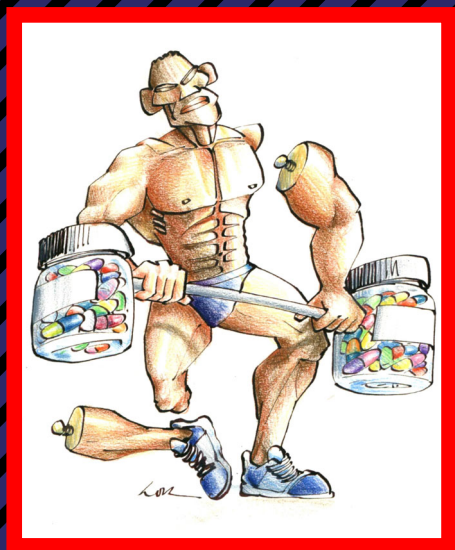


SALUD,



CUERPO Y



SOCIEDAD



Marcos Bagrichevsky
(Organizador)



INSTITUTO FEDERAL
Catarinense

Salud, Cuerpo y Sociedad



Editor

Dr. Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Consejo Editorial

Dr. Cladecir Alberto Schenkel

Dr. Fernando José Garbuio

Dra. Josefa Surek de Souza

Kátia Oliveira

Consejo Editorial ad hoc

Dra. Cleoni Fernandes (PUC-RS)

Dra. Maria Isabel Cunha (UFPEL)

Dra. Ruth Pavan (UDCB)

Dra. Elisa Lucarelli (Universidad de Buenos Aires)

Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP)

Dra. Renata Junqueira de Souza (UNESP)

Dr. Reinaldo Fleuri (UFSC)

MARCOS BAGRICHEVSKY
(Organizador)

Salud, Cuerpo y Sociedad

Blumenau - Santa Catarina



2019

Copyright © 2019 by MARCOS BAGRICHEVSKY

Derechos de esta edición reservados de la
EDITORA DEL INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE

La reproducción no autorizada de esta publicación, por cualquier medio,
sea total o parcial, constituye una violación a la ley 9610/98.

Deposito Legal en la Biblioteca Nacional conforme
a la ley 10994 del 14 de diciembre de 2004.

Diagramación
Alencar Júnior

Ilustración de portada
LOR

Traducción y Revisión
Gabriel Tolosa Chacón

Datos Internacionales de Catalogación en la publicación (CIP)

S255 Salud, Cuerpo y Sociedad / Marcos Bagrichevsky
(organizador). – Blumenau, SC : Instituto Federal
Catarinense, 2019.
393 p.

Incluye referencias.

ISBN: 978-85-5644-049-5

DOI: 10.21166/9788556440495

1. Salud. 2. Cuerpo. 3. Riesgo. 4. Actividad Física.
I. Bagrichevsky, Marcos.

CDD 614

EDITORA DEL INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE
Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda – CEP: 89051-000
Blumenau/SC, Brasil
Tel.: (47) 3331 -7850
<http://editora.ifc.edu.br>

EDITORIAL AFILIADA A



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Para ISABELA e IAN

Fuentes de inspiración todos los días de mi existencia;
Potencias recreadoras de un saber mayor de la vida: el amor.
Ustedes son mi puerto seguro, mi horizonte
a ver en días mejores;
Mi estímulo para resistir a tiempos turbulentos,
Y seguir luchando por una vida que valga la pena ser vivida.

Para MI MADRE

Cuya generosidad y dedicación (a sus hijos y nietos) se
renuevan incesantemente;
Por eso, la concretización de este trabajo también le pertenece,
tiene “su marca” ¡Doña Sonia!

Para DANI

Esposa, compañera, mujer intensa,
batalladora incansable, persona de carácter;
Nuestro “encuentro” fue una de aquellas
sorpresas que la vida me proporcionó
cuando muchas cosas parecían salir mal...
¡A ti, todo mi amor, mi gratitud, mi admiración, mi lealtad!

SOBRE LOS AUTORES

DAGMAR ESTERMANN MEYER

Posdoctorado en Salud Colectiva (USP);
Doctora en Educación (UFRGS);
Docente del Programa de Maestría y Doctorado en
Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Porto Alegre, Brasil (UFRGS).

EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO

Posdoctorado en Geografía (UNESP-Presidente Prudente);
Doctor en Geografía (UFPR);
Docente del Instituto Federal Catarinense, Blumenau, Brasil
(IFC).

ELIANE RIBEIRO PARDO

Doctora en Educación (UFRGS);
Docente del Programa de Maestría y Doctorado en
Educación Física de la Universidade Federal de Pelotas,
Pelotas, Brasil (UFPel);
Profesora Titular del Escuela Superior de Educación Física
(UFPel).

FRANCISCO ROMÃO FERREIRA

Posdoctorado en Enseñanza de Biociencia en Salud por
el Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil (IOC/
FIOCRUZ);
Doctor en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Profesor Adjunto de la Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UERJ).

HUGO LOVISOLO

Posdoctorado en Ciencias del Deporte por la Universidade do Porto (Portugal);

Doctor en Antropología Social por la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);

Profesor Adjunto de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UERJ).

IOLANDA MONTANO SANTOS

Doctora en Educación (UFRGS);

Coordinadora del Curso de Pedagogía de las Faculdades Integradas São Judas Tadeu, Porto Alegre, Brasil.

IVAN MARCELO GOMES

Doctor en Ciencias Humanas por la Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);

Docente del Programa de Posgrado en Educación Física y Profesor Adjunto del Departamento de Gimnasia de la Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil (UFES).

JOSÉ GERALDO SOARES DAMICO

Doctor en Educación (UFRGS);

Docente del Programa de Posgrado en Salud Colectiva (UFSC);
Profesor Asociado de la Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil (UFRGS).

LUCIANA VIEIRA CALIMAN

Posdoctorado por el Centro de Estudios Sociales, CES, de Coímbra (Portugal);

Doctora en Salud Colectiva (IMS/UERJ);

Docente del Programa de Posgrado en Psicología Institucional (UFES);

Profesora Asociada del Departamento de Psicología de la Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil (UFES).

LUIS DAVID CASTIEL

Posdoctorado en Salud Pública en la Universidad de Alicante (España);

Doctor en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ);

Docente del Programa de Maestría y Doctorado en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ);

Investigador Titular Jubilado del Departamento de Epidemiología y Métodos Cuantitativos en Salud (ENSP/FIOCRUZ).

LUIZ CARLOS RIGO

Posdoctorado en Educación (Universidad de Barcelona, España);

Doctor en Educación (Universidad Estadual de Campinas);

Docente del Programa de Maestría y Doctorado en Educación Física y Profesor Titular del Escuela Superior de Educación Física de la Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil (UFPel).

LUIZ OSWALDO RODRIGUES - “LOR”

Dibujante e ilustrador profesional de varios periódicos, revistas y libros;

Doctor en Ciencias Biológicas (UNIFESP);

Profesor Titular Jubilado en Fisiología del Ejercicio en la Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil (UFMG).

MARCOS BAGRICHEVSKY

Doctor em Salud del Niño y del Adolescente por la Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP);

Maestro en Educación Física (UNICAMP);

Profesor del Departamento de Medicina de la Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, Brasil (FURB).

MARCOS SANTOS FERREIRA

Doctor en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Profesor Adjunto de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UERJ).

MARINA GUZZO

Doctora en Psicología Social por la Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP);
Profesora Adjunta del Departamento de Salud, Clínica e Instituciones de la Universidade Federal de São Paulo, Santos, Brasil (UNIFESP Baixada Santista).

PAULO POLI NETO

Doctor en Ciencias Humanas (UFSC);
Maestro en Salud Pública (UFSC);
Profesor Adjunto de la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil (UFPR).

PAULO ROBERTO VASCONCELLOS SILVA

Posdoctorado en Epidemiología y Salud Global por la Universidad de Umeå (SUECIA)
Posdoctorado y Doctorado en Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ);
Investigador del Laboratorio de Innovación Terapéutica, Educación y Bioproductos – LITEB (IOC/FIOCRUZ);
Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Cirugía de la Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil (UNIRIO).

SANDRA CAPONI

Doctora en Lógica y Filosofía da Ciencia (UNICAMP);
Profesora Titular del Departamento de Sociología y Ciencia Política de la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil (UFSC);
Investigador CNPq – Nivel 1D.

SANTIAGO PICH

Postdoctorado en el Grupo de Investigación en Pensamiento Pedagógico y Social – GREPS (Universidad de Barcelona, España);

Doctor en Ciencias Humanas (UFSC);

Docente del Programa de Posgrado en Educación (PPGE/UFSC);

Profesor Adjunto del Departamento de Estudios Especializados en Educación de la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil (UFSC).

TATIANA SILVEIRA

Doctora en Educación (UFPR);

Profesora del Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Restinga, Brasil (IFC Campus Restinga).

Sumário

Presentación	13
Hable consigo mismo: aportes de un plan de inmanencia ética, estética y política de los conceptos de salud – Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro y Tatiana Silveira.....	28
El debate sobre el “concepto ampliado de salud” y sus implicaciones ético-políticas: extractos del contexto brasileño – Marcos Bagrichevsky	53
Cuidar y curar para gobernar: las campañas de salud en la escuela – Iolanda Santos	74
¿Dejar de comer y/o hacer ejercicio? juventud, cuidados corporales y ‘trastornos’ alimentarios en la perspectiva de género – José Geraldo Damico y Dagmar Meyer.....	112
Mercadorización biopolítica: elecciones saludables en tiempos de consumo – Santiago Pich y Ivan Marcelo Gomes.....	151
Metamorfosis del cuerpo, estetización de la salud – Francisco Romão Ferreira	181
Medicalización de la apariencia: los curiosos arreglos de un discurso científico de la belleza – Paulo Poli Neto y Sandra Caponi	199

Promoción de la salud, *empowerment* y el discurso de vida activa – Marcos Santos Ferreira y Luis David Castiel.....222

Promoción de la salud e inequidades socio-económicas: desafíos y dilemas para la implementación de la actividad física en Brasil – Marcos Bagrichevsky y Eduardo Augusto Werneck Ribeiro 254

Actividad física y salud: una agenda sociológica de investigación – Hugo Lovisoló 278

¿Sedentario sinvergüenza, saludable responsable?: el imperativo de los riesgos individuales bajo el orden biopolítico – Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel y Paulo Roberto Vasconcellos-Silva 317

Imágenes del cuerpo en riesgo – Marina Guzzo..... 342

Cuando los ‘estilos de vida’ se vuelven ‘estilos de riesgo’ – Luciana Caliman..... 364

Presentación

El mundo contemporáneo muestra preocupaciones emblemáticas a la sombra de la influyente racionalidad científica que incide de forma imperativa en naciones y continentes, globalizados por la desigualdad de oportunidades, por la ampliación del foso abisal que separa pobres y ricos. Su potencia, generadora de efectos exponenciales sobre creencias y conductas, apunta que entramos en un nuevo tiempo, parametrizados y posicionados por la ciencia en una proporción antes inimaginable. Al asumir esa condición litúrgica, el desafío del hombre a los dioses – otrora proyectado en la esfera *hollywoodense* por profecías de la literatura de ficción del género – hoy se confirma prosaicamente en las clínicas médicas superespecializadas, a través de las nanotecnologías producidas a escala industrial o en los laboratorios de genética esparcidos por Occidente, a la espera de aquellos que pueden pagar por sus beneficios.

Los desdoblamientos de la intersección entre esa racionalidad y el espacio social, a la luz de los impactos tecnocientíficos, no se restringen más a acciones normalizadoras sobre la biología humana: ahora invaden y esculpen su sustancia. Son procesos que matizan la biomedicalización¹ de la sociedad y la patologización de la vida; que constituyen y expanden las bio-sociabilidades y la bio-ciudadanía como referencias preocupantes de una nueva realidad en ascenso.

¹ Véase Clarke et al. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p. 161-194.

El dominio biomedicalizante, apoyado en esa ultra-tecnificación de las ciencias de la vida, revela un trabajo social deliberado para recrear definiciones nosológicas y validar diagnósticos de supuestas condiciones problemáticas que, en tesis, ya estarían afectando a diferentes grupos de personas. Al materializar ciertos estados de ‘pre-enfermedad’, minuciosamente descritos y amparados por la estadística de los estudios sobre factores de riesgo de salud, emergen nuevas identidades a partir de las cuales el estatus de ‘casi-enfermedad’ asume un lugar central.

De ese panorama han emergido transformaciones aceleradas y en perspectiva planetaria, no apenas de sectores clave del mundo actual, sino sobre todo de valores singulares que hasta hace poco tiempo sustentaban y daban sentido a la convivencia colectiva. Está en curso una radicalización del estatuto de la humanidad que vuelve ambiguas y fluidas las distinciones ontológicas entre personas y cosas; que expropia nuestras subjetividades; que conduce invariablemente al sufrimiento del cuerpo y el alma.

