las categorías de cuerpo, salud y belleza, pero que a su vez se intercepta con una relación intersubjetiva que va a ir dando como resultado un cambio en la perspectiva sobre la relación médico-paciente. 2) Después se aborda especialmente esta negociación de los significados entre paciente y médico, reconociendo que la modernidad establece una nueva relación que incluirá pensar al paciente no solo como usuario demandante de un servicio sino como cliente. 3) En la tercera sección se abordará la compleja relación entre el vínculo de los campos de la salud y la belleza en el discurso médico, lo que nos orientará a precisar también el nacimiento de toda una industria médica que norma y define una nueva nosología médica en función del mercado y que pone en no pocas ocasiones en predicamento las propias definiciones médicas, particularmente aquella disposición que pretende ubicar los procedimientos estéticos-cosméticos en el campo de la salud. 4)

Finalmente se definirá si existen o no mecanismos biopolíticos en el discurso médico anclado en el contexto de las cirugías plástico-cosméticas.

4.2 El Discurso médico como Discurso orientador.

A partir del análisis del discurso desde el que parto, sería imposible concluir terminantemente que la totalidad de los significados de categorías como cuerpo, salud o belleza se encuentren determinados por el decir médico, ya que éstos tienen variaciones, adecuaciones, así como diversas exégesis. Éstas dependen a su vez de las propias interpretaciones que cada individuo se haga, a lo anterior se suman los contextos culturales y condiciones socioeconómicas.

Ya registrábamos por ejemplo en el apartado conceptual, cómo de manera histórica el concepto de salud ha tenido variaciones significativas respecto a una época u otra, indicábamos por ejemplo que en la edad media éste se comprendía socialmente bajo la lógica de la semejanza, pues la *episteme* medieval partía de la determinación ontológica de relacionar al individuo con el todo:

Durante la Edad Media las disecciones estaban prohibidas. Es más, eran impensables incluso después de la muerte: el cadáver debía preservarse porque de otro modo se comprometía la salvación del hombre al que encarnaba. Las incisiones en el cuerpo constituían una violación a la integridad del ser humano; abrir la piel y la carne del hombre era atentar contra el universo mismo, pues el cuerpo, fruto de la creación divina, condensaba el cosmos. Hombre y cuerpo no estaban aislados entre sí ni del mundo (Díaz Cruz, 2006, p. 148–149).

La cita anterior nos ilustra una ruptura epistémica entre la noción medieval de salud y cuerpo, versus la concepción moderna de ambas categorías. Será precisamente en la época moderna es donde emanará una noción de salud propia de la investigación médica, la cual primeramente estaría enfocada a considerar el concepto de salud en relación con la alteridad de la enfermedad, bosquejada fundamentalmente como un desorden orgánico, es decir, como una anormalidad funcional-orgánica.

Al menos así lo habría indicado George Canguilhem (Canguilhem, 1971) y para otros autores como Jean Clavreul, esta definición de salud constituirá un definitorio escenario de

enunciación donde la legitimidad médica se inscribe a partir de la arrogación de las categorías de salud-enfermedad y desde la instauración positiva que pasará a ser propiedad del orden médico (Clavreul, 1978).

Pero si suponemos que el Discurso médico no es el que construye a la totalidad los significados enunciados ¿cuál es entonces el papel que juega en la configuración de estos? Antes de responder, déjeme realizar una pequeña recapitulación.

Precisamente, al iniciar la presente pesquisa, conjeturaba que en general el Discurso médico era una forma casi arbitraria y determinante en la instauración de los significados que le competen (como el de salud) e igualmente suponía que el campo médico se apropiaba de ellos casi monopólicamente.

A medida que avanzaba, me di cuenta de que las definiciones adoptadas por el campo médico, incluso en el ámbito estético-cosmético, no abarcaban completamente el significado de las categorías en la práctica médica, especialmente en las clínicas de CPC.

Entrevistando a personas que reciben tratamientos quirúrgicos cosméticos, se observa que, en el contexto de la CPC, los significados pueden ser modificados o reinterpretados, influyendo en la percepción de conceptos como belleza, cuerpo y salud tanto por parte de médicos como de pacientes.

Además, pensaba que la noción de salud se adapta y se inserta en la dinámica del mercado, lo que amplía las enfermedades consideradas dentro de la nosología médica, incluyendo situaciones más allá de las afectaciones a la normalidad orgánica o a los principios éticos de la medicina (*episteme* médica).

Incluso revisando el perfil del médico cirujano definido por la Universidad de Guanajuato (principal semillero de médicos cirujanos en León), se puede apreciar esta ampliación nosológica como parte medular del perfil de egreso:

El Médico Cirujano egresado de la Universidad de Guanajuato es un profesionista preparado como médico general para brindar un servicio profesional médico de alta calidad basado en la atención de las tres dimensiones que interactúan en el bienestar y mantenimiento de la salud de la persona; la biológica, la psicológica y la social; lo anterior desde la perspectiva, educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación (División de Ciencias de la Salud, 1990, p. 9).

Es pues (en gran medida), mediante peticiones subjetivas de los pacientes y demandas del complejo médico industrial, que los médicos tienen que adaptar a la noción de salud aprovechándose de ampliaciones nosológicas y adecuaciones *ad hoc* de otros campos (como la psicología) para validar su práctica, como se percibe en el siguiente fragmento:

Francisco Vallejo: ¿Cuáles son los beneficios a la salud de una cirugía plástica?

Médico Felipe: Especialmente el principal beneficio es ser más feliz, da felicidad, pues cuando la gente cambia y le gustan los resultados aumenta la autoestima, se sienten mejor consigo mismos, pero también por eso mismo son más sanos físicamente pues todas esas emociones positivas van directo al sistema inmune, si nos sentimos mejor reforzamos nuestro sistema inmune, le ayudamos a estar más sano, entonces tiene beneficios tanto a la salud física como la mental. En especial las cirugías dan muchos años de felicidad, pero sobre todo evitan años de terapia (Médico Felipe, 18 de mayo del 2021).

Precisamente damos cuenta que aquí, cuando el médico enuncia que la salud también incluye el bienestar emocional, se realiza con esta adecuación discursiva, algo que declararemos como; un estiramiento conceptual (Popper, 2023)²⁸.

Cuando se redefine el significado, se amplía la definición de salud más allá de los aspectos físicos, superando los límites iniciales que la relacionaban principalmente con la ciencia y la tecnología.

De esta forma, los médicos, al considerar la salud desde la “perspectiva psicológica”, no siempre valoran por completo la labor de los psicólogos, sino que buscan ampliar su propio campo de actuación, como se evidencia al afirmar que ciertas prácticas psicológicas pueden “evitar años de terapia”.

Al inicio de la investigación, se suponía que el campo médico, dentro de un marco biopolítico, tenía un fuerte control sobre los conceptos relacionados con ciertas prácticas médicas, sin considerar aspectos históricos o contextuales que podrían enriquecer esas

²⁸ Aquí si la noción de Giovanni Sartori que recupera de la postura de Karl Popper sobre aquellas hipótesis que se aceptan sin ninguna confirmación fáctica, sino tan sólo por la sola finalidad de hacer coherente una teoría y evitar su refutación mediante la observación y la experimentación, es decir se adaptan a un sistema de interpretación teórica o creencias para confirmarse por sí mismas bajo principios ostensivos como la autoridad o la introducción acomodativa del propio conocimiento.

definiciones. Creía también que las definiciones aceptadas dentro del campo médico eran absolutas, pero es necesario reflexionar sobre ciertos aspectos que influyen en el discurso médico.

Bajo estos presupuestos considere que el Discurso médico influye indirectamente en la normalización de un ideal de cuerpo y belleza, ya que los estándares actuales de belleza y salud están determinados por diversos factores presentes en el ámbito de la medicina y la industria.

Lo cierto es que lo que fue apareciendo en los diversos relatos fue algo con diversos matices, ya que salía a relucir que muchas de las peticiones sobre las intervenciones cosméticas a las que se han sometido usuarias y usuarios, muestran en alguna medida que estos significados se negocian.

Por ejemplo, en las entrevistas a usuarios, cuando se preguntaba sobre quién tenía la última palabra respecto al procedimiento que se pretendía realizar, en su mayor parte los pacientes asumían que ellas o ellos tenían gran autoridad en sus decisiones, a pesar de la voz y autoridad médica, como lo menciona la paciente Valeria.

Francisco Vallejo: Y en estas charlas para decidir el procedimiento más pertinente, que juega más ¿la voz médica o la voz del paciente?

Paciente Valeria: El deseo del paciente (Es contundente y categórica, no agrega más a esa pregunta) (Paciente Valeria, 7 de septiembre del 2021).

Lo anterior sería incomprensible sin esa precisión conceptual que han realizado algunos autores en el campo de los estudios sobre intervenciones corporales modernas, en estas investigaciones donde se menciona la emergencia de un nuevo sujeto dentro de las clínicas, al que se le dará el calificativo de paciente cliente²⁹ (Pedraza, 2004).

Ahora, sería cándido asegurar que esta nueva figura de paciente-cliente tenga todo el mando sobre la decisión, y que el paciente demandante llegué a tomar una disposición por completo autónoma, ya que ellas y ellos mismos asumen que hay ciertas pautas orientadoras que juegan en la decisión que pretenden tomar.

²⁹ Esta nueva forma de relación entre médico y paciente aparece ante el orden médico ya no solamente como paciente usuario que demanda una reparación orgánica de la salud, sino en búsqueda de encontrar imagen adecuada entre el correlato de su yo y la apariencia y con la capacidad de realizar peticiones a la medida.

Por ejemplo, algunas de las orientaciones consisten en la observación previa de procedimientos en compañeras y compañeros que se han sometido a este tipo de procedimientos, lo que se puede tomar como un “modelo a seguir”, por ejemplo, el paciente Jorge nos dice lo siguiente:

Francisco Vallejo: ¿Cómo fue que te interesaste por realizarte una modificación corporal mediante una cirugía plástica?

Paciente Jorge: No tengo claro cómo fue, pero quizás por amigos. Al igual no tengo una cirugía preferida como tal, pero el uso de *botox*, ácido me interesó para mejorar mi apariencia (Paciente Jorge, 25 de febrero del 2021).

En el caso anterior, sale a relucir que las plásticas con compañeros o la apariencia externa forman parte fundamental en la decisión de un tratamiento, en el caso particular de la función del médico en la orientación, algunas pacientes reconocen en cierta medida la orientación médica como una orientación de autoridad³⁰, por ejemplo, en el siguiente fragmento la paciente Johana enfatiza que el médico a veces tiene que oponerse a sus propias peticiones de intervención, Johana enuncia lo siguiente:

Francisco Vallejo: Entonces ¿quién tiene la última palabra sobre el procedimiento que te vas a realizar, él o tú?

Paciente Johana: ¡No! él decide, bueno, al menos el cirujano que yo tengo, que es José.... que ese sí no me ha dejado, yo siempre he querido hacerme liposucción y no me ha dejado (es muy enfática al respecto), y nunca me la ha querido hacer, y él me dice que si me la quiero hacer que la haga con otro doctor pero que tuviera mucho cuidado, porque yo puedo bajar de peso si me cuido en la comida, y haciendo mí ejercicio de gimnasio y todo. (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

Opuesto al relato de Johana, en varias ocasiones las y los pacientes arriban al consultorio con peticiones muy específicas que incluso pueden llegar a ser irrealizables (al menos por ahora) e incluso conflictivas con la voz médica porque se demanda con exactitud reproducir algún

³⁰ El concepto de autoridad no debe comprenderse en un sentido negativo, como bien lo preciso el filósofo Hans Georg Gadamer, la autoridad incluso corresponde con un saber hacer y debe reconocerse como un principio de pericia, la negatividad sobre el concepto de autoridad deviene de los prejuicios modernos contra la tradición y sobre todo contra todo prejuicio, en ese sentido se abre la posibilidad de seguir empleando la palabra.

modelo o práctica que en palabras de los médicos contraviene su propia corporalidad orgánica o incluso podrían representar un “riesgo” mayúsculo a su bienestar. Estas peticiones muchas veces tienden a ser orientadas por el saber experto del médico, que cimienta tal autoridad en su praxis, así como en la comprensión del orden anatómico, aun así, tal negociación sin duda genera conflictos y tensiones en esa relación médico-paciente.

4.2.1 El diagnóstico como un momento clave en la negociación

Esencialmente, la negociación del procedimiento quirúrgico-cosmético sólo puede estipularse mediante un paso previo a la operación, este es el momento del diagnóstico. El diagnóstico se da en el espacio de la consulta, en ese momento se especifica un acuerdo como forma de contrato en la que el médico y paciente dialogan que es lo que “conviene” al usuario a partir de su propia “naturalidad” o rasgos personales.

Dentro del *argot* médico a esta relación no se le concibe como una relación de negocio o de peticiones subjetivas, por contrario se entiende como una situación dialogal terapéutica que tiene un fin, la salud:

La Relación Médico Paciente (RMP) es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la relación médico paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. Conlleva responsabilidad compartida, el médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo, el paciente tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo. (Mejía & Romero, 2017, p. 833).

Bajo esta suposición se establece una relación que implica corresponsabilidad y que se reconoce como una relación intersubjetiva, pero entonces ¿cuál es la relevancia del discurso médico en torno a la configuración de categorías como cuerpo, salud y belleza dentro del contexto de las CPC?

Habiendo asumido que el discurso médico no determina en su totalidad las significaciones de las categorías en las que aquí nos centramos, paralelamente podemos

asumir que juega un papel orientador y esa orientación no se ancla necesariamente a los principios profilácticos y deontológicos de la medicina. Incluso los mismos médicos reconocen su predilección por algunos perfiles estéticos o por una visión modélica de los y las pacientes, claro ejemplo de ello es el siguiente fragmento recuperado del médico Gustavo a la pregunta de ¿consideras que hay ciertos modelos a seguir? ¿Crees que la gente sigue ciertas tendencias?:

Definitivamente todos los seres humanos tenemos modelos a seguir y la cirugía plástica se dicta mucho también por región geográfica y por las modas, no (medita) o sea, yo te puedo hablar de mi práctica, yo tengo pacientes que tienen un perfil estético similar al mío, que le gustan las cosas elegantes, que le gustan las cosas discretas. Hay perfiles también de cirujanos un poco más voluptuosos que concuerdan más con esa proporción, definitivamente va muy pegado a las tendencias de la moda, si la moda está más apegada a un estilo corporal más *skinny* (refiriéndose a la delgadez) o un poco más relleno, eso impacta directamente en la solicitud de los pacientes, (Médico Gustavo, 17 de abril del 2021).

Examinando el testimonio anterior, la manera en la que el médico supone ciertos perfiles o rasgos de proporción y similitud estéticos afines, es cómo se puede inscribir (incluso de forma inconsciente) una mirada orientada por ideales y prejuicios, los cuales finalmente influirán en gran forma en el procedimiento “adecuado” al que puede someterse él o la paciente, por ejemplo cuando el médico Gustavo alude a “un perfil estético similar al mío” y encuentra cierta familiaridad con él o la paciente alude a un encauzamiento axiológico de la orientación.

Incluso en los mismos testimonios de los médicos cirujanos pueden salir a relucir algunos argumentos normalizadores y naturalistas que refieren a modelos de género muy deterministas como es el caso del siguiente fragmento en la entrevista al médico Felipe:

Generalmente las mujeres quieren verse mejor por eso se cuidan más, ellas son más cuidadosas con su cuerpo y cara porque las mujeres -recuerda (me invita a reflexionar y es enfático) ¡son belleza y amor! - (lo dice con firmeza y seguridad” (Médico Felipe, 18 de mayo del 2021).

Analizando con detenimiento este relato, se menciona la idea de que la mujer es asociada a la belleza y al amor, lo cual es un concepto arraigado socialmente que influye en la perspectiva del médico y en algunos aspectos de los procedimientos. Asumir en ese sentido que las mujeres son “belleza y amor” puede incluso situar el mandato quirúrgico en la orientación del procedimiento.

Pero me gustaría especificar más cómo se da esta negociación y qué decisiones se asumen a partir de ese diálogo terapéutico. En particular, me gustaría precisar en qué sentido las determinaciones discursivas del decir médico orientan y delimitan su propia praxis.

Estas guías encontrarán su fundamento y justificación en la dirección iatromecánica relacionada con el entendimiento del cuerpo a nivel anatómico, junto con la adopción de la terminología médica que se atribuye el poder de definir qué es salud y qué es enfermedad.

El punto crucial de esta negociación ocurre durante el diagnóstico, donde se llega a un consenso, pero también se establecen compromisos y deberes. Por ejemplo, en este caso se le consulta a la paciente Yez acerca de la etapa previa a la cirugía.

Francisco Vallejo: ¿cómo es el proceso? ¿te hacen una entrevista? ¿cómo se te orienta?

Paciente Yez: Bueno, al principio, tú llegas y ya te dice -hola buenas tardes, soy el doctor tal y tal ¿tú quién eres? - Y te empieza a sacar platica para que te sientas en confianza, ya después te pregunta - ¿cuál es tu problema? – Entonces tú le platicas cuál es tu situación y él te contesta -ah, déjame ver si te puedo ayudar o en qué te puedo ayudar dependiendo de tu problema, sino puedo tal vez te recomiendo a alguien- (Paciente Yez, 3 de septiembre del 2021)

En ese proceso previo a la intervención es donde se establecen los procedimientos a los que se someterá la o el paciente, aquí la voz médica cobra relevancia pues este autoriza o no el procedimiento, aquí la paciente Johana nos describe un poco el proceso previo a la intervención:

Francisco Vallejo: ¿Existe alguna entrevista previa con el médico?

Paciente Johana: Si claro, vas a consulta siempre, todo médico te hace una consulta para ver lo que quieres o que es lo que, qué plan tienes, cuál es tu meta,

yo digo que un doctor o un buen cirujano, primero te escucha, te observa, te analiza y después te dice su diagnóstico -puedo, o no puedo, puedes o no se puede (emulando la voz médica), te vas a ver bien o no te vas a ver bien- siento que esa es la responsabilidad del doctor, si o sea, yo puedo llegar con veinte mil dólares, cincuenta mil dólares, con un doctor y le digo -quiero que me deje bonita- te dirán -a ver, como, cálmate, cómo que quiero que me dejen bonita- si (emula alguna expresión popular de usuarias y usuarios) -quiero parecerme a Thalía- pues jamás, yo digo que, ningún doctor está especializado para hacer el rostro de otro artista (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

En el fragmento anterior, la paciente describe cómo se define el procedimiento al que se someterá previo a la intervención, considerando los deseos personales en conjunto con las recomendaciones de los expertos. También, se resalta la importancia de la habilidad diagnóstica al considerar la elección de un buen médico, basándose en la observación, análisis y guía proporcionada.

Johana reconoce la autoridad médica delegada durante el diagnóstico, relacionada con la guía terapéutica externa, estableciendo esta orientación como la voz de autoridad.

Vemos, pues, que hay una cierta negociación o diálogo que define la orientación, ya que no siempre es el ideal del usuario el que se impone o al menos no todos los médicos ceden ante las peticiones subjetivas ya que reconocen los riesgos que acarrea acceder completamente ante el deseo del usuario, pero este deseo puede controvertir el mandato médico, lo cual les puede traer consecuencias a la larga, incluso legales, como lo comenta el médico Víctor:

Todas las personas (hace una pausa y precisa), la mayoría de las personas no queda al cien por ciento contenta con el resultado de su cirugía, o sea, como que tenían una expectativa muy alta, y nunca les vas a llegar a esa expectativa, lo ideal, lo ideal sería que primero pasarán con un psicólogo y luego con el cirujano plástico o estético, eso sería lo ideal pero si lo haces nadie se opera, eso para que veas es otra cosa (ríe irónicamente), pues les arreglas un problema psicológico y no lo harían o te dirían (refiriéndose a la opinión o perspectiva psicológica), no la operes porque te va a traer problemas o es un potencial problema para ti (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021).

Precisamente en el caso de las CPC, la manera en que se define la nosología del procedimiento no se ordena solamente a partir del decir médico, realmente lo que ocurre es algo mucho más complejo. Incluso puedo decir que se establece un contrato de corresponsabilidades ante las posibles consecuencias de la intervención, para ello se firma un acuerdo, en donde el peso de la decisión legalmente recae sobre él o la paciente (no sobre el médico).

Esta determinación se expresa por medio de un contrato, precisamente le preguntamos a la paciente Valeria si la hacen firmar antes de realizar el procedimiento quirúrgico y sobre quién asume los riesgos de la operación si algo sale mal. a lo que contesta:

Si, me hicieron firmar un consentimiento informado que seguramente, no leí a profundidad porque no, no, no me queda claro. Pero yo me imagino que, bueno había escuchado pero por otras personas que puedes perder la sensibilidad sino te hacen bien la cirugía, que hay algo que se llama, que se te encapsula el implante y que luego te tienen que operar, pero bueno según yo, dije -no va a ser mi caso- porque antes los implantes se tenían que cambiar en cierto tiempo y a mí, ya me dieron garantía de que era de por vida, y si me acuerdo que me dio así tal cual un documento que decía que así era el implante, sus características, tal cual, el lote del implante y que si había una falla, tenía garantía, o sea que me los podían reemplazar si había como un caso de que el material estuviera mal o así, pero según yo está bien, yo lo veo bien, nunca he sentido ninguna molestia. (Paciente Valeria, 7 de septiembre del 2021).

Aquí la paciente destaca una cierta displicencia del diagnóstico, como que no se le presta mucha atención y concuerda con la mayoría de los otros testimonios que asumen que hay una confianza en el médico.

En otros momentos de la entrevista a la misma la usuaria incluso precisa que ella sintió un trato muy indiferente y lejano refiriéndose a que se sintió como “una galleta”, como en un proceso mecánico de diagnóstico y resolución y que particularmente a ella le hubiera gustado una relación más empática aunque no todos los casos son iguales, incluso algunos pacientes reconocen que el médico no es responsable si algo llegase a ocurrir durante el procedimiento de la decisión que se está tomando pues lo que atraviesa la intervención no es

la enfermedad como tal sino el deseo, la capacidad de transformación como lo expresa claramente Johana:

Yo digo que el culpable no es el médico, es uno mismo porque te digo, si somos aferradas, toda la gente llega con dinero y quieren manipular al doctor para que les hagan eso, y hay doctores con tal de ganar el dinero, y si ellos están conscientes son responsables, pero en general con mi médico no es así, él siempre me dice las consecuencias y a veces me dice que no me haga esto o aquello. (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

Sin ese proceso de diagnóstico y de la creación de la nosología a partir del orden médico sería imposible prescribir la “enfermedad”, “anormalidad” o “carencia”, pero en ese espacio se dialoga la intervención entre el deseo del paciente y la sanción terapéutica del médico que si bien no es definitiva instaura una voluntad de verdad.

4.3 Paciente objeto y el cuerpo fragmentado.

El proyecto anatómico-maquinal que habría sido edificado por los primeros fisiólogos y anatomistas como Andrés Vesalio, tenía como propósito representar al cuerpo en su condición iatromecánica, es decir, como un organismo perfecto análogo a una máquina.

Con tal disposición disciplinar se inaugura una *episteme* objetivista en la medicina, y al mismo tiempo con este desplazamiento óptico, se desvincula “al hombre” de su conexión con el mundo. En esa posibilidad epistémica se impone una imagen de hombre diseccionado. Tales disposiciones técnicas-disciplinares, cristalizarán al mismo tiempo en una perspectiva antropocéntrica en la que el “hombre” se desliga de su misma corporeidad (Mandressi, 2012).

Es precisamente, este proyecto anatomo-fisiológico que asume su máximo epitome en la metáfora del cuerpo máquina, el que hará posible la intervención directa de los cuerpos, en palabras de Le Breton:

El momento inaugural de la ruptura concreta entre el hombre y su cuerpo surge con la tentativa iconoclasta de los primeros anatomistas, que abren realmente los cuerpos humanos. Aislado el hombre, el cuerpo se transforma en objeto, en una curiosidad irreversible (Le Breton, 1994, p. 199).

La instauración onto epistémica de este ideal metafísico se robustecerá con la llamada metafísica del *cogito*, impulsada por Rene Descartes, la cual funda definitivamente la fragmentación del hombre bajo el supuesto de que existen dos sustancias; *res extensa* (materia) y *res cogitans* (pensamiento), dice Descartes:

Todo cuerpo es una máquina y las máquinas fabricadas por el artesano divino son las que están mejor hechas, sin que, por eso, dejen de ser máquinas. Si sólo se considera el cuerpo no hay ninguna diferencia de principio entre las máquinas fabricadas por hombres y los cuerpos vivos engendrados por Dios. La única diferencia es de perfeccionamiento y de complejidad. (Descartes, 2003, p. 75).

Pero ¿qué implicaciones tiene para el orden médico y sus aspiraciones de legitimidad la instauración de una episteme corporal maquinal en su condición de ciencia? ¿Cómo esta indicación del cuerpo fragmentado e incompleto, legitima y justifica la intervención anatómica quirúrgica en el mismo?

Precisamente para el caso concreto de las CPC, este desplazamiento epistémico, permite al menos dos cosas: 1) representarlo como un cuerpo carente (o al menos) desligado de su condición psíquica de existencia pensante y 2) consiente a la mirada médica y la autoriza para considerar al cuerpo como proyecto de intervención e incluso como lo dice Mandressi como un *dispositivo de conocimiento* (Mandressi, 2012) es decir, desde esa asunción epistémica objetual, el cuerpo se entiende como una máquina que puede repararse.

En este punto es necesario precisar que este ideal iatromecánico salió a la luz durante las entrevistas a médicos, como se apreciará en el testimonio de la médico Bety a la que se le pregunto ¿cómo fue que te interesaste como médica por la cirugía plástica en particular?:

O sea, me intereso, primero (pausa breve) siempre me ha gustado en general la cirugía (pequeña pausa reflexiva), operar, resolverle a la gente sus (pausa y recompone), cualquier problema por medio de la cirugía, me apasiona todo lo que tenga que ver con cirugía, y ya de ahí como dices, al hacer la especialidad en cirugía general porque primero tenemos que hacer esa especialidad todos los cirujanos plásticos, ya estando ahí cuando veía diferentes accidentados, pacientes de oncología que les hacen sus cirugías (titubea un poco) pues, estee, de, les

quitan la mama, les tienen que quitar alguna parte del cuerpo, la cara, entonces cómo entraba ahí la cirugía plástica y reconstructiva, ok.

Si el oncólogo hizo una mutilación, le mutiló a la paciente a su mama ¡cómo le cambias la vida a la hora que hay una reconstrucción!, perdió su mama pero tú la puedes volver a hacer (se refiere a la mama de la paciente) la formas o la vuelves a reconstruir, le haces una nueva mama, vuelves a completar a la paciente o lo que tú puedes hacer con la cirugía porque también depende de las habilidades, que apliques lo que sabes para ver que le vas a reconstruir, no sé si la cara quitar un cáncer de mejilla ósea pues obviamente tienes que hacer algo para teparle lo que le quitó el oncólogo, o sea, no es nada más como (enfatisa) pues si le salva la vida el oncólogo, le quitó su cáncer pero, su calidad de vida después es complicada para la gente que tuvo cáncer, entonces el que tú le vuelvas a reconstruir lo que perdió , ya sea la cara, sobre todo cara o mama.

En mujeres es bien importante y es satisfactorio ver como no nada más sobrevivió al cáncer, pero todavía tuvo la opción de que vuelva a estar completa, o sea, pues para la mujer hablando de mama es muy importante, estar completa y verse en el espejo, verse totalmente, sin una mama, toda plana, se ponen muy contentas cuando las reconstruyes (Médico Bety, 14 de mayo del 2021).

La primera impresión que tenemos al observar el testimonio anterior es la percepción del cuerpo como una estructura anatómica con especialidades como el cuerpo, la cara y el busto. En el campo de la CPC, el cuerpo no se ve como una entidad completa, sino como una identidad fractal dividida en varias especialidades, es decir, órganos separados que solo se relacionan circunstancialmente.

Se destaca la inclinación del cirujano por la reconstrucción, ya que tiene la capacidad de reorganizar una estructura anatómica hacia un estado adecuado, lo cual se refleja en el deseo de 'volver a estar completo'. Siguiendo esa línea, quizás lo más interesante, es que con esta ontología corporal se inscriben al mismo tiempo nociones como: reconstruir, completar, formar, concurrente con algunos de los elementos que analizábamos en el marco teórico.

Se observa fundamentalmente que uno de los pilares ontológicos y epistemológicos de la legitimidad médica-anatómica es la posibilidad de intervenir debido a la naturaleza accidental del cuerpo como sustancia, casi en un estado cadavérico.

En ese mismo sentido, otro artilugio legitimador que sustenta la mirada anatómica es la noción de cuerpo fragmentado o en partes, el cual puede ser normado y retornado a un “orden corporal natural”, esto mismo aparecerá en otras entrevistas, pues lo mismo ocurre con el testimonio del médico Felipe:

Francisco Vallejo: ¿Cuál considera que sea la principal labor del cirujano?

Médico Felipe: Nuestra principal labor es volver a la normalidad las deformidades, volver a restaurar un cuerpo o alguna función de éste, en general tiene que ver con restaurar y volver a la normalidad de un cuerpo que ha perdido alguna función (Médico Felipe, 18 de mayo de 2021).

Se entiende o desprende de lo anterior que la CPC se inscribe en proyecto médico general como un proyecto fáustico de transformación, el médico se asume como un técnico científico, pero también como modelador, reparador o incluso artista, esto se aprecia cuando le preguntamos al Médico Gustavo sobre su perfil como cirujano nos dice lo siguiente:

Francisco Vallejo: Precisamente tú como defines ese perfil -se corta un poco la conversación- ¿qué rasgos observas en ese perfil? ¿cómo definirías el perfil de un cirujano estético?

Médico Gustavo: Fíjate que ese es un tema superinteresante, la gente tiende a separar la cirugía estética de la reconstructiva y no lo pueden separar, eso va en conjunto, yo para reconstruir una mama tengo que tener principios estéticos (nuevamente se va un poco la señal de conexión, hacemos una pausa), pero también principios reconstructivos, se ha dado malas interpretaciones porque obviamente en esto también existe piratería porque existe gente sin escrúpulos que oferta diplomados equivalentes a una especialidad (lo dice en tono alto, para enfocar su punto), cosa que es completamente falso y muchos doctores se dejan engañar, yéndose por el lado fácil, y engañan a la gente creen que con un diploma *online* van a ser cirujanos plásticos y ninguno de nosotros estamos engañados, desde la formación en la escuela, sabemos que, que, que, (reiteradamente) para hacer una especialidad hay un solo camino que, no es fácil pero que no es imposible, entonces, finalmente se ha dado esa tendencia a separarlas pero van de la mano, no se pueden separar. Se ha dado una confusión, pero para hacer una

buenas cirugías estéticas debes tener principios reconstructivos y viceversa (Médico Gustavo, 17 de abril del 2021).

Ese anhelo del orden médico como instaurador de orden corporal, parte de la premisa de que el cuerpo es carente, anormal, incompleto y por ende corresponde al sujeto médico recomponer ese orden, lo que paralelamente implica tener el poder de prescribir la enfermedad, así como la recomposición de ese orden mediante un diagnóstico basado en que el paciente debe reconfigurarse y él tiene el poder de hacerlo, dado que:

El orden médico introdujo en Occidente un saber del cuerpo en tanto cuerpo fragmentado, primero hizo del cuerpo un objeto que no es coalescente con el ser humano, segundo, el cuerpo que le interesa a ese orden es aquel en que se puede incidir, redificándolo en vista de intervenir en lo real del organismo real, que se traduce por leyes deterministas que lo componen invariablemente (Sifuentes, 2010b, p.32).

Precisamente, ese principio anatómico-fisiológico del cuerpo fragmentado es lo que posibilita que él (la) paciente devenga en objeto que puede ser; intervenido, restaurado y vuelto a la normalidad, se convierte el cuerpo en un proyecto y objeto propiedad también del orden tecnocientífico.

Para dar más fuerza a la inferencia anterior, incluso es de notar como en los diversos sitios de internet donde estos médicos cirujanos se anuncian, las imágenes del cuerpo aparecen representadas en su condición objetual y fractal que se señala mediante una especie de especialidad de la mirada, la cual sanciona y establece un orden corporal fractal, tal como se aprecia en la ilustración 5 tomada de la página oficial del Consejo mexicano de cirugía;

Ilustración 3 El cuerpo en partes y el orden anatómico



Fuente: Consejo mexicano de cirugía plástica

En la ilustración anterior, nos aparece el torso de una mujer como figura remarcable y definida simétricamente en su condición fractal, incluso la imagen de figura sustituye a la de cuerpo, como una especie de recipiente vacío. Advertimos también que aparece un torso y piernas donde el rostro se oculta en función de señalar (e incluso marcar el cuerpo) para establecer posibles áreas de intervención, es decir se muestra un orden especializado, donde el cuerpo carece de identidad al representarse incompleto.