A esto hay que agregar el fervoroso individualismo tardo-moderno que el capitalismo líquido acoge, exacerbando asimetrías socioeconómicas, culturales y políticas; y dislocando las fronteras del compromiso público del Estado moderno para la dimensión molecular de los sujetos – quienes deberían ser ‘protagonistas-beneficiarios’ de las políticas de bienestar social² en ese

² También conocidas como políticas de *welfare state*. En Brasil estas nunca llegaron a adquirir una connotación similar a la amplia protección del Estado, expresada concretamente (por lo menos hasta la década de 1980) en países europeos como Alemania, Inglaterra o Francia.

modelo de gobernanza, al revés de volverse blancos de la responsabilización por su propia suerte.

Y claro, es necesario mencionar también la ‘dictadura mediática’³ de la cual ya hablaba Noam Chomsky desde hace décadas, establecida por los medios de comunicación de masas en estrecha comunión con la ideología del capital, al servicio de la desinformación y del fomento de ideas que volatilizan los debates críticos sobre cuestiones contemporáneas centrales. La “fabricación del consenso” despolitizador, para usar una expresión chomskiana, se encuentra entrelazada con todas las instancias de lo cotidiano: desde las micropolíticas discursivas que edifican comportamientos consumistas, como meta primera de la existencia humana, hasta el dictamen de las macroestructuras de poder de megacorporaciones y gobiernos, cuyas elecciones decisorias vierten de forma implacable sobre poblaciones y grupos marginalizados.

No puede perderse de vista que las patologías sociales de las cuales padecen países desiguales como Brasil han generado cuerpos enfermos y agonizantes, gubernamentalizados por retóricas y prácticas que nos distancian de la capacidad de resistir a las trampas de la subyugación neoliberal de todo tipo.

Teniendo en cuenta este panorama, intelectuales críticos de la modernidad tardía llaman la atención, de diferentes formas, sobre la metamorfosis que el papel del cuidado con el cuerpo y la salud viene sufriendo hoy en el mundo occidentalizado. Este cambio de sentido hace proliferar énfasis discursivos que

³ Véase Chomsky e Herman (1988). *Manufacturing consent: the political economy of the mass media*. New York: Pantheon Books.

aluden a la responsabilidad personal y a la obligación moral del ‘deber-ser’... saludable, bello(a), delgado(a), joven, activo(a). Se trata de una dimensión ascética pulverizada, a través de recomendaciones sobre cambios de comportamiento (estilos de vida), cuya circulación se ha hecho cada vez más amplia, en despecho de las inequidades sociales que también siguen potenciadas exponencialmente en todos los lejanos rincones del planeta.

El cuerpo, entendido en su perspectiva más amplia, es un privilegiado portador de los sentidos de la cultura, un *lócus* singular donde pulsan y toman forma diferentes nociones de salud y enfermedad, de resistencia y subyugación, de placer, de sufrimiento y de dolor. Michel Foucault⁴ argumenta que “*el control de la sociedad sobre los individuos [...] comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal que, antes de todo, invirtió la sociedad capitalista*”.

Indiscutiblemente, hay un enorme lastre de vinculaciones entre las problemáticas relativas al proceso salud-enfermedad-cuidado y la gestión política de la vida ejercida por las instituciones sociales de nuestro tiempo, destacadas en los propios acontecimientos de la realidad cotidiana. Ese escenario complejo demanda de los investigadores – en especial en el campo sanitario – la urgente ampliación de investigaciones éticamente comprometidas en dar respuestas significativas a las agruras societales del nuevo siglo, o por lo menos dispuestas a indagarlas de manera cabal.

Mientras tanto no se trata de descalificar aquí el importante acumulado de producción científica en salud, ni

⁴ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

de otorgar al campo la función de redentor de los males que la humanidad enfrenta. Queremos sí apuntar a la urgencia de revelar y tensionar los muchos dilemas imbricados en la propia génesis de los saberes de la ciencia contemporánea, cuyas inversiones estatales se han mezclado de forma peligrosa con intereses mercadológicos, bélicos y mediáticos. En general, cuando son detectadas, tales interfaces críticas emergen de manera difusa y tímida, cuando no son despreciadas o rechazadas por los sectores más conservadores del espacio académico.

Posicionada como temple de un proyecto social crítico, abierto, político, epistemológico y en permanente revisión, la Salud Colectiva⁵ brasileña ha producido y motivado debates temáticos fecundos, conectando frecuentemente distintos pensadores y matrices, dispuestos a borrar las fronteras disciplinares y a confrontar modelos tradicionales de abordaje de la salud-enfermedad-cuidado, en búsqueda de problematizaciones convergentes y relevantes.

Tales iniciativas acostumbran a desaguar en reformulaciones matriciales potentes, mestizas, intelectualmente provocadoras y contextualmente impactantes;

⁵ “Invencción brasileña, el término **Salud Colectiva** está presente hoy en la agenda académica y política de países de América Latina, del Caribe y de África. Se trata, sobre todo, de una forma de abordar las relaciones entre conocimientos, prácticas y derechos referentes a la [...] vida. En lugar de las tradicionales dicotomías [...] se busca una nueva comprensión en la cual la perspectiva interdisciplinar y el debate político en torno de temas como [...] equidad, ciudadanía e [...] subjetividad emergen como preguntas principales [vinculadas a la salud-enfermedad].” (In: Lima, N.T.; Santana, J.P. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 9, traducción mía).

una expresión viva de la densa diversidad de aportes teórico-metodológicos que el campo toma para sí y requiere de aquellas y aquellas que beben de sus fuentes.

Imbuidos de ese espíritu, Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro Pardo y Tatiana Teixeira Silveira abren el libro, desarrollando una rigurosa reflexión filosófica en el texto “Hable consigo mismo: aportes de un plan de inmanencia ética, estética y política de los conceptos de salud”. En este artículo, buscan ampliar el debate teórico-conceptual que atraviesa el campo de las ciencias de la salud, a la luz de las ideas de Gilles Deleuze y Félix Guattari. En seguida, teniendo como referencia la práctica docente de los autores, y las cuestiones suscitadas por la película “Hable con ella” de Pedro Almodóvar, utilizadas para enriquecer el análisis propuesto, producen un ejercicio de crítica de las concepciones de salud, mostrando como éstas se encuentran más ligadas a acciones individuales, a estrategias de marketing y a la imposición de códigos morales normativos.

En el segundo texto, “El debate sobre el ‘concepto ampliado de salud’ y sus implicaciones ético-políticas: extractos del contexto brasileño”, de mi autoría, argumento que los problemas conceptuales pueden llevar a cabo una potente movilización de acciones concretas en la vida cotidiana, como fue el caso del debate dado en Brasil sobre el ‘concepto ampliado de salud’ en la década de 1980, cuyos desarrollos ético-políticos y sociales tuvieron implicaciones en el proceso que condujo a la constitución e implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1990. Analizando dos obras de referencia en la Salud Colectiva de Brasil: “*A doença*” de Giovanni Berlinguer (1988) y “*O que é saúde?*”, de Naomar de Almeida-Filho (2011), trato de mostrar la contribución definitiva que estos trabajos

hacen dentro de la riqueza de interpretaciones que la ‘salud’ y la ‘enfermedad’ tienen, más allá de la mirada biomédica. De estos trabajos extraje categorías explicativas destacadas, que permiten un diálogo más contextual con los problemas de la vida cotidiana. En este sentido, la incorporación de problemáticas conceptuales relacionadas puede aportar contribuciones relevantes en la educación física brasileña, especialmente en términos de su inserción en las esferas de los servicios públicos de salud, sobre todo en el nivel de atención primaria.

El ensayo de Iolanda Santos, “Cuidar y curar para gobernar: las campañas de salud en la escuela”, problematiza los emprendimientos institucionales mencionados en el subtítulo, emergiendo de los intersticios que conectan el carácter curativo/terapéutico con el proceso pedagógico para examinarlos bajo una mirada poses-structuralista. Inspirado en la perspectiva foucaultiana, el texto permite pensar algunas prácticas de control de los individuos que se dan en el ambiente escolar, por medio de las tecnologías de poder (disciplinamiento y biopoder), produciendo normalizaciones, haciendo dóciles las voluntades. A partir del acceso al amplio material empírico producido por los Ministerios de Salud y de Educación brasileños para el Programa Nacional de Salud del Escolar, Iolanda evaluó cómo algunas de las campañas operan sobre la constitución de los modos de ser, actuar y pensar de los individuos, en lo que se refiere a la prevención de enfermedades y a la regulación de la salud. Al final, muestra cómo las sutilezas persuasivas de estas intervenciones discursivas administran los comportamientos de los niños para que se los consideren sanos. Enfatiza, además, que ciertas prácticas de higiene, cuidado y cura – articuladas a las actividades pedagógicas

– posicionan la escuela como campo vital del éxito de la interpelación de las ‘campañas de educación en salud’.

José Geraldo Soares Damico y Dagmar Estermann Meyer suscriben el cuarto ensayo “¿Dejar de comer y/o hacer ejercicio? Juventud, cuidados corporales y ‘trastornos’ alimentarios en la perspectiva de género”. Considerando una perspectiva posestructuralista de análisis, realizada a partir de los testimonios recogidos en encuentros con jóvenes de 13 a 15 años de edad, participantes de un programa institucional, los autores debaten algunos modos a través de los cuales jóvenes mujeres significan, aprehenden y vivencian el cuidado del cuerpo en la actualidad. De forma más puntual, los autores problematizan el movimiento paradójal a través del cual esas jóvenes pasaron a reconocerse y a ser reconocidas como portadoras de anorexia nerviosa (clasificadas por el discurso biomédico), una vez que los medios de comunicación también han dejado trasparecer esa misma conducta como producto de sus inversiones persuasivas. O sea, estrategias de aprendizaje que configuran un modo específico de ‘control’ del cuerpo que se establece, principalmente, a partir de conocimientos relacionados con las dietas, la alimentación, los ejercicios físicos y al vestuario.

El siguiente artículo, “Mercantilización biopolítica: sobre elecciones saludables en tiempos de consumo”, de Santiago Pich e Ivan Marcelo Gomes, examina cómo las ‘elecciones personales’ en el campo sanitario se encuentran entrelazadas con las necesidades impuestas por el capitalismo, sugiriendo que los dispositivos biopolíticos deberían ser repensados a partir de la compleja relación entre el Estado y el mercado y su protagonismo en la regulación de la vida. Los autores proponen redimensionar la noción foucaultiana

de biopolítica para una ‘estetización y mercantilización de lo biológico’ inspirándose, para ello, en las contribuciones de Zygmunt Bauman sobre el orden social contemporáneo. Pich y Gomes abogan finalmente por la idea de que los discursos vigentes acerca de la salud transmitidos en los diferentes medios de comunicación de masas, contribuyen para que los actores sociales sufran con sus propios cuerpos, cuando no se disponen a (o no pueden) adoptar determinados estilos de vida, tácitamente implicados en la capacidad de consumir productos y servicios en los ‘estantes’ *fitness*, de la estética y de la moda.

Firmado por Francisco Romão Ferreira, el texto “Metamorfosis del cuerpo, estetización de la salud”, pone de relieve los muchos cambios a los cuales el cuerpo debe someterse hoy en día, hecho que pone de manifiesto la aparición de distintos problemas. La especialización de la biotecnociencia, los mercados en crecimiento de la apariencia del cuerpo, la banalización de la cirugía plástica y las complicaciones clínicas en este sector, posicionan la estetización de la salud (entendida como indicadores de valoración ‘cosmética’ para arbitrar sobre condiciones de ‘qué’ y ‘quiénes’ serían saludables), como un nuevo y preocupante dilema al que se enfrentan los investigadores en el ámbito de las áreas de salud y afines. En este sentido, el estudio enfatiza los sentidos socialmente relacionados con el cuerpo en lo contemporáneo, la construcción de esa ‘nueva’ percepción de la medicina, el papel de las motivaciones e intereses de las partes involucradas (profesionales y ciudadanos), y las cuestiones éticas y políticas derivadas de las mismas.

Siguiendo la estela del abordaje enfocado por el ensayo anterior, Paulo Poli Neto y Sandra Caponi también

analizan la reciente valorización aguda de los parámetros estéticos como criterios definitorios de las condiciones de salud, en su artículo “Medicalización de la apariencia: los curiosos arreglos de un discurso científico de la belleza”. Los autores se acogen a las formas de transformación del discurso médico de la cirugía plástica que han naturalizado las intervenciones estéticas como procesos reparadores de ‘males’ indeseados del cuerpo y a la salud. Se trata de una inversión sólida de la patologización de la exterioridad física, en la cual quien dicta lo ‘normal’, lo ‘aceptable’ es el mercado de la belleza, de los cosméticos, del *fitness* y de la medicina estética. Con todo, resaltan que la retórica de la banalización sobre los cuidados corporales hace que ese discurso permanezca sólo en la superficie de la historia de cada sujeto.

Más adelante, Marcos Santos Ferreira y Luis David Castiel tejen una reflexión sobre la tríada “Promoción de la salud, *empowerment* y discurso de la vida activa”, enfatizando hasta qué punto la promoción de la salud se vuelve una referencia que subvenciona acciones y políticas sanitarias. Sin embargo, la ambigüedad resultante puede ponerla tanto al servicio del *status quo* dominante, como de proyectos socialmente transformadores. Los autores cuestionan cómo el *empowerment*, considerado uno de los pilares de la promoción de la salud, puede prestarse a ese papel. Para ello, analizan la ambigüedad de la noción de *empowerment* explotada por el *Agita São Paulo*: programa de fomento a la ‘vida activa’, financiado por el Gobierno Estadual de São Paulo y autorreferenciado como modelo de promoción de la salud. Ferreira y Castiel infieren que la iniciativa institucional mencionada, además de vincularse con una visión bastante restrictiva, es uno de los ejemplos

más cabales del conservadorismo que caracteriza ciertas prácticas e ideas de ese nicho, allegadas a los principios, valores y luchas sociales históricas que dieron origen en Brasil, al *Sistema Único de Saúde (SUS)*.

El siguiente capítulo, “Promoción de la salud e inequidades socio-económicas: desafíos y dilemas para la implementación de la actividad física en Brasil”, firmado por Marcos Bagrichevsky y Eduardo Augusto Werneck Ribeiro, argumenta que el tema de las inequidades socio-económicas sigue siendo vital para la constitución de los movimientos críticos de la promoción de la salud en América Latina. Al hacer referencia a tales premisas, el texto busca articularlas con la institucionalización pública de prácticas de actividad física (AF) en Brasil y el modo como han sido desvinculadas de las acciones y políticas de combate contra las inequidades geo-referenciadas en territorios urbanos brasileños. En ese sentido, el texto toma como escenario de análisis a la ciudad de Vitória, localizada en la región sudeste del país, para examinar contextualmente una iniciativa pública que fomenta prácticas de AF. Para el estudio se utilizaron informaciones secundarias relativas a las condiciones de vida de algunos barrios de Vitória y las características de ese programa de AF, obtenidas a partir de un banco de datos del municipio. Los resultados revelaron un cuadro intraurbano de inequidades persistentes, también negadas por la gestión pública durante el proceso de implantación y expansión de la AF como política de salud.

Hugo Lovisolo, en su artículo “Actividad física y salud: una agenda sociológica de investigación”, reflexiona sobre la creencia extendida del vínculo positivo entre los dos temas mencionados. Se basa en postulados comparativos y en múltiples referencias a la relación entre ambas

cuestiones, como lugar común en el mundo contemporáneo. Luego remarca las diferencias inter-sociales en la definición de la buena vida. En nuestras sociedades esta incluye una dimensión central: la autonomía corporal. En las antípodas se sitúa el sedentarismo, combatido en una suerte de guerra por parte de médicos, industria farmacéutica, preparadores físicos y otros actores. La correlación positiva establecida se fundamenta en una clasificación que otorga una valoración positiva a ambas. Lovisolo muestra el trasfondo de la clasificación en las creencias: una persona puede compartir los valores sociales instituidos y también puede estar posponiendo la práctica de esos valores. En el caso de la actividad física difícilmente alguien ‘es sedentario’: de hecho, todas las actividades humanas implican el movimiento corporal.

El décimo primer artículo “¿Sedentario sinvergüenza, saludable responsable?: el imperativo de los riesgos individuales bajo el orden biopolítico”, cuya autoría es de Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel y Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, propone un análisis tendiente a desestabilizar ciertas pretensiones del *status quo* de la ‘epidemiología de los factores de riesgo’, haciendo emerger otras lecturas posibles en relación con el ‘sedentarismo’ que extrapolan los límites formales y políticamente problematizables que han sido impuestos en el campo de la salud. Los autores abordan críticamente la polaridad entre discursos sobre sedentarismo y estilos de vida saludable, en el contexto de los nuevos recursos tecnológicos de búsqueda y disseminación de informaciones en salud. Señalan que la racionalidad tecnocientífica contemporánea hizo emerger una ‘economía de las verdades’ que, en la perspectiva de concitar ‘estilos de vida modelo’, ha prescrito un

ideario homogeneizador de autodisciplina que genera angustias, sufrimiento y consumo. La espectacularización de los modos de vida asociados al consumo y la producción de narrativas que influyen perversamente nuestra cultura nos han distanciado de una noción de salud socialmente posible.

Marina Guzzo presenta el artículo “Imágenes del cuerpo en riesgo”. Describe las prácticas corporales del acróbata circense que se arriesga desafiando los límites de la condición humana, al flotar a merced de las alturas. La metáfora visual del trapecista en vuelo, cuyos movimientos son previa y exhaustivamente ensayados para sostener la ilusión de cuerpos liberados y desconectados del tiempo y espacio, sirve para engañar al público: sugiere, a través de la plasticidad y levedad de los gestos, que no hay esfuerzo muscular aplicado, ocultando el peligro real de las maniobras en juego. Guzzo expresa también que, al instituir la fantasía de un cuerpo surreal, la figura del acróbata aéreo trae consigo la idea de la ‘superación del riesgo’ como una construcción estética, que sólo puede configurarse en una sociedad de riesgos, incertidumbres y ambivalencias. La estética del riesgo permite entonces la creación de manifestaciones como el ‘riesgo-espectáculo’ y el ‘riesgo-aventura’, ingredientes fundamentales para la venta de cuerpos y de vidas, transformando las formas de belleza y de humanidades, dentro de una lógica societaria de consumismo.

Cierra el libro el texto de Luciana Caliman, titulado “Cuando los estilos de vida se vuelven estilos de riesgo”. En este artículo rescata el abordaje del biopoder en la obra de Michel Foucault, con el objetivo de identificar sus limitaciones y usos posibles en el análisis de

la subjetividad contemporánea. Destaca la redefinición tecnocientífica de la noción de vida, su despolitización y la constitución de las identidades somáticas. Y da un enfoque especial al examen de la expansión del pensamiento y de las tecnologías de gestión del riesgo en el campo de la salud, en la actualidad. En todo el recorrido afirma que los estudios foucaultianos todavía pueden ofrecer herramientas útiles para el debate en torno del biopoder contemporáneo. Estos análisis posibilitan la construcción de un pensamiento crítico sobre el panorama de la gestión de los riesgos, propio del proyecto societario hegemónico, en el cual la búsqueda aséptica de la ‘salud perfecta’ se ha reinventado cotidianamente.

En mi condición de organizador de esta obra manifiesto mi gratitud a todos los autores por el compromiso en el trayecto que nos trajo aquí. La publicación que resulto en el libro electrónico (*e-book*) que el lector tiene ahora a disposición se debe al aporte de los compañeros y compañeras que ofrecieron trabajos inéditos en castellano, ahora publicados en este libro.

Mi agradecimiento también a Luiz Oswaldo Carneiro Rodrigues, o “LOR”, talentoso ilustrador que con su trazo sin par dio calidad al proyecto gráfico de la portada, potenciando con humor e inteligencia las pretensiones críticas del trabajo.

También quiero dar un especial reconocimiento a Eduardo Augusto Werneck Ribeiro por el apoyo ilimitado a la propuesta del libro en formato digital *open access*, haciendo viable el acceso gratuito y en línea. Este hecho robustece el propósito de esta iniciativa colaborativa/integrada, que desde su concepción ansiaba ‘devolverse a la sociedad’ como legítimo producto público, resultado de inversiones de similar orden.

Finalmente, manifiesto mis sinceros agradecimientos a Alencar Júnior, por la competencia en el manejo de la edición gráfica, y por su disponibilidad profesional al acoger sugerencias y superar todas las dificultades (que no fueron pocas) en el proceso de preparación del libro; y a Gabriel Tolosa Chacón, quien dio contribuciones preciosas en la revisión lingüística en castellano de todos los textos (y en la traducción de algunos de ellos), siempre con cuidado y agilidad.

Fruto de todos estos movimientos, la obra **Salud, Cuerpo y Sociedad** demarca una intencionalidad que nuclea esfuerzos/preocupaciones epistemológicas y ético-políticas, relativas a los muchos saberes y prácticas que delimitan, atraviesan y toman el campo sanitario como morada. El ejercicio de politizar conceptos e ideas en espacios de formación humana, implicados con las prácticas sociales – sea en la universidad, en los servicios públicos o en la gestión en salud –, es estratégico para el proceso de enfrentamiento y resistencia a la medicalización de la vida, a las desigualdades nefastas, que cada vez más contaminan las esferas de la colectividad humana.

Espero que los senderos dejados por el conjunto de reflexiones aquí reunidas conformen líneas de fuga a la inercia irrisoria del pensamiento dominante; y se muestren capaces de provocar (en el mejor sentido de la expresión) un sentimiento de inquietud intelectual, un deseo insurgente de ampliación de las fronteras de criticidad y de las arenas sociales para el debate que tales problemáticas claman.

Marcos Bagrichevsky
(Organizador)

HABLE CONSIGO MISMO: APORTES DE UN PLAN DE INMANENCIA ÉTICA, ESTÉTICA Y POLÍTICA DE LOS CONCEPTOS DE SALUD

**Luiz Carlos Rigo
Eliane Ribeiro Pardo
Tatiana Teixeira Silveira**

La problemática conceptual en la educación física brasileña

Aquellos que militan en el campo de la educación física seguramente ya se depararon con algún problema de tipo conceptual o terminológico. Después de los años 80, más que una cuestión de comunicación y de mera definición de términos, la problemática conceptual adquirió tal relevancia que pasó a comprometer la mayoría de los debates académicos del área (al menos es lo que diagnosticamos en el ámbito de la educación física brasileña). En función de las dificultades generadas por los desentendimientos terminológicos y, principalmente, por los parámetros y maneras con las que las divergencias conceptuales son tratadas, en ciertos temas y subáreas de la Educación Física, más que controversias académicas, predominan disputas discursivas en las que, muchas veces, sus propios autores encuentran serias dificultades para sustentar lo que están proponiendo. No hay dudas sobre la procedencia y sobre el campo epistemológico en el que se sitúan muchos discursos, consecuencia de lo cual es la reivindicación, por ejemplo,

del cambio de nombre del área o la sustitución de un concepto por otro.

En los encuentros científicos de la educación física brasileña y en el propio Grupo de Trabajo Temático de Epistemología del Colegio Brasileño de Ciencias del Deporte¹, no es extraño ver la discusión circular en la búsqueda, un tanto desesperada, como en un pase de magia, de los conceptos más apropiados, más correctos para el área. En otros momentos, lo que presenciamos es la instauración de impases, parálisis del debate académico, instauradas en función de disputas interminables entre ‘ese’ o ‘aquel’ concepto o, incluso, la pertinencia de operar con determinados conceptos. En esos debates, generalmente, el ejercicio analítico de intentar detectar la base epistemológica de donde emergen tales concepciones o – ampliando aún más esa perspectiva – el ‘plan de inmanencia’ de los conceptos (cómo fueron producidos, dónde están inseridos, de qué modo operan, en el sentido presentado por DELEUZE y GUATTARI), cuando no es pasado por alto, queda en un segundo plano. Eso parece indicar que estamos atravesando un momento en que las disputas teóricas del área y, con ellas, las disputas conceptuales están más impregnadas de juegos de poder que de ejercicio de pensamiento².

¹ Disponible en: <http://www.cbce.org.br/gtt-detalle.php?id=4>

² Sobre como viene ocurriendo el debate conceptual en el área, a título de ejemplo, retomo aquí la discusión incitada por Homero Lima en el XIII CONBRACE, cuando el autor levantó la tesis de la Muerte del Cuerpo. Esa hipótesis se inserta dentro de la filosofía Foucaultiana de la Muerte del Sujeto. La Muerte de un Cuerpo- el Cuerpo de la Modernidad -, y concerniente a eso, la emergencia de un nuevo Cuerpo. Para profundizar

Las razones que han contribuido para la configuración de ese cuadro son innumerables, entre ellas podríamos destacar: el esfuerzo que la Educación Física brasileña viene realizando, principalmente a partir de los años 80 del siglo XX, por consolidarse como ‘área científica/espacio’ en el cual los conceptos gozan de gran legitimidad; un rápido aumento de la cualificación académica (a partir de los años 90 del mismo siglo hubo un significativo aumento del número de maestros y doctores en el área); un sentimiento de inconformidad, señal de agotamiento con el paradigma (el discurso y el concepto) hegemónico en el cual la Educación Física del país asentó sus bases hasta la década de 1980; y por último, la influencia en el área de las transformaciones políticas y de una variedad mayor de teorías filosóficas.