Sin estas consideraciones epistémicas, sería muy complicado instaurar un orden corporal médico, y con ello de paso legitimar el campo médico ante el orden positivista que, el cual demanda un saber hacer, un método y finalmente principios epistémicos ordenadores.

4.3.1 La querella interna: cuestionamiento a la disposición iatromecánica del orden médico.

Paradójicamente a la legitimidad epistémica de la mirada anatómica, existen querellas internas en el debate médico, que ponen en cuestionamiento las premisas que ordenan el *ethos* anatómico denominado como orden iatromecánico.

Claro ejemplo de ello es el cuestionamiento del médico Hugo Spinelli a su propia praxis. Spinelli ha precisado que ese modelo iatromecánico se fundamenta en la comprensión corporal desde un orden anatómico-maquinal (Spinelli, 2018).

Este orden podría ponerse a discusión desde el mismo ideal médico, dadas las recientes indagaciones como las de Humberto Maturana y Francisco Varela, donde se ha

precisado que la máquina y el cuerpo son muy distintos en la medida que; cada átomo, molécula y órgano del cuerpo se auto adaptan al entorno y tienen funciones autónomas y autopoieticas (Maturana & Varela, 1998), dando paso con ello a una perspectiva molecular de los organismos, el mismo Spinelli se interrogará al respecto:

Si la teoría iatromecánica ha perdido estatus científico y ha sido superada por otros paradigmas, ¿por qué la idea del cuerpo como máquina tiene vigencia? Porque es la única manera de sostener la idea del enfermo como objeto, reproduciendo así la relación sujeto objeto, central a la razón cartesiana (razón sustancial); expresión de una dualidad que se resiste a abandonar las universidades, y que se mantiene como ideología científica en los profesionales, expresándose en sus discursos, lo cual está en flagrante contradicción con los adelantos de la ciencia que utilizan, pero que no piensan (Spinelli, 2018, p. 418).

A pesar de estas nuevas consideraciones y objeciones en torno al ideal corporal objetual-mecánico y dadas las consideraciones autopoieticas (Maturana & Varela, 1998), aun así, las premisas que sostienen la praxis médica siguen apelando a un orden corporal iatromecánico, dado que esta disposición epistémica permite al cirujano enunciarse como un reparador de cuerpo.

El conocimiento anatómico sigue siendo el principal medio legitimador del saber hacer del médico cirujano. Aunque para evitar un juicio sumario (y lapidario), debemos reconocer que para el médico es necesario conocer ese orden corporal pues tiene que trabajar con vidas y necesita darle certeza al paciente de que todo saldrá “bien”, lo que interesa aquí es precisar los alcances de esa legitimación epistémica en función de la instauración de una voluntad de verdad que se naturaliza y normaliza como discurso.³¹

Precisamente, ya que este orden anatómico consiente la mirada especializada y fractal con el propósito de aumentar las áreas de intervención de la vida, esa imagen de un orden especializado que interviene con sus propios instrumentos la vida orgánica intentándola crearla y recrearla, pero que se puede vincular incluso con toda una nueva forma de comercializar con la salud, donde la medicina aparece como un mercado de altas

³¹ Sin duda es menester y se requiere que el médico se encuentre capacitado en ese orden por motivos incluso éticos, pero este fundamento epistémico encubre en la idea de validez tecnocientífica los motivos extra cognoscitivos y profilácticos que también son propios del orden médico, y de todo el orden tecnocientífico en general.

posibilidades y el cuerpo como objeto de intervención especializado como bien lo plantea Peter Conrad:

El cuerpo se ha convertido en un proyecto, desde un “cambio de imagen extremo”, hasta el menor toque, y la medicina se ha convertido en ese vehículo de mejor. en cierto sentido, todo el cuerpo se ha medicalizado pieza por pieza” (Conrad, 2005, p.8).

Esta posibilidad de sostener la mirada médica como una mirada anclada al orden anatómico corporal, me hace conectar con un pasaje de la novela *Farabeuf* de Salvador Elizondo, donde se manifiesta la voz de la asistente (enfermera) como narradora testigo de la praxis médica que delimita, categoriza, fragmenta, etc.

En el escenario de la novela, el instrumental que se requiere para cada parte del cuerpo deviene como prótesis de la mirada que permite cercenar y fragmentar el cuerpo; definirlo en objeto y así volverlo un campo amplio de análisis e intervención. En ese juego el instrumento reconoce que el cuerpo máquina y con ello se inscribe esa mirada especializada y de la que el médico siente orgulloso, revisemos el pasaje:

Piense detenidamente... las diferentes cuchillas para amputación cuyo filo extremo es uno de sus orgullos... los escalpelos con sus diferentes formas de mangos que tan perfectamente se adaptan a la mano que los empuña... los aguzados bisturís cuyo solo peso basta para producir delicadísimos tajos... la sierra de dorso móvil que tan buenos resultados le ha dado aplicada sobre el fémur... o su propia sierra universal de seguetas intercambiables, útil, sobre todo, cuando se trata de hacer saltar los brazos conservando la articulación de la cabeza del húmero en la cavidad glenoide del omóplato... la cizalla, también de su invención, de incalculable valor para allanar los bordecillos que deja la sierra después de la sección de un hueso o en los astillamientos traumáticos tan molestos siempre al desarrollo de una intervención nítida, perfecta... los diferentes clamps y ligaduras, algunos de ellos de bronce bruñido con tornillos de presión a los lados, otros de hule rojizo y otros, en fin, de hule ambarino... las cánulas... las tortuosas sondas que permiten penetrar a través de las fosas nasales hasta las cavidades craneanas del occipucio o que permiten, por la boca, explorar los meandros del

oído interno... No olvide usted, especialmente, sus complicados gatillos, entre todos los instrumentos de su invención, los que más le honran ya que aúnan la rapidez instantánea, sí, ins-tan-tá-nea, a la precisión y a la limpieza del tajo en el descabezamiento de los huesos alargados... y la sierra de cadenilla de Gigli, otro complicado producto de la inventiva médica mediante la que se ha solucionado para siempre el molesto problema del serrín óseo que tantas grandes reputaciones había comprometido... ¿Está usted seguro de que no falta nada? ¿Lleva usted todos, pero absolutamente todos los instrumentos debidamente envueltos en los pequeños lienzos de lino, cuidadosamente guardados dentro del viejo maletín de cuero negro? (Elizondo, 2005, p. 30).

Como nos los recuerda el pasaje de la novela de Elizondo, la mirada médica es una mirada especializada. En particular la práctica se vuelve vocación reconstructiva, como se aprecia en el caso de las CPC, inevitablemente su praxis se fundamenta en el orden anatómico corporal para la que el cuerpo pueda estar representado en un escenario de intervención, en donde se demanda mirada muy específica que desligan a éste de su condición existencial.

Este ideal corporal fractal se inscribe igualmente en el imaginario de los y las pacientes y lo apreciamos bajo la noción de cuerpo carente, incompleto o informe, lo que lleva a algunas y algunos a considerar que existe una desconexión entre su propio deseo de representación y lo que ven en el espejo, como se expresa en el siguiente fragmento de la entrevista realizada a la paciente Yez:

Francisco Vallejo: ¿cómo fue que tú decidiste que te gustaría cambiar algo o intervenir tu cuerpo por medio de una cirugía?

Paciente Yez: Ok, de acuerdo mira, mira en realidad mi primera cirugía fue (pausa y acota) porque ya tengo varias, eh (me precisa), fue reconstructiva, yo ingresé en el quirófano por una causa emocional y por una causa de autoestima porque mi seno izquierdo era mucho más grande que el seno derecho, entonces, yo no podía usar un *brassier* normal, porque me quedada -esta así, y esta así- (refiriéndose a sus senos y es expresiva con sus manos emplea mímica para puntualizar su frase) o me quedaba una muy bonita y a la otra le tenía que poner relleno, entonces para mí, no podía usar un escote bonito, no de esos que te ves vulgar (puntualiza), entonces yo en mi mente decía -¡es que no!- yo de hecho

todavía tengo el complejito de estar jorobada por el peso tan grande que yo traía en los senos, ya empezaba a tener dolores de espalda y dio la casualidad que mi papá empezó a trabajar con un cirujano plástico de Irapuato. Y mi mamá a su vez ella quería hacerse una cirugía de abdominoplastia porque ella tuvo cuatro hijos y su barriga se hizo enorme, mi hermano de seis meses y medio ya pesaba casi cuatro kilos y de hecho a el cuando nació le afecto mucho el peso porque estuvo mucho en la incubadora, entonces ella dijo (refiriéndose a su mamá y recupera sus palabras) -oye, me quiero hacer la cirugía, porque mira ¡mi panza cuelga!- entonces fue parte de verla a ella que a mí también me animó de decir oye es que si -yo ya no quiero sentirme mal- es que si la verdad, yo ya me sentía muy mal, yo lloraba y decía -¡es que no me quedan las blusas! ¡no me quedan los brasieres!- o a veces los chavos nada más me hablaban porque estaba pechugona, porque si me decían pechugona o pechos y era muy ofensivo, porque yo decía -es que no es mi culpa- o sea y la gente, te lástima, a la mejor consciente o inconscientemente las palabras te dañan, las palabras y los actos tienen consecuencias pero muy pocas veces nos enseñan a hacernos responsables de nuestras palabras, y a veces ni siquiera de nuestros actos, entonces, yo me sentía mal, yo me sentía frustrada y aparte de todo, aunque tuviera una cinturita así (representa con las manos su expresión), yo me sentía super gorda, porque yo veía el volumen de la parte arriba de mi cuerpo y yo decía -¡estoy gorda! ¡estoy gorda! - yo me metí a tratamiento de mesoterapia que te inyectan líquidos reducir la grasa de las lonjas, entonces pasé por mesoterapia, pasé por la de yeso, masajes reductivos, pastillas para adelgazar, ¿por qué? (se auto pregunta), porque yo me seguía sintiendo gorda (Paciente Yez, 3 de septiembre del 2021)

¿Qué podemos apreciar sobre la propia percepción de la paciente sobre su cuerpo? Esta imagen que tiene la paciente de sí misma, viene orientada por la percepción de que su cuerpo posee una desproporción, como elementos anormales a su propio ideal.

Percepción que a su vez se encuentra influida por la concepción social que demarca ciertos regímenes corporales que deben ser incorporados y asumidos, y aunque es un hecho que debemos alejarnos del juicio inquisidor sobre las motivaciones subjetivas es necesario reconocer que incluso la autopercepción de los pacientes se encuentra imbricada con el plexo de sentido de donde emana “una voz interior” que les dice que hay algo que les hace sentirse mal, y las lleva al autorreproche.

Varias de las observaciones en campo y de los resultados que hemos podido obtener a partir de los análisis de textos, nos indican que dentro del discurso en torno a la CPC el ideal iatromecánico tiene aún gran vigencia y reconocemos al menos dos motivos 1) es necesario que el médico conozca el orden corporal anatómico pues es su saber hacer y mirada especializada y 2) permite crear nuevas especializades, nuevos procedimientos y tener un control sobre el orden corporal.

Para seguir en esta argumentación, analicemos una de las publicaciones periódicas del sitio oficial de la AMCPER, así como en la página oficial del consejo mexicano de cirugías donde el médico cirujano establece una analogía entre un servicio de gran turismo y la demanda de un servicio de intervención, y alude a clientes exigentes mencionando una experiencia particular que tuvo en los Emiratos Árabes:

Ocasiones muy particulares hacen de esta estancia algo divertido y diferente: llegan cubiertas las mujeres en sus *abayas* (túnicas) de cabeza a pies, únicamente con sus ojos al descubierto y, al retirarse las elegantes prendas, encontramos senos grandes, GRANDES (énfasis del médico) y ptósicos, lipodistrofias corporales importantes de predominio trocantérico, grandes traseros, pero quieren MÁS... Intentan detener el tiempo y su contorno que emula a un reloj de arena, no lo quieren para mostrarlo en la calle; evidentemente desean agradarse a ellas mismas y satisfacer al esposo. (Reynoso, 2016).

Aquí volvemos a prestar vigilancia a la metáfora del cuerpo máquina e incluso se anexa una analogía muy interesante respecto a la imagen del reloj de arena y su equivalencia con el cuerpo femenino.

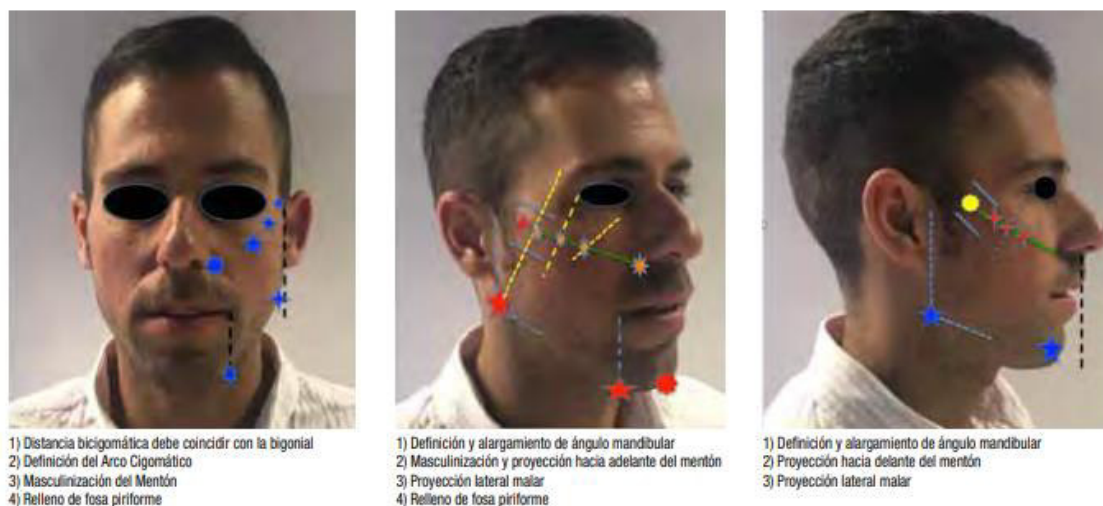
Lo anterior inscribe la idea de un dominio técnico corporal, por ejemplo, ésta analogía del cuerpo con un el de un reloj de arena parece corresponderse con una afinidad maquinal, pero particularmente apreciamos que la mirada médica precisa la fragmentación para especializarse y centrar sus ojos en aspectos muy particulares de la (o él) paciente no como persona sino como un cuerpo material, con áreas de intervención fractales e inconscientemente muestra los propios juicios morales del médico que en la cita anterior incluso juzga reconocer las “profundas intenciones” de las propias pacientes que desean

“satisfacer a sus esposos”, es decir el discurso médico en torno a las prácticas de las CPC no consiste en un mero Discurso tecnocientífico, pues tiene una vocación moral y hasta política.

4.3.1 El rostro no es cuerpo.

Otra de las cosas que saltó a relucir en ese orden corporal fractal, era en la alocución médica que siempre tendía a separar las diversas partes del cuerpo en áreas especializadas a intervenir, e incluso estas áreas generan especialidades y especialistas de diversas índoles: cuerpo, abdomen, rostro, manos, piernas, nariz. pero aquí surge una duda ¿acaso estas entidades supuestamente fractales son elementos escindidos de la propia materialidad del cuerpo? ¿Y particularmente? acaso ¿el rostro no es cuerpo? Si analizamos la imagen nos percatamos que incluso el rostro se fragmenta y genera una mirada especializada sobre cada sección del rostro, que a su vez se convierte en objeto de intervención, como se aprecia en la imagen 5.

Ilustración 4 El rostro como lugar de especialidad.



Fuente: Revista de la asociación de medicina estética de la Mancha

¿Por qué enfocarse específicamente en el rostro al querer representar la estructura mecánica y repetitiva del cuerpo? El antropólogo Maurice Leenhardt en un texto de 1947 titulado *Do Kamo: la persona y el mito en el mundo melanesio*, habría expuesto cómo la noción de rostro no es una categoría universal, e incluso muchas de las implantaciones simbólicas a los grupos

colonizados (en especial en esta región Melanesia) incluían en el proyecto colonialista la imposición de categorías corporales, particularmente vinculadas a nociones como yo, rostro, individuo, etc.³² Así que, muchas ideas como la de rostro son en realidad impuestas culturalmente.

Precisamente, según Leenhardt, contrario al mundo occidental los melanesios no poseían una palabra propia para designar la persona como singular, no existe para el pueblo melanesio una correlación de un yo como singularidad en relación con los otros del mundo, más bien se apela a un constante nosotros:

De esta manera el cuerpo del melanesio se halla arrastrado, por un lado, a los comportamientos respetuosos del mundo y de la disciplina social como se verá más adelante en la austera conducta de la pareja durante la siembra de los campos y, por otra parte, se halla arrastrado a aventuras inimaginables, a través de su participación con los seres y las cosas.

Al ignorar el melanesio que este cuerpo suyo es un elemento del cual él es el poseedor, se encuentra por ello mismo en la imposibilidad de discriminarlo. No puede exteriorizarlo fuera de su medio natural, social, mítico. No puede aislarlo. No puede ver en él a uno de los elementos del individuo. (Leenhardt, 1997, p. 44)

Más allá de la perspectiva un tanto eurocéntrica de antropólogo francés, la perspectiva fractal inscrita en el orden anatómico corporal, atraviesa el discurso médico y es la que permite epistémicamente separar al cuerpo de su propia complementariedad. A su vez establece una mirada especializada sobre cada una de las partes que lo constituyen, en particular el rostro aparece como un talante medular de la identidad moderna, como un espacio fundacional de la subjetividad.

En la actualidad, esta separación cuerpo mente, es aún más radical pues el cuerpo ya no se concibe separado únicamente bajo la distinción cartesiana de materia y psique, sino que demanda una serie de demarcaciones corporales que inscriben miradas eruditas y solicitan una ampliación de la nosología.

³² La noción de rostro juega mucha relevancia en la configuración de una idea de subjetividad, de un yo con identidad propia.

Precisamente el proyecto de la modernidad (sabemos gracias a filósofos como Martin Heidegger) ancla su ideal ontológico en una profunda metafísica de la singularidad, el yo se instituye como talante fundamental de la identidad en la metafísica moderna (Heidegger, 1997).

En ese telón el al rostro deviene en un elemento material articulador de una identidad centrada en el individuo, el cual al final de cuentas concebido como ente desarraigado del mundo, concepción que no es universal, ni cultural ni históricamente, ya que los mismo melanesios le habrían expresado e incluso reprochado a Lenhardt bajo la expresión irritada “ustedes nos trajeron el rostro”.

Sin duda las CPC siguen ese orden corporal moderno que se sustenta en una metafísica del yo, y que encuentra en el proyecto liberal moderno un asidero, pues esta vanagloria la lucha por la “identidad singular del individuo”, esto lo vemos en las respuestas de las y los pacientes ante el temor de que su cara sea modificada en una forma irremediable o que el cambio de la cara resulta en un cambio muy radical aunque sea mínimo como en el caso del siguiente testimonio de la paciente Nicole respecto a su cirugía de nariz:

Francisco Vallejo: ¿Cambió tu vida después de someterte a este procedimiento?

Y de ser así ¿cómo fue que cambió?

Paciente Nicole: Pues desde que me la operé (se refiere a la nariz), si luego, luego, si estaba hinchada, estaba morada y así, pero, me sentía diferente, sentía que hasta mi cara cambió totalmente, sí, dicen que la nariz, si te la operas, haces cualquier cambio, cambia totalmente tu cara, o sea que, si (vuelve a afirmar) desde que me operé, hasta que traía las cintas y todo, ya me sentía con mucha seguridad (Paciente Nicole, 27 de agosto del 2021).

Parece entonces, que el rostro (cara), viene a jugar un papel fundamental en la configuración de la identidad moderna, de hecho, en la mayoría de los relatos y testimonios tanto médicos como pacientes reconocen que el rostro (en particular la nariz) es el primer contacto con las cirugías y quizás por ello cobran mucha importancia los procedimientos no invasivos como los inyectables, pues permiten modificar la nariz si cercenar u operar, tesis como *Rostro anhelado, rostro negado* de Elis Galeano dan puntualmente fe de este fenómeno (Galeano, 2011) .

Otro elemento que hace patente de la importancia del rostro en la identidad moderna son las cifras en torno a los procedimientos más comunes, éstas nos muestran que las zonas predilectas donde se articulan la mayor parte de los procedimientos están vinculadas con la cara. Claro ejemplo de lo anterior es que a nivel mundial entre los procedimientos invasivos la cirugía de párpado y rinoplastia ocupan un lugar predilecto en las intervenciones ya que tan sólo en el año 2021 se realizaron en el mundo 1,225,540 cirugías de párpados y 852,554 rinoplastias, sólo superados por la liposucción y por el aumento de busto (ISAPS, 2021).

Por otra parte, entre los procedimientos cosméticos no invasivos, los más solicitados tienen su principal demanda en la; protección, rejuvenecimiento, estiramiento o modificación del rostro. Estos procedimientos están en un crecimiento constante y sostenido desde los años noventa, incluso los mismos médicos reconocen que muchas de las intervenciones comienzan por el rostro y de ahí se realizan otros procedimientos, como lo recuerda Sander L. Gilman:

La cirugía estética se ocupa de un cuerpo y una psique imaginados, pero es el cuerpo visible el que, al menos inicialmente, capta la atención del cirujano. La cirugía estética se ocupa en primer lugar de la cara porque (junto con las manos) es la parte del cuerpo que está "descubierta" en Occidente. Vemos el rostro, y el acto de ver el rostro se carga inmediatamente con múltiples capas de significado. El rostro se "lee científicamente", señaló Charles Darwin, como marcando el límite entre la civilización y la barbarie: "Así como el rostro entre nosotros es admirado principalmente por su belleza, entre los salvajes es el principal lugar de mutilación". Darwin le dio significado al rostro dentro de su sistema de representaciones. Tales significados dan forma al cuerpo visualizado, y es este cuerpo espectral el que resulta central en la búsqueda de la cirugía estética (Gilman, 1999, p. 18).

Durante el proceso de análisis de discurso (y mis propias observaciones), me fui percatando que la cara/rostro jugaba un papel autónomo en la configuración de la identidad, e incluso algunos médicos y pacientes reconocen que es un espacio preponderante para el autorrelato moderno. Incluso en alguna entrevista una paciente llamará al rostro "la carta de presentación", ya que si cambia mucho el rostro puedes alterar mucho tu propia identidad singular, como nos indica la paciente Vale:

Francisco Vallejo: Tu por qué crees que la gente -ya me los has dicho- pero por qué por ejemplo la gente que se interviene tiene áreas predilectas, digamos, el rostro ¿por qué el rostro es un área de intervención y no las manos?

Paciente Vale: ¿Por qué el rostro? (se auto pregunta y reflexiona) Pues porque es tu carta de presentación ¿no? No entiendo del todo la pregunta.

Francisco Vallejo: Si, por ejemplo ¿qué papel juega el rostro en nuestra vida?

Paciente Vale: Pues yo sí creo que es como (pausa), fijate que es curioso ahora que lo dices, porque yo por eso le pienso mucho en eso de ponerme bótox y todos esos procedimientos, porque si creo que es tu carta de presentación (refiriéndose al rostro), lo primero que la gente ve de ti, entonces como que hacerle una modificación muy fuerte, para mi es algo muy serio.

Yo conozco chicas que se modifican el rostro muy radicalmente -unos labiesotes así- (Expone de forma gráfica) digo -¡yooo, no!- (es muy expresiva) soy como (busca la frase adecuada), a lo mejor soy más conservadora en ese sentido, pero sí creo que hay gente que tiene complejos con alguna parte de su cara, por ejemplo con la nariz, igual yo creo que es igual de proporcional, respecto al complejo la modificación y más en el rostro porque es lo primero que ve la gente y a la mejor ellos imaginan que es lo que te están viendo, en mi caso yo creo que fue dirigido a cuestiones del cuerpo, no tanto a la cara y por ese ambiente en donde estoy del fitness siempre es el cuerpo y el cuerpo (repite superlativamente) (Paciente Vale, 7 de septiembre del 2021).

Aquí también tendríamos que precisar que la cirugía no pretende necesariamente establecer un cambio general de la apariencia sino meramente ajustar un ideal corporal a una petición subjetiva, por ello es importante que el procedimiento sea discreto, ese “que se note pero que no se note” (Torres & Villanueva, 2021) al que aluden algunos médicos o en el mejor de los casos, una intervención a la medida, por ejemplo, en el caso de la paciente Nicole que destacamos más atrás, a ella le preocupaba que su imagen se viera alterada de forma radical, al haber intervenido la nariz

Francisco Vallejo: ¿consideras que cambió en cómo te ven los demás o cambió la percepción que tenías de ti, como te ves a ti misma? ¿Cambió tu vida profesional, académica, personal, vida social? Notaste algún cambio

Paciente Nicole: Si, mira, pues de hecho yo me hice mi copete porque sentía que me tapaba cuando la tenía desviada (la nariz) ahorita ya me puedo recoger el pelo hacia atrás y hacer otras cosas que antes no podía pues tenía que disimular o de que me ponía en una cierta forma para tomarme fotos pues decía -no manches, en este lado no se me nota tanto- y nooo, ya soy como más (detiene un poco su reflexión al no encontrar la palabra adecuada para definir)

Francisco Vallejo: Y había gente que te hacía señalamientos

Paciente Nicole: Ay, sí, sí, pues los niños (refiriéndose a sus compañeros adolescentes de escuela), pues el bullying.

Francisco Vallejo: Y actualmente ya no te hacen señalamientos ¿cómo eran esos señalamientos?

Paciente Nicole: Qué ¿lo de mi nariz? Pues es que sí se notaba mucho, si le enseñé fotos de antes de verdad que sí cambió mucho mi cara (Paciente Nicole, 27 de agosto del 2021).

La paciente sabe que su rostro es crucial para su identidad y bienestar emocional. Pero lo que se denota más aquí es que en ocasiones el objetivo de la CPC es que lo que se entiende como “defecto” deje de estar ahí, pero que sea una transición casi inapreciable, esto es notorio particularmente en el caso del rostro. Nos dice al mismo tiempo la médica Bety sobre el caso particular de la ciudad de León sobre la forma en que cuerpo y cara -rostro- se configuran como entidades distintas casi en su totalidad y desvinculadas como dos entidades:

Aquí en León a las mujeres lo que más les interesa es el cuerpo (repite y enfatiza), ¡el cuerpo! porque a veces con su cara están bien, o sea, pero no les molesta tanto su cara, pero más, más hacemos, definitivamente es, bueno en mi caso, lo que más veo son liposucciones, abdominoplastias, aumento o levantamiento de busto, la mayoría son las mujeres que ya tuvieron hijos, ya quieren que su cuerpo se vea como antes de los embarazos. Y jovencitas también, las jovencitas quieren verse como artistas, entonces se hacen mucho: liposucciones, implantes, aumento de busto y como que, en segundo lugar, sería lo de cara, cirugía de nariz, de párpados, quienes tienen el párpado más caído, el cuello, como lo de cara, pero lo más, más,

más, es el cuerpo, contorno corporal, aumento de busto, ya de ahí buscan en menor proporción lo de cara. (Medico Bety, 14 de mayo del 2021).

Aunque aquí parece que la médico Bety reconoce que la cara no resulta relevante en la región particular para intervenir, lo interesante es notar que ella percibe que cara y cuerpo son dos áreas escindidas, como si no se relacionaron por otra razón más que por la circunstancialidad material.

4.4 Médico como creador de belleza En la película *La piel que habito* (2011) dirigida por Pedro Almodóvar (basada en el texto de Tierre Jonquet *Tarántula*), la vocación fáustica del médico se muestra en un sentido radical, ya que el protagonista, el doctor Robert Ledgard (interpretado por Antonio Banderas), mantiene cautiva a una joven llamada Vera a la que previamente ha salvado del suicidio.

Para salvarla experimenta con ella insertándole un plasma animal que permita a la piel ser prácticamente inmune a los avatares del exterior. Gracias a este invento, el doctor ha creado una capa adicional en la piel, resistente a las adversidades externas por su textura suave y flexible.

A pesar de lo revelador del descubrimiento, este médico juega con las normas de la medicina y rompe la ética de su propio gremio, poniéndose en escrutinio ante la comunidad en aras de radicalizar sus propios conocimientos, pero ¿qué nos muestra la película sobre nuestra propia investigación?

En la era moderna, la CPC se presenta como una manera de alterar y transformar los cuerpos de los pacientes, siguiendo la naturaleza renovadora y creativa de la medicina. Simultáneamente, permite pensar al cuerpo como un proyecto en modificación continua, esas condiciones la vuelven un motor imprescindible para buscar nuevos tratamientos y nuevas intervenciones. De hecho, las cirugías se definen como una práctica tecnocientífica, pero a su vez artístico-modeladora.

Podríamos comprender mejor esa concepción creadora del médico cirujano si empleamos la metáfora que la socióloga Paula Sibilia denomina la vocación fáustica de la

tecnociencia moderna, donde ya no se busca solo encauzar, normar o recrear la vida desde el ámbito disciplinar, sino que se irrumpe en ella, moldeándola y recreándolo:

La antropóloga Paula Sibia (2005) propone distinguir dos tradiciones científicas, una que denomina prometeica, y otra llamada fáustica, según el célebre personaje de la novela de Johann Wolfgang Von Goethe (La autora se refiere a la novela de Fausto). Sibia retoma un planteo del epistemólogo portugués Heminio Martins (2011), quien sostiene que la tecno-ciencia actual tiene vocación fáustica, porque pretende superar los límites de la condición humana. En efecto, desde diversos frentes del ámbito de la cultura se ha planteado que el cuerpo humano como configuración orgánica está condenado a la obsolescencia (González, 2017).

Al respecto, en una de las publicaciones periódicas de la AMCPER, hay un texto que me llamó la atención sobremanera y se titula así *¿somos los cirujanos metrosexuales?* Del médico Marco A. Kalixto, en el cual después de debatir la importancia del cuidado masculino en la modernidad reconoce lo siguiente:

En conclusión, todos los Cirujanos Plásticos deberíamos ser metrosexuales; sería el colmo que nosotros que buscamos crear belleza, luciéramos descuidados, al no prestarle atención a nuestra apariencia personal. Cada uno se puede categorizar en las nuevas terminologías, según sus gustos y sus tendencias. (Kalixto, 2016).

Esta imagen incluso viene como un testimonio paradójico con lo que hasta ahora se venía precisando, ya que apuntábamos a una ampliación del canon de los ideales corporales y de belleza en el Discurso médico. En el caso anterior, sin duda estas aspiraciones fáusticas de la tecnociencia moderna no exentan a la medicina de posicionarse como una forma de orientar y hasta reproducir ciertos modelos axiológicos.

Probablemente esta noción del médico como “creador de belleza” se vincula a la suposición de que el médico cirujano a su vez es un artista que puede moldear cuerpos y posee principios estéticos.

Estas consideraciones y definiciones no son meramente históricas pues incluso en las entrevistas, algunos médicos dejan emerger esta vocación creadora y artística por ejemplo

retomamos el fragmento al médico Gustavo donde se apreciará esta vocación reconstructiva-artística:

¿Qué es lo que me gustó de la cirugía plástica? la versatilidad, el lado artístico, o sea tienes un mismo problema tanto estético como reconstructivo y tienes cien mil maneras de poderlo resolver, no es tan cuadrado como pueden ser algunas otras ramas quirúrgicas, no (m), y esto me permite echar a volar la creatividad y la imaginación y finalmente es una especialidad muy amplia donde ves pediátricos, donde ves adultos, desde el pelo y hasta las uñas de los pies (Médico Gustavo, 17 de abril del 2021).

La misma definición de la ISAPS define a la cirugía como “los procedimientos Según ISAPS (2019), la cirugía plástica se describe como una combinación de arte y ciencia, donde el cirujano no solo realiza un procedimiento médico, sino que también actúa como un creador de cuerpos, en línea con la idea de una vocación fáustica mencionada por Sibilia y Herminio Martins.

En esta concepción el médico se ve influenciado por las solicitudes personales de los pacientes debido al crecimiento de un mercado que los considera como clientes. Esto hace que el médico tenga que equilibrarse entre estos dos mundos, donde sus propias preferencias estéticas y creencias pueden influir en el diagnóstico, lo que nos lleva de vuelta a la paradoja de la modernidad expuesta por Gilles Lipovetsky.

4.4.1 La belleza como armonía ¿cada cuerpo es diferente?

Se ha precisado que en general el discurso médico se encuentra atravesado por diversas determinaciones normalizadoras que inscriben ciertos ideales sobre los conceptos, los cuales al mismo tiempo orientan su praxis. De esta forma, otra de las categorías que se emplean en el discurso médico para posicionar su orden corporal y disciplinar es el de belleza, el cual se encuentra vinculado en la práctica quirúrgica a las nociones de estética y cosmética.