La filosofía de Gilles Deleuze y Félix Guattari y la producción de conceptos

La hipótesis que aquí traemos de utilizar algunas contribuciones de Gilles Deleuze y Félix Guattari para el campo de la educación física, lleva en cuenta dos factores principales: el momento histórico que el área atraviesa, en su producción conceptual, lo cual, anteriormente, procuramos mostrar, y el papel singular que estos pensadores contemporáneos atribuyen a la Filosofía.

en ese debate, consultar la tesis de doctorado intitulada: “Do corpo-máquina ao corpo-informação: o pós- humano como horizonte biotecnológico”. (LIMA, 2004).

En el libro “¿Qué es la filosofía?”, publicado con la colaboración de Félix Guattari, Deleuze afronta el desafío de problematizar lo que puede ser la Filosofía. Principalmente, en el primer capítulo del libro, los autores construyen un concepto en el que apuntan la necesidad y pertinencia de la existencia de una filosofía ‘constructivista’, la cual se configura como el “*arte de formar, de inventar, de fabricar conceptos*” (DELEUZE y GUATTARI, 1992, p. 10). O, en el sentido más riguroso, como los propios autores dicen “*es la disciplina que consiste en crear conceptos*”³. Según Deleuze y Guattari es este el papel singular de la filosofía, necesario y suficientemente capaz de legitimar su existencia en el tiempo presente. Con consideraciones de esa naturaleza ellos distinguen tanto filosofía de ciencia y de arte como también explicitan que su propuesta difiere de por lo menos otras tres concepciones filosóficas: la que la concibe como contemplación, como reflexión y como comunicación. Según los autores no hay, en ninguna de esas tres concepciones, ni singularidad, ni rigor filosófico, ya que no hay en ellas creación de conceptos. “*La contemplación, la reflexión, la comunicación no son disciplinas, pero sí máquinas de constituir Universales en todas las disciplinas*”⁴.

Pero la filosofía de Deleuze y Guattari no puede ser confundida con especulaciones idealistas, los conceptos “*no nos esperan completamente hechos, como cuerpos celestes. No hay cielo para los conceptos. Ellos*

³ Idem, p. 13.

⁴ Idem, p. 15.

*deben ser inventados, fabricados, o antes, creados*⁵. Silvio Gallo señala *“para ellos la creación de conceptos es, necesariamente, una intervención en el mundo, ella es la propia creación del mundo”*⁶. Los conceptos son intervenciones en el mundo, pero ellos están siempre presos, limitados a las condiciones de posibilidad de su creación, por ello la necesidad de crear nuevos conceptos *“en relación con problemas que son los nuestros, con nuestra historia y, sobre todo con nuestros anhelos”*⁷.

Además de histórico, todo concepto proviene de un aliciente, de un plan, el cual Deleuze y Guattari denominan de ‘plan de inmanencia’. Pero, así como los conceptos, los planes inmanentes no están listos y no son la simple suma de varios conceptos, por lo contrario ellos son una especie de precondición para que el concepto pueda ser creado. Como definen los propios autores ellos son de naturaleza ‘prefilosófica’, ‘como una experiencia indagadora’⁸ es ‘lo más íntimo del pensamiento’⁹.

Bento Prado Júnior, al hacer un análisis sobre el lugar del plan de inmanencia en la filosofía constructivista y la relación del mismo con los conceptos, realiza la siguiente metáfora:

Si los conceptos precisan de un campo virtual previo, el plan no subsiste sin los conceptos que lo

⁵ Idem, p. 13.

⁶ Gallo, Silvio. *Deleuze & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p.41.

⁷ Gilles Deleuze e Félix Guattari. *Op. cit.*, 1992, p. 40.

⁸ Idem, p. 58.

⁹ Idem, p. 78.

pueblan y circulan en él como las tribus nómadas del desierto, o como las islas que hacen archipiélagos en el océano. Pero que la metáfora no nos engañe: puede haber desierto inhabitado y el océano ni siempre tiene su superficie interrumpida o salpicada por archipiélagos. (PRADO JÚNIOR, 2000, p. 39).

En síntesis podemos decir que la filosofía constructivista de Deleuze y Guattari “*tiene dos aspectos complementarios, que difieren en naturaleza: crear conceptos y trazar un plan*”¹⁰. A esos dos aspectos se suma un tercero: los ‘personajes conceptuales’.

Provenientes, pero también constituyentes de un plan de inmanencia, los personajes conceptuales configuran estrategia utilizada para que los conceptos filosóficos ganen vida. “*En la enunciación filosófica, no se hace algo diciéndolo, sino que se hace el movimiento pensándolo, por intermedio de un personaje conceptual*”¹¹. Ellos son los agentes de enunciación y actúan como portavoces de una filosofía. Entre otros, los autores citan el ejemplo de Zaratustra, personaje conceptual característico de la filosofía nietzschiana. Con estos tres elementos: ‘plan de inmanencia’ los ‘personajes conceptuales’ y los ‘conceptos’ Deleuze y Guattari instituyen una “pedagogía del concepto”¹².

¹⁰ Idem, p. 51.

¹¹ Idem, p. 87.

¹² Idem, p. 21. Mayores consideraciones sobre la singular “pedagogía del concepto” propuesta por Deleuze y Guattari, consultar el artículo de Giuseppe Bianco. “Gilles Deleuze Educador: sobre a pedagogia do conceito”. Educação & Realidade, (2002).

Salud pública y formación profesional

La salud es marcada en un cuerpo que es simbólico, donde está inscrita una regulación cultural sobre el placer y el dolor, así como ideales estéticos y religiosos. Destacando, así, en las diversas sociedades, el cuerpo simbólico, las representaciones de la vida y la muerte, de lo normal y anormal, las prácticas sanitarias no pueden silenciar sobre el tejido social marcado por las diferencias. El reconocimiento de carácter simbólico del cuerpo impide su representación como apenas una máquina anatómica funcional constituida por mecanismos bioquímicos e inmunológicos. (BIRMAN, 1991, p. 9).

Ese texto es movido por una voluntad de pensar – transitando fronteras disciplinarias de la educación física – el campo de la salud y su producción conceptual. Con el título metodológico, aunque estamos proponiendo una reflexión sobre la producción conceptual, estamos también induciendo una apertura del concepto de salud – así lo utilicemos como campo disciplinar, o como práctica social, o como valor que informa esa práctica. Señalamos así, de inmediato, la complejidad de la envergadura de discernir la frontera entre los niveles conceptuales y praxiológicos cuando se trata de pensar la salud. Mejor dicho nosotros la presuponemos y contamos con la complejidad de su lectura.

¿Por qué colocar en cuestión la producción conceptual en el campo de la salud? Esa pregunta emerge de una experiencia de enseñanza llevada a cabo durante los años 2003 y 2004 con dos cursos de alumnos de la materia: “Metodología de Encuesta Cualitativa”, ofrecida a estudiantes en educación física de la *Universidade Federal de Pelotas* y de

la materia “Encuesta Cualitativa en Salud Pública”, ofertada a profesionales de varias áreas, la mayoría de clase médica, residentes de la Escuela de Salud Pública del estado de Rio Grande do Sul. Ambas definían la encuesta como ejercicio de pensamiento fundamental en la formación del profesional del área de la salud. Traían para sus discusiones la formación en servicio, la formación del educador del cuerpo, la confluencia de problemáticas, las diferencias de campos de actuación, las influencias teóricas y prácticas recibidas. ¿Qué literatura estarían conformando los profesionales de las áreas de salud actualmente? ¿Cómo concebían la salud en sus discursos? ¿Es posible pensar las prácticas de los profesionales de la salud sin considerar las relaciones de poder que configuran su campo de actuación, marcado por un mercado de trabajo voraz? ¿Cómo conceptualizar la salud sin perder de vista la complejidad de su envergadura?

El campo de actuación del profesional de la salud le exige respuestas a cuestiones de difícil adecuación conceptual: la eutanasia, la clonación, la industria de los medicamentos, el contrabando de órganos, el lucrativo mercado de las patentes de genes emergente del genoma, el SIDA, el hambre, los padrones estéticos del cuerpo, la obesidad desnutrida, la depresión, el estrés, la práctica del suicidio, la necesidad de regulación profesional, las demandas éticas provenientes de los sectores industriales, comerciales, publicitarios, farmacéuticos y estéticos.

Aprender a producir conceptos operadores apareció en esa experiencia de enseñanza como condición esencial, apuntando a una intervención cualificada de

los profesionales en sus campos de actuación, como una necesidad inmediata, para operacionalizar conceptos que vislumbrasen otras pistas para pensar tal cuadro.

Ese artículo ‘escribe’ sobre una formación docente interrogándose a partir de la experiencia compartida. Su fuerza se encuentra menos en lo que dice y más en lo que significa cuando se transforma en intento de pasar límites disciplinares. Buscamos tanto ejemplificar la experiencia de una producción conceptual del área de la salud, significando lo escrito, trayendo para el texto diversos puntos de vista, recogidos en nuevos e innumerables textos. Como problematizar la salud, tomándola como concepto que organiza ideas, explica puntos de vista, valora intervenciones. ¿Osadía? No sabemos. ¿Quién sabe? ¿Y qué importa eso? Pensar requiere más desprendimiento y menos arrepentimiento.

El título “Hable consigo mismo” es un invitación a la reflexión. Utilizando la película “Hable con ella” de Pedro Almodóvar fueron puestos en cuestión la inmanencia de la ética atravesando el plan configurado y los procesos de discusión en torno a la salud, sus conceptos operadores y sus desdoblamientos específicos en los campos de la salud pública y de la educación física.

La película comienza. Cortinas rosa salmón se abren y revelan el palco teatral. La pieza “Café Müller” emociona a la platea y hace rodar las lágrimas del sensible Marco al son de “*The Fairy Queen*”, de Henry Purcell. En la secuencia, sentados lado a lado- Benigno y Marco, personajes centrales de la trama- asisten al espectáculo de Pina Baush: dos mujeres

tristísimas, absolutamente solas, recorren dispersas un mundo de sillas sueltas, escenario donde un hombre desesperado intenta abrirles espacio y evitar la caída en vano. Ellas tropiezan, caen, se chocan con paredes. En otra toma, Benigno narra esa escena. Es enfermero. Acompaña a Alicia día y noche – joven en estado de coma hace cuatro años. Benigno cuida de Alicia. Observó sus pasos de bailarina durante largo tiempo por los vidrios de una ventana. Aprendió sus hábitos. Imitó su gusto por la danza. Descubrió el cine mudo. Y ahora, habla con ella. Le cuenta lo que vio, oyó, soñó. En una noche de guardia, Benigno le narra a Alicia la película muda “El amante menguante”. Poco a poco la palabra de Benigno, su mano deslizándose sobre la piel de ella, la poca luz del cuarto entrando en el cuerpo de la joven en coma y el sexo se van desparramando por la escena, desarrollando su tragedia delante de la fértil imaginación del espectador. No fuese Alicia a reaparecer en la escena más adelante embarazada, tal vez el enriado fuese otro.¹³

Esa producción cinematográfica fue seleccionada por razones de orden metodológico y de estilo: en primer lugar, la imagen cinematográfica del coma en Almodóvar, fueram apelo estético, estampa definitivamente la sombra etérea que planea a sobre la imposibilidad de que la razón desentrañe, finalmente, los misterios de la vida y de la muerte. Al traernos la cuestión del comienzo perdido, de

¹³ Título Original: “Hable con Ella”. Director: Pedro Almodóvar. Año: 2002. País de origen: España. Duración: 112 min. Elenco: Javier Camara, Dario Grandinetti, Leonor Watting. Distribuidora: Fox.

la disolución de las fronteras, es el dualismo fundamental que está siendo despedazado, aquel que corta con lo moderno.

A la película le sumamos lecturas académicas. Fueron incluidos también, los conceptos de salud encontrados en diversos 'textos': periódicos, revistas, literatura especializada, etc. Las discusiones tratadas en los grupos de estudio apuntaron dificultades conceptuales colocadas en el área cuando se trata del intento intelectual de problematizar la actuación profesional en el campo de la salud – comprendida como una experiencia humana marcadamente simbólica, representada conceptualmente a partir de valores sociales, históricos, culturales, económicos y morales. El resultado fue la confección de textos cuya perspectiva intentaba construir un concepto de salud que contemplase la riqueza de la discusión desarrollada. Pasajes de esos textos ilustran el presente artículo.

Problematizamos la salud como un campo de discursividad constituido de objetos y de verdades, cuyo nivel de complejidad requiere del profesional un ejercicio radical sobre sí mismo en el sentido de construir conceptos capaces de transformarse, por el alto grado de éxito en sus efectos, en matrices de razón práctica- hijas de un pensamiento que se inclina sobre su propia dispersión.

Toda producción conceptual envuelve decisiones, recortes, establecimiento de perspectivas y reglas. La formación de conceptos en áreas como la salud se da en espacios políticos en los que los saberes y poderes presentes ahí probarán el carácter representacional, cultural, simbólico de todo el concepto cuando se refiere a prácticas de experiencia humana.

Formar conceptos en esa línea de análisis, puede tornarse una práctica peligrosa. Al operar conceptos, se reduce el uso de determinado término o expresión, atribuyéndole un único sentido, o mejor, un concepto nuevo. No obstante, no los forma, nos obliga a no contestar, a no dudar, a no pensar. Sobre la formación de los conceptos Nietzsche (1983, p.83) resalta *“La desconsideración de lo individual nos da el concepto, así como nos da también la forma, mientras que la naturaleza no conoce formas ni conceptos, ni conoce tampoco especies, pero solamente una ‘X’, para nosotros, inaccesible”*.

Nietzsche señala el carácter perspectivo de la elaboración conceptual, resultante de un ejercicio intelectual que opera por el encubrimiento y el olvido. Encubrir en el sentido de intentar retirar del concepto toda posibilidad de mentira suya. Olvido porque *“todo concepto nace de la igualdad de lo no igual”* y es ese movimiento arbitrario del intelecto en dirección al abandono de las diferencias individuales que va a instaurar una verdad pasible de atribuirse a hechos, condiciones, valores que puedan *“servir a un sin número de casos, más o menos semejantes”*. Al señalar ese movimiento arbitrario y perspectivo de toda la elaboración conceptual es la verdad que retoma su carácter histórico, y por tanto, mutable.

Por tanto, ¿qué es la verdad? Un batallón móvil de metáforas, metonimias, antropomorfismos, en fin, una suma de relaciones humanas, que fueron enfatizadas poética y retóricamente, transpuestas, adornadas, y que, después de largo uso, le aparecen a un pueblo, sólidas, canónicas y obligatorias: las verdades son ilusiones, de las cuales se olvidó que lo son, metáforas que se desgastaron y sin

fuerza sensible, monedas que perdieron su efigie y ahora son consideradas solamente como metal, no más como monedas (NIETZSCHE, 1983, p. 48).¹⁴

Dilemas conceptuales: la imposición de la ética

El amor aquí es una experiencia de autotransformación, donde todo el buen sentido social es roto en pro de un encuentro fundamental [...] Lo que Almodóvar nos cuenta es la gran historia de amor imposible entre hombres y mujeres, es el gran manual de descifrado de las mujeres, es la imposibilidad, más radical y absoluta, del encuentro deseado, perenne y permanente. Y es también, una oda a la vida cuando recoloca frente a frente a un hombre y a una mujer volviendo a comenzar una vez más y siempre, la recreación del mundo. La vida llama y el amor es la única e imposible salida. (Alumno-Residente).

Es posible constatar una enorme cantidad de productos teórico-metodológicos colocados a disposición cuando se trata de pensar la intervención en el campo de formación profesional en la salud. El grado mayor o menor de suceso en las decisiones profesionales dependerá de la capacidad del sujeto de lidiar con lo inesperado, con lo que escapa a lo previsto, con lo que transborda del plan elaborado: fuerzas

¹⁴ Un ejemplo de esa naturalización de las mutaciones conceptuales de las metáforas y su fetichismo histórico podemos encontrar en la encuesta de Stephen Jay Gould (1999) sobre los números científicamente encontrados a respecto de las medidas humanas, en especial las medidas del cráneo y la inteligencia, oriundas de las encuestas neo-darwinistas y sus descubiertas altamente prejuiciosas e ideológicamente comprometidas.

vitales, segregadas por prácticas históricas de jerarquización de las racionalidades, de sumisión de sus diferencias, en pro de un proyecto para el occidente, cuyos cimientos se encontraban en última instancia en una razón omnipresente delante de una naturaleza hostil, indigesta, estuviese ella relacionada dentro o fuera del hombre.

Una razón que opera en función del establecimiento de normativas, parámetros universales, criterios de normalidad, previsiones históricas, naturales, generalidades, imperativos categóricos, expresados en el lenguaje conceptual de la filosofía y de la ciencia.

Mientras tanto, es necesario resaltar que la exigencia de un ejercicio racional sobre sí mismo anteriormente apuntada presupone un sujeto portador también de tales exigencias, esas que apenas aquellos seres dotados de voluntad son capaces de entender. Tal ejercicio exige una constante disposición para los desplazamientos, las dudas – desear lo desconocido, lo distante, entregarse a lo que no puede ser formatado – en términos de aquello que la operación intelectual de conceptuar pueda venir a significar cuando corta la experiencia, cuando recorta la perspectiva, de aquello que ella significa de riesgo para el proceso de creación en la medida que converge para una forma académicamente aceptable, sin embargo, repetitiva de un mismo modelo calcado en las prácticas.

Cuando alguien esconde una cosa detrás de un arbusto, va a buscarla allí mismo y la encuentra, no hay mucho que elogiar en ese buscar y encontrar de la ‘verdad’ en el interior del distrito de la razón [...]el indagador de esas verdades procura, en el fondo, apenas la metamorfosis del mundo en hombre, lucha por un entendimiento del mundo como

una cosa como semejanza del hombre y conquista, en el mejor de los casos, el sentimiento de una asimilación (NIETZSCHE, 1983, p.50).

El profesional de la salud transita entre esos dos aspectos que envuelven la elección de los conceptos considerando la complejidad del campo en cuestión: por un lado, recorrer aquellos que operan de modo casi inmediato en determinadas situaciones colocadas por el ejercicio de la profesión (manejo de conceptos técnicos, informaciones actualizadas, nuevos métodos etc.). Por otro lado, transitar el espacio vacío producido a partir del encuentro entre el concepto técnico y pasivo de alguna generalización y las demandas singulares venidas de la confrontación ahí producido, caracterizadas en la experiencia del profesional, su temporalidad, su espacio subjetivo, su campo específico de actuación, sus decisiones éticas.

Producir conceptos propios implica enfrentarse con ese dilema comprensible cuando se está tratando de acciones humanas, demasiadamente humanas. ¿Cómo lidiar, juzgar o prescribir la salud del otro sin instituir una práctica normativa en una sociedad marcada por una concepción homogénea de cuerpo, de pensamiento, de deseo? Exige preguntarse sobre las posibilidades de pensar diferente la propia experiencia y las verdades conceptuales de que disponemos para explicarla.

Habría espacio todavía para muchas reflexiones. Con todo, me gustaría finalizar mi comentario con una indicación que se me ocurre. La cuestión de la posición en la que se encuentran las personas que juzgan cualquier realidad moral o culturalmente diferente a la suya. Con mi pensar psicológico, podría

detectar una serie de patologías relacionadas con el comportamiento de Benigno. Sin embargo, sería necesario un observar de las cosas desde el punto de vista de él. Es en ese camino que he buscado ampliar las percepciones, para que los preconceptos y las rotulaciones cedan lugar a una comprensión más próxima de lo humano, que realmente lleve en cuenta a las personas y sus diferencias (Alumno-Residente).

Partiendo de esta lectura, se nos obliga a trazar, en torno del concepto de salud – soporte del profesional en su intervención – un puñado de relaciones que puedan dar cuenta de la complejidad señalada.

El concepto de salud nos remite históricamente al concepto de enfermedad. Durante mucho tiempo salud significó ausencia de enfermedad. De esa forma, la sociedad pasó a dividirse, también, en sanos y enfermos, físicamente activos y sedentarios o, gordos y delgados:

Fueron innumerables las sociedades que aceptaron con alegría la presencia de los gordos y desconfiaron de los flacos, como si esta expresase un déficit intolerable para con el mundo. El ser delgado era asociado a una enfermedad y el peso del cuerpo no parecía un pesar. Sin embargo, en el transcurrir de este siglo, los gordos precisaron hacer un esfuerzo para adelgazar ya que se sentían bien más pesados que su propio peso. O entonces fueron llamados a exponer su gordura de alguna utilidad pública (Sant'Anna, 2001, p. 21).

Se trata así, de retirar la salud del plan abstracto de una elaboración intelectual – colectiva o individual – del plan puramente conceptual, de transportarlo al terreno de las prácticas cotidianas

donde sus significados, además de movilizar, muchas veces de forma radical, el campo discursivo, adquieren valor en el proceso de operacionalización de las acciones, de experimentar de modo singular su sistematización.

Eso significa ejercer una mirada de sospecha sobre el campo profesional en su hacer diario, en el sentido de crear para sí una poética del hacer (CERTÉAU, 2000)¹⁵ que se contraponga a los apelos del empirismo fácil de las respuestas listas, cuyo suelo metafísico presupone una imagen calcada sobre la supuesta naturaleza de los seres y de las cosas. Por otro lado, es necesario que también se contraponga a los poderes políticos, ideológicos, y morales de la racionalidad científica históricamente cimentada en la voluntad de concepto y de filiación. Esas estrategias de marketing son peligrosas porque disfrazadas y olvidadas en el interior de conceptos pretendidamente neutros: “*hable consigo mismo*”; “*trabaje sobre su propio pensamiento, sobre sus trayectorias, sus tentativas*” son imperativos contradictoriamente vinculados a una decisión ética.

El proceso de singularización del profesional de salud, pasa por un continuo ejercicio de mirarse a sí mismo dentro de una dinámica en que la trayectoria

¹⁵ Una de las características capaces de mostrar esa complejidad de la encuesta en el campo de la “Nueva Salud Pública en Brasil”, llamada de “Salud Colectiva”, se encuentra, según Birman (1991) en la exigencia de la interdisciplinariedad, en la medida en que las problemáticas oriundas de ahí - relativas a las relaciones entre naturaleza y cultura- demandan diferentes lecturas así como permiten la construcción de diferentes objetos teóricos.

de esa producción se torna un plan de visibilidad de ese ejercicio de procesarse en otro en acciones registradas, analizadas, recortadas, bien como transborda lo puramente formal para transformarse en lugar de impase entre el concepto burocratizado, normativo, meta de los metodólogos – aquellos que procuran detrás del arbusto algo que ya sabían de antemano que estaba allí – y la intervención de como ese ejercicio ético en dirección a la creación de la propia acción exige del profesional una acción pensada, asumida, un compromiso y una implicación con los resultados, una transgresión en casos extremos en los cuales la norma y la ética ganan visibilidad incontestable en la definición de las conductas.

Conceptuar, en esa perspectiva, es volverlo ético al pensamiento. Doblarlo en acciones creativas, emergentes de una experiencia que se interroga todo el tiempo, que ensaya hipótesis, recorre la memoria y, también, al olvido, defiende tesis, transita por lo desconocido. Esos elementos, cuando son organizados según presuposiciones éticas, estéticas y políticas apuntan a constituir un principio racional de acción dirigido por la búsqueda de expansión de las fuerzas vitales formadoras en contraposición al ‘tú debes’, traducido en acciones pautadas apenas por códigos morales normativos.

Tales acciones conllevan decisiones muchas veces asumidas en medio a polémicas del área, y presuponen riesgos: miedos de la ausencia de diálogo entre los pares, sospechas de que algo pueda ‘salir mal’. El error aquí aparece menos como fuerza reactiva y estancada y más como dolor experimentado en dirección a una toma de decisión arriesgada.

Veamos ese análisis realizado a partir de la película, que nos permite pensar los elementos en una toma de decisión:

Lo más destacado en la película de Almodóvar es la relación del enfermero con la joven en coma [...] y toda la polémica que coloca sobre lo que es salud y enfermedad, vida y muerte. ¿Sería el personaje un psicópata por tratar a la joven como normal? ¿Bueno al punto de mantener con ella una relación amorosa? ¿Fue un acto de amor o una agresión, una violación? Si es analizado solamente por el lado de la razón, de la ética profesional, de la moral y de las buenas costumbres es extremadamente controvertido. Pero, si prestamos atención en la forma como las escenas fueron sutilmente presentadas, mostrando un trato cariñoso por parte de él, en un esfuerzo por traerla a la vida, a través de las historias contadas, de las películas narradas, de los cuidados con el cuerpo y de todas sus actuaciones, nos sensibilizamos. Para él ella estaba viva. Y estaba realmente. Fue lo que se constató más tarde, al salir del coma. ¿Habría sido su acto de extremo amor, enfermo o no, lo que la trajo de vuelta a la vida? ¿O fue la nueva vida generada en su vientre? Lo que para él estaba dentro de lo normal, para los otros no estaba. Sus actos controvertidos llevan a las personas a juzgarlo como enfermo, psicópata, la defensa de un castigo puro y simple, sin llevar en cuenta el contexto donde todo ocurrió (Alumno-Residente).