Recordaba al inicio de este capítulo, que yo suponía que lo que encontraría mediante un análisis de discurso daría cuenta de las tendencias sesgadas de una concepción de belleza; arbitraria, modelada y determinada por el orden del mercado. Lo anterior nos llevaría incluso

a una caracterización racista y clasista encaminada por principios cuasi eugenésicos del cuerpo y la belleza tal como lo suponen algunos estudios (Navarrete, 2018; Pineda, 2021).

En un planteamiento extremo llegué a suponer que el perfil estético que normaría el discurso médico se encontraría ceñido al concepto de proporcionalidad, es decir cuerpos estandarizados y con ciertas medidas, estas últimas vinculadas a proporciones regladas y que determinan el canon de belleza occidental, es decir, una concepción ligada a la idea de proporción aurea vitruviana o proporción divina.

En realidad, lo que fue apareciendo a lo largo de la investigación fue algo que denominaré una condición paradójica de la conceptualización moderna de belleza (aquí sigo la disposición hecha por Lipovetsky sobre la condición paradójica de la modernidad).

Si bien, podemos hablar de una cierta democratización de los modelos de belleza, cada nueva tendencia mantiene a su vez estándares que orientan las decisiones subjetivas posibilitadas por: los expertos de salud, campañas publicitarias o incluso el Estado.

Esta relación entre “productores” y “consumidores” revolucionan el consumo en medida de los deseos y la innovación intersubjetivas nos llevan a la lógica hiperconsumista de la creación cotidiana de nuevas necesidades y productos por consumir (Lipovetsky, 2007).

Precisamente, ya dijimos que el Discurso médico se posiciona como un discurso que orienta y prescribe ciertas normalidades corporales, el médico es ante todo una autoridad guía de lo que le “conviene” más a cada paciente llevando a algunos médicos a referirse más a la categoría armonía para sustituir la de proporción y así distinguir la importancia de la subjetividad a intervenir y con ello intentar romper un poco con la lógica iatromecánica del hombre en tanto ser perfectible -o al menos reconocer que no existen ya modelos unívocos-, sino que como los médicos asumen “cada paciente es diferente”, cada cuerpo es diferente, tal como lo tasamos en el siguiente fragmento de la entrevista al médico Randall:

Yo digo que no hay modelos, somos la imagen de nuestros ancestros, entonces yo voy con la idea de que no hay personas feas, creo que nos educaron, nos crearon la idea (pausa) de que existe la persona perfecta o la persona más atractiva, pero esas son creencias que adoptamos, nosotros mismos hemos ido adoptando, si soy delgado, y si soy blanco y si soy rubio, soy guapo, y sí soy gordito, y soy canoso, y si soy narizón, no soy guapo, por miedo de las modas hemos ido adoptando,

hemos estandarizado que es lo guapo y que es lo feo. (Médico Randall, 10 de diciembre del 2020).

Esencialmente en este fragmento rescatado de la entrevista al médico Randall, se destaca que los modelos de belleza incluso son perniciosos, pues para él no hay personas feas, sino que hay diversas formas de comprender la belleza. Al mismo tiempo el médico reconoce que existen modelos o imaginarios que inscriben lo que Miguel Pedraz llamará representación dominante (2010).

A pesar de una visión inclusiva y democrática como la sostenida por el médico Randall, habría que decir que es un posicionamiento peculiar y que es divergente con otras concepciones médicas debido a que su visión de belleza es mucho más inclusiva que en otros casos, por ejemplo, el médico Felipe dice lo siguiente sobre el papel de la imagen y la belleza en la vida actual:

Pues la mayor parte del tiempo también es por apariencia, pero sobre todo si se quiere lograr algo, un objetivo, cuando se interviene a alguien le ayudas a lograr un éxito pues es una ley, es por decirlo así: la supervivencia del más apto, por naturaleza todos queremos competir, el hombre necesita tener éxito, es una especie de “supervivencia de los más guapos”. Hoy en día importa mucho la imagen y eso nos ayuda a obtener algún éxito que estuviéramos buscando. (Médico Felipe, 18 de mayo del 2021).

Aquí el médico reconoce que no existe un canon o modelo de belleza, ya que hay inscripciones sociales que van dirigiendo la mirada al auto escrutinio, al mismo tiempo habla de la apariencia y la imagen como sinónimo de adaptación y éxito, lo cual podría tener incluso algunos sesgos orientadores, por ejemplo, el de suponer que la apariencia fuese coalescente a la noción de supervivencia.

Podemos asumir que el discurso médico no es del todo homogéneo como podría pensarse, ya que las diversas narrativas/discursos van estructurándolo y reconfigurando para inscribir ideas representativas.

Al final, se crea una regla basada en la idea de que se puede llevar a cabo el procedimiento adecuado con cada paciente teniendo en cuenta la armonía anatómica de su cuerpo.

Al mismo tiempo podríamos destacar que el mercado y las peticiones subjetivas tienen una relevancia en cada procedimiento que se lleva a cabo, cambiando esa relación de médico/paciente por la de servicio/cliente.

Ello es posible en el entorno del complejo médico industrial, donde el paciente es también consumidor, por lo tanto, estas peticiones subjetivas a la medida, no las considero cabalmente como un empoderamiento corporal tal como suponen algunas tesis, debido a que las determinaciones discursivas se entrecruzan con una lógica de mercado que se vuelven determinantes en la elección del paciente, estas orientaciones demarcan ciertas peticiones subjetivas que se atribuyen a un consumidor liberado.

Tomemos como ejemplo lo dicho por el paciente Jorge cuando se le preguntó qué lo motivó a buscar una modificación corporal a través de la cirugía plástica, “para ser sincero, esto fue por medio de bombardeo visual en las redes sociales, pero también porque conozco a algunos amigos que lo han hecho” (Paciente Jorge, 25 de febrero del 2021).

Se reconoce también que el paciente en ocasiones tiene la opción de decidir qué proceso se tendrá que realizar aún en contra de la recomendación médica o como algún médico lo mencionó “trabaja con caprichos” (Médico Víctor), incluso estaríamos hablando de ciertas peticiones modélicas que se vinculan en ocasiones a ciertas figuras públicas o un estilo particular de cuerpos y belleza e incluso las y los pacientes reconocen que la belleza no puede ser tan categórica, al preguntarle a la paciente Yez sobre si los modelos de belleza se han ampliado nos dice lo siguiente:

Si, yo creo entonces, yo no sé en diez años, el modelo de belleza va a ser el pelo verde, los cachetes así (emplea la expresión “así” como una expresión superlativa y la gesticula refiriéndose a unos cachetes grandes), aja, entonces, al final es una cultura que te va jalando, porque vives en el sistema, y no te puedes salir de él (Paciente Yez, 3 de septiembre del 2021).

Se expresa nuevamente una condición paradójica de ese cambio del modelo, porque a pesar de ir transitando rápidamente de una tendencia a otra, la paciente considera que hay un

elemento estructural que configura los deseos personales el cual se reconoce como cultura o sistema. No podemos pues pensar pues en términos canónicos-estructuralista que alinean los deseos personales a un sistema hegemónico vertical dada esa condición paradójica de la modernidad, pero si podemos seguir resaltando esa condicionantes discursivas que no emergen del sujeto y que orientan la acción del consumidor.

Finalmente, hay que precisar cómo opera esta condición paradójica. Por un lado, el discurso médico refiere en lo general a que cada cuerpo es diferente y cada fisonomía igualmente demarca un procedimiento singular, por lo que sería un error trabajar con proporciones estandarizadas, revisemos algunos fragmentos que corresponden a la pregunta que se les hizo a los médicos sobre los prototipos de belleza:

Francisco Vallejo: Desde tu perspectiva ¿Existe un prototipo de belleza o varios modelos que se pueden seguir cuando se demanda un tratamiento?

Médico Víctor: Pues lo ideal es hacerlo depende de cada persona, su raza, su tipo de piel, su sexo, su fisonomía, pero lo malo es que, si hay un prototipo, por ejemplo, Belinda, es un prototipo para las mujeres (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021).

Las y los médicos reconocen que ya no se puede hablar de un solo modelo de belleza o un estereotipo, e incluso afirman que cada cuerpo es único o que cada paciente es un mundo, pero su configuración es paradójica porque sus recomendaciones tienden a preferir un perfil estético por otro, incluso el médico Gustavo afirmaría en la frase ya citada atrás “hay pacientes con los que me entiendo muy bien, tenemos la misma percepción estética y hay pacientes con los que no tengo conexión, o que piden cosas fuera de lo común o fuera de un perfil estético” (Médico Gustavo, 17 de abril del 2021)

A pesar de esta buena voluntad para mostrar que las modas y las tendencias generan patrones que no deben guiar las decisiones subjetivas, lo que realmente se observa es que lo que priva en la decisión final es una negociación entre médico y paciente, pero donde el médico al final tiene una posición particular sobre los procedimientos que ayudarían de mejor forma a cada paciente, en el algún caso como en el caso del médico Gustavo se habla de una percepción estética afín.

Precisamente en el Discurso médico no se habla pues de proporciones o modelos estáticos, incluso se reconoce que hay que ampliar la categoría de belleza, pero con algunas consideraciones que emanan de forma consciente o inconsciente de orientaciones modélicas, es por lo que no habría que desestimar en la medida que orientan y muchas veces hasta definen las decisiones subjetivas.

4.4.2 La belleza como petición subjetiva. Trabajando con caprichos.

En la entrevista con el médico Víctor se mencionó que a veces los pacientes piden cosas que no se pueden hacer, pues quieren lucir como en una foto editada o parecerse a un personaje que admiran. En aquel momento el cirujano sugirió que a veces los médicos lidian con deseos caprichosos de los pacientes en negociaciones de procedimientos estéticos, es decir “trabajan con caprichos”.

Se mencionaba también, cómo la percepción de la belleza ha evolucionado para cirujanos y pacientes, lo que dificulta establecer un único estándar de belleza en las negociaciones. Pero algo que me llamó particularmente la atención fue el hecho de que lo que ocurre en torno a la negociación de los procedimientos que se realizan los individuos, ya que esta negociación se vuelve una especie de diálogo entre el médico y el paciente.

Y aunque los médicos influyen en las solicitudes de los pacientes, estos últimos, en su rol de clientes, pueden pedir cambios que a veces son imposibles debido a sus características físicas únicas.

Generalmente, la función de los médicos es orientar los procedimientos en función de las características singulares de cada individuo. Aun así, es peculiar el cómo las personas tienen una idea clara generalmente de lo que esperan ver como resultado después de la cirugía, por ello se idealiza la transformación esperada y muchas veces el resultado tiene sus complicaciones.

Durante las entrevistas, una de las pacientes me comentó que su propio cirujano le había recomendado no hacerse algunos procedimientos, pues podría poner en riesgo su salud o tener un cambio irreversible, pero ella asumió que a pesar de todo, ella llevaría a cabo el procedimiento, aunque eso la llevó a cambiar de médico a pesar de que asegura que su médico decide los procedimientos e incluso a veces se niega a intervenirla, hay procedimientos que

decidió realizar con otros médicos, pero habla en la siguiente parte de su médico de confianza:

Y ese doctor es muy bueno, él te dice, la vez que yo fui por estas prótesis de bubies (señala y refiere a una intervención que se realizó de forma muy proxémica), yo dije, quiero más grandes pero él me dijo (emula la voz médica) -no porque te vas a ver espaldona, se te va a ver la espalda y lo que tú no quieres es verte ancha, si así con estas te vas a ver ancha, entonces, si te pongo un implante más grande, a parte tu columna, no está, no está como que acostumbrada a ese peso y te va afectar tu columna- (concluye la evocación), tienes que ver tú también por eso, para que quieras unas bubies que después de un año las luzcas y empieces a tener problemas en la columna y te jorobes y no las aguantas y vas a querer que te las saquen. (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

Esta información se corrobora con la información del médico Víctor, que asegura que cuando un médico no quiere realizar un procedimiento porque resulta casi imposible llegar a ese resultado las y los pacientes optan por cambiar de médico y finalmente realizarse el procedimiento como se aprecia en la entrevista al médico Víctor donde asumen que quieren quedar como esta persona, refiriéndose a un filtro o prototipo, a lo que él se niega y en sus términos lo que ocurre es que:

Hay pacientes que, si lo aceptan, se convencen y se operan y quedan contentas, hay pacientes que no lo aceptan y se van con otro médico que se lo haga, o hay pacientes que según si lo aceptaron, pero cuando ven el resultado y no quedan como la persona esa, se enojan

Francisco Vallejo: ¿Qué es lo más recurrente? ¿qué lo acepten y se sometan a la cirugía o que se vayan con otro médico?

Médico Víctor: Lo más recurrente es que se vayan con otro médico o que se lo hagan y luego no queden contentas (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021)

Sin duda, este elemento se articula muy bien ese concepto de paciente/cliente, y podemos asumir al mismo tiempo que esta imagen de una belleza diversa puede ser engañosa,

pues, aunque ellos moldes cambian aún perviven modelos sociales que generan tendencias que orientan lo subjetivo.

4.5 La lucha por la legitimidad. Las jerarquías médicas.

El orden médico discursivo se define por medio de estrategias internas que van bosquejando la posición que los mismos actores tienen en el discurso de la legitimidad. El mismo Michel Foucault en el *Nacimiento de la clínica*, hablaba de una jerarquización de las enfermedades en; familias, géneros y especies, que denominaría la regla clasificadora y constituye una parte importante en la forma en qué se establecen las jerarquías dentro del campo médico.

En esa lucha por la legitimidad se juega al mismo tiempo, la lucha por el discurso, que vincula a la propiedad/arrogación de la definición y catalogación de los procedimientos, partiendo de la distinción en dos formas de intervenciones: 1) reconstructivos, estéticos-plásticos y 2) cosméticos, siendo estos últimos los más despreciados por los médicos cirujanos que se acreditan como los sujetos legítimos dadas sus credenciales para intervenir el cuerpo.

Es interesante notar que hoy en día existen fuertes luchas dentro del campo médico para incluir a unos y otros especialistas, de hecho, a los que les llaman especialistas en medicina cosmética son considerados (al menos en México) como charlatanes o gente sin credenciales, a pesar de que para ejercer dentro de los llamados procedimientos no invasivos (inyectables, ungüentos tópicos, tratamientos dermatológicos, etc.) se debe contar con la carrera médica terminada e incluso con diplomados especializados y maestrías en esa área.

Un hecho importante que fundamenta mi posición, es que apenas en agosto de este año se aprobó un cambio en la denominación de la matrícula (carrera) de Universidad Nacional Autónoma de México para incluir en la denominación de; carrera de cirugías reconstructivas y plásticas, a la cual se le adjunta el adjetivo estéticas. Lo anterior, con el fin de eliminar a los que llaman falsos especialistas, como lo muestra un artículo publicado el 22 de septiembre en la revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONADEM:

En el documento presentado al pleno del Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, se estableció que el objetivo de tal cambio fue satisfacer la necesidad académica y operativa de definir las actividades propias

del campo clínico y prevenir la invasión profesional de falsos especialistas en 'Cirugía Estética' (De Anda, 2023, p. 129).

Al mismo tiempo, la parte del discurso que denominaremos hegemónico, lo apreciamos en el siguiente fragmento de las entrevistas semiestructuradas realizadas, cuando le hemos preguntado al médico Felipe sobre las especialidades y las habilidades que se requieren para ser cirujano:

Pero ahí viene otro problema, pues existe una rama de la medicina que es la medicina cosmética en donde los que se encargan de eso no son médicos cirujanos, son personas que toman algún curso de estética a pesar de que sean médicos pero no tienen la preparación ni los conocimientos para hacer alguna práctica sobre el cuerpo, y ahí es cuando vienen los problemas de salud y la mala fama, es básicamente un engaño y estos procedimientos realmente no tienen ningún beneficio a la salud, son un engaño pues tienen que ver con la mera apariencia. (Médico Felipe, 18 de mayo del 2021).

Como bien señaló Sander L. Gilman la lucha por las definiciones y los adjetivos, incluye una lucha interna por la legitimidad de los procedimientos. Dicha arenga no es nueva pues tiene raíces históricas, incluso desde el mismo nacimiento de la CPC. Por ejemplo, a los primeros médicos enfocados en intervenir el cuerpo de manera reconstructiva y mediante procedimientos cosméticos y estéticos, se les consideraba como charlatanes, narcisistas o sujetos superficiales:

El nombre de cirugía estética parece ser una etiqueta para aquellos procedimientos que la sociedad en un momento dado considera innecesarios, no médicos, como un signo de vanidad. La cirugía "estética" es lo opuesto a la cirugía "reconstructiva", entendida como restauración de la función. En la Edad Media no se hablaba de ninguno de los dos tipos de cirugía. Sólo con el Renacimiento los cirujanos empezaron a hablar de cirugía estética o de belleza. La distinción renacentista entre lo reconstructivo y lo "estético" reaparece en el transcurso del siglo XIX (Gilman, 1999, p. 19).

Como vemos, esta discusión para ubicar las prácticas en términos distinguibles tiene una larga historia, incluso desde la lectura de Gilman, estas distinciones se relacionan con luchas por la legitimidad médica, por ello no es de extrañar que los llamados médicos de cosmética ahora sean los “nuevos impostores”, y en esa demarcación y exclusión se olvida que cirujanos en un pasado no muy lejano eran vistos de esa misma forma ante la comunidad médica. Incluso, en el pasado se empleaba la categoría de *quark* (charlatán) para referirse a los cirujanos quirúrgicos como charlatanes, tal como lo registro el mismo Gilman.

Hoy en día esa discusión parece haberse diluido dado que algunos médicos reconocen que los principios estéticos, plásticos y reconstructivos son casi un muégano operativo, pero la lucha interna continúa lo cual se puede corroborar en el siguiente fragmento cuando al médico especialista en cosmética le preguntamos ¿cuál es la relación entre colegas?

Muy competitiva, muy lejana, ya no casi no convivo con ningún médico que ejerza lo mismo que yo. Pero generalmente se echan tierra entre todos (expresión coloquial que alude a dañar la imagen del otro para obtener un fin de menoscabo y daño de la imagen del que es objeto de la etiquetación). Hay médicos que hasta inventan cosas, de que no tengo título, que yo no tengo cédula, en León yo no tengo ningún amigo, (corrige) bueno no te creas, si tengo una amiga, pero casi no la veo, incluso hay un colegio de cirugía estética al cual nunca he sido invitado (Médico Randall, 10 de diciembre del 2020).

Aquí el médico Randall reconoce que esta lucha se vuelve más ríspida dado el vacío jurídico en torno a la ubicación de los diversos procedimientos estéticos-cosméticos en México, y esta disputa por la legitimidad interna se vuelve simultáneamente una querrela por la definición legal, dado que por ejemplo la medicina cosmética si tiene regulación en otros países como en Estados Unidos, pero en México se encuentra en proceso, entonces habría que reconocer que la lucha entre médicos es incluso infundada dado que por ejemplo en el caso del médico Randall menciona que nunca se ha querido presentar como un experto en medicina reconstructiva o plástica:

Los cirujanos plásticos, no quieren a los estéticos y se preguntan ¿por qué? si yo estudié tantos años. por qué él va a aplicar ácido hialurónico o por qué va a hacer esto. Pero al final de cuentas yo no les robo ningún trabajo, yo no hago cirugía y

me costó mucho trabajo aprender lo que yo sé, hoy día yo estoy en, pues me siento uno de los médicos, más preparados en México, pero yo creo que es algo que se va a ir regulando, en Estados Unidos, hay médicos estéticos por todos lados.

Lo que no está regulado en México es la medicina estética, no hacemos cirugías plásticas, no hacemos dermatología, no tenemos una especialidad, no hacemos cirugías faciales, no hacemos esto, somos maestros en estética -recapacita- hacemos pura cosmética (Médico Randall, 10 de diciembre del 2021).

El extracto anterior, contrasta con la visión de los cirujanos y esto se vuelve es notorio cuando se le pregunta al médico Gustavo sobre el perfil del médico cirujano y las distinciones entre lo reconstructivo y lo estético, y se le preguntó lo siguiente ¿qué rasgos observas en ese perfil? Pero particularmente sobre las divisiones entre la cosmética, la estética y la plástica y las querellas y divisiones internas:

Con lo que me preguntas, mira, finalmente los tratamientos no quirúrgicos como: *botox*, rellenos y demás, tienen un principio estético, yo te regresaría la pregunta, (corrige) un principio anatómico, (y reitera) yo te regresaría la pregunta ¿quién quieres que te inyecte? quien conoce a fondo la anatomía o quien nada más sabe inyectar. (Médico.Gustavo,17 de abril del 2021).

Precisamente en el trayecto de la investigación me pude percatar de que entre los médicos se generan estrategias de inclusión y exclusión que implica; congresos, especialidades, diplomados y sobre todo organismos de certificación y en México se reconocen dos fundamentalmente 1) La AMCPER y 2) El CMCPER, ambos vinculados de alguna forma.

En estas plataformas que a su vez tienen presencia en redes sociales mediante páginas de internet y perfiles de Facebook, se inscriben los miembros acreditados para practicar una CPC, fundamentalmente es notorio, como vemos en la imagen 6:

Ilustración 5 La exclusión e inclusión médica



Fuente: Imagen de la página oficial de Facebook del Consejo Mexicano de cirugía plástica, estética y reconstructiva

En la imagen de arriba se habla de las llamadas “cirugías patito” que no deben confundirse con los procedimientos cosméticos, aunque en las entrevistas los médicos cirujanos aluden a estos últimos como los “médicos ilegítimos” asociándolos con los médicos que realizan procedimientos cosméticos, pero en la misma referencia se alude a la noción de pseudo-embellecerse vinculada al campo cosmético fundamentalmente.

Como resultado, los médicos cosméticos no pueden obtener acreditaciones de entidades legales debido a que no son aceptados en certificaciones como la ofrecida por la CMCPER en asociación con el CONACEM, creyendo que estas prácticas son ilegales.

La Ley General de Salud (LGS) en su artículo 81 establece que, para la realización de los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad se requiere que el especialista haya sido entrenado en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes, para lo cual, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades

correspondientes (COFEPRIS-Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DOGES), 2023, p.2)

En la misma línea, tal como se expresa en la Ley General de Salud en materia de cirugías plásticas, en el artículo 272 Bis 1 que dispone que

La cirugía plástica, estética y reconstructiva relacionada con cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y del cuerpo, deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente, atendidos por profesionales de la salud especializados en dichas materias, de conformidad con lo que establece el artículo 272 Bis (Báez, 2020).

A su vez el artículo 272 Bis dispone que para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren:

- I. Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.
- II. Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo con la *lex artis ad hoc* de cada especialidad, expedido por el consejo de la especialidad según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la presente Ley. (Ley General de Salud, 2021).

Los intereses médicos implican enfrentamientos para llegar a ser considerados legítimos y reconocidos, lo que implica también favorecer unas prácticas sobre otras.

Otra de las pruebas más fehaciente de que esta búsqueda genuina por regular los procedimientos para evitar malos procedimientos o una imagen negativa del cirujano plástico, estético y reconstructivo, es toda la gama de reformas que han ocurrido en últimos tiempos.

De esta forma esta lucha por el reconocimiento también puede encubrir una lucha por legitimar unas prácticas sobre otras, lo que vuelve a definir quiénes tienen la verdad o al menos la voluntad de verdad.

A penas el 5 de marzo del 2021 el Congreso de la ciudad de México aprobó una adecuación a la ley general de salud pública en la que se establece qué médicos se encuentran certificados para ejercer la profesión y cuáles no, raídamente paso al senado de la república y en 25 de junio del presente año se hizo oficial el cambio en la Ley general de salud.

Dicha ley claramente excluye a los médicos en cosmética de practicar por no poderse afiliar a la CMCPER y por no pasar por el filtro de la especialidad que solo se oferta en muy pocas Universidades del país que deben estar regulados por el CONACEM, que como órgano de la administración pública establece los procedimientos legítimos y las instituciones que pueden estar encargadas de la oferta del servicio, en el caso de cirugía plástica cosmética la CMCPER es el único organismo encargado de expedir certificados a nivel nacional y para ello se requiere tener un examen nacional de residencias, así como una suscripción anual para pertenecer a ese grupo, pues tan solo el examen tiene un costo de 11,000 pesos, la certificación es anual y se debe pagar ese costo para recertificarse y eso es uno de los requisitos iniciales para entrar, pues hay congresos, cursos y diferentes actividades con las que se debe cumplir para pertenecer al grupo (FAQS – CMCPER, 2018).

Otro ejemplo de esta batalla jerárquica que se disputa en el ámbito legal es el artículo 81 de la ley general de salud señala que quienes pretendan realizar procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad requieren ser debidamente acreditados por institución de salud oficialmente reconocidos, y serán supervisados por el comité normativo nacional de consejos de especialidad médica y los consejos de especialidades médicas serán los facultados para expedir certificados.

Igualmente, hay una suerte de jerarquías dentro de la práctica médica que también constituyen luchas por acceder a un espacio de legitimidad, pero estas operan en un nivel más molecular, que acontece en la especialidad y en las llamadas prácticas profesionales tal como lo cuenta la Médico Bety:

En la especialidad existen jerarquías, el que entra en primero es la jerarquía más baja pues eres el r1, el r2 es la siguiente jerarquía, y así nos vamos, las jerarquías altas les dan un poder cuando estamos en la especialidad (refiriéndose a todos los alumnos y alumnas que entran) entonces ellos abusan con el poder, con el de abajo y no se diga si es mujer, pues hay que castigarla más, hay que hacerla a un lado, o sea, ponerle más trabas, ya depende uno si le sigues, si te metes en su juego o

no, entonces ahí sí y durante la especialidad, los cirujanos generales, cuando estás en la especialidad, vas decidiendo, ahí es donde decides, si te quieres especializar más, si quieres ser cirujano plástico, si quieres ser endoscopista, si quieres ser neurocirujano (Médico Bety, 14 de mayo del 2021).

Finalmente, también hay que precisar que todos estos filtros tienen el objetivo de garantizar que exista una certificación y profesionalización de los cirujanos, lo cual es necesario e indispensable para procurar que al paciente tenga certeza a la hora de intervenir, pero queda en la ambigüedad de cuáles procedimientos se catalogan como propios de la salud y también se vuelve manifiesto una lucha jerárquica por el poder y el Discurso que se vincula no sólo a cuestiones de praxis o saber sino incluyen un carácter axiológico/moral, y hay algunos médicos (as) que quedan atrapados en esa ambigüedad dados los huecos legales que aún no definen bien las relaciones entre la plástica, la estética y la cosmética.

4.5.1 Las trabas sexo genéricas dentro del orden médico.

Una de las entrevistas más significativas para poder apreciar las jerarquías médicas fue la que se realizó a la médica Bety, ya que en varias ocasiones durante la entrevista, salía avante el tema de la dificultad que se tiene para acceder a un campo quirúrgico, ya que en la mayoría de los casos los que ejercen la profesión son hombres médicos.

No es de extrañar que, desde la misma búsqueda de médicos para la entrevista me fue muy difícil encontrar médicas cirujanas, pues en el Directorio oficial de la AMCPER sólo aparecen tres médicas quirúrgicas en León y solo la médica Bety accedió a la entrevista.

Me resultó aún más peculiar este dato si nos percatamos de que del total de procedimientos tanto invasivos como no invasivos, el 90 % se ejercen en el cuerpo femenino, entonces ¿por qué si la mayoría de los sujetos que se intervienen son mujeres hay tan pocas médicas cirujanas?

Precisamente sería un tema que podría abordarse de manera particular y podría dirimirse en un artículo o incluso una tesis posterior, en mi caso mis limitaciones sólo apuntan a algunas inferencias surgidas de la entrevista con la médica Bety y con el acercamiento que tuve al principal semillero de médicos cirujanos en la ciudad que es la Universidad de Guanajuato.

La cirujana sugiere que la cirugía plástica está dominada por rituales que resaltan la virilidad y prácticas machistas. También me plantea que la cirugía plástica y todo el campo quirúrgico se domina por una especie de serie de campos internos y ritos para poder ingresar al reconocimiento como médico cirujano. Estos escenarios rituales conllevan casi por antonomasia un despliegado de símbolos que exaltan la virilidad o incluso conductas machistas, como se expresa en el siguiente testimonio, al preguntarles lo siguiente ¿la formación de estas jerarquías empieza desde la carrera?

Desde el principio de la carrera y luego en la especialidad, comienzas a enfrentar obstáculos. Incluso me cuestionaban desde la universidad por ser mujer y querer ser cirujana. Y —¡no vayas a llorar!—, y —¡no estés de genio! Y ¡seguro andas en tus días! - (realiza ademanes para hacer más exaltada la expresión), ¿por qué mejor no te vas a tu casa, mejor ve a planchar, tú deberías mejor casarte, mejor a planchar, a cuidar niños y ya desde ahí empieza una prueba (hace alusión a la palabra de los médicos) -¿De verdad quieres? a ver si es cierto. Y hay más castigos sobre las mujeres, entonces es ahí donde empieza uno a notar las trabas, y ya cuando llegas a la especialidad es otro paso, otra vez entrar, pero eso es lo principal, pues todavía en México son muchos hombres y todavía hay un poquito de machismo, pues están acostumbrados a que la mujer te atiende y el hombre es el que le debes ese respeto, pues sienten mucho poder y con su poder que tienen como en la residencia (Médico Bety, 14 de mayo del 2021).

Como vemos, en el ámbito de la cirugía plástica cosmética, las jerarquías profesionales tienen rituales que dificultan el acceso al proceso, con elementos más allá de los aspectos legales.

Por otro lado, para dar más solidez a la afirmación de la médica Bety, me di a la tarea de dos actividades más: 1) contactar a la otra médica que se encuentra en el directorio del Consejo Mexicano de Cirugías Plásticas para el caso de León, pero nunca me fue posible contactarla y 2) igualmente escribí a la facultad de medicina de la universidad de Guanajuato para saber la cantidad de egresados y la relación sexo/genérica, me dicen ahí que no tienen una estadística precisa, pero en los últimos diez años la relación se ha vuelto más paritaria, digamos un 50/50 aunque en las diversas páginas para consultar cirujanos plásticos en León,

pero al parecer en sentido de la médica Bety el problema no es particularmente notorio en la carrera sino ya en las prácticas profesionales.

4.6 La negociación intersubjetiva de los significados. Una nueva relación del paciente y el médico.

Ya mencionamos atrás que, las categorías en las cuales se va enfocando el Discurso médico no son delineadas por un solo “discurso” o por una verticalidad estratégica entre los que hablan y los que callan. La forma en que se expresa este Discurso, se relaciona con la posición de las personas en esa jerarquía.

Precisamente atendiendo a estos presupuestos que articulamos en aquello que se denomina estudios biopolíticos, los cuales nos hemos encargado de definir y precisar en el apartado conceptual, es que llegamos a la pregunta de si ¿las categorías de salud, belleza y cuerpo se determinan únicamente por la condición vertical de la que goza el campo médico? O, ¿realmente se da una negociación entre médico y paciente para la configuración de esos significados?

Algunos autores como Iván Illich o Jean Clavreul han estudiado con anterioridad el discurso médico, concluyendo en una propuesta radical sobre el orden médico y su determinación discursiva disciplinar, denostándola como un orden jerárquico vertical.

Por ejemplo, el primero propondría que los médicos son mercenarios del capital ya que medicalizan a toda la población al crear enfermedades, las cuales en estricto sentido desde un planteamiento que remite al significado nosológico-orgánico de salud no lo serían.

Para Ivan Illich, toda esta intervención médica moderna constituye un negocio redituable, que al final va creando una posición de poder del médico sobre varios ámbitos sociales, más allá de la medicina, y en ese contexto la salud pasa a un segundo plano, a ello se le llamará *medicalización indefinida* (Illich, 1975).

Por su parte, Jean Clavreul asume que el orden médico se puede comprender desde la dialéctica amo-esclavo, maestro-alumno, para definir el espacio donde se dan las relaciones entre médico y paciente, maestro y alumno. En esta dialéctica, el médico ocupa un espacio primordial y jerárquico en la enunciación y determinación discursiva.

Siguiendo estas premisas, se llegaría a la conclusión de que el Discurso médico es un discurso de dominio, y al mismo tiempo un discurso normativo, ya que establece signos y

despliega toda una semiótica de la que dispone y clasifica el espacio que cada cual ocupa en la relación médico-paciente.

Estos signos no son ingenuos, son sesgos y eliminaciones deliberadas, por lo que Clavreul llegará a decir: “El discurso médico, el que se interpone entre el médico y el enfermo, es un discurso normativo, lo cual implica que haya una sanción, la sanción terapéutica” (Clavreul, 1978, p.20) Esta sanción terapéutica es donde se dimite el poder de decir, de normalizar, de definir.