Entre la vida y la muerte: cambio de límites para pensar la salud

A través de sus actores, verdaderos ‘personajes conceptuales’, en el sentido Deleuziano, la película de Pedro Almodóvar suscita en los profesionales del

área de la salud una serie de inquietudes, tales como la problemática de lo normal y lo patológico¹⁶, las fronteras entre la ley, la moral y la ética o todavía la enfermería como una ‘ciencia sensible’¹⁷. Entre todas las cuestiones originadas por la película destacamos aquí la ambigüedad muerte y vida presente en el estado de coma de la paciente, bien retratada en la última parte.

Tal vez el estado de coma nos cause a todos cierto impacto porque es una especie de contrapunto a los discursos modernos que intentan institucionalizar y racionalizar al máximo la muerte, creando entre ella y la vida una falsa dicotomía, retirando al máximo la muerte de la esfera de la vida. Norbert Elias (2001) denunció que en las sociedades modernas la muerte se tornó “*uno de los grandes peligros biosociales en la vida humana*”, cada vez más es “*empujada hacia los bastidores de la vida social*”. Elías añade: “*nunca antes en la historia de la humanidad los moribundos fueron alejados de manera tan ascéptica para fuera de los bastidores de la vida social; nunca antes los cadáveres humanos fueron enviados de manera tan inodora y con tal perfección técnica del*

¹⁶ Para una profundización filosófica de las cuestiones que envuelven lo normal y lo patológico, consultar: Georges Canguilhem. “O Normal e o Patológico”. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

¹⁷ La hipótesis de la existencia de una “ciencia sensible”, que encontraría en la enfermería un ejemplo, es hecha por Jacques Gauthier en su artículo: “O que é pesquisar: entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência”. In: Educação & Sociedade, Campinas, 1999.

lecho de muerte a la sepultura” (ELIAS, 2001, p.31). Al contrario de ese intento de retirar la muerte de la vida, el estado de coma nos recuerda que, más que una dicotomía, entre la vida y la muerte hay una continuidad, e, independientemente de nuestra edad y estado físico-psíquico, todos somos mortales.

Por fin, cabe destacar lo que pretendemos y lo que no pretendemos hacer en este texto, la primera cuestión de nuestro objetivo fue destacar y refutar cualquier pretensión de encontrar una nueva definición terminológica – un concepto listo – sobre salud que fuese capaz de apaciguar las inquietudes que este concepto viene suscitando, principalmente, en el campo de la educación física y áreas a fines. Coherentes con la perspectiva de Deleuze y Guattari procuramos atender la alerta que ellos nos dan cuando dicen que siempre hay una “*insuficiencia del concepto*” (WORTMANN y VEIGA-NETO, 2001, p.26).

Además de eso, entendemos que en el día de hoy el propio concepto de salud pasa por una fase de transición, él es un concepto en disputa, una disputa epistemológica, pero también política, que envuelve saber y poder en el sentido que señaló Michel Foucault. Por ello, lo que pretendimos hacer en este artículo fue enfatizar la necesidad de nuevas prácticas discursivas en el campo de la salud colectiva brasileña y de la educación física.

En ese sentido apuntamos la necesidad de construir discursos que hablen de una perspectiva del cuerpo y de la salud que no esté viciada por el lenguaje del pensamiento dicotómico de salud *versus* enfermedades, normal *versus* patológico, vida *versus* muerte. Buscamos discursos que hablen de prácticas

corporales en los que predominan opciones éticas y estéticas de la salud y el cuerpo en detrimento de las prácticas y de los discursos políticamente dependientes del ‘biopoder’¹⁸ Estatal. Con la esperanza de que *“es el propio uso de una palabra o de una expresión lo que va determinando, paso a paso y, a lo largo del tiempo, los sentidos que les atribuimos”* y *“esos sentidos se conectan con otros y esos, con más otros, en una inmensa, intrincada e inestable red de semejanzas y afinidades”*¹⁹, osamos construir un concepto de salud próximo a lo que Nietzsche llamó de ‘gran salud’²⁰ aquella que desafía el ‘biopoder’ todo el tiempo.²¹

¹⁸ ‘Biopoder’ es el concepto utilizado por Michel Foucault, para hablar de las estrategias que la sociedad moderna utiliza para instituir políticas y prácticas de gobernabilidad sobre el cuerpo. Foucault destaca que el ‘biopoder’ no está ligado a la represión, a la prohibición, por lo contrario, actuando en el campo de la micropolítica, el ‘biopoder’ incentiva, manda hacer. Él dicta normas de conducta sobre el cuerpo y sobre la vida moderna. Mayores consideraciones sobre la genealogía del poder en Michel Foucault ver: Dreyfus, H. e Rabinow, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

¹⁹ WORTMANN, Maria Lucia e VEIGA-NETO, Alfredo, 2001, p. 26.

²⁰ Nietzsche hace algunas reflexiones sobre su concepción de una ‘gran salud’, en el libro “Humano, demasiado humano”.

²¹ Una noción sobre el estado del arte de los discursos y también del concepto de salud en el ámbito de la educación física brasileña puede ser encontrado consultando la producción hecha por el GTT Salud del Colegio Brasileño de Ciencias del Deporte (CBCE). Como ejemplo de esa producción podemos citar el Libro brasileño “A saúde em debate na educação física”, organizado por Marcos Bagrichevsky, Alexandre Palma e Adriana Estevão, Editora Edibes, 2003.

Por lo que todo indica, no sabemos con certeza lo que escondemos detrás del arbusto. Y eso no nos hace más o menos serios académicamente. Apenas nos tranquiliza el hecho de que estamos intentando escapar de nosotros mismos. Escribir lo que todavía no sabemos. ¿Imprudencia filosófica? Tal vez. No obstante, recordamos que “los conceptos más universales, los que son presentados como formas o valores eternos son, desde este punto de vista, los más esqueléticos, o menos interesantes” (DELEUZE y GUATTARI, 1992, p. 109).

Referencias

ALMODÓVAR, Pedro. *Hable con ella*. España: Fox, 2002. DVD. 112 min.

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. (Orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes, 2003.

BIANCO, Giuseppe. Gilles Deleuze Educador: sobre a pedagogia do conceito. *Educação & Realidade*, v. 27, n. 2, p. 179-204, 2002.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. *Physis*, v. 1, n1, p. 8-12, 1991.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano 1: artes de fazer*. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos: seguido, de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GALLO, Silvio. *Deleuze & a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GAUTHIER, Jacques. O que é pesquisar: entre Deleuze-Guattari e o candomblé, pensando mito, ciência, arte e culturas de resistência. *Educação & Sociedade*, n. 69, p. 13-32, 1999.

GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LIMA, Homero Luis Alves. *Do corpo-máquina ao corpo- informação: o pós- humano como horizonte biotecnológico*. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

NIETZSCHE, Friedrich. *A genealogia da moral*. Lisboa: Guimarães, 1983.

NIETZSCHE, Friedrich. Humano, demasiado humano. In: *Os pensadores: obras incompletas*. São Paulo: Victor Civita, 1983. p.83-152.

NIETZSCHE, Friedrich. Sobre verdade e mentira no sentido moral e extra moral. In: *Os pensadores: obras incompletas*. São Paulo: Victor Civita, 1983. p. 43-52.

PRADO JR, Bento. A idéia de “Plano de Imanência”. In: ALLIEZ, Eric (Org.). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 307-322.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

WORTMANN, Maria Lucia Castagna; VEIGA-NETO, Alfredo. *Estudos culturais da ciência & educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

EL DEBATE SOBRE EL “CONCEPTO AMPLIADO DE SALUD” Y SUS IMPLICACIONES ÉTICO-POLÍTICAS: EXTRACTOS DEL CONTEXTO BRASILEÑO

Marcos Bagrichevsky

INTRODUCCIÓN

*Una de las formas de la salud es la enfermedad.
Un hombre perfecto, si existiera,
Sería lo más anormal que se podría encontrar.
(Fernando Pessoa, poeta portugués)*

En Brasil los nexos y disensos entre salud, enfermedad y sociedad (y los significados de esas relaciones) hace mucho vienen siendo provechosamente debatidos, revisitados, por distintas áreas del conocimiento y, en particular, por la salud colectiva.

Bajo la mirada de los efectos expropiadores de la producción capitalista existen estudios que privilegiaron enfoques históricos y contemporáneos sobre las insalubres condiciones de vida de las clases pobres y trabajadoras (ENGELS, 1976; MOURA, 1989; BREILH, 2010; DEJOURS, 2015).

Densas críticas también fueron formuladas en cuanto a la dimensión iatrogénica de la medicina, al poder excluyente de los grandes conglomerados de la industria farmacéutica, a la medicalización social (ILLICH, 1982; SFEZ, 1994; CANGUILHEM, 1971; CONRAD, 2007) y a las inequidades sociosanitarias

que condicionan y determinan el perfil colectivo del padecimiento y la mortalidad, predominante en las clases menos favorecidas de la población¹ – considerando tanto las nuevas enfermedades como las reemergentes (NOGUEIRA, 2010).

Esos y otros trabajos clásicos de investigación que por aquí circulan han sido incorporados por investigadores brasileños desde la década de 1970, conformando una consistente tradición de análisis contrahegemónica en disciplinas como la sociología de la salud, la antropología médica, las ciencias políticas, la filosofía de la salud, etc.

De forma paradójica, en Brasil la educación física, desde mi mirada, todavía se presenta como débil, en relación con las tematizaciones críticas del binomio salud-enfermedad y sus relaciones contextuales. En este sentido, se extraen importantes observaciones a los argumentos de Rigo *et al.* (2019), cuando afirman que *“la problemática conceptual adquirió tamaño relevancia que pasó a comprometer a la mayoría de los debates académicos del área [...] principalmente por la[s] maneras con las cuales las divergencias conceptuales son tratadas”* (p. 28). Los autores siguen mostrando la necesidad de construir una discusión más politizada en la educación física acerca *“de una perspectiva de [...]*

¹ La expresión **clases menos favorecidas de la población** se aplica a las naciones de todos los rincones del planeta, con mayor énfasis en los países subdesarrollados del tercer mundo, entre los cuales incluyo a Brasil; no por su pujanza económica o por la magnitud de riquezas aquí producidas y sí por la distribución asimétrica, perversa e inicua de toda esa riqueza entre la gran mayoría de la población brasileña (pobre, sin escolaridad y excluida de posibilidades de ascenso social).

salud que no esté viciada por el lenguaje del pensamiento dicotómico de la salud versus las enfermedades, normal versus patológico, vida versus muerte” (p. 48).

Para no volverse una actividad intelectual vaciada de sentido, ‘conceptualizar’ salud y enfermedad no debe representar solamente una inversión en pro de la comprensión de terminologías y sus correspondencias semánticas, léxicas y etimológicas. Antes se necesita constituir como una práctica socialmente situada, a partir de la cual sean reconocidos los aspectos culturales, económicos, políticos, éticos, inherentes al proceso de salud-enfermedad-cuidado, como también las repercusiones macro y microestructurales que resultan de esto (BREILH, 2010).

Y aunque se adopte determinadas nociones explicativas para expresarlas (la salud y la enfermedad), se hace necesario reconocer que conceptos, definiciones y taxonomías son instrumentos limitados, empleados en con la intención de capturar parcialmente el(os) significado(s) de determinados fenómenos... ¡Algo no siempre factible! De este modo, por más ‘elaborado’ que sea el concepto apenas se trata de una representación simbólica e imprecisa de la realidad.

Al introducir ese escenario problematizador y consciente de la dificultad impuesta por la compleja tarea de trabajar con conceptos en un espacio textual limitado (como es este artículo) busco dialogar –de forma esquemática y sintética– con fragmentos de ideas sobre la salud y la enfermedad para pensar sus implicaciones.

Parto de dos obras clásicas muy caras al campo de la salud colectiva brasileña: **“A doença”**, de Giovanni Berlinguer (1988), y **“O que é saúde?”**

de Naomar de Almeida-Filho (2011). De ellas fueron retomadas algunas categorías analíticas destacadas en cada trabajo. Tales referencias fomentarán algunas percepciones para la reflexión pretendida.