Considero que lo arrojado por el análisis del discurso mediante diversas entrevistas tanto a pacientes como a médicos nos permite observar que realmente no se sostiene por completo el supuesto de que el médico sería (digamos de alguna forma) el principal constructor de los significados en los que nos centramos en este estudio para determinar la regencia biopolítica del discurso médico.

Los modelos culturales y las peticiones subjetivas también juegan un papel relevante en la configuración de la identidad. Por ejemplo, al médico Víctor se le pregunta por el peso de los imaginarios y tendencias de moda en la decisión subjetiva y reconoce lo siguiente:

¡Ah, sí! (expresión afirmativa-exclamativa) en el imaginario de las personas, ahorita por ejemplo es cuestión de modas, antes, antes (repite) te estoy hablando como en los 60's y 70's, eran mujeres sin senos, delgadas, sin cadera y sin pompas, después fue, mujeres sin senos, pero con pompas, después mujeres con muchos senos, aunque no importaban las pompas, y ahorita, quieren tener muchos senos y muchas pompas, y mucha cadera, o sea, quieren estar así exageradas (Médico Víctor, 9 de marzo de 2021).

Aquí el médico reconoce diversas discursividades que orientan decisiones subjetivas y aparentemente autónomas, que consisten en disposiciones incluso ideales las cuales ofrecen al usuario una gama de modelos que pueden reproducir, pero a pesar de la influencia de los medios, las peticiones subjetivas se vuelven moneda corriente en torno a las prácticas de la CPC.

Por ejemplo, los mismos pacientes reconocen que su orientación se encuentra influida por ciertos condicionantes fundamentalmente la charla con amigos o conocidos que se han realizado algún procedimiento quirúrgico o cosmético, como lo reconoce el paciente Jorge a la pregunta expresa ¿cómo fue que te interesaste por realizarte una modificación corporal

mediante una cirugía plástica? “Para ser sincero, esto fue por medio de bombardeo visual en las redes sociales, pero también porque conozco a algunos amigos que lo han hecho (Paciente Jorge, 25 de febrero del 2021).

Aunque habría que precisar que esto no indica que el Discurso médico asuma un peso secundario o carezca de capacidad de enunciación, de hecho es muy común que la última palabra en la mayor parte de los casos la tenga aún el médico al constituirse como una autoridad experta en relación con sus categorías.

El médico establece sus propios perfiles estéticos e ideales de normatividad que muchas veces son casi inconscientes tal como se muestra en la entrevista realizada por el periódico español a la médico cirujana Cristina Villanueva a la pregunta sobre si existen límites para orientar un paciente y realizar algún procedimiento que no vaya en su detrimento expresa que “el límite está siempre en la naturalidad”, pero esa naturalidad supone una normalización previa ya que una idea de belleza natural no puede existir siguiendo la visión de que existen muchos tipos de rostros, cuerpos, sujetos.

Apreciamos que, en algunos casos, el Discurso médico vuelve a apelar a conceptos metafísicos que se insertan en el mundo, como voz autorizada.

Cuando la cirujana Cristina Villanueva habla de “naturalidad”, “mejorar y embellecer la imagen” se hace referencia, por ejemplo, a qué envejecimiento es sinónimo de fealdad o lo contrario a la belleza. Al hablar de naturalidades casi orgánicas, se promueve de manera casi involuntaria un enfoque natural en el paciente a pesar de que las cirugías en sí mismas son intervenciones artificiales en el cuerpo de forma protésica.

Pero esta relación de participación y negociación de los significados no se puede comprender sin el contexto de una economía política de la salud y del cuerpo.

Es en la época moderna industrial donde la medicina comienza a formar parte del mercado. Este fenómeno, denominado complejo médico-industrial por Arnold Rellman, da origen a la figura del paciente/cliente que permite enfocar las demandas y la capacidad de acción del sujeto usuario.

A pesar de que las decisiones y acciones subjetivas también se ven influenciadas por la forma en que el mercado y otros elementos orientan sus demandas (actuando como modelos o ideales de lo que es considerado bello o saludable), es necesario ver al paciente como alguien que tiene un sufrimiento corporal pero también es un consumidor, por lo tanto,

su punto de vista debe ser considerado para satisfacer su deseo y expandir las opciones disponibles.

Por ejemplo, en este fragmento de la entrevista a la paciente Yez le preguntamos ¿tú tienes algún modelo de belleza, algún patrón, algo, a lo mejor no una persona, pero sí algunos rasgos que determinen que es bello y que no?

Paciente Yez: Para mí, algo que es bello, es muchas cosas, es, es es, (muletilla) para mí lo más bello que existe es el mar, mi ideal de belleza es más espiritual, la tranquilidad, el mar.

Francisco Vallejo: Y ¿físicamente, habrá alguien?

Paciente Yez: Físicamente, amo a Fey, así la amo, es como mí... (reestructura lo que va a decir), obviamente yo quisiera ser como ella, me encanta como habla, como se viste, como se peina, como baila, para mí es guau. (Paciente Yez, 3 de septiembre del 2021).

Estas discursividades orientan la economía de los cuerpos y normalizan ciertos tipos de corporalidades por otros, lo anterior no implica necesariamente que el paciente tenga una vocación de convertirse en la otra persona, es más bien ese “que se note, pero que no se note” al que alude también la médica española Cristina Villanueva, y que apreciamos mejor en el siguiente fragmento de la paciente Nicole:

Francisco Vallejo: ¿consideras que cambió en cómo te ven los demás o cambió la percepción que tenías de ti, como te ves a ti misma? ¿Cambió tu vida profesional, académica, personal, vida social? Notaste algún cambio

Paciente Nicole: Si, mira, pues de hecho yo me hice mi copete porque sentía que me tapaba cuando la tenía desviada (la nariz) ahorita ya me puedo recoger el pelo hacia atrás y hacer otras cosas que antes no podía pues tenía que disimular o de que me ponía en una cierta forma para tomarme fotos pues decía -no manches, en este lado no se me nota tanto- y nooo, ya soy como más (detiene un poco su reflexión al no encontrar la palabra adecuada para definir) (Paciente Nicole, 27 de agosto del 2021).

En ciertos casos, la idea de cambio se relaciona con esconder un defecto de forma natural, llegando a evitar miradas ajenas como motivación principal. Por lo tanto, el cambio

se basa en la forma en que la paciente se ve a sí misma y busca procedimientos discretos en lugar de cambios radicales.

Sin embargo, a veces el paciente busca transformaciones notables y busca cambiar radicalmente su imagen, considerando su cuerpo como un espacio para transformaciones y transgresiones. Un ejemplo de ello serían las intervenciones del artista Orlan. Según los mismos médicos esto puede llegar a ocurrir, pero ellos lo ven como un caso atípico que responde a una visión incluso patológica distorsionadora de la paciente relacionada con el trastorno de dimorfismo corporal.

Una vez realizada esta aclaración, podemos asumir que las categorías se negocian en el espacio de la práctica de la CPC, pero mostramos igualmente como es que se da ese proceso. Precisamente cuando se realiza la pregunta a los pacientes ¿quién decide finalmente qué procedimiento es el más adecuado en función de su propia anatomía y petición? Las respuestas suelen ser variopintas, pero en última instancia todas y todos los usuarios coinciden en que las recomendaciones juegan un papel importante en la decisión final.

Un descubrimiento clave es que, aunque se reconoce la autoridad del médico en las decisiones finales de los pacientes, esa posición jerárquica puede negociarse en ciertos aspectos. Así, la relación entre médico y paciente no es completamente vertical e incluso se pueden negociar ciertos aspectos del procedimiento, por ejemplo, le pregunto a la paciente Johana si hay un límite médico ante los procedimientos que los pacientes se quieran realizar a lo que me contesta:

Es como te digo, hay mucha gente (no concluye la idea), todo depende de cicatrizaciones de fibrosis, entonces, yo padezco de tener mucha fibrosis y no tengo la nariz que yo quisiera, por eso yo me he hecho cinco y hay veces que el mismo doctor me dice -ya no te puedo operar, ya es la última, la última (repite, evocando al médico), no ya no, tu fibrosis, tú, tú piel es fibrosa- Aunque tu no lo quieras, la piel, te sale fibrosis, eso es normal de todos los cuerpos, y los que cicatrizan queloides, es porque cicatrizan por fuera, entonces el doctor no sabe tampoco, si cicatriza queloide ni nada porque eso ya es de cada cuerpo, lo ves después, entonces ahí no tienen la culpa ellos, no son magos, no te van a decir -tú, cicatrizas queloide, tú, tienes fibrosis- pues no, eso se va dando con cada caso. (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

La paciente reconoce que en ocasiones la voz del usuario se impondrá sobre la orientación médica pues a pesar de que la recomendación médica o sanción terapéutica demanda un límite los y las pacientes pueden optar por pasar de largo esa recomendación.

4.6.2 Principios que orientan el decir médico. Relaciones entre salud, belleza y mercado.

Sin duda uno de los elementos que debemos enfocar en la investigación, y al cual se le presta poca atención en otras tesis de esta naturaleza, ha sido dar cuenta de las dificultades a las que se enfrentan los médicos y los pacientes cuando queremos ubicar a las cirugías plástico-cosméticas dentro del campo de la salud, por ejemplo, a la paciente Johana se le preguntó ¿eres más saludable cuando te haces una cirugía o simplemente es un asunto estético?

Es que, es un asunto estético, saludable no, porque, hay mucha gente que incluso te haces la cirugía y quedas bonita, pero te queda, ¿cómo se llama eso? (Se auto pregunta) la rinoplastia, que no puede respirar bien, o que lo otro, todo tiene un proceso y como tiene un pro, tiene un contra, te puede perjudicar en algo, que bendito dios a mí no me ha perjudicado en nada. Todo tiene un riesgo, recuérdalo que la cirugía estética es parte de tu piel, de unas cuantas capas de tus pieles, no llegan hasta profundidades, no llegan hasta fuera, eso no lo saben los doctores (se refiere a que no pueden mirar dentro del cuerpo), no son culpables por todo lo que tenemos adentro, o sea, las cirugías estéticas, creo que dependen de tres cuartas partes de piel y eso es riesgoso (Paciente Johana, 29 de julio del 2021).

Precisamente uno de los indicios biopolíticos más destacables, podemos apreciarlo en ese estiramiento conceptual que hacen los médicos cirujanos-estéticos al concepto de salud, lo anterior con el objetivo de posicionar su práctica como un hacer legítimo al arbitrio del orden médico tecnocientífico. Todo ello en el marco de las posibles contradicciones que ordenan sus principios en donde se sostiene el ideal de la prioridad de la vida orgánica del paciente.

Para lograr el objetivo de justificar la práctica de la CPC como una práctica saludable, los médicos utilizan la ampliación de la noción salud vinculándola a la variable psicoemocional. Los médicos propondrán para ello que las CPC tendrán un impacto directo

en la salud emocional, por ejemplo, la ley general de salud contempla en su artículo 2, que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus facultades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana.
- III. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Ley General de Salud, 2021)

Contrario a estos supuestos, sabemos que la CPC pueden incluso tener ciertos riesgos que se encontrarían en tensión con el primer y segundo principio expresado en el artículo 2 de la ley.

Aunque los médicos en general siguen las demás consideraciones que contempla la legislación, lo que pretendo destacar aquí es que esas complicaciones éticas y legales establecidas por la deontología médica ponen de manifiesto tensiones y conflictos para ubicar y legitimar las prácticas quirúrgico-estético-cosméticas, pues ellas engendran otro tipo de problemas que se relacionan con los deseos subjetivos de las y los pacientes como sujetos de consumo.

En este punto, quiero resaltar que la salud se relaciona con aspectos más allá de sus principios éticos y científicos, ya que se vincula con discursos legítimos, intereses económicos y deseos de los pacientes, demostrando la estrecha relación entre salud, belleza y mercado, aspectos poco considerados en la práctica médica.

4.6.2 La salud y el negocio.

Hemos precisado cómo en la era moderna, específicamente en el neoliberalismo o capitalismo de mercado, la salud se ha enfocado principalmente en aspectos comerciales., nos adentramos en una economía política de la salud, pero ¿cómo interpretar esta relación

entre salud y negocio? ¿Qué efectos tiene esto para la medicina? ¿Acaso los y las médicos son conscientes de esa transición?

Recordemos que Michel Foucault habló sobre el surgimiento de la medicina social en las conferencias de Río de Janeiro en 1974. En esta conferencia hace un rastreo histórico sobre el nacimiento de la medicina como institución moderna que forma parte de la configuración biopolítica de la modernidad, donde incluso dirá “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina una estrategia biopolítica” (1977, p.90). Este presupuesto ya se anticipaba en su texto clásico *El nacimiento de la clínica*, pero alcanza nuevos bríos en esta conferencia.

Foucault también mencionaba cómo la medicina surge con un poder de supervisión al que se le llama policía médica. Esta distinguía de los sanos y los enfermos de acuerdo con la nosología propia de la época, este modelo lo denomina modelo “alemán”. Según el filósofo, este primer modelo auspiciará el nacimiento de una medicina de Estado, simultáneamente, bajo esta consideración poco a poco la medicina se convertirá en una especie de modalidad de distribución de los saberes en el cuerpo social (se “socializa/democratiza” el saber médico por decirlo de alguna forma).

Todo lo anterior convergirá a la postre en una ampliación de su vigilancia al ámbito urbano que busca legitimar a la misma en su científicidad y extender sus dominios a otros campos como: el aspecto ambiental, la profilaxis, la prevención de primer y segundo orden, es decir una medicina urbana en donde nace una idea propia de la *medizinischepolizei* o policía médica en 1764.

A la luz de nuevas investigaciones, como la de Adán Salinas nos precisan cómo en esa conferencia, Foucault intentaba vaticinar un particular fenómeno, la medicalización como fenómeno propio e intrínsecamente ligado al capitalismo, la medicina cambiará su aspecto de vigilancia pastoral por una práctica vinculada al mercado de consumidores (Salinas, 2013).

Surge entonces el problema de la economía política de la medicina moderna y por ende un mercado de la salud. Bajo ese escenario, en la ética moderna de la medicina tendría como primicia el cuidado de la salud, donde el principal objetivo consiste en procurar cuerpos dóciles y aptos para el trabajo en cuanto potencia las fuerzas del cuerpo, volverá a los sujetos en entes productivos.

Así en esta nueva modernidad(algunos le llaman modernidad tardía o posmoderna), lo que configura la noción de sujeto ya no será la idea solamente del sujeto productor o la llamada ética del trabajo.

En la nueva lógica, los sujetos se vuelven consumidores, lo que cambia por completo la relación entre el paciente y el médico “un mercado de la salud, es algo completamente distinto a una medicina social de la fuerza de trabajo, por el contrario, un mercado de la salud transforma a la salud misma en un objeto económico, y no solo como una condición para el funcionamiento del trabajo” (Foucault, 1977, p. 92).

Al darse este cambio en la concepción de la salud, el complejo médico industrial inquiere en los deseos subjetivos de los individuos consumidores, inscribiendo la amplia gama de transformaciones corporales como posibilidades del mercado.

Lo anterior muestra claramente que existe una especie de modelo de negocios de la salud, tal como apuntó Celia Iriart, que, mediante un estudio muy puntual y bien documentado, reconoce que en la época de los noventa es cuando surgirá una disputa entre capital financiero y complejo médico industrial (Iriart, 2008).

Bajo esa alienación del campo médico al capital financiero, se buscará instaurar un proceso de medicalización general en el que los consumidores vean problemas ordinarios como problemas médicos en donde:

Millones de personas son blanco de este proceso medicalizador y medicamentalizador, etiquetadas como enfermas o en riesgo y transformadas en consumidores alertas para reclamar de los servicios de salud el último diagnóstico o tratamiento (Iriart, 2008, p. 1624).

Este proceso de medicalización permite la expansión y vínculo entre capital financiero y complejo médico industrial, y con ello la privatización de la salud. Es por este motivo que en la época neoliberal el capital financiero ingresa a todas las áreas de la salud, ésta dejará de ser un derecho que el Estado debe proveer y se convertirá en un bien de mercado que los individuos deben adquirir.

Para este desplazamiento de los objetivos de la medicina será indispensable la ampliación de la nosología médica y un proceso global de medicalización, donde en términos de Rubinstein ya no sólo hay una prevención primaria sino incluso hay una prevención

secundaria de vigilancia y ampliación del cuidado médico, sujeto que ahora queda a cargo de esa vigilancia de mercado para estar atento a las nuevas medicinas y enfermedades, desembocando finalmente en los *nuevos enfermos* (Rubinstein, 2009).

En nuestro caso particular, este crecimiento de tratamientos y procedimientos se ve claramente en el campo de los tratamientos médicos invasivos y no invasivos, su auge se puede poner en evidencia mostrando como en las últimas décadas se ha ampliado cada día más la gama de productos (Se tienen registrados 24 procedimientos quirúrgicos y 9 procedimientos cosméticos en el catálogo del ISAPS) y el perfil de los consumidores es cada vez más jóvenes.

Por ejemplo en el primer reporte realizado por ISAPS (institución encargada de llevar los registros sobre procedimientos quirúrgicos y cosméticos) se nos dice que en el primer registro (2013) no se encuentran datos sobre procedimientos realizados en personas menores de 17 años, pero en el último registro se alude a que el total de procedimientos en este grupo de edad oscila ya en el 7.1 % del total de procedimientos a nivel mundial, siendo que en países como México, Italia, Colombia, Turquía y Brasil la población que se sometió a un procedimiento en este rango edad (ya sea procedimiento cosmético o quirúrgico) rebasa el 10 % y en Brasil la cifra es del 27 %, siendo este país en el que se ve una tendencia a la alza en procedimientos en personas menores a los 17 años. (ISAPS, 2022).

Lo que ocurre simultáneamente es que cuando percibimos que la salud ha logrado salir de sus propios principios clásicos que buscan en la funcionalidad orgánica y el orden fisiológico-anatómico, la base de su nosología se comienza a mezclar con otros campos que anteriormente le resultaban ajenos como; el campo de la salud mental, la medicina cosmética o apelar a la belleza desde la diversidad cultural, todo ello con la finalidad de legitimar su praxis, ética y epistémicamente, lo que nos lleva incluso a una “democratización la medicalización”.

Ello no indica que el discurso médico haya integrado en un mismo nivel epistémico a otras disciplinas como la psicología, o las ciencias sociales como aparentaría inicialmente, porque ellos incluso pueden asumir que las intervenciones estéticas, particularmente las CPP permiten realizar atajos en la salud mental. Al caso recordemos que unos párrafos atrás recuperamos un fragmento del testimonio del médico Felipe al que se le pregunto ¿Cuáles son

los beneficios a la salud de una cirugía plástica? Y una de las respuestas que saltó a la vista fue que dijo que uno de los beneficios de las CPC era permitir evitar años de terapia.

Precisamente esa idea de que la cirugía ahorra años de terapia considera que la salud mental se vincula básicamente a un asunto subjetivo de percepción y que la salud mental puede ser desplazada por un procedimiento cosmético o estético, como lo planteó el mismo médico Hugo Spinelli hace ya tiempo:

Entre 1970 y 1974, la organización médica comienza a deslizarse fuera del control profesional hacia complejos de escuelas médicas y hospitales, agencias reguladoras, empresas de seguro, conglomerados, *holdings* y otras empresas; y desde los profesionales de la medicina hacia economistas y expertos en administración (Spinelli, 2018, p.498)

Toda esta relación entre el negocio y la salud, más allá de una democratización de la salud, pretende ampliar el mercado de la salud y tener réditos de ellos, aunque bajo una bandera que enaltece la condición científico-técnica de la medicina.

Todo lo anterior se precisa desconociendo que en cualquier disciplina se juegan una serie de intereses que en muchas ocasiones nos ponen en contradicción con nuestros principios éticos, epistémicos y gnoseológicos, el principal problema de esa actitud no es que existan tales intereses, pues esas dimensiones son propias de la existencia humana, el problema es que no se les vea o no se les quiera ver. El decirlos y nombrarlos resulta un acto de honestidad intelectual.

4.6.3 Paciente-cliente.

La noción de paciente/cliente está vinculada directamente al nacimiento de una economía política de la medicina y tendrá su culmen en el proyecto liberal del mercado tal como lo precisa la profesora Zandra Pedraza:

El médico esteticista inaugura una relación con quien acude a consulta, no en calidad de enfermo, de paciente, sino de sujeto que, sin padecer una dolencia o afección somática, demanda un servicio concreto a fin de tratar un malestar cuya etiología carece de origen orgánico (Pedraza, 2004, p. 63).

Lo anterior vuelve a las salud en un objeto de consumo más, en donde se requiere simultáneamente ensanchar la nosología médica, con la finalidad de instaurar y definir nuevas enfermedades, esto es aún más notorio en el terreno de las CPC donde la clásica nosología médica basada en un concepto de salud orgánico tiene que ampliar sus definiciones.

En esta nueva concepción de la enfermedad que lo que se juega no es propiamente un riesgo biológico o anatómico-fisiológico, y en ese escenario las nuevas patologías incluyen; la calvicie, la vejez, glándulas mamarias en hombres, labios asimétricos, colgajos del cuerpo, entre toda una gama de nuevos “padecimientos” que a su vez permiten extender el campo de intervención médica, tal como lo vemos en la tabla 5, donde la ISAPS reconoce los siguiente tratamientos cosméticos-estéticos que se consideran como tratamientos médicamente reconocidos para intervenir el cuerpo:

Tabla 5 Procedimientos estéticos-cosméticos más comunes hasta el 2023

10 procedimientos estéticos invasivos más comunes a nivel mundial	10 procedimientos no invasivos más comunes a nivel mundial
1. Aumento de busto	1. Inyección de Botox
2. Liposucción	2. Tratamiento de ácido hialurónico
3. Cirugía de parpado	3. Depilación
4. Abdominoplastia	4. Reducción de grasa no quirúrgica
5. Rinoplastia	5. Foto rejuvenecimiento
6. Levantamiento de senos	6. Rejuvenecimiento micro ablativo
7. Reducción de busto	7. Exfoliación química
8. Injerto de grasa facial	8. Tratamiento con calcio de hidroxiapatita

9. Aumento de glúteo	9. Ablación de campo completo
10. Estiramiento facial	10. Tratamiento con Ácido poliácido-L

Fuente: Elaboración propia con datos del ISAPS, 2023.

Esta emergencia de todo un campo de medicalización y ampliación de la nosología pone en varios predicamentos a los propios médicos, ya que al parecer no todos estos nuevos procedimientos se basan en los principios deontológicos y profilácticos que justifican ética y científicamente su hacer, e incluso pueden contradecir el principio de *primun non nocere*, que normalizarían la labor moral y hasta científica del campo médico.

Lo anterior los lleva a dar cuenta (no de forma completamente reflexiva) de que existe una relación entre el campo empresarial-mercantil con el campo médico, por ejemplo, la charla sostenida con la médico Bety nos permite dar cuenta en la misma entrevista que precisamente lo que articula el campo del mercado dentro de la práctica médica es la consulta y tratamientos privados, versus una especie de medicina estatal donde parece que la relación es más de paciente médico:

Francisco Vallejo: ¿podemos hablar de un paciente/cliente en el ámbito privado y de un paciente/médico en el ámbito público?

Médico Bety: O sea, sí, ahí es más un cliente, ajá (expresión de afirmación), como es un servicio, es algo estético, es algo que depende totalmente de la percepción. Eso luego son los problemas que hay en el área privada, luchas con eso a veces, haces una cirugía muy bien y a la paciente no le gusta, eso es lo complicado, (pausa y enfatiza) qué no le gusta (reproduce algunas de las frases que dicen los pacientes) y eso es lo interesante y lo difícil de lo privado, tiene que haber una comunicación muy buena para decidir entre los dos, (se auto pregunta) ¿cómo voy a hacer una cirugía? ¿qué resultado ella quiere y yo que se hacer o que le puedo ofrecer? Y tratar de lograr su gusto, que es por gusto es una cirugía por gusto, casi ninguna es por necesidad, como es por gusto, es lo difícil, darle gusto a tu paciente (Médico Bety, 14 de mayo del 2021).

La práctica médica se articula como peticiones subjetivas y por ello el médico funciona como un servicio y que debe atender dice el médico Rodrigo Reynoso, en la página oficial de la AMCPER:

La población es exigente -llamémosle ESPECIAL-, y por ello demanda calidad. Es por esa razón que los mismos médicos y hospitales no escatiman en servicios, productos y atención; es para ellos, y en todo momento, un trato a la altura de un Hotel Grand Turismo. Situación que igualmente permite colocarse en el mercado con precios elevados (Reynoso, 2016).

Fijemos como aquí hay precisamente un desplazamiento de la noción clásica de los principios que legitiman el campo de salud. Según autores como Hugo Spinelli esta transformación de la vocación médica y de su propio campo de acción puede anclarse en el establecimiento de lógica médico-empresarial (Spinelli, 2018), es decir en el llamado nacimiento del complejo médico industrial.

La noción de complejo médico industrial habría sido introducida a la discusión por Arnold Rellman en un texto de 1980 que lleva por nombre *The new medical-industrial complex*, en el que define así las nuevas funciones de la medicina empresarial complejo médico industrial es una real creciente de corporaciones dedicada a suministrar servicios de salud con fines lucrativos (Rellman, 1980, p. 965).

Puntualmente, el auge del complejo médico industrial se sustenta al mismo tiempo en el debilitamiento de la llamada política económica del Estado benefactor que dominó desde la segunda guerra mundial hasta los años setenta.

Es precisamente este desplazamiento de prácticas y objetivos, lo que permiten a la medicina inscribirse en la economía política de la salud, como un agente más que pretende ampliar su campo de negocios. Dicho desplazamiento le permitirá a la postre una vinculación con las grandes compañías que cotizan en la bolsa de valores como General Electric, Phillips, IBM.

Igualmente, este llamado complejo médico industrial hoy día ha dado frutos redituables para los bolsillos de las compañías, pero al mismo tiempo demanda la creación de nuevas patologías y expertos que definan el campo de acción. Para ello se modifican la misma diagnosis médica que anteriormente se fincaba en una concepción anatómico corporal

del hombre, para apropiarse de elementos que incluso antes hubiesen sido menospreciados por el orden médico como; la salud mental, ello es obvio en el caso de las CPC, por ejemplo, aquí la médico Bety reconoce que se juega algo más que la salud orgánica en una cirugía;

Francisco Vallejo; ¿cuáles son los motivos por lo que alguien se somete a un tratamiento estético-cosmético no necesariamente reconstructivo? ¿qué se juega en esa decisión?

Médico Bety: Para mí todas, la mayoría es la autoestima, la mayoría eso me dice que no se sienten bien al verse al espejo, o cuando está con su pareja, con su esposo, que no le gusta como se ve en el espejo, no quieren que las vea su esposo, por ejemplo, sin ropa. (Médico Bety, 14 de mayo del 2021)

Precisamente por ello es interesante que esta noción de paciente cliente podría asumirse como una contradicción interna ante los propios principios médicos, poniendo en predicamento la misma concepción de los médicos sobre la salud lo que los traslada finalmente a resolver que esto se puede dirimir o superar, ampliando la nosología médica inscrita en un orden anatómico corporal, aunque reconociendo que este sigue siendo elemento legitimador, dando con ello un resultado paradójico.

4.6.5 El cuerpo productivo. Las intervenciones estéticas como mecanismos de movilidad

Sin duda las CPC suelen fungir para aquellas y aquellos que se someten a un régimen disposicional sobre el cuerpo, como un mecanismo de cambio, aquello que Gilman habría denominado el paso o cambio (en inglés *passing*). Este paso o transformación incluye un cierto reordenamiento transicional y ritual, ya que al optar por una transformación no sólo se busca un cambio de apariencia sino una cierta movilidad social, por decirlo en otras palabras, se aspira a un cambio de situación social (Gilman, 1999).

Durante las entrevistas a pacientes y médicos muchas veces surgió como una motivación primordial el hecho de que las cirugías incluían una suerte de cambio de estatus, especialmente para el tema laboral. Por ejemplo, el paciente Rodrigo menciona como uno de los beneficios de las cirugías, el cambio en la situación laboral. La CPC se describen como un elemento que le permite tener más seguridad. A la pregunta expresa que se le hizo ¿cambió de alguna forma tu vida el haberte sometido una cirugía? De ser así ¿cómo cambio? “La

forma en la que me miran me hace sentir seguro y pleno, en el trabajo, en la vida diaria, yo me siento más seguro conmigo mismo” (Paciente Rodrigo, 20 de febrero del 2020)

Igualmente, bajo ese modelo podemos pensar que estos cambios y transiciones son parte de todo un modelo económico donde el sujeto se vuelve en el agente empresarial mismo. En ese contexto el cuerpo también puede considerar un producto más para posicionarse en el mercado.

Pero esta transición no es siempre inmediata e incluso en ocasiones no ocurre por voluntad propia como nos narra la paciente Yez, que en su testimonio expresa los motivos de su segunda intervención quirúrgica. En estos incluye está tensión entre la movilidad social, incursión laboral y lo relacionado con la apariencia:

La segunda vez, no sé, y la segunda vez, no sé si me vas a preguntar de eso (ríe un tanto nerviosa) si fue por (pausa), por vanidad y por frustración. Haz de cuenta, la primera vez que me hice reconstrucción mamaria, en ese momento me hicieron también liposucción, porque te digo que era mi trauma de que -¡estoy gorda! ¡estoy gorda! ¡estoy gorda! - (es muy efusiva y repite esa frase como si aun tuviera un peso), ya, así como que fueron dos en una.

La segunda vez estaba trabajando en la ciudad de México en una aerolínea que se llamaba *conect*. En *conect* me llamaron y me dijeron que ya en capacitación, me dijeron que me iban a despedir porque yo tenía diez kilos de más, con respecto a la escala que ellos tenían y claro que yo dije primeramente -¡los voy a demandar!- pero después recapacité y dije -no, porque yo quiero volar- o sea, porque en realidad pues es mi sueño, porque yo cuando era secretaria de aviación pues era la más feliz del mundo (acota) y cuando viví en Cancún, que pasa que a mí me vuelven a decir -¡es que estas gorda!, por eso te estoy negando de la oportunidad del puesto que tú quieres, porque estás gorda, porque te sobran diez kilos- (se refiere a las personas de recursos humanos). Cuando en realidad yo no me personas de recursos humanos) cuando en realidad yo no me sentía, ni me veía así, entonces qué sucede, que me despiden y dije -los voy a demandar por lo de los derechos humanos y shalala (expresión coloquial)- pero después dije -no, en las aerolíneas te boletinan por todo-, tanto si eres un mal elemento de la tripulación o en tanto si eres un mal pasajero, te boletinan entonces dije -no, más adelante yo quiero la oportunidad de estar en una aerolínea- entonces dije, noooo

(expresa rotundamente), en medio de todo ese coraje, de toda esa frustración, era una vorágine, pues por un lado yo quería volar, por otro lado estaba el hecho de que -¡estás gorda otra vez!- (parece recriminarse), entonces dije, mi mamá me alentó también, y me dijo -oye ¿y si te hacemos una lipo?- y dije -¡va!- ¿por qué? (se auto pregunta), porque yo estaba desesperada, porque después de liberarte de un trauma, y otra vez te dicen lo mismo de que estás gordas, y pues le hablamos al padrino (refiriéndose al cirujano), de hecho esa cirugía la pagó mi mamá, esteee (muletilla), me hizo una liposucción de abdomen y de espalda y toda la grasa la inyectaron en la espalda, entonces fue así de guuaaaau. Y fui a la entrevista de mexicana de aviación y quedé, pero luego ya no me hablaron porque la empresa se fue a la quiebra y sólo los que ya estaban de base en mexicana se fueron a Aeroméxico, pero todos los que estaban en espera pues ya nos quedamos sin oportunidad (Paciente Yez, 3 de septiembre del 2021).

Por lo anterior, no debe juzgarse inquisitorialmente esta modificación como un mecanismo de ascenso, pues a pesar de que así funciona se encuentra en muchas ocasiones se encuentra condicionado por expectativas externas a las y los pacientes. Lo que parece interesante es reconocer que para las y los médicos es más obvias esta disposición de que para los pacientes, por ejemplo la médico Bety habla de un prestigio que puede dar la intervención estético-cosmética da algún prestigio hacerte una cirugía:

¿En la actualidad? (se auto pregunta) sí (afirma), actualmente se volvió todo muy materialista y como te veo te trato, ahora se ha vuelto como importante la imagen, ahora incluso lo vemos en los hombres, particularmente en los trabajos donde existe interacción con mucha gente, los hombres que trabajan en oficinas, los hombres me dicen, -ya no me quiero ver tan viejo, tan cansado, tan mal-, ya están buscando el también verse diferente porque también cambia el trato hacía ellos (Medica Bety, 14 de mayo del 2021)

En esta perspectiva de movilidad social, la imagen va a contar sin duda, y en ese espacio es donde las y los médicos encuentran parte de las motivaciones para que os pacientes decidan realizar un cambio en su vida. Como desatacamos más atrás incluso para el médico Felipe, la apariencia está integrada a la noción de “éxito” según sus propias orientaciones.

Otro ejemplo es el caso de la paciente Johana que reconoce como las cirugías juegan un papel importante en la vida laboral, pero depende mucho del trabajo al que uno se dedique ¿Por qué crees que la gente quiere cambiar su imagen?

Cuenta tanto porque tan sólo en el trabajo que tengas, Cuenta tanto porque tan sólo en el trabajo que tengas, yo que soy estilista y soy directora de eventos debo tener una imagen presentable y verme bien a pesar de los años que tengo, si yo vendo en un salón de belleza, belleza, pues se supone que tengo que estar bella, tengo que estar bien cuidada, no voy a andar toda chamagosa, greñuda, gorda en una estética, en vez de darles ganas van a decir -¡no manches! si así se ve ella, cómo me va dejar-, entonces si es muy importante, no es por (no culmina la idea), sino por el puesto que tengas. (Paciente Johana, 29 de junio del 2021)

Entonces en una época donde la imagen es parte fundamental del proyecto personal, transformar el cuerpo puede convertirse en una forma de transición a una imagen más coherente con el correlato subjetivo, que al mismo tiempo permite pensar en otros empleos, otros estilos de vida u incluso “otra vida”.

4.7 Salud y belleza una diada compleja.

Anteriormente mostramos las dificultades a las que se enfrentan los especialistas para legitimar su práctica dentro del campo de la medicina, ya que la CPC en ocasiones puede atender contra la máxima médica de *Primum non nocere*, atribuida a Hipócrates y que expresaría partir del propio discurso médico “al deber de los médicos de no causar daño, que se ubica como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas” (Lifshitz, 2010, p. 1)

Aunque el mismo médico considera que apearse a un ideal del deber proteger la vida por encima de todo, en pocas ocasiones considera la discusión yatrogénica³³ en la práctica de la CPC. El ideal hipocrático de no dañar contradice los alcances médicos modernos, ya que muchas veces se toman riesgos en pro de un “bien mayor” así la consideración yatrogénica moderna se ampliará bajo la siguiente consideración el principio de no maleficencia;

³³ La yatrogenia es una rama de la medicina que se encarga de estudiar los daños colaterales a la decisión médico -riesgos asumidos- pero a su vez instala deberes éticos y morales a la misma práctica.

La obligación de no hacer daño se consagra en uno de los principios de la Ética médica contemporánea, el llamado principio de no maleficencia que junto con los de respeto a la autonomía, beneficencia y justicia constituyen la tratada en que se sustentan una ética de principios propuesta por Beauchamp y Childress, la que ha sido muy ampliamente aceptada y que constituye la expresión más representativa de la ética médica norteamericana de hoy en día (Lifshitz, 2010).

A pesar de que se reconoce la posibilidad del riesgo médico y a su vez se insta el ideal de no hacer daño premeditado o por situaciones que quedan fuera del planteamiento yatrogénico, particularmente la relación entre salud y belleza complica sobremanera las cosas al enlazar dos campos que tienen objetivos distintos (en ocasiones contrapuestos). En distintas ocasiones los procedimientos pueden salirse de control (aunque esto realmente es poco común), se pone en predicamento el principio médico ético, como bien asienta Zandra Pedraza:

Se ponen en evidencia el acercamiento experimentado por los campos de la belleza y la salud, cada vez más homólogos, en virtud de la complejidad y el riesgo implícitos en las técnicas y en los productos empleados para el mantenimiento de la belleza, pero también por el ánimo expansionista propio de la medicina científica (2006, p. 135).

Por eso es necesario destacar que la medicina no es solo una práctica basada en la tecnología y la ciencia, sino que también es en gran medida social y un negocio técnico que se rige no solo por el principio de no causar daño, sino también por solicitudes subjetivas y expectativas de mercado, lo que resulta paradójico.

Igualmente, resulta problemático que esta práctica quede a cargo de su autoevaluación epistémica, gnoseológica y ética, dado que son de alguna forma los mismos médicos los que definen quién está enfermo y quién no, más allá de eso lo que me interesa interrogar es lo siguiente ¿cuál es la posible interpretación para abordar este conflicto entre salud y belleza?

Especialmente en el caso de las cirugías plásticas y cosméticas, la conexión con la belleza desafía la definición tradicional de salud, ya que los médicos parecen involucrarse no

solo en la atención médica y la relación con el cuerpo, sino también en los deseos, expectativas subjetivas y demandas de sus pacientes (clientes). En este contexto, no solo se trata de la salud. En la querrela sobre estas dimensiones de la medicina queda excluida y asimilada, como se aprecia en el siguiente fragmento:

Francisco Vallejo: ¿podrías definir en tus propias palabras que es un cirujano plástico? ¿Más allá de la mera cuestión médica? ¿Qué significa para ti o entre tus colegas ser un cirujano plástico?

Médico Víctor: (Corrige) Cirujano estético, el cirujano estético, es la persona que puede arreglar el cuerpo humano, depende de las necesidades de la persona, puede ser un cambio estético, puede ser un cambio psicológico o puede ser nada más por un gusto, pero en sí la cirugía estética, lo que engloba más es la vanidad de las personas.

Francisco Vallejo: Ok, podemos estar aludiendo a cosas que no necesariamente son de salud

Médico Víctor: No, la cirugía plástica, si es por salud, porque es la reconstrucción de defectos o de problemas causados por accidentes o quemaduras o cosas de esas, o cáncer (hace una pausa) pero la cirugía estética es nada más vanidad, o sea, es nada más por verte bien (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021)

En el anterior apartado volvemos a apreciar la confusión e imbricación de los campos salud/belleza, pero particularmente el médico Víctor reconoce que existen otras motivaciones para realizarse procedimiento o intervención corporal que se colocan en el campo de lo estético alejándose aún de la definición más ampliada de la categoría de salud.

Aquí se muestra claramente una de las ideas principales del régimen biopolítico desarrollado por Foucault, especialmente en sus textos sobre medicina social, destacándose en las conferencias de 1974 en Río de Janeiro *Seguridad, territorio y población* y *El nacimiento de la biopolítica*, que se conocen como los estudios sobre medicina social y que tienen su momento culmen en las conferencias de 1974 en Río de Janeiro.

En esas conferencias, Foucault señaló que en la época moderna se está estableciendo una relación importante entre medicina y capitalismo, algo que gana relevancia actualmente. Ahora no se trata solo de una medicina social que busca modificar los cuerpos en términos

de productividad, sino que surge una nueva forma de pensar, denominada el productor-consumidor moderno.

Sin duda, esta díada entre salud y belleza se vuelve una pugna interna en el campo médico que lleva incluso a disputas, en donde se someten a juicio a otros colegas con mayor desacreditación, por vincularlos a lo que ellos denominan medicina cosmética, y que son los tratamientos no invasivos, casi tildando de charlatanes a pesar de que cuenten con credenciales médicas para intervenir y diagnosticar.

Francisco Vallejo: Precisamente tú como defines ese perfil -se corta un poco la conversación- ¿qué rasgos observas en ese perfil? ¿cómo definirías el perfil de un cirujano estético?

Médico Gustavo: Fíjate que ese es un tema superinteresante, la gente tiende a separar la cirugía estética de la reconstructiva y no lo pueden separar, eso va en conjunto, yo para reconstruir una mama tengo que tener principios estéticos (nuevamente se va un poco la señal de conexión, hacemos una pausa), pero también principios reconstructivos, se ha dado malas interpretaciones porque obviamente en esto también existe piratería porque existe gente sin escrúpulos que oferta diplomados equivalentes a una especialidad (lo dice en tono alto, para enfocar su punto), cosa que es completamente falso y muchos doctores se dejan engañar, yéndose por el lado fácil, y engañan a la gente creen que con un diploma online van a ser cirujanos plásticos y ninguno de nosotros estamos engañados, desde la formación en la escuela, sabemos que, que, que, (reiteradamente) para hacer una especialidad hay un solo camino que, no es fácil pero que no es imposible, entonces, finalmente se ha dado esa tendencia a separarlas pero van de la mano, no se pueden separar. Se ha dado una confusión, pero para hacer una buena cirugía estética debes tener principios reconstructivos y viceversa (Médico Gustavo, 17 de abril del 2021)

Aquí alude a ciertos colegas médicos que ejercen de forma ilegítima, al ser un engaño por no poseer las credenciales que se requieren, y a su vez observamos que el médico pretende reconciliar los campos de lo estético y lo reconstructivo sin percatarse que también ese acercamiento pone en predicamento su propia praxis dados los principios deontológicos que analizamos anteriormente.

Precisamente uno de los médicos de medicina cosmética (aunque con especialidad en cirugía) a los que entrevisté precisa un poco que esa distinción más que un tema de credenciales es un tema de jerarquías.

4.7.1 La dificultad de ubicar las cirugías plástico-cosméticas dentro del campo de la salud.

Si reconocemos una de las definiciones más clásicas sobre la salud, es decir aquella que corresponde a la realizada por George Canguillem, la salud se entiende como una desviación de la normalidad orgánica, es decir se concibe sólo en relación con su contraparte la enfermedad pues sólo en ésta última reconocemos la ausencia de salud “la salud es la vida en el silencio de los órganos” (Canguilhem, 1971).

Lo anterior se expresa mejor de la siguiente forma; en la salud el cuerpo no se ve obligado a sentirse a sí mismo, es decir, estoy sano cuando estoy volcado a mis actividades, atento al mundo e interactuando con los otros sin tener que escuchar a mi cuerpo, sin tener que “atenderme” en el doble sentido de procurarme cuidados y de volver la atención hacia mí mismo y es precisamente bajo el binomio salud-enfermedad como que entendemos la salud y la enfermedad como una fuerza desequilibrios y equilibrios orgánicos y vitales.

A pesar de la claridad del planteamiento de Canguilhem, el concepto de salud no puede ser visto ya desde esa simple definición, ya que otras dimensiones como la dimensión emocional psíquica han ido tomando gran relevancia en la adecuación del concepto, de hecho, esto ocurre igualmente para el caso de la definición de la OMS y que mostramos páginas atrás.

Y tenemos que decir que esta última definición es en gran medida la pauta que siguen médicos y especialistas del campo médico para poder afrontar ese dilema determinado por la correlación entre salud-enfermedad.

A pesar de todo, ante las disyuntivas modernas los médicos se ven orillados a incluir elementos holísticos en lo que se considera como salud que trastoca los principios orgánicos y anatómo-fisiológicos que anteriormente delineaban la nosología médica, tal como lo apreciamos en la cita del médico Briceño-León:

La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (2000, p. 15).

Tal como alcanzamos a valorar en la anterior definición, es notorio que ésta consiste en una definición contemporánea del ideal médico, ya que en esta se encuentran contemplados aspectos mentales y sociales (no sólo de naturaleza orgánica), esto podríamos entenderlo al menos desde dos aristas: 1) Como una visión integral del concepto y menos estrecha y 2) como una ampliación de la medicalización un nivel atómico expansivo en la sociedad, a este segundo proceso Foucault le llama *la medicalización indefinida*.

En nuestro particular caso, coincido en que la salud se encontraría ya no sólo regida por correspondencia con la enfermedad en función de un desequilibrio orgánico, como supuso en un primer momento el mismo Canguilhem, pero esta ampliación del campo de acción médico responde igualmente a una necesidad de medicalización social que tiene grandes réditos económicos.

Esto se vuelve más tangible en el caso de las CPC, ya que durante las entrevistas a médicos y pacientes resulta notoria la dificultad para ubicar las CPC dentro del ámbito de la salud e incluso en muchas ocasiones tanto médicos y pacientes reconocen que lo que se juega más en este ámbito es un asunto de apariencia personal o una especie de pase o transformación jerárquico-social en el sentido descrito por Samuel L. Gilman, analicemos el siguiente fragmento desprendido de la entrevista realizada al médico Víctor:

Francisco Vallejo: ¿Existen beneficios a la salud cuando uno se practica una cirugía estética?

Médico Víctor: Pues puede ser el peso y lo psicológico, nada más

Francisco Vallejo: Tú ¿lo has experimentado en tus pacientes?

Médico Víctor: Lo psicológico, es más, o sea, hay personas que se sienten menos psicológicamente o atrapados en una relación que no pueden salir, y, una relación tóxica o que las maltratan, ya sea verbal, física o como sea y cuando cambian su cuerpo, siente el valor de salirse, es más psicológico. (Médico Víctor, 9 de marzo del 2021).

Entonces ¿cómo podríamos ubicar a las CPC en este binomio salud-enfermedad aún vigente que distingue la nosología médica? En general existen dos formas de definir los procedimientos que se realizan por parte del cirujano, el primero corresponde a los principios quirúrgicos reconstructivos y refiere a los procedimientos que tratan de aquella cirugía

conocida como de trauma, en algunos casos se le llama cirugía de guerra o “cirugía fea” y que corresponde en general a la cirugía que atiende a personas que han sufrido un daño orgánico, o han padecido una mutilación por haber perdido alguna parte de su cuerpo debido a una enfermedad o situación particular, como lo expresa el médico Felipe:

Francisco Vallejo: ¿Cómo distingue la plástica, la estética y la cosmética, al ser parte de también de la profesión médica?

Médico Felipe: Pues es muy fácil mira, la cirugía plástica-cosmética se encarga de moldear de ahí precisamente el nombre *plastikos*, que en griego significa moldear, ahí encontramos a las prácticas estéticas más enfocadas en moldear el cuerpo, en darle forma a la apariencia del cuerpo y la plástica-reconstructiva la ubicaría como parte de la medicina reconstructiva, ahí uno se enfoca más en reparar o restaurar el cuerpo si ha sufrido un daño. (Médico Felipe, 18 de mayo del 2021).

El otro tipo de procedimientos que se consideran dentro del campo de lo estético o cosmético, adjetivos que en ocasiones se emplean de forma equivocada como sinónimos, éstos aluden a lo estético como una situación de apariencia y vanidad, en general enfatizan mucho en referir que los principios reconstructivos -en ocasiones relacionados con la plástica- siempre tendrán que ver con la salud, pero en los principios estéticos-cosméticos que colisionan con una ambigüedad que los hace meditar mucho e incluso generan explicaciones muy amplias para poder justificar la práctica:

Francisco Vallejo: Existen diferencias entre la plástica, la cosmética y la estética, de ser así ¿podrías ahondar al respecto?

Médico Víctor: Por ejemplo, la plástica es más de reconstrucción, o sea, por ejemplo, si le amputan un seno a una mujer, la cirugía plástica puede mover un músculo de la espalda hacia adelante, la plástica podría mover ese músculo y después la estética pondría el implante para que tuviera la forma. O por ejemplo el labio y paladar hundido de un bebé, es cirugía plástica y reconstructiva, y ya la cirugía estética es quitarle la cicatriz o inyectarle rellenos para que se vea simétrica la boca

Francisco Vallejo: OK, entonces ¿si podemos hablar de que una cuestión plástica es más de salud?

Médico Víctor: De hecho, la cirugía plástica se practica en hospitales de gobierno, porque es por enfermedades o por salud, por funcionalidad del cuerpo.
(Médico Víctor, 9 de marzo del 2021)

Los cirujanos se enfrentan a una dificultad conceptual que puede parecer relacionada con una simple cuestión de nombres, ya que a veces se utilizan los términos estético y cosmético de manera similar, pero en otras ocasiones la medicina cosmética se relaciona con otras formas de transformaciones corporales, como el uso de inyectables o ungüentos que no son bien vistos por los cirujanos en México.

La falta de claridad en la definición entra en conflicto con la percepción de los pacientes, que suelen reconocer que sus razones para operarse no son principalmente por motivos de salud, sino más bien por mejorar su aspecto estético, aunque estas decisiones a menudo están relacionadas con una sensación de necesidad y falta, como se ve en la respuesta a la pregunta sobre los objetivos de las cirugías.

Pues, puede ser (se refiere a otro objetivo como la salud), como lo que decíamos, de las chavas que se quitan *bubbies*, que también es algo por salud, pero creo que la mayoría de la que lo hace es por vanidad, por belleza. (Paciente Nicole, 27 de agosto del 2021)

De la misma forma la noción reconstructiva puede venir vinculada con el adjetivo de plástico, pero no siempre, como apreciamos en el caso del médico Víctor, el relacionar la plástica con la cirugía reconstructiva.

En el caso particular de la investigación ya se comentó anteriormente que concebimos dos tipos de prácticas dentro del mundo de las cirugías una práctica se rige por principios reconstructivos y se encuentra incluida en el catálogo de servicios de salud pública y que se le conoce como cirugía de trauma, el segundo tipo de procedimientos los llamamos plástico-cosméticos, pues atienden a cuestiones de apariencia y se basan en la idea de moldear el cuerpo como una especie de proyecto que se negocia entre cirujano y paciente.

Este recorrido precisamente nos lleva a preguntarnos ¿cómo ubicar dentro del campo de la salud a las cirugías plástico-cosméticas? Es notorio que ahí es donde el proyecto de medicalización se vuelve una empresa extra-cognoscitiva y extra-profiláctica, y esto se

aprecia en las propias interpretaciones de los médicos, analicemos por ejemplo el siguiente fragmento:

Francisco Vallejo: ¿cómo ves la diferencia entre la plástica y los procedimientos cosméticos? ¿existen diferentes beneficios a la salud dependiendo el procedimiento? ¿en algunos hay beneficios y en otros no? tú ¿qué piensas?

Médica Bety: Creo que en lo cosmético no existe ningún beneficio, ni ningún nada, ahí sí yo creo que entra el total gusto de la persona, pues si se lo hace o no se lo hace, me refiero a un tratamiento cosmético no le va a ayudar ni a perjudicar, hablando de lo bueno, no pasa nada si no se hace nada, lo que si pasa es cuando se lo hacen mal, ahí es donde hemos visto y que es lo que hemos estado peleando, ahí efectivamente, sino te hace nada estético y tu vida sigue normal y no tiene nada que ver y tu sigues todo bien pero si acudes que te hace un tratamiento cosmético como Alejandra Guzmán, estético-cosmético y cayó en manos equivocadas, ella sí, ella ya tiene un daño de por vida que afectó su estado de salud, ha estado en riesgo hasta de muerte, ha estado con infecciones, como todas las pacientes que han caído en ese estado y que tienen materiales no apropiados que les inyectaron, entonces ya cambió, ahí si tiene un daño a la salud. (Médico Bety, 14 de mayo del 2021)

Vemos que aquí la médico Bety reconoce que, en los procedimientos ubicados dentro del campo de lo cosmético-estético no hay ningún elemento de salud que este de por medio en la motivación a intervenir o al menos reconoce que si las y los pacientes no se intervinieran en realidad no estaría en riesgo su salud, pero más adelante parece reconocer que lo que se debe hacer es ampliar la noción misma de salud, como una hipótesis ad hoc que permite una ampliación del campo de intervención.

Precisamente los médicos enfrentan dificultades para incluir a las CPC dentro del campo de la salud, cosa que no ocurre con los pacientes que tienen más claras las motivaciones de su intervención, que generalmente se asocian con un aspecto de su apariencia y con una relación con la imagen personal en tanto modificación de la identidad, esta dificultad se expresa igualmente en la siguiente parte de la entrevista cuando le propongo a la médico Bety que me precise el tipo de salud que se juega en torno a las CPC:

Francisco Vallejo: ¿qué tipo de salud sería esa? ¿acaso es otro tipo de salud?

Médico Bety: La salud mental, también ahí tiene que ver que estés bien, por ejemplo, ahorita se está viendo con el COVID se ve el impacto a la salud mental, por ejemplo, todos los que se enfermaron y que tienen secuelas, incluso los que tuvieron los que tuvieron COVID y tienen secuelas ya no es lo mismo su calidad de vida. También los que están encerrados, el miedo que causa el no salir o si salir, porque también tienen ese conflicto de que sí salgo me puedo infectar, pero también ya quiero salir, ya se ha visto el daño mental, el miedo se ve un impacto en su salud mental. Si les ayudas y les cambias la autoestima, les cambias muchas veces la vida (Médico Bety, 14 de mayo del 2021)

A pesar de que los médicos se enfrentan a una dificultad para ubicar las CPC dentro del campo de la salud, en el caso de los pacientes ocurre lo contrario cuando se les pregunta la relación entre CPC y salud, en el caso de la paciente, una respuesta similar es la que ofrece la entrevistada Nicole, aunque con otros matices y aclaraciones en función del tipo de procedimiento:

Francisco Vallejo: ¿consideras entonces que las cirugías tienen un beneficio a la salud?

Paciente Nicole: Pues sí totalmente

Francisco Vallejo: ¿Qué tipos de beneficios?

Paciente Nicole: Por ejemplo, no sé si cuenta como cirugía, no sé -se repite-, si cuenta como cirugía, alguien que tiene cáncer de mamá pues le tienen que hacer una operación para que no muera.

Francisco Vallejo: Y en el caso de las cirugías estéticas y cosméticas

Paciente Nicole: (Se auto pregunta) ¿Qué tenga beneficios para la salud? Pues yo siento que la estética es nada más por vanidad (Paciente Nicole, 27 de agosto de 2021).

Es un hecho que los médicos tienen mejor delineados los campos de intervención que las y los usuarios, pero en el caso de los usuarios aparece más la noción de apariencia o vanidad y no les cuesta trabajo reconocer ese aspecto no profiláctico de las cirugías, en otros casos como el de la entrevistada Valeria cuando le preguntamos ¿cuáles serán los beneficios a la salud de las personas de una cirugía plástico-cosmética? Entendiendo que existen otros tipos de cirugías como las reconstructivas

¿Los beneficios a la salud, directamente? Si abordamos la salud mental, como parte de una salud, porque al final ya la salud es un concepto que abarca tanto salud física como salud mental, si creo que a nivel mental o a nivel emocional te hace ganar muchísima confianza en ti, o sea mayor seguridad, mayor confianza y en consecuencia te sientes mejor, yo sí creo que principalmente te impacta en mí caso la salud mental. (Paciente Vale, 7 de septiembre del 2021).

Aunque en este caso particular habría que precisar que la paciente es psicóloga y por ello puede reconocer y precisar que la salud tiene otros componentes, lo que no alcanza a visualizar es la apropiación que hace el campo médico de la salud mental y que expresa más bien los deseos de incorporar esta práctica a una noción que se algunos médicos han llamado “salud global”, pero en donde la práctica psicológica podría ser un tema secundario pues como lo recuerda bien el médico Felipe “La cirugía te ahorra años de terapia”

4.8 Los nuevos mecanismos biopolíticos dentro del discurso médico en el contexto de las cirugías.

Las nociones de poder y discurso sostenidas por la primera orientación del planteamiento foucaultiano (microfísica del poder), consideraban expresamente, cómo se da por sentada una relación vertical entre aquellos que poseen el dominio del discurso y el poder (los cuales ejercen una autoridad por medio de la estructura jerarquizada y estrategias rituales que aparecen en el contexto de enunciación) en relación con los sometidos.

Esta concepción inicial de lo hot conocemos como biopoder irá desplazándose con nuevas orientaciones, hacia una concepción de poder como ejercicio positivo y productivo, el cual se actualiza constantemente y va a generar todo un collage de “nuevas formas de subjetivación”.

Es decir, en esta semítica noción de poder instaurada particularmente en textos como *Vigilar y Castigar* o *El nacimiento de la clínica*, llevaría al autor a considerar la configuración del panoptismo como estrategia de vigilancia y orientación de la subjetividad, es decir, como una imposición jerarquizada y hasta estructuralizada del poder.

Precisamente, la transición entre la llamada microfísica del poder a la biopolítica introduce una nueva imagen donde más bien el poder se negocia intersubjetivamente. En la

perspectiva biopolítica los mismos sujetos son partícipes de las configuraciones y normalizaciones a las cuales se encuentran sometidos, dando con ello una especie de panoptismo invertido y que tiene como punta de lanza el proceso mismo de subjetivación moderna que a su vez encubre la jerarquía misma de enunciación.

Es desde esta reflexión que reconocemos que, si bien la analítica biopolítica no profundiza en esta nueva relación intersubjetiva entre los que poseen el poder de enunciación y los sometidos a ese orden el mismo, Foucault habría comenzado a vislumbrar que el poder se posibilita por una interrelación de fuerzas, pero ancladas en una misma metafísica moderna (a saber, la metafísica de la subjetividad). Por ejemplo, en su texto *El sujeto y el poder* resalta la participación subjetiva en el acto de dominación en la modernidad, donde ya no sólo se establece un dominio sobre el objeto. El cuerpo es objeto y sujeto, el individuo se transforma en sujeto:

Es una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos. Hay dos sentidos de la palabra sujeto: sujeto sometido al otro por el control y la dependencia, y sujeto que queda adherido a su propia identidad mediante la conciencia o conocimiento de sí. En ambos casos, esta palabra sugiere una forma de poder que sojuzga y somete (Foucault, 1988, p. 27).

Por este proceso de subjetivación, en la modernidad, la vigilancia ya no necesita un ojo omnisciente para encauzar los cuerpos, basta con un espejo para proyectar la economía del del mismo, por la cual se inscribe un ideal imaginario entre su propia concepción del yo y los saberes en torno a una imagen idealizada del cuerpo. Así es como un cuerpo puede expresar todas las prácticas ideológicas y discursivas que giran en su performatividad, las disciplinas médicas asignan nuevas identidades y hacen del cuerpo el territorio de su anatomía política.

4.8.1 Salud y Estado. Ampliación del campo médico.

En la pasada campaña del 2021 para elegir a diversos representantes políticos en México, la candidata a diputada federal para Hermosillo (del ya desaparecido partido Redes sociales progresistas) Roció Pino habría sido foco de atención y polémica por una peculiar campaña.

La candidata e *influencer* conocida en redes sociales como “la grosera” habría lanzado una propuesta de campaña que se llamaría “Chichis para todas” y agregaba “porque una mujer con chichis es una mujer empoderada”.

La campaña se desarrolló por varias vías incluyendo vídeos en YouTube donde explicaba su propuesta, así como carteles publicitarios que adornaban las calles de Hermosillo, como el presentado más abajo.

Ilustración 6 La ampliación del campo médico



Fuente: Revista Notus.

La candidata agregaría en una entrevista realizada por la agencia de noticias EFE “Muchos hombres tienen complejos porque tienen pechos grandes, pues reducirlos. Hay mujeres que tienen los senos caídos, pues reconstruirlos y que esto esté en el cuadro público de salud, o sea que el gobierno lo pague” (Pino en Ribas, 2021).

Sin duda más allá del cuestionamiento sobre un empoderamiento femenino al que refiere la candidata, aquí me interesa abordar particularmente la relación un tanto ambivalente que se da entre la práctica de las CPC y su inserción dentro del ámbito de la salud pública.

La polémica nos regresa al problema de la relación entre Estado y Salud muy ligada a la clásica noción de biopolítica sostenida por Michel Foucault.

Recordemos precisamente que el filósofo francés proponía que el poder pastoral del Estado inscribe sus lógicas de control y normalización por medio de aparatos disciplinares como: la escuela, la fábrica, la cárcel, el psiquiátrico o el hospital, y es por medio de políticas públicas por las que este finalmente podría controlar y dominar las subjetividades. Todo lo anterior ocurriría, sin necesidad de una coerción directa sino mediante una sanidad social. Sin duda esa primera insinuación del biopoder aparece claramente ligada sus textos iniciáticos, pero el concepto irá transformándose a lo largo del tiempo, lo interesante aquí es volver a preguntar desde la analítica biopolítica ¿cuál es la relación entre el Estado y el discurso médico? ¿Dónde ubicar a las CPC dentro de un intento de discurso legitimador por medio de insertarlas en el dominio público?

Cuando analizamos estos intentos de campaña y la legislación que giran en torno a las CPC, considero que lo que se encuentra en juego no es sólo es la capacidad del Estado como ente regulador y normalizador, sino más bien el discurso médico inserto en la lógica de la campaña electoral. El discurso médico irrumpe en la propia arena gubernamental para pedirle legislar nuevos procedimientos y aprobar tratamientos y fármacos.

Prueba de ello es que en algunos ministerios de salud del mundo (como el caso del brasileño o el colombiano) se han establecido reglas sobre los procedimientos estéticos, e incluso algunos tratamientos se han incluido en el catálogo de servicios públicos. Ante este panorama algunos médicos mexicanos han propuesto optar por una vía similar, en una publicación de la AMCPER que lleva por nombre *Violencia de género y derecho a cirugía reconstructiva*, el cirujano encargado de redactar el texto proponía lo siguiente:

En el caso de los Cirujanos Plásticos, deberíamos seguir el ejemplo de nuestros colegas brasileños, los cuales iniciaron en el 2013 en 11 Hospitales públicos de Sao Pablo, un Programa de Cirugía Reconstructiva para las Mujeres víctimas de maltrato de género. Esto, lo hicieron con el fin de agilizar el servicio y ofrecer la Cirugía Plástica necesaria para quienes han sido golpeadas y desfiguradas.

Este procedimiento consiste en poner al alcance de la población un teléfono en donde se reportan las agresiones, y a través de este número, las pacientes son canalizadas a los diferentes hospitales públicos para su pronta atención y cirugía, si esta última fuera necesaria.

Considero que, en nuestro país, México, el programa se puede ampliar a mujeres con quemaduras o defectos físicos y amputaciones mamarias por cáncer, porque en muchas ocasiones estos defectos pueden ser el factor desencadenante de maltratos psicológicos y físicos; rechazo y violencia de género. La cirugía reconstructiva puede significar el inicio de una nueva vida para estas mujeres que a menudo están deprimidas, lo que afecta su vida en general y de pareja. (Castellanos, 2015).

Este tipo de discursos habría que leerlos con pinzas, destacando ciertos beneficios que podría traer a los usuarios o usuarias incluir otros procedimientos como servicios quirúrgicos, en tanto derechos de salud pública, pues sin duda las intenciones de ampliar la cobertura de salud pueden ser un gran aliciente para aquellas personas que se ven afectadas por daños corporales, tal como lo señala la médico Bety durante las entrevistas:

Francisco Vallejo: Como última pregunta ¿si tu pudieras ofertar los procedimientos dentro de las gamas de las cirugías del ISSTE propondrías algunos estéticos? Y ¿por qué?

Médico Bety: Yo creo que podríamos agregar la cirugía de mama, como que la mama es muy importante para las mujeres, entonces, a veces. aunque no tengan cáncer o tengan algo que reconstruir, efectivamente sí, hay algunas, hay malformaciones o simplemente que no tengan casi busto, afecta su autoestima, o sea no le vería mal

Francisco Vallejo: ¿y los otros por qué no?

Médico Bety: No los otros como que veo que los otros son mucha vanidad, no vamos a incluir aquí una lipoescultura, depende de uno, depende de que seas disciplinado, de que comas bien, que hagas ejercicio ahí si no, creo que eso es total vanidad, alguien quiere eso que pague por fuera y hacerlo por fuera, por ejemplo, la liposucción es un camino más fácil. (Médico Bety, 14 de mayo del 2021).

Aquí la médico reconoce que hay situaciones particulares donde sería importante que el Estado por medio de una ampliación de sus servicios pudiese brindar cobertura quirúrgica en personas que han sufrido daños colaterales por enfermedades como el cáncer o la obesidad,

pero simultáneamente existen otras intenciones donde política y salud se van mezclando también deja ver otras intenciones del accionar médico que consisten en ampliar su campo de acción y regular su práctica como una asunto de salud. Ya hemos visto incluso las dificultades a las que se enfrentan los médicos para establecer que los procedimientos cosméticos y estéticos podrían pensarse en términos de salud.

En otro documento que aparece en la revista académica *Cirujano general* y que se considera una de las principales revistas sobre cirugía en México los médicos Juan Torres y Antonio Medina en un artículo denominado *La cirugía como un problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global*, afirman que al ser la salud un problema de diversas dimensiones los procedimientos quirúrgicos deberían ser posibilitados por el estado ya que la salud constituye un derecho humano fundamental:

El papel que el acceso a servicios de salud tiene en el desarrollo humano no puede pasarse por alto y es claro que aquellas sociedades que garantizan este acceso mediante sistemas bien establecidos poseen mejores niveles de desarrollo y calidad de vida. La “salud global” es uno de los principales temas del presente siglo. En muchos países, incluso aquéllos con economías bien desarrolladas y sólidas, existen grupos con acceso limitado a la atención médica.