CONTRIBUCIONES DE GIOVANNI BERLINGER: “A DOENÇA” (1988)

A pesar de que pasaron más de 30 años de la publicación del libro “*A doença*” (BERLINGUER, 1988) en Brasil, la densidad conceptual y la relevancia de este trabajo seminal permanecen intactas. Las preguntas analíticas planteadas por este autor con respecto a los problemas diarios que enfrenta el campo sanitario siguen siendo absolutamente actuales y esenciales. Este es uno de los libros fundamentales para apoyar un sustrato teórico sólido y para facilitar el enfoque con concepciones y hechos vinculados a las dimensiones de la salud y la enfermedad y sus aspectos condicionantes, que se sabe que van más allá de la esfera biológica del conocimiento.

El legado y la influencia de Giovanni Berlinguer, tanto como intelectual emprendedor (tiene una vasta producción de obras muy importantes) como político militante de causas sociales en el continente europeo y en Brasil, incluso después de su muerte en 2015, siguen siendo notables. Los innumerables pasajes de este renombrado sanitarista y bioético italiano en tierras brasileñas, especialmente en la década de 1980, tiempos remanentes de la dictadura militar, aportaron contribuciones únicas al Movimiento de Reforma Sanitaria. Entre ellos podemos mencionar la

participación efectiva en debates iniciales y acciones que condujeron a la constitución e implementación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1990.

Prueba cabal del reconocimiento de este libro em Brasil la ilustra la iniciativa de una importante institución como el *Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)*² que recientemente dispuso una versión digital, para descarga gratuita en su página web: (<http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>).

De manera general, el trabajo explica cuán ardua es la tarea de conceptualizar la ‘enfermedad’, especialmente si tenemos en cuenta las numerosas diferencias entre los puntos de vista existentes (muchos de ellos con valores opuestos y visiones del mundo) sobre el tema. A pesar de su complejidad temática, el libro destaca por su escritura fluida, fácil de entender y que invita a la reflexión.

Una cuestión es central para el argumento del libro: Berlinguer afirma que, en relación con las civilizaciones llamadas ‘primitivas’, sería menos problemático pensar en la enfermedad como la ausencia o la supresión de algún principio vital. Sin embargo, en el mundo moderno este principio es demasiado conflictivo. En este sentido, utiliza el ejemplo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en 1946 buscó legitimar políticamente una ‘definición integral’ de salud, dando a conocer al público la idea de “*completo bienestar físico, mental y social*”. Además, al retratar

² Entidad histórica de la salud pública brasileña (www.cebes.org.br) poseedora de los derechos autorales del libro de Berlinguer.

la salud de tal manera, por extensión también planteó la existencia de un vínculo implícito entre ‘malestar mental y social’ y ‘enfermedad’. En consecuencia, la definición de la OMS ha ampliado exponencial y obligatoriamente el papel del sector de la salud y el potencial de medicalización de la sociedad³ (es decir, las posibilidades de transformar cualquier signo menor de conflicto ordinario de la vida cotidiana y cambiar las relaciones entre humanos, ocasión y pretexto para tratamiento médico-farmacológico).

Otro elemento aportado por el autor relevado es el cuestionamiento presentado a las diversas definiciones de diccionario, legales y enciclopédicas de enfermedad, resaltando las muchas imprecisiones contextuales y la baja resolución de los problemas de la vida que nos ofrecen estas contribuciones terminológicas. A partir de la presentación de este panorama de ideas, Berlinguer pregunta provocativamente: pero después de todo, ¿qué sería una enfermedad? Y lo hace con el claro propósito de incitar la interacción de los lectores con su obra, para que de ella sean emanados, reconstituidos, nuevos conceptos y percepciones.

El rostro opresor de la vida: enfermedad como sufrimiento, diversidad y peligro

En tres capítulos del libro Berlinguer resalta el rostro negativo, doloroso y opresor de la enfermedad.

³ Tema neurálgico profundizado por otros intelectuales de referencia en el campo (ILLICH, 1982; CONRAD, 2007).

Entonces esta aparece dimensionada como ‘sufrimiento’, ‘diversidad’ y ‘peligro’. El autor pide que nos pongamos en el papel de enfermo, que sintamos/pensemos sus heridas y que intentemos comprender cómo la enfermedad es duramente enfrentada por quienes la encarnan.

Cuando clasificó a la enfermedad como **sufrimiento**, el autor buscó, en particular, enfatizar que el sujeto de esta acción (la persona que sufre) no puede ser culpado o castigado por su enfermedad. Habría, por decirlo así, “cierta prepotencia subsumida de las personas sanas con relación a los enfermos”, hecho que conduciría a la ampliación de las desigualdades y la discriminación social que afectan a los enfermos. Berlinguer argumenta que, para cambiar esta situación, sería imperativo que todas las personas pudieran contar con: (i) el derecho y la libertad de enfermarse sin sufrir estigmatización; (ii) amplio acceso al tratamiento, con atención suficiente y adecuada, siempre que sea necesario, independientemente de su estatus social, edad, género, etnia o creencia religiosa. Estas son las complejas premisas planteadas por el investigador, dadas las agudas y profundas desigualdades socioeconómicas que prevalecen en Brasil, aunque estos problemas deben ser reconocidos como prioridades urgentes para la nación y como el deber político de los gobernantes.

La enfermedad entendida como **diversidad** es otra elaboración interpretativa sugerida. Berlinguer admite que la noción de diversidad aparece en la historia occidental, peyorativa y frecuentemente, como anormalidad, desviación o condición de inferioridad (del enfermo) en comparación con el promedio de la

población. El autor cuestiona este enfoque y propone traer a colación los temas de la norma biológica⁴ y de la norma social⁵, para poner en jaque los modos descontextualizados de dictaminar, en ciertas situaciones, el proceso de salud-enfermedad-cuidado. El higienista italiano afirmó que, en los enfoques hegemónicos, con cierta constancia, se recurre apenas a una de las normas para establecer lo que sería anormal y patológico. Desde el punto de vista ético y de la justicia social, las enfermedades deben entenderse como diferencias y no como dimensiones desviadas (¡generadores de prejuicios!). Como no todas las enfermedades son anormales, también sería un equivocado establecer la relación inversa, entre salud y normalidad.

En otra parte de su trabajo, Berlinguer argumentó que en todas las épocas las enfermedades se han considerado una amenaza para la humanidad, entendidas como un **peligro** inminente. Algunos acontecimientos históricos ejemplifican tal interpretación. Entre ellos, vale la pena mencionar la idea de la **policía médica** (una institución que existió en varios países/continentes del mundo, en diferentes registros de tiempo) que empleó el concepto de ‘**peligrosidad social**’. Bajo el pretexto de intervenir sobre las enfermedades, se buscaba prescribir/moldear actitudes, creencias y valores hacia/desde los ciudadanos para controlar, política y socialmente, la vida de las colec-

⁴ A este respecto véase Canguilhem (1971) en “Lo normal y lo patológico”.

⁵ También sobre este asunto existe un interesante texto de Aubrey Lewis (1998), intitulado “La salud como concepto social” que fue publicado en la revista *Physis*.

tividades humanas. En este período, la medicina se destacó más por su naturaleza punitiva y menos por la curación; la conducta clínica de los médicos estaba centrada en los juicios morales (guiados por una ideología dominante, ‘elitista’, excluyente) y menos a la confrontación de afecciones orgánicas.

Para el investigador hay que criticar los resquicios contemporáneos de esa orientación ideológica, contraponiendo como imperativo ético: (i) el deber público del Estado de reducir la incidencia de las enfermedades; (ii) la necesidad de adjetivar como ‘peligrosas’ apenas a las dolencias y sus vectores de propagación y no a los sujetos enfermos; (iii) la urgencia de responsabilizar a las ‘instituciones emblemáticas’ (sobre todo las públicas) que portan en el impedimento/erradicación de ciertas enfermedades, pero que no lo hacen.

Un buen ejemplo de esta última cuestión se materializa en el problema de la confrontación de la epidemia mundial de SIDA y en la dificultad de ‘romper’ las patentes de los medicamentos retrovirales. Situación paradójica si tenemos en cuenta, por un lado, la gran inversión de fondos públicos en investigaciones para descubrir y producir medicinas que combatan la enfermedad y, por otro lado, la posesión de un expresivo número de patentes de fármacos e insumos por las corporaciones privadas del sector.

Enfermedad posicionada como señal y estímulo

La segunda sección del libro moviliza un rostro diferente de los procesos de enfermedad. En ella el intelectual italiano los problematiza a partir de otras

concepciones y enfoques: la enfermedad aparece entonces puesta como “señal” y como “estímulo”.

Tomar la enfermedad como **señal** implica aceptar su connotación simbólica, que se traduciría por la suma y por la interpretación de episodios patológicos: un potencial informativo relacionado con cuestiones de naturaleza cultural, económica, política y social, aportando indicios para la comprensión de fenómenos más complejos que ocurren en las distintas colectividades humanas (tanto en dimensión retrospectiva como prospectiva). No obstante, Berlinguer alerta que, algunas veces, esas señales son marcados por medio de un desequilibrio tan velado, sutil, distorsionado, que se vuelve prácticamente imposible de ofrecer alguna providencia que remedie o prevenga los problemas, en caso de que sean detectados.

En el análisis de la enfermedad como **estímulo**, incluso tratándose de eventos inicialmente circunscritos a la esfera biológica e individual y con efectos indeseables, sería posible establecer una red más amplia de significados subjetivos y psicosociales 'alrededor' y 'sobre' el proceso de la enfermedad. En este sentido, tendría sentido concebir las enfermedades como eventos complejos que también conducen a la adquisición de conocimiento lo que fomenta la creatividad (para hacer frente a situaciones inesperadas), desata la solidaridad (del intercambio de afectos a otros sentimientos que surgen de situaciones límite de sufrimiento humano) Si por un lado, la enfermedad puede llevar a las personas al aislamiento, por otro lado, es igualmente razonable pensar que potencian situaciones de resistencia, generadoras de aprendizaje de nuevas estrategias de vida.

Tales enfoques traen perspectivas renovadas para el sector salud. Sin devaneos es sensato y factible pensar el desafío de reducir, en cantidad y gravedad, un conjunto de enfermedades, ya sea por la evolución clínica del combate de agentes patógenos, ya sea por las consecuencias sociales en la disminución del porcentaje de personas afectadas.

RECORTE DE LAS SISTEMATIZACIONES DE NAOMAR DE ALMEIDA-FILHO EN “O QUE É SAÚDE ?” (2011)

Uno de los elementos centrales en el mencionado estudio es su espíritu indagador, propuesto desde el título, es el vocablo presentado en forma de interrogante: “*o que é saúde?*”. Este tipo de problematización es trabajada en la trayectoria del epidemiólogo brasileño desde mitad de la década de 1980, revelando su insatisfacción con la pobreza teórica del campo epidemiológico. Para él, este hecho se da en función de que el concepto de salud se constituyó hace mucho como uno de los ‘puntos ciegos’ de las ciencias de la salud en general y de la epidemiología en particular.

Son desarrolladas a lo largo de la obra discusiones sistemáticas que imponen cuestionamientos de diferentes ordenes al concepto de salud, trabajados desde una perspectiva etimológica, filosófica y científica. La salud es abordada por el autor: (i) como **fenómeno** individual (fisiopatológico), concepción casi unánime en las referencias biomédicas; (ii) como **medida**, categoría que permite a Almeida-Filho indagar límites y posibilidades del tratamiento cuantitativo de eventos

relacionados con la salud, tanto en el plano individual como econométrico, en función de ‘su’ objetivismo (mote de fuertes críticas por parte de autores como Canguilhem); (iii) como **idea**, cuya incorporación de la experiencia personal y de los aspectos simbólicos es fundamental pues a partir de ellos los sujetos buscarían ‘administrar’ procesos patológicos generadores de sufrimiento. No obstante, según el autor estos tres modelos (**fenómeno**, **medida** y **idea**) restringen la perspectiva de la salud a la ausencia de enfermedad, cuando en verdad esta comprende procesos y vectores que extrapolan vastamente tales convenciones.

En los capítulos siguientes de la obra, la salud aparece posicionada como **problema**. Es este asunto, el investigador brasileño hace emerger críticamente indagaciones emblemáticas, como la oposición conceptual entre vicio y virtud, analogía extendida a partir de la polarización entre salud y enfermedad (esta última tomada como fealdad y debilidad moral). Almeida-Filho usa los argumentos de Georges Canguilhem (1971) para afirmar que tales concepciones serían absurdas, ya que la salud se realiza en el genotipo, en la historia de vida del sujeto y en la relación de ese sujeto con el medio. Ahí se origina la razón del filósofo francés de abogar por la comprensión de la salud como ‘problema filosófico’ que no contradice la idea de también tomarla como ‘problema científico’: caben las dos acepciones.