Las enfermedades que requieren atención quirúrgica para su manejo representan cerca de 30% de la carga mundial de enfermedad. Sin embargo, a pesar de la magnitud que tienen las enfermedades quirúrgicas en el contexto de la salud global, la cirugía no había sido considerada como un tema relevante de salud pública. Se estima que actualmente casi 2/3 partes de la población mundial no tienen acceso a atención quirúrgica y anestésica seguras.^{4,5} El tercio más pobre de la población del mundo recibe 3.5% de las intervenciones quirúrgicas practicadas cada año. Este desequilibrio en el volumen de cirugía en países de bajos y medianos ingresos demuestra que la cirugía sigue siendo “el hijastro olvidado de la salud global (Ramos & Torres, 2020, p. 57)

Aquí al reconocer la ampliación de la noción de salud global (aunque no problematizan al respecto de esa noción) reconocen que la cirugía es un “hijastro olvidado” dentro de esa consideración de “salud global” que esparce sus intenciones y dominios sobre la vida a campo inimaginables.

Entonces el poder del Estado incluso se puede ver sobrepasado por el poder legitimador del experto que presiona para implementar sus prácticas con una intención legitimadora.

No debemos obviar que ese proyecto no se queda en el mero tintero o en las revistas académicas, pues será presentado a la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva AMCPER que es el medio que organiza, legisla y acredita la práctica quirúrgica en torno a las CPC en México y precisamente a petición de algunos miembros de la AMCPER apenas el 5 de marzo del 2021 se aprobó el *Dictamen en sentido positivo a la iniciativa con proyecto de decreto, por el cual se reforma la ley general de salud en materia de cirugías estéticas dentro de la ciudad de México*. Por medio de esta reforma legislativa se aprueba de forma positiva la iniciativa de ley que busca insertar nuevos procedimientos como legítimos dentro de la práctica médica, pero particularmente busca normar y legitimar a los médicos con las credenciales legales para ejercer estos procedimientos, así en las consideraciones que modifican el artículo 81 y 271 de la ley general se apunta lo siguiente:

La práctica de la medicina no puede permanecer ajena a una regulación y control por parte del Estado; y mucho menos en esta rama de la medicina, ya que el ejercicio de esta profesión en la especialidad de cirugía estética y cosmética necesariamente implica la probabilidad de afectación de derechos de terceros; y en esa medida, la regulación para garantizar la calidad de los servicios de salud se encuentra plenamente justificada; lo anterior, con el fin de evitar precisamente que se afecten derechos de terceros y garantizar el derecho a la salud (Ley General de Salud, 2021).

Si bien en las consideraciones al artículo 81 y 271 no se define que la CPC sea una práctica a la que el ciudadano o ciudadana tengan acceso de forma gratuita y pública, se podría considerar a esta como un procedimiento médico que debe ser garantizado incluso por el Estado siguiendo esta propuesta de salud global que se instala en el decreto de 1966 donde la OMS establece el derecho a la salud como un derecho universal, y que abre el camino para proponerla como un servicio más que el Estado debe brindar, pero sobre todo inscribe legítimamente a estos procedimientos dentro de un marco científico legal.

Es de notar pues que en los fragmentos anteriores se expresa el deseo por ampliar la cobertura de acción de la práctica de la CPC y en algunos casos se suponen incluso que esto ayudaría a paliar problemas múltiples que van desde mejoras en la salud mental hasta paliar la violencia contra las mujeres.

Así a la pregunta con la que inicio esta discusión sobre la relación entre salud y Estado en el contexto de las CPC, considero que el complejo médico industrial ya no es un apéndice más de la biopolítica estatal, incluso en su calidad de experto configura la normativa y la directividad del Estado sobre la salud, la vida y el cuerpo.

Este se opera por intereses particulares, incluso ligados a la lógica del mercado como dice Sibilina “Las compañías privadas hoy cumplen un papel fundamental en la construcción biopolítica de cuerpos y modos de ser, desplazando la antigua primada de los Estados y sus instituciones de secuestro (Sibilia, 2006).

Finalmente, esta relación entre la salud y el Estado en el contexto de la práctica de las CPC, muestran las intenciones del complejo médico industrial por ampliar sus zonas de intervención regulando, normando y legitimando las prácticas bajo un principio muy clásico como el derecho a la salud pero que más bien se encuentra inserto en la lógica del mercado, así, el complejo médico presiona en su calidad de experto para legitimar sus práctica no desde los principios epistémicos, deontológicos y profilácticos sino desde los intereses más personales, como dice Sibilina:

En el nuevo contexto sociopolítico y económico, los Estados pueden parecer reliquias de otras épocas, convertidos en meros instrumentos de registro burocrático de los flujos globales de comunicación, mercaderías, gente y dinero, que las mismas corporaciones ponen en movimiento a toda velocidad. Ya sea acatando como propulsando la dinámica contemporánea del biopoder; las empresas asumen ciertas funciones de importancia vital que antes eran responsabilidad exclusiva de las instancias públicas: interpelan cuerpos y subjetividades con el Lenguaje flexible -aunque muy efectivo del mercado- y contribuyen a producirlos. Así, los tentáculos del biopoder se amplían y traspasan las instituciones y áreas antes específicas para extenderse por todos los espacios, todos los tiempos, todas las vidas, durante toda la vida. (Sibilia, 2006, p. 234).

Podemos decir entonces, que el régimen biopolítico no desaparece, cambia de objetivos y estrategias, en esta nueva lógica del poder como estrategia reproductiva y positiva, el sujeto juega un papel clave en la producción de nuevos deseos, nuevas orientaciones pero el mercado jerárquico sigue estructurando las lógicas de enunciación y el poder disciplinar incluso puede imponerse sobre el poder estatal ya que los expertos figuran como los nuevos gurús de la orientación social.

Capítulo V. Último acto. Sobre los aportes del trabajo en cuestión.

5.1 Excurso. Un acto catártico de honestidad.

Conforme desplegaba mi marco teórico e iba exponiendo mis hallazgos de investigación, simultáneamente me planteaba, qué aportes podría tener mi tesis al campo de estudio de la cirugía-plástico-cosmética. Particularmente me interrogaba qué de provechoso sería analizar estas prácticas corporales desde una analítica biopolítica, así como, cuáles serían los hallazgos y aportes de mi investigación para el campo de las ciencias sociales en general.

Ante esta inquietud (e incluso angustia/ansiedad³⁴), en un momento dado, llegué a sentir una especie de bloqueo, pues en ocasiones uno pierde la vista de conjunto de lo que está haciendo.³⁵

Fueron especialmente los comentarios de mi directora de tesis, así como de los miembros del sínodo que llegué a la conclusión de que no avanzaba lo suficiente, y que eran muchos los retos que tenía por delante y poco el tiempo. En esta angustia, un día decidí optar por una estrategia poco convencional, que consistió en recordar por qué me interesé por el tema de la CPC, para con ello clarificar a dónde quería llegar con el trabajo.

Particularmente, recordé lo que me apasionó del fenómeno y las primeras instituciones que me hicieron plantearme una propuesta de investigación. A su vez, este rodeo me permitió recontar lo hecho hasta el momento. Así que, de tanto hacerme preguntas y conjeturas recordé la anécdota de donde surge todo el trabajo.

Mis primeras inquietudes para abordar el tema de la CPC germinaron en una clase de filosofía de la ciencia, durante mi maestría en filosofía en la Universidad Veracruzana. En aquel, curso la profesora Ana María Ponce, nos decía que hoy en día criticar a la ciencia era un lugar común (e incluso gastado), particularmente cuestiona la premisa que asume que los aportes de la ciencia al conocimiento humano son también construcciones sociales e ideológicas.

La profesora planteaba que, en la actualidad hacer crítica al pensamiento científico resulta casi un axioma vaciado de significado, así que nos retaba a salir un poco de esa “crítica” al conocimiento desde un “sociologicismo” que en poco inquiría a los llamados científicos “duros” vinculados al “cientificismo racional moderno”.

³⁴ Aquí parto de la noción de George Devereaux sobre la ansiedad en el proceso de escritura de un trabajo de investigación.

³⁵ Creo que cuando esto ocurre es porque literalmente estamos arrojados en la investigación y cualquier avance nos parece insuficiente.

Recuerdo bien que nos encargó leer dos textos que a mí me generaron una suerte de revelación y duda sobre la forma en que el pensamiento racional intenta hacerse de una jerarquía del discurso (aquello que Foucault denominó la voluntad de verdad). El primero de ellos fue 1) *La construcción social de qué* de Ian Hacking, en este texto se cuestiona desde la tradición analítica, la metáfora de la construcción social (adjudicada a autores como Peter Berger y Thomas Luckman) que Hacking percibe como una especie de metáfora muerta que decía todo, pero a la vez afectaba poco la labor científica (Hacking, 2001).

En ese mismo curso nos propuso revisar 2) el texto de *Imposturas intelectuales* de Alan Sokal y Jean Bricmont, estos autores debatían desde el mismo campo científico natural, esta actitud de crítica al “conocimiento científico” de la tradición que llaman humanista, los autores de este texto aducen que existe una apropiación de conceptos técnicos de la ciencia empírica aplicados sin rigor a las humanidades (incertidumbre, relatividad, vectores, entropía, etc.), pero fundamentalmente hacían énfasis en cuestionar una posición interpretativa que calificaban de una especie de esnobismo hermenéutico y relativismo interpretativo, tradición que en el fondo seguía la disputa filosófica que se conoce como la disputa de analíticos versus continentales, de la que buscaban salirse (Bricmont & Sokal, 1999).

A pesar de la importancia de esas lecturas, desde aquel tiempo yo consideraba que la ciencia vegeta en su propia creación y vorágine, sin muchas veces enfatizar en su autocomprensión epistemológica. Pese a ello, bajo su praxis técnico-racional da resultados magníficos y abismales³⁶, ya que, efectivamente no sabemos qué nuevo producto o conocimiento surgirá del campo tecnocientífico e incluso asumo que las praxis científicas están transformando nuestra condición ontológica existencial, incluso en lo más hondo de la materialidad de nuestra vida.

Por ejemplo, cuando se interviene el cuerpo como *collage* viviente a la manera que lo hace la artista Orlan o cuando se realizan modificaciones genéticas en embriones antes de nacer, no se está transformando el cuerpo únicamente en su materialidad, se transforma la relación del cuerpo con el mundo, tal como lo sostiene el posthumanismo, no estamos ya en el mundo de la técnica al servicio del hombre sino el hombre y la técnica se funden como muérganos en una nueva comprensión de lo humano (Braidotti, 2013),

³⁶ Por abismal me refiero al misterio de sus propios alcances.

Así pues, con la lectura de aquellos textos, llegué a la conclusión de que; a pesar de asumir que la crítica a una visión racionalista metodológica del planteamiento tecnocientífico, es indispensable hacerlo con cuidado y de forma honesta-argumentativa.

A pesar de todo, creía (y sigo creyendo) que las prácticas tecnocientíficas se asumen así mismas como prácticas sin ningún nexo con su realidad: axiológica, ideológica o política. Y ello no se da por mera ingenuidad, sino de forma deliberada, ya que eso les permite mantener una suerte de autoridad discursiva que se basa aún criterios hegemónicos como: objetividad, experimentación y método.

Tal auto legitimación epistémica se posibilita al desplazar al llamado contexto de justificación (por emplear la distinción de H. Reichenbach) aquello que tienen que ver con prejuicios, orientaciones subjetivas, orientaciones políticas, intereses económicos, que todavía se toman como si fueran meros accidentes del hacer tecnocientífico.

Sin duda, la maestra Ana Ponce era consciente de que la ciencia (s) encubría (n) en esa maravillosa capacidad de invención-creación, intereses; ideológicos, políticos, económicos e incluso subjetivos, el reto consistía en dar cuenta de forma contundente y sustantiva de ello.

Ante su afronta irónica (tomando la expresión de Rorty), me di a la tarea de pensar un tema en donde aparecía obvia esta relación encubridora del conocimiento tecnocientífico, el cual aparentemente avanza hacia el progreso y evolución indefinidos, y me preguntaba desde donde hacerlo, ahí fue cuando me encontré con la filosofía biopolítica de Michel Foucault y el tema de las cirugías plástico-cosméticas.

Con ese desafío, muy pronto me apropié de la expresión de Husserl “a las cosas mismas” y consideré que la filosofía de Foucault me podría llevar a establecer ese vínculo con el mundo cotidiano y la razón teórica. Fue entonces cuando surgió la idea de que el tema que me pareció más evidente para dar cuenta de esas relaciones (no necesariamente reconocidas) entre conocimiento científico y orientaciones subjetivas, ideológicas, económicas, sería el tema de las cirugías plástico-cosméticas.

En estas prácticas es notoria la relación de condicionante axiológico, estético, subjetivos e incluso económico que se encubre discursivamente (de forma connotativa) mediante categorías como científico, objetivo, salud, enfermedad.

5.1.1 Más allá de la razón metodológica.

Una vez llegado aquí, el lector debe disculpar ese rodeo anecdótico, pero como decía antes, en diversos momentos de la tesis perdí incluso el ánimo por mi tema, debido a que sentía que no avanzaba o que quedaba corto dadas las falencias que se me inquirían, pero precisamente intenté hacer un trabajo honesto y lo que se me vino a la mente fue recordar porque el tema me apasionó.

Precisamente, en ese recuento identifiqué que por sí mismo, el tema de las cirugías plástico-cosméticas no habría sido mi pasión original, más bien, mi disputa era una disputa epistemológica, pues siempre me ha parecido que las ciencias sociales viven a la sombra de un dominio discursivo del pensamiento naturalista³⁷ que tiene como eje la razón metodológica.

Considero que, si seguimos por esa vía positivista, siempre llevaremos las de perder porque el mundo social es: borroso, lábil, contingente y no puede estar por tanto al orden metodológico como criterio de validez.

Básicamente, el método nos muestra de manera arbitraria y especializada una orientación a la realidad, pero el pensamiento es más que un proceso, una apertura. Al mismo tiempo, creo firmemente que la razón metodológica no debe imponer su “exactitud” al hacer científico como lo expresa bien Martin Heidegger:

Visto precisamente desde las ciencias, ningún dominio tiene un rango superior al otro, ni la naturaleza ante la historia, ni a la inversa. Ningún tratamiento de los objetos se eleva sobre los otros. El conocimiento matemático no es más riguroso que el histórico-filológico. Él tiene solamente el carácter de "exactitud", que no coincide con el de rigurosidad. Exigir exactitud de la historia, significaría contravenir la idea de rigurosidad específica de las ciencias del espíritu. La referencia al mundo, completamente dominante para todas las ciencias como tales, les hace a ellas buscar lo que es, en su mismidad – considerando en cada caso su contenido quiditativo [*Wasgehalt*] y su cualidad –, para hacerlo objeto de una

³⁷ Aquí sigo el cuestionamiento de Heidegger cuando se pregunta ¿qué significa pensar? Para indicar que el pensamiento va más allá de lo útil y que el método no puede ser sinónimo de verdad, mucho menos el método racional técnico de las ciencias “exactas”, pensar es algo más.

completa investigación y de una determinación fundante. En las ciencias se cumple – idealmente una aproximación a lo esencial de todas las cosas (Heidegger, 2009^a, p. 15).

Para lograr mi objetivo de cuestionar esa razón metodológica positivista, el “método” me lo proporcionaría inicialmente Michel Foucault, pues el filósofo francés ya había puesto el análisis del discurso como centro operativo para ejecutar un escrutinio de esa *episteme* moderna que oculta relaciones de saber-poder y el tema en cuestión sería la CPC.

Por otro lado, en este proceso de desmontaje epistémico, la indagación genealógica resulta importante para ir contracorriente de esa misma razón metodológica que hoy día domina una gran parte de las ciencias sociales.

Mediante el escrutinio de la CPC intenté a su vez realizar una afronta epistemológica para descubrir como la razón metodológica se instituye como un discurso ontológico hegemónico, el cual se ancla fundamentalmente en dos presupuestos 1) una metafísica del sujeto (tecnologías del yo, ordo liberalismo, producción de subjetividades) y, 2) la razón técnica que le llamará disciplinas.

Antes esos atolladeros de mí mismo, entonces fue que decidí iniciar con un ejercicio de honestidad este apartado, en mi intuición eso permitiría dar cuenta si mi trabajo decía algo revelador sobre el tema. Este recuento también tiene como objetivo dar cuenta de un nivel de interpretación de hallazgos y conclusiones que sean consistentes con mis angustias iniciales y que al final se convierten en una pregunta de investigación guiada por objetivos y justificaciones, el lector juzgará si este camino es viable.

5.1.2 El proceso para dar cuenta de mis aportes.

Una vez tomada la decisión de cuestionar al pensamiento tecnocientífico desde el análisis de las cirugías plástico-cosméticas, fue cuando el tema me involucró cada día más, hasta volverse una suerte de obsesión y por ello decidí aplicar en el Doctorado de Ciencias sociales de la Universidad de Guanajuato, para poder dar cuenta de forma teórico-metodológica de esa inquietud epistemológica-ontológica.

Mi primer paso en la investigación fue someter a diversas pruebas, discusiones y miradas mi anteproyecto de investigación, tratando de dar un cauce a la investigación,

primero problematizando y reconociendo lo que “yo entendía” por; biopolítica, genealogía, el dispositivo, las tecnologías del yo, y toda esa caja de herramientas nacidas del planteamiento de Foucault.

Sabía de antemano que era un compromiso de honestidad intelectual asumir que lo central en la obra del filósofo francés no era propiamente el método, sino ese vínculo indisoluble entre el pensamiento y el mundo. Este vínculo se encuentra al mismo tiempo posibilitado por la indagación arqueológica-genealógica, la cual va diseccionando por varias miradas y herramientas un cuerpo más bien heteróclito y vectorial de apuestas teóricas, metodológicas y hasta políticas.

En lo personal considero que la apuesta de Foucault pretende dislocar ciertas hegemonías discursivas que instituyen una mirada sobre; la realidad, los cuerpos e incluso sobre los sujetos. Y, a pesar de emplear herramientas metodológicas como el análisis del discurso, no es objetivo del trabajo retornar al lugar del positivismo metodológico (homologado a criterios como objetividad, exactitud, utilidad) la investigación:

En esta actividad, que podemos calificar entonces de genealógica, advertirán que, en realidad, no se trata de manera alguna de oponer a la unidad abstracta de la teoría la multiplicidad concreta de los hechos; no se trata de manera alguna de descalificar lo especulativo para oponerle, en la forma de un cientificismo cualquiera, el rigor de los conocimientos bien establecidos. De modo que lo que atraviesa el proyecto genealógico no es un empirismo; lo que lo sigue no es tampoco un positivismo, en el sentido corriente del término. Se trata, en realidad, de poner en juego unos saberes locales, discontinuos, descalificados, no legitimados, contra la instancia teórica unitaria que pretende filtrarlos, jerarquizarlos, ordenarlos en nombre de un conocimiento verdadero, en nombre de los derechos de una ciencia que algunos poseerían. Las genealogías, en consecuencia, no son retornos positivistas a una forma de ciencia más atenta o exacta. Las genealogías son, muy precisamente, anticiencias. No es que reivindicquen el derecho lírico a la ignorancia y el no saber, no es que se trate de la negativa de saber o de la puesta en juego, la puesta de manifiesto de los prestigios de una experiencia inmediata, todavía no captada por el saber. No se trata de eso. Se trata de la insurrección de los saberes. No tanto contra los contenidos, los métodos o los conceptos de una ciencia, sino una insurrección, en

primer lugar y ante todo, contra los efectos de poder centralizadores que están ligados a la institución y al funcionamiento de un discurso científico organizado dentro de una sociedad como la nuestra. (Foucault, 2001, p. 22-23)

Mediante estas consideraciones iniciales, fue como organicé una estrategia para embestir nuestro documento de estrategia analítica. En la estrategia de análisis, se prioriza indagar en espacios donde se dan luchas por el poder, tal como ocurre en la forma en la que se organiza el Discurso médico en el escenario de la práctica de la CPC.

Después de haber sometido a escrutinio mi propio proyecto, me pregunté si alguien habría ya abordado el tema de las cirugías plástico-cosméticas a la manera que yo pretendía hacerlo.

Hice un recuento desde diversos ángulos, empezando por aquello que denominé discurso oficial. Posteriormente me fui a los antecedentes en Ciencias Sociales y sus aportes respecto al fenómeno de la CPC los cuales comienzan con los textos de Susan Bordo (2003), Kathy Davis (2013) o Ane Balsamo (1996), donde se comienza a entender a estas prácticas a la luz del mercado y de los mecanismos de sometimiento vertical de un orden social, en algunos casos cuestionando también esta visión “estructuralista” como lo apreciaría Kathy Davis.

Una vez hecho este trazado, reconocí de manera meramente pragmática que, si existieran estudios regionales sobre la CPC, sería altamente probable que la mirada que tengo al respecto de estas prácticas compartiría rasgos de familia con mis intenciones comprensivas del tema.

Fue mediante este rastreo que me pude ir haciendo de una mirada propia sobre el tema y creo que ahí comenzaron los hallazgos (al menos para mí), pues observé que hay diversas investigaciones sobre las cirugías plástico-cosméticas, pero no todas con un rigor teórico que demandaría una apuesta genealógica.

Igualmente, aunque varias de estas tesis utilizan la analítica foucaulteano para dar cuenta de algunas inferencias e hipótesis como sería el caso de Susan Bordo, Claudia Calquín(2018a) (2018b) y algunas otras tesis, no lo hacen desde la analítica biopolítica, y siguen soterrando el pensamiento de Foucault a una llamada posición “estructuralista” lo cual considero que se demostró es un error de interpretación.

Posteriormente tuve que imaginar una propuesta que fuera coalescente con mi propio punto de partida y opté por un análisis del discurso, lo que me implicó profundizar en esta metodología bastante problematizada y con varias vías de escrutinio.

Hoy puedo decir que el análisis del discurso es todo un campo autónomo de investigación, que contiene debates internos y querellas.

En esta búsqueda extenuante logré situarme en una visión de discurso afín a mis inferencias que posteriormente me permitió trazar una estrategia la cual, a partir de análisis de entrevistas, textos legales, publicaciones periódicas, bases de datos y testimonios, me facilitó consolidar una batería de discursos, que pueden estructurar aquello que denominé Discurso médico en el contexto de la práctica de la CPC.

Con esa estrategia definida me dediqué a realizar trabajo de campo, entrevistas semiestructuradas, revisión documental, y todo ello se iba sistematizando y codificado mediante un análisis inductivo-interpretativo, que me permitió organizar mis hallazgos en algunas categorías (a pesar de lo paradójico que esto resulta), fue un ejercicio de orden pero que tenía siempre presente y clara la noción de Discurso de la que se partía.

Finalmente ese recorrido empírico metodológico se iba nutriendo de toda una discusión teórica paralela, que indagaba cada una de las categorías y conceptos que circundan al estudio de las cirugías plástico-cosméticas iban apareciendo en esa codificación inductiva, así que ahí fue cuando apliqué una visión genealógica de mis categorías y conceptos pues no quería dejarlos en una definición estandarizada y sesgada que no discute todo lo que rodea a conceptos tan polisémicos como cuerpo, salud, belleza, discurso o el mismo concepto de biopolítica.

Dicho esto, creo que los aportes del presente documento se pueden organizar en dos grandes ramas 1) Los aportes teóricos epistemológicos al campo de las ciencias sociales y 2) los aportes (hallazgos) emanado de una pesquisa inductiva al estudio de las cirugías plástico-cosméticas desde el estudio de las ciencias sociales.

5.2 Aportes teóricos-metodológicos del trabajo al campo de las ciencias sociales y al estudio de las cirugías plástico-cosméticas.

Dado el enfoque genealógico, el texto no se encuentra escrito a la manera de un marco teórico de categorías sincrónicas. Por ejemplo, en el marco teórico muestro los trazos de donde yo parto para entender la biopolítica, pero bajo la consideración de que este es un concepto abierto que tendrá que estar en discusión constante, pues no se agota en una definición, sino que más bien se problematiza, eso es parte de la indagación genealógica.

Desde la posición genealógica, los conceptos siempre serán una especie de elementos que se van transformando y adaptando a la realidad. Simultáneamente, estos acontecen en una red de sentido más amplio que concebimos como *episteme*. Por ello, opté por denominar a mi marco teórico genealogía.

Esta decisión teórica me permitió realizar una crítica a las categorías que se pretenden definir de manera esencial y a su vez indican una posición histórica-crítica a los conceptos que van emergiendo de una pesquisa inductiva.

De esta manera, supongamos que un médico cirujano llegase a leer mi documento. Este último podrá observar todo el proceso histórico que permitió hacer del cuerpo una especie de objeto maquinal anatómico. El médico cirujano podrá comprender que bajo ese desplazamiento epistémico-disciplinar, es posible hacer del cuerpo un “objeto” intervenirle, analizable, reparable; al mismo tiempo, notará que no siempre ha sido así, o que hay otras maneras de pensarlo. Esa es la posibilidad hermenéutica de una investigación genealógica.

Algo similar notará aquel que se acerque al texto y quiera repensar la noción de salud, ya que dicha definición engendra ideales, tensiones, luchas y contradicciones que se vuelven evidentes en la práctica de la cirugía plástico-cosmética y de ello fuimos dando cuenta a lo largo del texto.

Así, estas conceptualizaciones esenciales a las que apelamos en ocasiones en ciencias sociales (que no necesariamente son azarosas), son quizás en muchos casos adecuaciones *ad hoc* y no se hacen evidentes en la declaración de lo que algunos consideran marco te

Tomemos como ejemplo la noción de belleza, pues a pesar de que se han democratizado los patrones modélicos y se habla de una concepción constructivista de la belleza, hay en algunas teorizaciones una suerte de optimismo de la agencia, pienso en

trabajos como los de Kathy Davis (Davis, 2013) o Marí Luz Esteban (Esteban, 2014) entre otros.

Estas lecturas que ponen al centro la acción social en referencia a los condicionantes estructurales que suponen que para Foucault son estáticos, me parecen lecturas fractales de la propia analítica biopolítica.

A pesar de que sabemos que hoy día el sujeto tiene más decisión sobre su propio cuerpo y son más amplios los modelos de representación, la idea de agencia no termina por resquebrajar el orden de la producción de subjetividades, el cual hoy día se encuentra bajo el arbitrio del mercado, de hecho, ese es quizás el núcleo del orden liberal, que algunos llaman neoliberalismo.

Estos nuevos condicionante corporales que delinear un discurso hegemónico en el que la producción de nuevos deseos y “nuevos sujetos”, pero requiere de agentes deseosos-consumidores. En ese tenor, la medicina cosmética y quirúrgica puede ser un sostén discursivo de esa mecánica del poder positiva. Este trabajo trata de hacer un ejercicio de respuesta a esas interpretaciones del fenómeno de las CPC.

Otro de los aportes del trabajo lo podemos observar en la parte que llamamos comúnmente antecedentes, los cuales funcionan muchas veces en las ciencias sociales como apéndices de búsqueda teórica.

En mi caso, lo antecedentes no sólo se reconocen los trabajos previos como líneas escindidas de la discusión presente, incluso se puede decir que el análisis del discurso comienza ahí mismo, ya que parte de una visión de Discurso social a la manera que lo plantea Marc Angenot.

En esta noción de Discurso social se establecen fuertes aires de familia con la noción de *episteme* de Foucault, ya que el Discurso social no busca cercenar la realidad sustrayendo los textos a campos específicos del mundo como mónadas semánticas, sino que indaga incluso en lo que se escribe desde las mismas disciplinas y se enuncia como discursos dentro de la misma *episteme* moderna, así los antecedentes son producciones de sentido de las cuales marcamos raya o abrevamos para identificar la condición actual de la CPC haciéndole una “autopsia” biopolítica.

Por otra parte, mi propuesta metodológica no busca empantanar la teoría social al suplantarla por un mecanismo técnico de variables y relaciones de categorías comparadas

analizadas semiológicamente. El presente trabajo, no es un estudio de lingüística, pues sostengo que el método no es más fundamental que la teoría, y como lo planteé a lo largo del documento, la razón metodológica se concibe como una *episteme* hegemónica que es incluso contradictoria con la propia labor de las ciencias sociales.

Considero precisamente que la pesquisa inductiva me llevó a proponer dos ejes metodológicos que hicieran coalescente mi texto con una propuesta biopolítica. El primero me llevó a un escudriñamiento de los conceptos que surgen en el análisis del discurso y, dados mis propios prejuicios de lo que concibo como biopolítica, salud/enfermedad, cuerpo, belleza.

Esto mismo ocurre si indagamos en la concepción de cuerpo, y creo que en su mismo recorrido indagatoria genealógico aquel que lea el presente texto puede reconocer que las simplificaciones conceptuales responden a un interés disciplinar conveniente. Por ejemplo, una idea del cuerpo en su aspecto maquinal iatromecánico permite hacerlo un objeto disponible, pero de igual forma las disciplinas sociales pueden reducir su definición a una metáfora social que desconecta con lo que hay de viviente y orgánico en esa realidad que llamamos cuerpo y que aquí enunció mejor como lo corporal.

Es por ello que mi trazado genealógico no puede ser un recorrido ocioso, sino una manera consistente entre un análisis biopolítico-genealógico, pero igualmente me permitieron reconocer la necesidad de una estrategia técnica.

Respecto a los aportes metodológicos de mi tesis, sería la construcción de una estrategia que me permitió conectar con la realidad contingente que llamamos mundo de la vida.

Esa estrategia me permitió indagar en los testimonios de los sujetos que dialogan y negocian en torno a procedimientos quirúrgicos-cosmética. Fue a partir del análisis del discurso que establecí un mecanismo de indagación inductiva que parte de una concepción del lenguaje no representativa o científica, pues la misma idea de discurso que sostengo aquí, reconoce que los enunciados se anclan a relaciones de producción y posibilidad e enunciación que son tutelados por una mirada “hegemonía”, la *episteme* científica, y eso construye lo que llamamos el Discurso médico.

5.3 Aportes emanados de una pesquisa inductivo-cualitativa al campo de las cirugías plástico-cosméticas desde las ciencias sociales.

Como dije anteriormente, reconozco que los testimonios (discursos) van rearticulando las Hegemonías discursivas mediante peticiones subjetivas, pero que siguen funcionando en el marco de un complejo industrial y que se inscribe en la lógica liberal del mercado.

Primeramente, uno de los hallazgos que considero más reveladores de mi trabajo es el siguiente: los significados que emergen de la pesquisa inductiva cualitativa dentro del contextos de las cirugías plástico cosméticas son significados que se van negociando intersubjetivamente, lo anterior es relevante porque generalmente se considera que las imposiciones discursivas se absorben y arrojan por los sujetos sociales a manera de homeostasis inconsciente, lo cierto es que si algo me percaté es que particularmente las nociones de belleza y salud deben reconfigurarse dada la emergencia de nuevas formas de interacción entre pacientes/clientes y médicos/prestadores de servicios, es por ello que una idea estandarizada u homogénea de belleza no puede ser concebida al menos discursivamente en el campo médico en el contexto de las CPC.

Al mismo tiempo debo reconocer que este hallazgo surge de una propuesta de la Doctora María Martha Collignon, pues en una de mi primeras presentaciones de avances, la doctora me propuso que sería interesante que pudiera trabajar con diadas de análisis, es decir un médico y su paciente, ello para saber cómo se iban discutiendo, negociando y acordando las intervenciones a las que éstos últimos se habría de someter, así como las categorías centrales de mi trabajo, he de confesar que eso me hizo percatarme de mi sesgo interpretativo, y aunque no consolidé ninguna diada de análisis, es un hecho que me percaté que el Discurso médico no funciona como una mera imposición ya que en las entrevistas a pacientes se vuelven evidente el papel que juegan las peticiones subjetivas que incluso en ocasiones se entienden como “caprichos” a la medida.

Por otra parte, a pesar de estas actualizaciones y reconfiguraciones hechas por esa relación “dialogal” ente médicos y pacientes, en el texto cuestiono la noción de propiedad y libertad sostenida par algunas tradiciones académicas que analizan el tema de las cirugías plástico-cosméticas como Mari Luz esteban (Esteban, 2004) o Kathy Davis (Davis, 2013),

particularmente aquellas ligadas a la noción de agencia y *embodiment* o incorporación (cuerpo incorporado).

Considero que estas tradiciones reflejan un optimismo de la agencia, al no prestar demasiada importancia al discurso del mercado de las cirugías plástico-cosméticas y anclan la posibilidad de agencia moderna a partir de la noción de propiedad, suprimiendo con ello toda la discusión sobre el mercado y el complejo médico abocado a ampliar su nosología sin necesariamente priorizar sobre el bienestar humano.

El mismo Foucault era muy claro sobre el tema de la libertad y sus encubrimientos modernos, pues una noción de libertad no puede someterse a modelos de consumo y relaciones de propiedad, en la libertad debe existir también un acto de cuestionamiento de las hegemonías discursivas que hoy día son las principales productoras de “subjetividades consumibles” ya que esa es la argucia del capitalismo, crea una amplia gama de servicios y productor elegibles que no responde propiamente a pregunta de ¿qué es la libertad? Sino a la de ¿por qué no consumir más?

De esta forma, considero que en las posiciones más voluntaristas y optimistas que enmarcan la decisión de mercado como una suerte de agencia, no son honestas al evadir la discusión de que en primera acceder a una cirugía plástico-cosmética requiere de una condición estructural que impide que cada individuo acceda a estos mecanismo de transformación tal como lo dice la paciente Johana “todos quisieran hacerse una cirugía, pero no todos la pueden pagar”, Así que admitiendo sin conceder, no hay como tal ni siquiera una democratización de los servicios, reproduzco el testimonio de la paciente:

Mira, todo mundo quisiera operarse, nomás (abreviación de nada más) que no es barato, o sea, no es de que unos sí y unos no, si tú le preguntarás a cualquier persona ¡claro que quisiera operarse! (enfatisa) pero a veces es la posibilidad económica la que no permite, pero, pues para eso hay que trabajar mucho y como te digo, luego corres con la suerte de que juntas para intervenirte con mucho esfuerzo y luego, con las cirugías lo rechace tu cuerpo, o que no la acepte o que en vez de hacerte un bien te haces un mal (Paciente Johana, 29 de junio del 2021)..

Precisamente, la práctica médica en torno a la cirugía plástico-cosmética amplía su nosología no en función del bienestar del paciente, sino en función de las demandas del

mercado, por ello considero que existe una relación paradójica entre las demandas del paciente y el mandato médico, que en ocasiones será hasta problemática.

Reconocemos también la condición jerárquica-hegemónica del discurso médico, pues la medicina reconstructiva, estético-cosmética amplía pues su campo de acción incidiendo incluso en el campo legal, al proponer principios de inclusión y exclusión necesarios a sus fines económicos y éticos dada la praxis médica, pero al mismo tiempo establece todo un sistema de estrategia no necesariamente gnoseológicas o de facultad de ejercicio médico que demandare de un proceso de credencialización que reconoce más un sistema económico por ejemplo cuando.

Sin dada la transformación o pase es un mecanismo de movilidad social y acceso a otra forma de vida que incluso podría permitir que el proyecto personal sea más acorde a nuestras proyecciones de vida, desde ese ángulo el juicio sumario a los y las pacientes debe ser evitado, pero hay que seguir incluyendo en la analítica de las cirugías plástico-cosméticas las condicionantes hegemónicas y discursivas que delinear los mandatos corporales.

Finalmente mi texto permite imaginar una proyección de las posibilidades biopolíticas de la medicina vinculada a las transformaciones estético-cosméticas; desde el crecimiento y auge de este mercado de estas intervenciones del yo, hasta las reformas en materias de salud recientes que amplían y legitiman la práctica, pero al mismo tiempo incluyen y excluyen que demuestra una lucha hegemónica aún dentro del mismo campo médico, aun así, no es menester del presente invalidar el negocio de las cirugías plástico-cosméticas o proponer al orden médico un hacer, sino problematizar categorías que se vuelven bases para legitimar un orden tecnocientífico que regularmente evita una discusión sobre sus propios categoría arrogas y legitimadoras como cuerpo, salud y belleza y eso desestima gran parte de la discusión para ubicar a las CPC como un negocio y la vez una práctica tecnocientífica porque se piensa que por ejemplo la salud no está mercantilizada o tienen que ver únicamente con bienestar humano y social y no con un mercado en crecimiento sostenido.

5.4 Rearticulación de la biopolítica ¿más allá de Foucault?

Llegados a este punto podremos preguntarnos ¿dónde se encontraría el destacamento del régimen biopolítico en la práctica CPC? Inicialmente para dar respuesta apelo nuevamente a un principio de honestidad. Lo que se concibe como biopolítico ha sido ampliado *ad infinitum* e incluso diríamos que se ha abusado del concepto, llevándolo a excesos interpretativos al no considerar las múltiples aristas y transformaciones analíticas que ha sufrido tal acepción.

Lo cierto es que muchos de los planteamientos sostenidos por Foucault y sus albaceas puede dar aún de que hablar, aunque siempre se tendrá que atender la contingencia y la cartografía del presente, tomando prestada la metáfora de Rabinow y Rose.

Si bien algunas de las consideraciones biopolíticas iniciales sostenidas por Michel Foucault se han transformado (e incluso erosionado), identifico que no podemos seguir considerando a la biopolítica bajo la vieja lógica del orden corporal ejercido mediante un poder vertical disciplinar, o por voluntad absoluta del soberano.

Sin duda, en las primeras consideraciones biopolíticas, este poder sobre el cuerpo acontece en espacios bien estructurados y delimitados como; la cárcel, la escuela, el hospital, la fábrica. En esta lógica, el poder se disemina por medio de mecanismos de vigilancia tipo orwellianos, entendidos desde la analítica de la vigilancia como la anatomo política o el cuerpo especie.³⁸

A pesar de los cambios de la nueva modernidad, el mecanismo biopolítico sigue operando, pero ha desplazado la mirada hacia un auto sometimiento de las normas y una vigilancia autoimpuesta, la cual se sustenta en un discurso sólido (aunque no lineal).

Para el caso de las CPC, el decir médico afincado en la lógica de la disciplina tecnocientífica, sigue asumiendo una voluntad de verdad y un lugar de autoridad. Igualmente, los medios de comunicación y todo el complejo médico industrial que viven bajo un régimen liberal de mercado, instauran nuevas formas de control y dominio del cuerpo, pero postulándose bajo la premisa del sujeto de libre elección y consumo, como dice Pablo López:

³⁸ A pesar de que esta lógica de vigilancia y control jerárquica de tipo panóptico no es la prioritaria en la actualidad, tampoco asumo que se ha abandonado por completo, hoy día siguen existiendo prácticas de esclavismo y trata de personas, propias de una lógica de control del cuerpo como objeto.

Es necesario avanzar hacia explicaciones relativas al modo en el que los agentes libres, sin ser dominados en sentido estricto, son conducidos, en virtud de su constitución como empresarios de sí mismos, y en las diversas facetas de su existencia – como trabajadores, consumidores, pacientes o miembros de una familia–, a determinar de un modo concreto sus decisiones (López, 2010, p. 15).

En ese sentido, si se considerara que la biopolítica es sólo un concepto vinculado al Estado en tanto mecanismo de regimiento y regulación del poder, su analítica ya no encontraría asidero en muchas de las prácticas corporales de hoy en día.

Lo que realmente ha venido ocurriendo es que el poder de ese Estado soberano que antaño dictaba casi todas las posibilidades y excepciones del orden social, hoy día compite con otros discursos y poderes como; el complejo médico industrial, el poder científico y el poder mediático. Diremos pues que el poder está distendido y disperso ante los diversos poderes que luchan por su propia voluntad de verdad, esta lucha tiene como telón de fondo el escenario del régimen liberal económico moderno.

Lo anterior coincide con la lectura que el mismo Foucault haría del poder en sus últimos cursos, en donde este bio-poder ya no aparece como un elemento esencial y arrogado a una sola entidad (Estado), sino como un mecanismo que se ejerce y actualiza bajo su forma positiva y productiva, tal como lo expresa en el curso de *En defensa de la sociedad* de 1977-1978 “El poder es el poder concreto que todo individuo posee y que, al parecer, cede, total o parcialmente, para constituir un poder, una soberanía política” (Foucault, 2001, p. 27) en donde al mismo tiempo se separa de una lógica “economicista marxista del poder” como un objeto monolítico detentado en una clase o grupo.

El poder aparece para Foucault más como un ejercicio en el que se arroga o se cede y que tiene varias formas de análisis, en ese mismo texto afirma:

No sé pregunta ¿qué es el poder? sino en determinar cuáles son en, sus mecanismos, sus efectos, sus relaciones, esos diferentes dispositivos de poder que se ejercen en niveles diferentes de la sociedad, en ámbitos y con extensiones tan variados (Foucault, 2001, p.26).

Dicho esto, se considera que la biopolítica es una manera sutil, camaleónica, discursiva, que permite establecer controles, normas, determinaciones sobre la vida y los cuerpos a pesar de que existan exigencias y peticiones a la medida de los agentes sociales.

Por lo anterior es aún un concepto que analíticamente da que decir ya que el hecho de que el Estado no controle por completo a sus súbditos no indica que el poder se haya democratizado o dispensado por todo “el cuerpo social”, más bien son diversos los poderes que operan encubriéndose como poderes de libertad más que de sometimiento y que utilizan los deseos, el consumo, la libertad de elección como mecanismos propios de un régimen liberal económico. En tanto, se sigue manteniendo un régimen de desigualdades, exclusiones, parías y sujetos que no encajan en los moldes de una democracia liberal económica.

En el caso de las CPC ocurre algo similar ya que las y los pacientes ven desajustes, ven inconformidades, ven carencias en su cuerpo que no afloran solamente de su propia autocomprensión. En algunos de los relatos a los que tuve oportunidad de acercarme, muestran precisamente que la mirada autónoma está orientada por otras miradas que inducen, someten u orientan.

Cuando revisaba los testimonios recordaba mucho lo que alguna vez dijo Adrienne Rich en su poema *Invisibility in academy* que “cuando alguien con la autoridad, digamos de un profesor describe el mundo y tú no estás en él, se produce un momento de desequilibrio psíquico, tal como si miraras al espejo y no vieras nada” precisamente la lógica de la biopolítica moderna se sustenta en describir un mundo en que te hacen creer como único, necesario e irrepitible pero a su vez descartable, prescindible.

Este mundo aún sigue teniendo márgenes y moldes, pero ahora como “sujeto libre y autónomo” tú eres el que decide. En esa decisión tendrás que hacer cosas para ser parte de algo, empezando por reconocer tu cuerpo como propiedad, esta condición suena igualmente violenta a la planteada por Reich, ya que ahora tú eres el dueño de ti mismo y de tu destino, aunque en el mundo ideal tu no figures, la culpa es del sujeto, por decirlo de alguna forma.

De hecho, el Estado “moderno” ya no sigue su cauce propio (quizás nunca fue así del todo). El Estado no es el único orden hegemónico, que opere como orden articulador y potentado del poder.

La observación que presentó aquí no es novedosa por completo, especialmente el sociólogo Ulrich Beck habría mostrado como en este orden que denominará tardo moderno,

habría llenado de nuevos conocimientos y sobre todo nuevas incertidumbres la lógica de la política(Beck, 1998). En ese escenario, el hacer político del Estado queda ignorante de muchos temas y debe dar paso a nuevos poderes para apuntalar una narrativa de seguridad. En Foucault por su parte esa condición moderna liberal hace que el Estado se someta a un nuevo orden, donde la competencia y la empresa son los modelos que estructuran la acción social. Realmente los complejos médicos, mediáticos, económicos, científicos marcan sus propias agendas.

Precisamente apenas el día 18 de abril del 2023 el senado aprobó una reforma a nivel nacional al primer párrafo del artículo 79 de la LGS, a fin de determinar que para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de cirugías plásticas, estéticas y reconstructivas se requerirá de los títulos profesionales o certificados de especialización de conformidad al artículo 81 de la misma ley, además se solicita que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Lo anterior tuvo como primera consecuencia el cierre de algunas clínicas que no cumplían con ese certificado, en esas cesiones acudieron legisladores y especialistas que habrían promovido esa reforma, con la cual se establece un juego cómplice entre poderes, que norma y determina los cauces de las prácticas de cirugías plásticas y la legitimidad o no para practicarla. Todo aquello ocurrió sin discutir si quiera el tema de la salud como elemento para definir la práctica médica.

Una vez dicho esto puedo asegurar que nos encontramos en una condición ontológica que se halla plagada de antinomias y paradojas, pero regida por una *episteme* que encuentra sus fundamentos en la regencia del orden racional tecnocientífico, donde la democratización de los moldes de representación se rige por lógicas de mercado, y en donde sin duda existe más libertad de elección al no existir ya un poder autárquico hegemónico pero al final de cuentas siguen operando bio-poderes que ya no controlan sino que orientan en la lógica del mercado, somos finalmente consumidores-clientes, más que productores pacientes.

Conclusiones ¿Más allá de la proporción divina?

Desde hace medio siglo, se viene produciendo una mutación, a la vez discreta y decisiva, del estatuto concedido a la técnica: mientras que su vocación ancestral consistía en colmar las insuficiencias del cuerpo de acuerdo con una dimensión prioritariamente protésica, de modo progresivo, fue asumiendo la carga inédita de gobernar de forma más masiva, rápida y “racional” a los seres y a las cosas.
(Sadin, 2017, p. 22-23)

En el principio de mi trabajo, consideré que el texto se titulará 'La proporción divina', ya que hacía referencia a la proporción áurea de Vitruvio para hablar sobre la relación entre el discurso del médico cirujano y las ideas actuales sobre cuerpo, salud y belleza.

El objetivo inicial consistía en asumir que la práctica de las cirugías plástico-cosméticas a partir de la intervención médica llevaba a reproducir patrones estandarizados de las categorías antes mencionadas

En ese escenario, conjeturaba que todas estas determinaciones acontecían en una lógica de la simetría y normalidad. Al mismo tiempo, sostenía que estas instituían disposiciones discursivas sobre qué es lo bello, qué es lo sano, qué es un cuerpo, aquello que se reconoce como la vieja lógica panóptica del poder.

Mi punto de partida primordial fue estudiar las implicaciones biopolíticas del discurso médico en la definición de los conceptos de cuerpo, salud y belleza en las clínicas de cirugía plástica en León, Guanajuato.

Como dije antes, presumía que lo que me encontraría en campo (y en el análisis de discurso) sería un orden médico que define bajo sus propios criterios las categorías esenciales para su práctica.

Igualmente, consideraba que, bajo un régimen estricto de control y dominio del discurso y la praxis médica, se imponían modelos en las intervenciones sobre los cuerpos de las y los pacientes que se someten a una intervención quirúrgico-cosmética. Fue sorprendente descubrir que las cosas no seguían un orden lógico preestablecido, por eso decidí cambiar el título por una pregunta.

A lo largo de la investigación, logré indagar en los discursos médicos en torno a la construcción de las nociones de un cuerpo sano y bello dentro de un contexto como lo son

las clínicas de cirugías plásticas e intervenciones cosméticas en un municipio como León, Guanajuato, en donde esta práctica cada día es más recurrente y donde han aflorado toda una red de consultorios médicos privados en los cuales se ofrecen servicios de intervención quirúrgico-cosmética (paralelamente en la ciudad hay un gran mercado de la llamada práctica cosmética no invasiva).

Pero para ser honesto, mi investigación no dio para realizar estudios transversales que ahondaran en los profundos cambios culturales y sociales que la ciudad habría sufrido a partir de la década de los setenta, así como del impacto que ello tuvo en la configuración de una nueva mecánica de la industria de la salud y el cuidado del cuerpo, tal como lo apuntaba bien Luc Boltanski, esto queda como una vía abierta para próximas indagatorias.

Por otra parte, la investigación sí me permitió realizar un análisis del discurso a partir de testimonios personales de médicos y pacientes, ello me llevó a una propuesta de investigación la cual diría que es consistente y coherente con mi punto de partida teórico y la pregunta de investigación.

Esta posibilidad metodológica se logró por medio de dos vías: 1) las entrevistas semiestructuradas que me permitieron un acceso al discurso médico de primera mano, así como a las réplicas, acuerdos y negociaciones entre pacientes y 2) En una misma línea de análisis discursivos hice un análisis de publicaciones de médicos cirujanos-estéticos-cosméticos y también las reformas a la ley general de salud.

Ese análisis me dio razón de un Discurso médico que está actualizándose constantemente, pero que a su vez presenta normalidades y regularidades que van conformando un plexo de sentido coherente y hegemónico, en consonancia con un Discurso social hegemónico.

Lo anterior es, por decirlo de alguna forma, una condición paradójica, más no contradictoria, pues el orden económico liberal demanda incluir las peticiones subjetivas en su articulación dentro del mercado para poder sobrevivir en esa nueva lógica: más que sujetos productores somos sujetos de consumo.

En este desplazamiento discursivo aparente, la medicina (como bien apuntó Gilles Deleuze) ya no opera necesariamente bajo el orden de la disciplina coercitiva que impone o dicta, sino bajo la lógica de la empresa que deja hacer y consumir, sin reparar seriamente en preguntas del orden: ¿qué aspectos de la salud se juegan en una intervención estética?

Este orden discursivo a su vez opera bajo condicionantes de auto sometimiento del sujeto consumidor, para ello el orden médico se apoya en: campañas de salud, reformas legislativas, creación de mecanismos de evaluación, así como luchas por la legitimidad discursiva interna y otros mecanismos de producción de sentidos y enunciados.

Por otra parte, ante una perspicaz observación de la profesora María Martha Collignon, me surgió la inquietud de dar cuenta de la posición de los sujetos que se han intervenido (y), me propuse indagar en qué medida estos significados son o no internalizados por las y los usuarios de dichas prácticas, pues ¿acaso los significados pueden ser negociados? ¿Qué pasa con aquellas y aquellos que se someten a una cirugía-plástico, cosmética? ¿Cuál es su rol en la decisión?

Desde el principio noté una transformación en la relación médico-paciente que difiere de la que Foucault había descrito, ya que los pacientes no son solo objetos de un sistema vertical de formación de identidades.

Por decirlo en términos llanos, los pacientes no son, pues, títeres del discurso, pero esas relaciones y demandas tienen que enmarcarse en la lógica del mercado que inmiscuye, por ejemplo, al complejo médico-industrial. Esta vuelta de tuerca de la relación médico-paciente consiente que estos se vuelvan activos demandantes a partir de sus “deseos subjetivos”, y en muchas ocasiones se “trabaja con caprichos”.

Por ese motivo, en diversos procesos de la intervención, como lo es el diagnóstico, la voz médica se vuelve un mandato orientador, el cual ya no emplea categorías como normalidad, belleza o simetría como criterios de validez. Estas categorías se sustituyen por otras como armonía, que se asocia a lo que “cada cuerpo requiere”. Para muchos médicos, cada paciente demanda en función de su propia “naturalidad” o al menos así debería ser.

A pesar de estos cambios en la mecánica del poder, no soy optimista en relación con el rol del sujeto en la modernidad, no concibe la agencia como una vía de empoderamiento, de hecho, una interpretación apresurada de esta relación nos llevaría a predicar una cierta democratización de los modelos de representación en la medicina, lo cual no es del todo cierto, y de esto se dio cuenta a lo largo del documento.

La investigación me llevó a describir los principios estéticos y de salud que propone el discurso médico dentro del campo de las clínicas de cirugías plástico-cosméticas. Eso me hizo dar cuenta de las tensiones que ello implica.

La tensión más notoria se da por ejemplo entre los campos de salud, belleza y economía, es notoria la dificultad que tienen los médicos cirujanos para ubicar su práctica en el campo de la salud, si uno es atento esto nos hace percibir las adecuaciones forzosas de la medicina para definirse como práctica científica. Tales galimatías de las definiciones llevan al discurso médico a ensanchamiento conceptual y ampliaciones nosológicas que configuran a la postre “nuevos enfermos” y “nuevas enfermedades”.

Esbozados estos puntos concluyentes, considero igualmente pertinente en esta sección plantear cuáles son los aportes del trabajo a las ciencias sociales y particularmente a los estudios de corporalidad vista desde una analítica biopolítica.

El lector del presente documento puede encontrar en él una apuesta por engranar el marco metodológico y teórico de una forma quizás poco convencional para el campo actual de las ciencias sociales. Esto se puede explicar por qué muchas veces se ha concebido que el aparato metodológico es la base de todo el proyecto, lo cual no considero así.

En ocasiones, los textos en ciencias sociales se limitan a presentar las categorías como conceptos vacíos e inconexos, parecidos a definiciones estandarizadas, las cuales son arrojadas como conceptos *ad hoc* de los propios prejuicios que pasan desapercibidos. Por ello, en el presente documento no se encontrará una definición arbitraria y cerrada de las categorías.

Será difícil toparse con una clara definición de cuerpo o biopolítica; contrariamente, lo que el lector encontrará será una exposición genealógica que se articula con un marco metodológico.

Esa forma de presentar mis orientaciones teóricas es un esfuerzo por desvincularse un tanto de la lógica de producción del conocimiento moderna, no por ello mi investigación es muy novedosa, de hecho, mi texto es un viejo modelo clásico, donde la articulación entre teoría y mundo intenta ser una conexión orgánica.

Lo anterior explica la decisión que tomé de incluir el marco metodológico antes del marco teórico, pues el marco teórico no es un apéndice del documento, sino la orientación fundamental, la cual demanda una construcción metódica propia.

Por otra parte, el proceso metodológico aquí presentado describe una pesquisa inductiva, pero al mismo tiempo describe una forma de orientar los conceptos que forman parte de mis propios prejuicios y orientaciones conceptuales. Estos prejuicios no los puedo

borrar como si mi mirada sobre el mundo fuese *tabula rasa*. Por eso, los conceptos que empleo están ahí para problematizarlos y ponerlos a jugar en el mundo de las narrativas ordinarias y una estrategia de indagación pragmática de lo cotidiano.

En el caso de los aportes al campo de los estudios sobre el cuerpo y en particular de la práctica de la CPC, el documento es un intento por revitalizar la lectura biopolítica, pero apuntando también a los excesos a los que esa analítica ha sido expuesta.

Es probable que varias de las disquisiciones del documento hayan sido planteadas en otros momentos, pero la forma en la que se reorienta la analítica biopolítica y el “marco teórico” pueden aportar nuevos elementos al campo de la corporeidad. La presente investigación es, pues, un esfuerzo por ponerle rostro a las actuales indagatorias biopolíticas que muchas veces quedan en la arena de la discusión teórica.

Ya dije también que el orden de mercado liberal se ha apropiado de mucha de la investigación sobre corporalidad, llevándonos a caer en una especie de optimismo de la agencia o una lógica de propiedad del cuerpo que es muy conveniente a la lógica de mercado moderna. Esa llamada revitalización del individuo que decide de forma libre y autónoma es moneda corriente en el pensamiento liberal, pues conviene a los intereses del mercado de libre empresa hablar de individuos libres, exitosos, autorrealizados.

Por lo tanto, aquí se problematizan las dificultades que enfrenta el campo médico al someterse a preguntas de orden ético, epistemológico, axiológico que se ocultan o se les da poca importancia. Puedo afirmar que mi investigación me llegó a inferir que la lógica moderna de control de los cuerpos no opera sobre el sometimiento, sino en el dejar hacer, bajo la complacencia del mercado. Es, como bien lo destacó Foucault, una lógica de producción de subjetividades, pero que tiene algo de violento en sí mismo.

En esta lógica donde el poder de la disciplina es positivo y reproductivo, por ejemplo no todos acceden al mercado de los cuerpos e incluso la democracia de la representación es aún un ideario lejano.

Igualmente, en esa alegoría de que eres artífice de tu propio proyecto y vida puede tener sus propios inconvenientes. En un escenario en el que dice que el Estado ya no es un centro de mando, las prácticas tecnocientíficas orientan muchas de las políticas públicas, como vimos en el caso de las actuales reformas al sistema de salud que inscriben toda una serie de mecanismos de inclusión/exclusión.

Sin duda, los sujetos que se someten a una intervención no son títeres del Discurso, pero es igualmente faccioso y embustero decir que se es libre en esa lógica, pues aún existen diversas orientaciones sutiles que nos invocan modelos como lo son: la delgadez, la juventud a ultranza, el color de piel, el éxito, etc. En esa lógica aún muchos cuerpos quedan sin representación.

Finalmente, la base principal de este documento era identificar si existen aún mecanismos biopolíticos dentro del discurso médico que trastocan la imagen corporal de los sujetos que se someten a un tratamiento cosmético.

La sorpresa fue un aprendizaje, ya que varias de mis concepciones y prejuicios se pusieron entre paréntesis para ver que mi imagen inicial de la cirugía plástico-cosmética se anclaba a una lógica primigenia de la biopolítica de control. Para mi asombro, lo que pude dar cuenta es que existe una transición que se puede entender dado el cambio de la vocación prometeica de la ciencia por una vocación fáustica.

Reconocí también que la técnica no nos pertenece más, somos en la técnica, y los dispositivos de control no son meros útiles. Este cambio ontológico está trastocando el ideario corporal existencial. En esta nueva modernidad, las lógicas de domesticación vuelven al cuerpo un proyecto, pero existe aún una *episteme* en ciernes que ancla todavía sus hegemonías a viejas lógicas de control que se camuflan en ese abismo que representa el orden tecno científico.

En suma, puedo decir que este trabajo no es del todo genuino, porque varias de las cosas aquí vertidas han sido problematizadas, pero ha sido para mí un proceso de aprendizajes constantes, de retos permanentes, de los cuales, según la presente remembranza, me dan la idea de que el trabajo vertido en este texto ha sido arduo y crítico en todo momento y ha intentado ser un ejercicio honesto intelectualmente que busca hurgar en ese mundo tan interesante como lo son las intervenciones estéticas del yo.

Referencias bibliográficas

- Acerbi, N. (2009). Orígenes de la cirugía plástica. Padres, pioneros y otros más. *Revista de Salud Pública*, 47–52.
- Agamben, G. (2006). *Homo sacer. El poder del soberano y la nuda vida*. Pre-textos.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 73, 249–264.
- Agudelo, M., Rodríguez, K., & Uribe, M. (2015). *Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del seguro popular en el municipio de León, Guanajuato*. CLACSO.
- Alonso, J., Salazar, A., Dineya Peña, B., Parra Giraldo, M., & Giraldo, P. (2017). Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja *Drugs and Addictive Behavior*, 2(21), 2463–1779. <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2261>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In *DSM-IV* (4ta ed., Vol. 4). American Psychiatric Association.
- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Siglo XXI.
- Appadurai, A. (1991). *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*. Grijalbo.
- Aránguiz, C. (junio del 2021). El COVID da un impulso inesperado al millonario negocio de la medicina estética. *Expansión*.
- Báez, C. (2020). *Iniciativa que adiciona el artículo 469 bis 1 a la ley general de salud, a cargo de la diputada Claudia Báez Ruíz, del grupo parlamentario del PES*.
- Balsamo, A. (1996). *Technologies of the Gendered Body*. Duke University Press
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Siglo XXI.

- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa.
- Beck, U. (1998). Politics of risk society. En: J. Franklin (Ed.), *The politics of risk society* (pp. 9–23). Polity Press.
- Bedoya, M., & Castrillón, A. (2021). Michel Foucault y la historia del presente. *Andamios*, 46, 493–512.
- Blum, V. (2005). *Flesh wounds. The culture of cosmetic surgery*. University of California Press.
- Bolstanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Ediciones periferia.
- Bourdieu, P. (1998). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1962) The peasant and his body. *Ethnography*, 5, 579–599.
- Braidotti, R. (2013). *Lo posthumano*. Gedisa.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. In R. Briceño-León (Ed.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15–24). Fiocruz.
- Bricmont, J., & Sokal, A. (1999). *Imposturas intelectuales*. Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Calquín, C. (2018a). Cirugías plásticas y cosméticas. Cyborgs e interfaces tecnológicas en la construcción del siglo XX. *Revista Punto Género*, 41–59. <https://doi.org/https://revistas.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/52960>
- Calquín, C. (2018b). ¿Quién necesita una identidad? *Observatorio de Género y Equidad*.
- Calsamiglia, H., & Tusón, A. (2001). *Cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Ariel.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y los patológico*. Siglo XXI.
- Castellanos, A. (2015, diciembre 8). *Violencia de género y derecho a cirugía reconstructiva*. AMCPER.

- Castro, E. (2011). *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica*. Unipe Editorial.
- Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Argot.
- COFEPRIS-Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DOGES). (2023). *Irregularidades por parte de prestadores de servicios en procedimientos estéticos: Instituto de Estudios Superiores en Medicina y la Universidad del Conde*.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender and Society, 19*, 829–859.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior, 46*, 3–14.
- Crussi, F. (2003). Una historia del cuerpo humano. *Letras Libres, 8–15*.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos, 8*. P. 5-47.
- Davis, K. (2013). *Reshaping the female body. The dilemma of cosmetic surgeon*. Routledge.
- De Anda, L. (2023). La práctica de la cirugía plástica estética y reconstructiva desde los datos de la dirección general de arbitraje de la CONAMED, 2012-2022. *Revista CONAMED, 126–142*.
- Deleuze, G. (2012). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis, 13*.
- Descartes, R. (2003). *Discurso sobre el método*. Tecnós.
- Díaz, R. (2006). La huella del cuerpo. Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado. *Tópicos Del Seminario, 16*, 145–170.
- Díaz, R. (2014). Cuerpos desgarrados, vidas precarias: violencia, ritualización, performance. *Alteridades, 24(48)*, 71–83.
- División de Ciencias de la Salud. (1990). *Plan de estudios*.
- Dolto, F. (1997). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Alianza.

- Eco, U. (2004). *Historia de la belleza* (Vol. 1). LUMÉN.
- Elías, N. (1994). *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. FCE.
- Elizondo, S. (2005). *Farabeuf*. FCE.
- Elliott, A., & Pérez Henao, H. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas Rumbos Y Sentidos De La Comunicación*, 9 (18). <https://doi.org/10.22395/angr.v9n18a11>
- Elliot, A. (2008). *Making the cut: How cosmetic surgery is transforming our lives*. Reaktion. University of Chicago Press.
- Esposito, R. (2004). *Bios, biopolítica y filosofía*. Amorrortu.
- Esposito, R. (2015). *Personas, cosas, cuerpos*. Trotta.
- Esposito, R. (2019). Biopolítica y filosofía. In *Comunidad, inmunidad, biopolítica*. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k1hn.10>
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ediciones Bellaterra.
- Esteban, M. (2014). Antropología encarnada. *Papeles Del CEIC*, 1–21.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres e inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49–78.
- Ferrada-Sullivan, J. (2019). On the notion of body in Maurice Merleau-Ponty. *Cinta de Moebio*, 65, 159–166. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2019000200159>
- Florescano, E. (2018). *Imagen del cuerpo en Mesoamérica (510 a.c.-1521 d.c)*. FCE.
- Foucault, M. (1977). El nacimiento de la medicina social. *Revista Centroamericana de Ciencias de La Salud*, 89–108.
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Tusquets.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*. 50 (3). 3-20.

- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad. Curso en el collège de france (1975-1976)*. FCE.
- Foucault, M. (2003). La verdad y las formas jurídicas: 5 Conferencias de M. Foucault. *Ciência Saúde Coletiva*, 14(1), 95–103. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19241679>
- Foucault, M. (2005a). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber* (Vol. 1). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005b). *Vigilar y castigar*. Amorrortu.
- Foucault, M. (2010). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas* (2da ed.). Siglo XXI.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Ediciones de la piqueta.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en Collège de France*. FCE
- Frank, M. (2010). Sobre el concepto de discurso en Foucault. In *Michel Foucault, Filósofo* (pp. 107–116). Gedisa.
- Galeano, E. (2011). *Rostro negado-rostro anhelado: el proceso de transformación estética del rostro en Tuxtla Gutiérrez a través de las percepciones y representaciones de médicos y pacientes*. CIESAS-Sureste.
- Galera, A. (2005). El concepto biológico de naturaleza: Un instrumento cognitivo. *Endoxa*, 19, 359–371.
- Galiano, F. (2018). *Entrevista al Dr. Felipe Galiano. Cirujano plástico*. CIME.
- Gee, L. (2015). *Social linguistics and literacies. Ideology in discourses* (5ta ed.). Routledge.
- Gilman, S. (1999). *Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery*. Princeton University Press.
- Gómez, H. (2005). El delicado sonido del trueno. La ciudad de León durante el siglo XX, transformaciones culturales y medios de comunicación. *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas*, 15–70.

- Gómez, J. (2014). La visión sobre el cuerpo desde de las tradiciones del lejano oriente. *Revista Pistis Praxis*, 6(2), 651–669. <https://doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.002.dv01>
- Gómez, J. & Asseneth, S. (2008). En torno al concepto de cuerpo desde algunos pensadores occidentales. *Hallazgos*, 119–131.
- González, C. (2017). Fundamentos filosóficos e implicancias subjetivas de la noción de cuerpo en las técnicas de reproducción humana asistida. *PROMETEICA*, 15, 42–50.
- Genón, R. (1925). *El hombre y su devenir según el Védânta*
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Paidós.
- Haidar, V. (2009). Biopolíticas post-foucaultianas. Pensar el gobierno de la vida entre la filosofía política, la sociología y cartografía del presente. *Papeles Del CEIC*, 2, 13–29.
- Han, B.-C. (2021). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas del poder*. Herder editorial.
- Haraway, D. (1991). *Manifiesto Cyborg: Ciencia, Tecnología y Feminismo Socialista Finales del Siglo XX*. <http://caosmosis.acracia.net/wp-content/uploads/2008/04/manifiesto-cyborg.rtf>.
- Hard, M., & Negri, A. (2002). *Imperio* (1ra ed.). Paidós.
- Heidegger, M. (1997). La época de la imagen del mundo. In *Caminos del bosque*. Alianza Editorial.
- Heidegger, M. (2009a). *¿Qué es metafísica?* Alianza editorial.
- Heidegger, M. (2009b). *Ser y tiempo*. FCE.
- Hoyos, J. E., Sierra, S., & Giraldo, J. (2010). ¿Qué se desea cuando se demanda una cirugía cosmética? *Revista Affectio Societatis*, 7(12), 1–13.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2018). Anuario de estadístico y geográfico del 2018.

- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
- International Society of Plastic Surgeons. (2023). Definition of Plastic Surgeon.
- ISAPS. (2023). *Aesthetic/cosmetic procedures performed in 2022*.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1619–1626.
- Kalixto, M. (2016). *¿Somos los cirujanos metrosexuales?* Amcper. <https://cirugiaplastica.mx/editorial/articulos/2016/somos-los-cirujanos-plasticos-metrosexuales>
- Klemperer, V. (2001). *La lengua del Tercer Reich. Apuntes de un filólogo*. Editorial minúscula.
- Kuczynski, A. (2006). *Beauty Junkies*. Vermilion.
- Kuwano, M. (2010). La unidad de cuerpo-mente desde la perspectiva de la encrucijada entre filosofía y medicina. *Lletres de Filosofia i Humanitats*, (2), 49–79.
- Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Reis*, 68, 197–210.
- Le Breton, D. (2002a). *Antropología del cuerpo y modernidad* (1ra ed.). Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2002b). *La sociología del cuerpo* (1ra ed.). Nueva Visión.
- Le Goff, J., & Truong, N. (2005). *Una historia del cuerpo en la Edad Media* (p. 168).
- Lenhardt, M. (1997). *Do Kamo: La persona y el mito en el mundo melanesio*. Paidós.
- Lemke, T. (2017). *Introducción a la biopolítica*. FCE.
- Ley General de Salud, Diario oficial de la federación (2021).
- Liévano, M. (2012). *El uso de la cirugía estética: Un acercamiento a la (re) construcción del cuerpo y la subjetividad*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lifshitz, A. (2010). *El significado actual de “primum non nocere.”*
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad del hiperconsumo* (Primera, Vol. 1). Anagrama.

- López, P. (2010). Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: acción política y gestión de la vida en el último Foucault. In S. Arribas, G. Cano, & J. Ugarte (Eds.), *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo* (pp. 36–61). La Catarata.
- López, S. (2006). *El cuerpo humano y sus vericuetos* (1ra ed.). Miguel Ángel Porrúa.
- Losardo, R. J., Murcia, D. M., Lacera Tomaris, V., & Hurtado de Mendoza, W. (2015). Canon de las proporciones humanas y el Hombre de Vitruvio. *Rev. Asoc. Méd. Argent*, 128(1051), 17–22.
- Lukomski, A. (2007). El problema mente-cuerpo. *Logos*, 12, 57–68.
- Mandressi, R. (2012). *La mirada del anatomista*. Universidad Iberoamericana.
- Maraki, G. (2021). *Alma máquina. El nacimiento de la mente humana*. Sexto Piso.
- Marieke, A. (2008). *Belleza producida y cuerpos maleables: un estudio sobre la belleza física y la práctica de cirugía estética en Buenos Aires*. FLACSO.
- Maturana, H., & Varela, F. (1998). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: La organización de lo vivo*. EDITORIAL UNIVERSITARIA.
- Mejía, A., & Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Med Electrón*, 832–842.
- Merlau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-De Agostini.
- Michelet, J. (1987). *La bruja*. Akal.
- Mills, C. W. (1977). *La imaginación sociológica*. FCE.
- Moctezuma, E. (2013). *Muerte al filo de obsidiana. los nahuas frente a la muerte*. FCE.
- Mora, M., & Raich, R. (2004). Una revisión de estudios de intervención sobre las alteraciones de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 6, 34–46.
- Muñiz, E. (2010). La cirugía cosmética ¿desafío a la naturaleza o dispositivo naturalizador? In *Naturaleza, Cuerpos, Cultura* (1st ed., pp. 251–279).
- Muñiz, E. (2012). La cirugía cosmética: Productora de mundos posibles. Una mirada a la realidad mexicana. *Estudios Digital*, (27), pp. 119–132. <https://doi.org/10.31050/re.v0i27.3154>

- Navarrete, F. (2018). *México racista: Una denuncia*. Grijalbo.
- Pardo, N. (2013). *Cómo hacer análisis crítico del discurso: Una perspectiva latinoamericana*. Universidad Nacional de Colombia.
- Pedraz, M. (2010). La construcción social del cuerpo sano. El estilo de vida saludable y de las prácticas corporales de la forma como exclusión. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 28.
- Pedraza, Z. (2004e). Intervenciones estéticas del yo. Sobre estético política, subjetividad y corporalidad. En G. Laverde, María, Zuleta, Mónica, Daza (Ed.), *Debates sobre el sujeto: perspectivas contemporáneas* (pp. 61–72). Siglo del hombre editores.
- Pérez, S. (2012). La crítica metódica de Michel Foucault. In E. De la Garza & G. Leyva (Eds.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (1ra ed., pp. 504–525). FCE-UAM-Iztapalapa.
- Pineda, E. (2020). *Bellas para morir*. Prometeo.
- Popper, K. (2023). *Hipótesis ad hoc*. Enciclopedia Herder.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *Biosocieties*, 1(2), 195–217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Ramos, A., & Torres, J. (2020). La cirugía como un problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global. *Cirujano General*, 42, 57–60.
- Rea, C. (2017). La construcción y el peso del discurso racial en México. El caso de los jóvenes estudiantes en la ciudad de León, Guanajuato. *Sociológica*.
- Rellman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 303(963–970).
- Restrepo, M. (2013). La arqueología y la genealogía de Foucault desde los dispositivos de control en el quehacer político. *Analecta Polit.*, 4(5), 327–347.
- Reyes, G. (2009). El cuerpo como unidad biológica y social: Una premisa para la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Antropología*, 45(1), 203–224.

- Reynoso, L. (2016, octubre 19). *Los Emiratos Árabes: Un oasis inimaginable*. AMCPER.
- Ribas, E. (2021, May 20). *La candidata mexicana a disputada que promete implantes gratis*. Swissinfo.Ch.
- Ribes, E., & Padilla, A. (1996). Un análisis funcional de la práctica científica: extensiones de un modelo psicológico. *Acta Comportamentalia*, 4(2), 205–235.
- Rico, A. (2017). *Muerte y resurrección del cuerpo*. Plaza y Valdés.
- Rionda, L. (2001). Del conservadurismo al neopanismo: la derecha en Guanajuato. *Cuadernos Del CICSUG*, 1–51.
- Rorty, R. (1989). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Cátedra.
- Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture and Society*, 1, 1–30.
- Rubinstein, E. (2009). *Los nuevos enfermos. Ventajas y desventajas de la medicina preventiva*. Del hospital ediciones.
- Sadín, É. (2017). *La humanidad aumentada*. Caja Negra.
- Salinas, A. (2013). Economía política y biopoder. Foucault en Río de Janeiro 1973-1974. *Fragmentos de Filosofía*, 11, 77–98.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta de Moebio*, 207–224.
- Sibilia, P. (2006). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*.
- Sifuentes, A. (2010a). *Cuerpo fragmentado por la cirugía y el mercado de la cirugía plástica. Experiencia en la frontera norte (Ciudad Juárez)*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Sifuentes, A. (2010b). Tecnocirugía y cuerpos estéticos: reconfiguraciones actuales del orden corporal y subjetividad. In R. Mapcip & N. Carrera (Eds.), *Perversión y duplicidad en torno a la producción de subjetividades del cuerpo político en México* (pp. 24–56). BUAP.

- Sossa, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza y el consumo. *Polis*, 1–19.
- Soustelle, J. (1985). *La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista*. FCE.
- Spinelli, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. *Salud Colectiva*, 14, 483–512.
- Tapella, E. (2007). *El mapeo de actores clave, documento del proyecto Efectos de la diversidad social sobre procesos ecosistémicos*.
- Torres, C., & Villanueva, C. (2021). Dra. Cristina Villanueva: “La medicina estética mejora la confianza y autoestima en una misma.” *El español*.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. FCE.
- Unzueta, C., & Lora, E. (2001). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. *Ajayu*, 1 (1), 1–19.
- Vernant, J.-P. (2001). *El individuo, la muerte y el amor en la antigua Grecia*. Paidós.
- Villa, P., & Montañez, M. (2010). ¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis? *Revista Académica e Institucional UCPR*, 86 (86), 53–66.
- Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Nueva Visión.
- Vigarello, G. & Corbin, A. (2005). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Nueva Visión,
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 158–177.
- Wolf, N. (2012). *The beauty myth*. Vintage Book.

Anexos.

Anexo 1. Guion de entrevista semiestructurada a médic@ cirujan@

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Origen: _____

Religión: _____

Lugar y fecha de la entrevista: _____

1. ¿Hace cuánto tiempo que te dedicas a este trabajo?
2. ¿Cómo fue que te interesaste por las cirugías? ¿qué te motivo a especializarte en este campo?
3. ¿Qué conocimientos se requieren para ser cirujano?
4. ¿Consideras que existen trabajos perfectos en cirugía? Es decir, un trabajo modelo del que te puedas sentir orgulloso
5. Podrías definir en tus propias palabras ¿qué es un cirujano plástico?
6. ¿Existen diferencias entre la plástica, la cosmética y la estética? De ser así ¿podrías ahondar al respecto?
7. ¿Existen beneficios a la salud cuando uno se practica una cirugía? De ser así ¿cuáles?
8. En tu experiencia ¿Cuáles consideras que son los motivos por los que una persona decide someterse a un tratamiento quirúrgico o cosmético?
9. Desde tu perspectiva ¿Existe un prototipo de belleza o hay varios modelos que se pueden seguir cuando se demanda un tratamiento?
10. ¿Consideras que existen cuerpos más deseables que otros?
11. De ser afirmativo ¿cuáles cuerpos serían más deseables?

12. ¿Cuáles consideradas que con las intervenciones más comunes a las que se someten los pacientes?
13. ¿Existen diferencias entre las peticiones masculinas y las femeninas al elegir alguna parte de su cuerpo para ser modificada?
14. De ser afirmativa la respuesta ¿por qué consideras que existan estas diferencias y expectativas?
15. ¿Consideras que cambia la perspectiva de las personas sobre sí mismas una vez se someten a un tratamiento cosmético o quirúrgico?
16. Consideras ¿qué hay un auge de la cirugía en la época de actual? Y de ser así ¿podrías mencionar los motivos de este auge?
17. Consideras que existen tabúes sobre la práctica de la cirugía o sobre los cirujanos, de ser así ¿cuáles?
18. Finalmente ¿Cuál es la relación profesional entre cirujanos? ¿cercana, lejana, competitiva, indiferente?

Observaciones:

Anexo 2. Entrevista a usuari@s de cirugías plásticas-cosméticas

Nombre del entrevistado (a) (opcional):

Edad:

Sexo (opcional): M

Religión (opcional):

Ocupación:

Origen:

Forma y lugar de la entrevista:

1. Motivos de la intervención

- 1.1 ¿Cómo fue que te interesaste por realizarte una modificación corporal mediante una cirugía plástica?
- 1.2 ¿En qué momento -edad- te interesaste por realizarte una cirugía?
- 1.3 En tu perspectiva ¿Cuáles pueden ser algunos de los motivos por los que la gente se realizaría una cirugía?
- 1.4 ¿Qué imagen o concepto es el que se te viene primero a la mente cuando se menciona la palabra cirugías plásticas?

2. Perfil del paciente

- 2.1 ¿Qué procedimiento o procedimientos son a los que te has sometido?
- 2.2 En tu caso ¿Qué te motivó a realizarte tu primer tratamiento?
- 2.3 En particular ¿cuál consideras que sea el motivo o motivos por lo que te has realizado cada uno de ellos?
- 2.4 ¿Cambió de alguna forma tu vida el haberte sometido a una cirugía? De ser así ¿cómo cambio?
- 2.5 En tus grupos cercanos ¿existe más gente que se haya realizado la cirugía?
- 2.6 ¿Cuáles consideras que son los procedimientos más comunes en la actualidad?
Y ¿por qué crees que sean esos los procedimientos preferidos por los usuarios (as)?
- 2.7 ¿Existe algún perfil que tu puedas notar que defina a la gente que se somete a las cirugías estéticas?

¿Consideras que las cirugías son un lujo? ¿O más bien, son accesibles para todo tipo de personas?

3. Perfil del médico

- 3.1 ¿Cómo fue que elegiste al médico (a) que te haría el procedimiento quirúrgico?
- 3.2 Tuviste algún o algunos motivos específicos para escoger el médico y la clínica en la que te ibas a realizar los procedimientos
- 3.3 Respecto a tu relación con el médico ¿cómo definirías el trato que recibiste?
- 3.4 Respecto al proceso anterior a la cirugía ¿cómo lo describes? ¿qué sentiste? ¿en algún momento quisiste arrepentirte? ¿te emocionaba realizarlo?
- 3.5 Respecto al proceso posterior de la intervención ¿cómo lo describes? ¿Qué sentimiento fue el que más venía a ti? ¿quién te apoyó? ¿sentías culpa o alguna emoción negativa?
- 3.6 Notaste alguna cosa en particular en tus entrevistas con el médico previas al procedimiento

5. Concepto de belleza

- 5.1 ¿Por qué consideras que la gente opta por modificar su apariencia?
- 5.2 ¿Tienes algún ideal o modelo a seguir en términos físicos?
- 5.3 ¿Consideras que existe algún ideal de belleza?
- 5.4 Consideras que la cirugía permite a una persona sentirse más bello o bella o tiene otros objetivos
- 5.5 ¿Cómo fue que se decidió la modificación a la que te someterías? Es decir ¿cómo se determina que parte del cuerpo intervenir? y ¿por qué esa parte?
- 5.6 Consideras que la percepción o imagen que tenemos de nosotros tiene que ver con cómo nos gustaría vernos a nosotros mismos o dependen de la forma en la que nos miran los demás

6. Concepto de salud

- 6.1 En tu perspectiva ¿Cuáles son los beneficios de realizarse una cirugía?

- 6.2 En esta relación costos-beneficios de las cirugías ¿por qué consideras que vale la pena someterse a un tratamiento quirúrgico o cosmético a pesar de que tenga algunos inconvenientes?
- 6.3 ¿Conoces los riesgos de las cirugías que te practicaste? De ser así ¿puedes mencionarlos?
- 6.4 A pesar de los riesgos, recomendarías a alguien hacerse una cirugía ¿sí? ¿no? ¿por qué?
- 6.5 Consideras que las cirugías tienen beneficios a la salud de ser así ¿cuáles?
- 6.6 ¿Considerarías volverte a intervenir? Si, no ¿por qué?

Anexo 3. Ejemplo de segmento de entrevista codificada



tenemos necesidad de seguir un ejemplo, o sea yo tengo grandes maestros, como dicen los gringos, creo que la palabra es muy adecuada, grandes mentores o *mentor* (enfátiza en inglés), en específico yo tengo grandes maestros que son mi ejemplo a seguir, lo que te puedo decir que es un modo de vida, yo vivo de esto. pero cuando antepones un beneficio económico a la labor de poder ayudar a un paciente.

19 Finalmente haciendo las cosas bien la retribución llega sola, el problema que yo he visto, es cuando la gente ve primero el beneficio, que por eso hay estos diplomados rápidos, pues hay una importancia de la imagen en la sociedad en las últimas décadas y la gente se deja engañar por ver una cirugía fácil, una práctica fácil, por no tener la información adecuada y obviamente atrás, tú como vas a creer que sabiendo que no tienes la formación adecuada atrás, pues que puedes hacer lo mismo que un cirujano plástico, o sea ahí nada más hay un beneficio económico y es un engaño, una estafa, finalmente, respondiendo a tu pregunta, yo creo que haciendo las cosas bien, buscando el beneficio de tus pacientes y no son galletas, no, que todas salen igual, tienes que buscar el perfil estético de cada uno de tus pacientes, resaltar su anatomía, ver que les queda bien y el beneficio económico llega sólito

20 E: Precisamente una vez dicho esto ¿Cómo definirías a un cirujano? No sólo como un médico sino desde varias facetas, como personas, como profesionistas, como científicos.

21 GG: Es una pregunta interesante, porque tienden a encasillarnos como un ente superfluo, no (m), muchas personas piensan que somos equivalentes a un estilista que opera, y finalmente el trasfondo de las cosas es otro, puedes cambiar la vida de las personas, de ti depende que por ejemplo un niño con labio y paladar hendido, si haces una buena cirugía, depende de ti que él se sienta confiado de sí mismo y que pueda hacer y lograr lo que quiera en la vida, de ti depende que una niña que ha estado traumada por la apariencia de su nariz toda la vida, y que le han hecho

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Ejemplo de segmento de entrevista codificada de paciente.

Las cirugías como
El perfil del pacier
..Paciente/cliente
..perfil socioeconó

El perfil del paciente
..Perfil del paciente segu

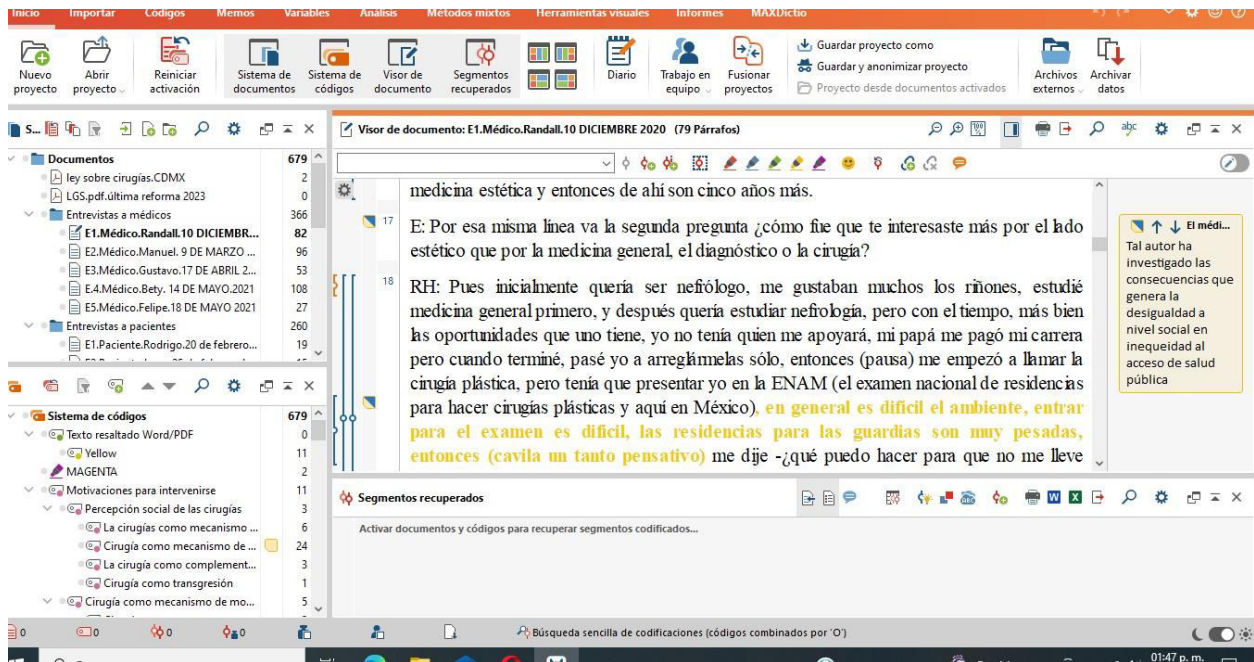
digo, si fuera fácil pues lo harían y te digo, hay gente que pues sabe que no le gusta lo que ve y está mal y se ve mal, pero no tienen la posibilidad de hacerse nada, yo ¡tengo la posibilidad! No, lo veo, así como necesario para ese tipo de gente, antes de traumarte y no aceptarte como tu persona que eres, con lo que Dios nos dio, antes de traumarte para que, para eso, para quererte operar, tienes que ver si vas a tener la posibilidad, porque si no llegas a un trauma más que ni puedes hacerlo y te sientes deprimido por cómo está tu físico, entonces, es muy importante aceptarse a uno y ya te digo, las cirugías vienen siendo complementos en tu cuerpo.

156 E: buen punto, por ejemplo, que pasa con la gente que en términos generales resulta atractiva socialmente y aun así decide operarse

157 JM: Sí fíjate, yo, yo para mí, las parejas que yo he tenido, que he tenido la oportunidad, me sorprende mucho porque para ellos lo que les ha impactado mucho son mis ojos, me dicen que bonitos ojos tengo, o sea que ni siquiera las bubis, ni el culo, ni nada, o sea, -¡qué bonitos ojos tienes!- (emulando la voz de sus parejas) y se me quedan viendo mucho y eso, te digo que tu atractivo, no es la belleza, de todo ser humano, el atractivo de alguien es, es (repite) uno mismo que no se da cuenta a veces que tenemos algo atractivo, por algo estamos en esta vida también, no nomás nos mandaron y nos hicieron con un chorro de mecos que aventaron, entonces, todo mundo tenemos un atractivo. Las cirugías son complementos de la gente que tiene la posibilidad y la capacidad de hacérselas, pero no creo que

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Codificación abierta mediante sistema MAXQDA.



Anexo 6. Primera matriz de análisis del discurso en sentido transversal, bajo una metodología cualitativa. Enfoque en unidad de análisis.³⁹

Unidad de análisis	Contextos de enunciación	V1- Concepción sobre el cuerpo	V2- Definición de salud	V3- Relación médico y paciente desde la perspectiva médica	V4- Concepciones de belleza en el campo médico	V5- Relaciones de poder en el campo médico	V6. Perfil del médico cirujano

³⁹ Posteriormente la matriz se trabajó en el programa de codificación e interpretación MAXQDA, como se muestra en el anexo 5.

M1-R	Consultorio privado	E1: Cuerpo como máquina E2: existe una relación entre la mente y el alma E3: Los patrones de la moda definen las nociones de cuerpo E4: No hay modelos de cuerpo	E1: La salud no es sólo un aspecto fisiológico E2: La noción de salud incluye la salud emocional	E1: Cada persona es distinta, los pacientes son seres humanos	E1: No existe un modelo de belleza único, no hay personas feas La moda impone los patrones de belleza	E1: Las relaciones son jerárquicas y competitivas	E1: Me interesa conocer la anatomía del cuerpo humano E2: Se requiere inteligencia emocional y preparación constante
M2-V	Consultorio privado	E1: Cada cuerpo es diferente E2: El cuerpo se puede corregir E3: Si existen cuerpos más deseables que otros, pero es cuestión de moda, antes la cirugía tenía más	E1: La cirugía plástica - reconstructiva - es por salud, ya que implica la reconstrucción de defectos, pero la cirugía estética es vanidad E2: La salud psicológica es importante, cuando la	E1: Se puede dar forma al cuerpo E2: El paciente decide sobre su cuerpo e incluso la práctica se puede volver un vicio, un capricho E3: Inicialmente el paciente se puede operar por gusto en la	E1: La gente se interviene por verse bien en el espejo E2: Hay gente que se interviene porque les afecta la mirada ajena E3: También se vuelve un vicio, no, el cirujano trabaja con caprichos de la gente E4: Hay un énfasis en reducir la edad,	E1: Existe una competencia por los clientes y se ha facilitado el acceso a las cirugías E2: La relación entre los cirujanos no es buena, se crean muchas querellas internas E3: Existen celos profesionales	E1: Le intereso la cirugía porque podía corregir algún daño en el cuerpo E2: ningún trabajo es perfecto, siempre está en formación E3. El cirujano estético es aquel que puede arreglar el cuerpo humano E4: Existe una competencia

		<p>una función reparadora</p> <p>E4: Existe un enfoque mayor en partes del cuerpo de acuerdo con la preferencia por sexo, las mujeres se enfocan más en modificar el cuerpo - silueta-, los hombres se centran más en el rostro</p> <p>E5: El cuerpo se compone por partes incluso se distingue rostro de cuerpo como generalidad . Los hombres centran más su mirada en el cuerpo de la mujer y las mujeres se centran</p>	<p>gente cambia su cuerpo puede mejorar su vida porque se vuelve más segura</p>	<p>cirugía estética</p> <p>E4: No siempre realiza el procedimiento que se le pide</p> <p>E5: La gente tiene peticiones de acuerdo con ciertos modelos o incluso estereotipos</p> <p>E6: La mujer tiene más capacidad para soportar el dolor y la recuperación que el hombre</p> <p>E7: Existen problemas legales con el paciente</p> <p>E8: El perfil económico del paciente es mayormente se atienden pacientes de perfil medio, medio-alto, pero ya hay</p>	<p>por verse más joven</p> <p>E5: No existe un prototipo de belleza lo ideal es hacer la intervención de acuerdo con la fisiología de cada persona, su fisonomía, pero si hay prototipos</p> <p>E6: El auge de la cirugía se debe a las exigencias modernas, la imagen tiene un peso central la imagen</p>	<p>s, se generan imágenes distorsionas entre los mismos cirujanos</p> <p>E4. Relación desleal y competitiva</p>	<p>por los clientes en el campo de las cirugías</p> <p>E5: Se ve al cirujano como homosexual y los mismos médicos piensan eso</p> <p>E4: Socialmente se considera que todos los cirujanos son ricos</p> <p>R6: Que es muy fácil estudiar para cirujano</p>
--	--	---	---	---	--	---	--

		más en el rostro masculino		más pacientes de todos los estratos que se interviene			
M3-G		E1: No existe la perfección del cuerpo como proporción sino como armonía R2: Se debe tener una comprensión total y anatómica del cuerpo	E1. La salud implica la autoestima, eso te permite tener mayor éxito en la vida	E1: trato de buscar que mi paciente exalte sus rasgos naturales R2: Los pacientes pueden ser timados por procedimientos	E1. En México tenemos un modelo de estética caucásico R2: Existen cuerpos desproporcionados	E1: Existen charlatanes en el mundo de las cirugías, pero no están calificados para intervenir un cuerpo, conocen los principios anatómicos, un cirujano con especialidad en reconstrucción sí, muchos sólo hacen un diplomado E2. Hay médicos que sólo ven el lado económico de la medicina, hay un lado humanitario	E1: Tiene experiencia en el ámbito público y privado, formación implica comenzar como médico cirujano general R2: Existe un perfil altruista, dirige un programa de reconstrucción mamaria E3: El perfil quirúrgico es resolutivo E4: Su rama es versátil e incluso tiene un lado artístico. Por eso considera estética-reconstructiva E5: Los médicos tenemos mentores que nos acompañan en la formación

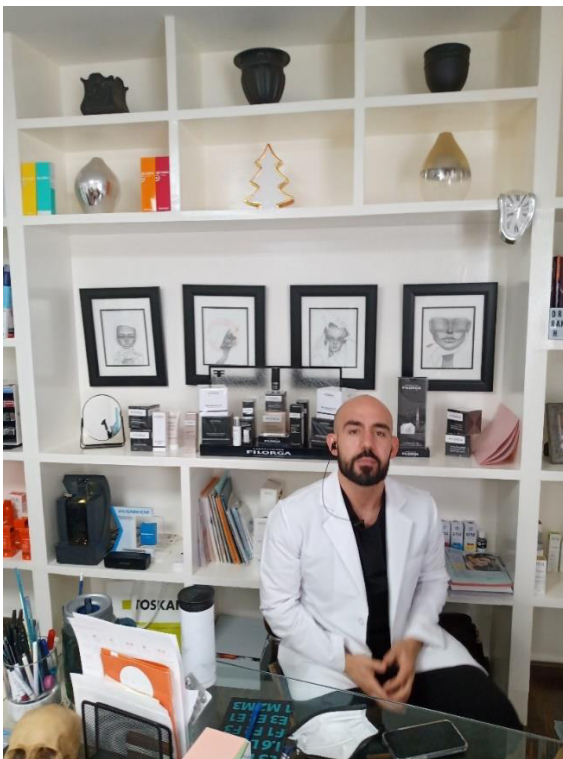
							E6: Al cirujano se le encasilla como un ser superfluo, pero incluso puedes cambiar la vida de las personas
M4-B	Consultorio público	R1: Se puede volver a completar el cuerpo R2: Distinción entre rostro y cuerpo	R1: En la cirugía reconstructiva los beneficios son fisiológicos y emocionales, en la cirugía estética los beneficios son emocionales, pero opera mucho la vanidad R2; En el área pública los pacientes no son mis pacientes pertenecen a la institución	P1: Me interesan los pacientes que han sufrido un daño R2: Los hombres buscan tratamientos menos invasivos, las mujeres se centran más en la silueta, no en el rostro R3. En la práctica privada el paciente decide lo que quiere, a veces existen controversias sobre lo que quiere y	R1: La imagen pesa más sobre las mujeres, el hombre se interviene menos, pero es más difícil obtener éxito social si eres gordo, feo o no eres guapo o guapa	P1: Hay una lucha jerárquica entre los médicos, más aún si eres mujer, te excluyen de la práctica de la cirugía, esa exclusión comienza en la escuela R2: No tengo problemas con otros médicos mientras no mientan sobre sus límites y trabajo, si se dedican a la estética no importa	R1: Vamos aprendiendo en la clínica, existe una academia especializada en la formación de médicos. Se te da una beca para que no trabajes inicialmente en el sector privado R2: Me gusta, resolver problemas R3: Se requiere conocer la anatomía del cuerpo humano y la función del cuerpo.

				<p>tu le aconsejas, pero el paciente decide pues pada</p> <p>R4: La cirugía cosmética es un gusto</p> <p>R5: Cada día hay más acceso a la cirugía, pero lo que varía es la calidad de servicios o los procedimientos a los que se puede acceder</p>		<p>mientras no mientan</p> <p>R3: Existen juegos de poder, particularmente lo sientes si eres mujer, los hombres tienden a sentir poder sobre la mujer, a ti como mujer si quieres estudiar el campo de la cirugía te cuesta el doble de trabajo</p> <p>R4: En el campo cosmético no existe ningún beneficio a la salud</p> <p>R5: Existe una academia donde se te va formando dentro de los hospitales y existen rangos, R1,R2,R3</p>	<p>R4: Existen diferentes responsabilidades dependiendo el entorno donde el médico se desenvuelve</p>
M5-F	Consultorio privado	R1: La cirugía	R1: Existe gente que se	R1: Los pacientes se	R1: Las mujeres son	R1: Existe una relación	R1: Los cirujanos son

		<p>permite volver a la normalidad las deformidades, puedes restaurar el cuerpo</p> <p>R2: El objetivo de la cirugía es moldear el cuerpo</p>	<p>opera por salud, pero muchos lo hacen por imagen</p> <p>R2: Entre los beneficios a la salud, tiene un impacto directo en la felicidad del paciente, se evitan años de terapia</p> <p>R3: Existen beneficios a la salud física y mental por medio de las intervenciones, hay un fortalecimiento del sistema inmune</p>	<p>intervienen porque buscan tener éxito en nuestras vidas, es parte de nuestra naturaleza</p> <p>R2: Las mujeres buscan más una cirugía de contorno corporal y los hombres se centran más en el rostro</p> <p>R3: La cirugía se ha vuelto democrática, cada día se opera más gente porque cambiaron los costos y las técnicas las vuelven accesibles</p>	<p>belleza, representan amor, ternura</p>	<p>cordial entre los médicos</p> <p>R2: Existen charlatanes en la medicina, que sólo tienen diplomados, eso es un engaño</p> <p>R3: Existen diferencias entre médicos generales y especialistas</p>	<p>la élite de la medicina, se tiene que ser el mejor en el examen de cirugía general</p> <p>R2: El cirujano es un hombre dedicado y con ganas de aprender</p> <p>R3: El médico tiene incluso un compromiso social, un lado altruista por ello hay una asociación dentro del sistema público para reconstruir los senos de personas que han perdido esa parte de su cuerpo, pero no pueden pagar la cirugía</p>
--	--	--	--	---	---	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7. Imagen del médico Randall tomada en su consultorio el día de la entrevista.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8. Publicidad del médico Randall en un centro comercial (Plaza mayor) de concurrencia en la ciudad de León.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9. Imagen tomada de un centro de medicina cosmética de los cuáles son muy recurrentes en la zona campestre de León, Guanajuato.



Fuente: Elaboración propia