La salud asimismo es analizada por Almeida-Filho como **valor** en sus bases lógicas, metodológicas y teóricas. En este sentido, trae las contribuciones de Christopher Boorse, quien cuestiona la concepción de ‘salud como valor’ a partir de dos contra argumen-

tos: (i) por un lado, recuerda que la medicina ‘trata’ muchas condiciones que no define como ‘salud’, tales como las intervenciones quirúrgicas con fines estéticos; (ii) y por otro lado, defiende que aún fuera del alcance de la tecnología biomédica, los problemas de las molestias no tratables o tratadas con negligencia, las condiciones terminales de los enfermos y los traumas graves son considerados ‘enfermedad’.

Partiendo de esta paradoja es sensato admitir que los gradientes socialmente perversos reproducidos en nuestras colectividades reflejan, entre otras cosas, interacciones entre diferencias biológicas, distinciones sociales e inequidades en la esfera ético-moral, teniendo siempre como expresión concreta de estas las desigualdades injustas en salud.

John Rawls es otro teórico utilizado por Almeida-Filho, en función de su valiosa contribución intelectual acerca del concepto de salud posicionado como valor y que se expresa en aquello que el primero denominó “teoría de la justicia”. Rawls enfatizaba la igualdad de oportunidades y también la distribución de valores, bienes y servicios como exigencias básicas, o sea, necesidades socialmente incuestionables.

Al final de este apartado, Almeida-Filho indica la urgencia de comprometer políticamente esta construcción conceptual y metodológica, con el fin de volverla capaz de subsidiar una movilización en las estructuras del poder decisorio, en el sentido de presionarlas para que las diferencias sociales injustas sean minimizadas y para que las distinciones de género, étnico-raciales y de clase dejen de destacarse como aspectos perversos, centrales en la determinación del proceso de enfermedad y mortalidad poblacional.

En otra categoría de análisis la salud adquiere relevancia en el libro como **campo de prácticas**. Por medio de esta son introducidos los conceptos de ‘paradigma’ y de ‘campo social’. De este modo, el epidemiólogo brasileño interpreta la salud como un espacio convergente de saberes y prácticas sociales. Thomas Kuhn es tomado como referencia para delimitar conceptualmente la idea de ‘paradigma’. Este autor propone dos sentidos para el término. Primero, como categoría epistemológica, ‘paradigma’ constituiría un instrumento de abstracción, una especie de herramienta auxiliar para el pensamiento sistemático de la salud. Después, ‘paradigma’ representaría una visión peculiar de mundo, generalmente en la forma de metáforas, figuras y analogías propias del campo social científico. Por su parte, el concepto de ‘campo social’ es evocado partiendo de la propuesta de Pierre Bourdieu. En las epistemologías pragmáticas contemporáneas, el ‘campo’ se define como un espacio colectivo, relativamente autónomo, constituido por una estructura en redes de relaciones objetivas. Juan César García es otro autor destacado por Almeida-Filho, como el primer intelectual en usar el término ‘paradigma’ en el campo de la salud. Empleada contemporáneamente para designar distintas ideologías, la noción se ha presentado de forma sucesiva en la esfera sanitarista brasileña, conectada históricamente con los movimientos de la medicina preventiva, después con la salud comunitaria y más recientemente con la salud pública.

Para finalizar, destaco en la obra el posicionamiento del investigador brasileño, al proponer conceptualmente la promoción de la salud como un ‘campo general de prácticas’ que supone un repertorio social

de acciones preventivas de la morbimortalidad, aunque también (y principalmente), de estrategias protectoras y fomentadoras de la salubridad – para, de cierto modo, contribuir en la reducción de los sufrimientos causados por problemas de salud en las comunidades. Según Almeida-Filho, más importante que formalizar métodos vigorosos para medir las desigualdades en salud sería comprender sus raíces y determinantes; sería apostar a esfuerzos concretos para revertir aquel cuadro socialmente injusto y potenciar – aunque sea a largo plazo – un proyecto colectivo que envuelva la felicidad y la dignidad de la vida humana como realidad tangible, en el cual cabrían contribuciones significativas del sector salud.

DE LA TRANSPOSICIÓN DISCIPLINAR A LA CONVERGENCIA CONCEPTUAL: NOTAS FINALES SOBRE LA IMPLICACIÓN DEL DEBATE

A despecho de los títulos de las dos obras conceptuales **“A doença”** (BERLINGUER, 1988) y **“O que é saúde?”** (ALMEIDA-FILHO, 2011) pareciera que hay un aparente antagonismo etimológico, además del tempo significativo que separa su respectiva publicación en Brasil, ambas enuncian más convergencias y semejanzas que diferencias y distanciamientos. Giovanni Berlinguer y Naomar de Almeida-Filho nos ofrecen dos bellos trabajos analíticos cuyas orientaciones ético-políticas y académicas se entrelazan sobre todo en función de una contundencia crítica semejante y de una filiación complementaria de algunas matrices teóricas.

Destaco la colaboración significativa que los dos libros hacen a las distintas áreas que componen el campo público de la salud en Brasil. A pesar de que la edición brasileña de la obra de Berlinguer ya tiene más de treinta años, su abordaje conceptual permanece tan actual como la obra de Almeida-Filho. En “*A doença*”, el investigador italiano sugiere múltiples connotaciones adjetivables de las enfermedades, tal como ocurre en relación al vocablo ‘salud’ del trabajo del autor brasileño.

Otro punto de convergencia epistemológica bien importante entre las obras aparece en la medida en que los autores identifican de forma similar, que cada uno de los términos inevitablemente lleva al otro. Eso porque las acepciones están igualmente implicadas en el proceso vital humano: (i) sea en la esfera biológica, sea en la dimensión cultural; (ii) manifiesta de forma concreta o subjetiva; (iii) sea de naturaleza colectiva o individual. Bajo esta perspectiva hay más de una interface común que permea los dos libros: ambos rechazan pensar la salud y la enfermedad como ‘fenómenos separados’, distantes de la procesualidad de la vida, apartados del contexto cotidiano de las personas.

Los autores comparten también la percepción de que cualquier concepto ‘candidato’ a contemplar ‘verdades universales’, está condenado a generar más inconsistencias y ambigüedades que aclaraciones y ayuda. Por eso, proponen que exploremos la potencialidad interpretativa que cada teoría o dimensión explicativa acerca del proceso ‘salud-enfermedad-cuidado’ puede nos ofrecer, sin que dejemos de admitir las fallas y limitaciones de

esos modelos, sin que trabajemos con el sentido de confrontar tales conflictos e insuficiencias.

Em tal sentido, la tarea imprescindible de la comunidad académica es suscitar mecanismos para que las diferencias áreas de conocimiento establezcan un criterioso y perenne ejercicio de reflexión, en la identificación de los juicios que subyacen en las concepciones de salud y enfermedad (como también sus posibles relaciones políticas y desdoblamientos éticos) defendidas por los profesionales, una vez que son esos aspectos los que han determinado las prioridades en términos de intervención social de los respectivos campos de actuación.

Uno de los ‘nosotros’ que todavía persiste en el juicio de las prioridades de investigación en la salud en el campo académico brasileño, en algunas áreas disciplinares que se subordinan a sus preceptos definitorios – entre las cuales está la educación física –, es el uso instrumental indiscriminado de nociones jerarquizadoras y clasificatorias, como una forma de ver (o reducir) los que interfieren en las condiciones de la vida humana.

Esto se vuelve todavía más complicado en la perspectiva de las formulaciones de las políticas públicas para el enfrentamiento de los problemas de salud, cuando los aspectos concretos de lo cotidiano son, de cierto modo, subvalorados como criterios orientadores de las preocupaciones, en detrimento de la exultación de ‘herramientas operativas’ abstractas y de carácter peligrosamente homogenizador.

Por tanto, tal cuadro evidencia opciones valorativas de parte de la comunidad científica en Brasil, las cuales han determinado un direccionamiento que opta por la operacionalización de esos conceptos (y por la

agregación de su ‘arsenal utilitarista’), envés de la exploración de otras posibles interfaces metodológicas que circundan mejor la realidad. Este hecho es bastante significativo. Con toda cautela, es necesario recordar que la ciencia se constituye, antes de todo, como una de las actividades más genuinas y representativas de la cultura humana, aunque su dimensión iluminista utópica de un progreso promisor extendido a toda la población se haya perdido en su discurso histórico.

Hace un buen tiempo ya se sabe que las teorizaciones sobre nexos y disensos entre salud, enfermedad y cuidado – tanto del punto de vista colectivo como individual – en sus distintas vertientes académicas interpretativas, dependen de ‘lentes paradigmáticas’, a partir de las cuales elegimos enfocar/encuadrar las sociedades, sus tensiones y conflictos.

A modo de ilustración vale recordar la importancia histórica ocupada por el debate acerca del “concepto ampliado de salud”⁶ en la década de los 80 que desembocaron en la implementación del Sistema Único de Saúde (SUS) en Brasil, en el año de 1990. Este hecho sugiere la potente movilización que cuestiones conceptuales emprenden en acciones concretas de la vida, tanto en la esfera macroestructural como en el nivel micro-cotidiano de las relaciones.

⁶ Otros desdoblamientos contextuales de ese mismo debate condujeron al Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña; a la VIII Conferencia Nacional de Salud ocurrida en 1986, y a la publicación de la Política Nacional de Humanización de las Prácticas en Salud de 2004, e de la Política Nacional de Promoción en Salud de 2006, entre tantos otros marcos importantes de las políticas públicas de salud en Brasil.

Em perspectiva, la ampliación promisorio de este horizonte depende, sobre manera, del ensanchamiento de las fronteras de la criticidad en las arenas académicas y sociales implicada en el debate de tales cuestiones. El ejercicio de politizar conceptos e ideas en espacios de formación humana – sea en la universidad, sea en los servicios públicos de salud – fortalece y constituye parte vital de tal proceso, porque dialoga más profundamente con aspectos concretos de nuestra existencia.

A pesar de su posicionamiento como campo disciplinar ‘emergente’ en las políticas públicas de salud en Brasil hace más de una década, la educación física sigue, de modo general, sustentada por una incipiente tradición y pocas inversiones en términos de investigación/posgrado, como las necesarias reflexiones problematizadoras acerca de la triada salud-enfermedad-cuidado. Estas iniciativas, se ampliadas, podrían tal vez generar alternativas singulares con relación al modo conservador de producir, pensar e investigar las prácticas en salud, aún predominante en el área.

La comprensión de la falsa dicotomía entre ‘salud’ y ‘enfermedad’, y de que existe una complementariedad factual entre los significados de los vocablos (que los aproximan más de lo que los alejan), y principalmente acerca del entrelazamiento representativo/mediador que ambos conceptos asumen en las prácticas del cuidado en el escenario brasileño, traen aportes científicos, ético-políticos y praxeológicos fundamentales en la educación física. Sobre todo, en términos de su inserción contemporánea en los servicios públicos de la salud en Brasil, en el nivel de la atención primaria.

REFERENCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponible en: <http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>.

BREILH, J. *Epidemiología: economía política y salud*. 7. ed. Quito: Casa Editorial, 2010.

CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of the human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University, 2007.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ENGELS, F. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Akal, 1976.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

LEWIS, A. A saúde como conceito social. *Physis*, v. 8, n. 1, p. 151-174, 1998.

MOURA, D. *Saúde não se dá, conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.

NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

RIGO, L.C.; PARDO, E.R.; SILVEIRA, T.T. Hable consigo mismo: aportes de un plan de inmanencia ética, estética y política de los conceptos de salud. En: BAGRICHEVSKY, M. (Org.). *Salud, cuerpo y sociedad*. Blumenau: Intituto Federal Catarinense. 2019. p. 28-52.

SFEZ, L. (1994). *La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Seuil. 1994.

CUIDAR Y CURAR PARA GOBERNAR: LAS CAMPAÑAS DE SALUD EN LA ESCUELA

Iolanda Montano dos Santos

El presente texto se organiza a partir de un recorte de mi investigación¹, en la cual planteé algunas de las relaciones entre educación y salud en la escuela: las prácticas de higiene, de cuidado y de cura por medio de los discursos evidenciados en algunas campañas de prevención contra la enfermedad y de promoción de la salud escolar (SANTOS, 2004).

Tomando como referencia algunas contribuciones de Michel Foucault, entre otros autores, estudié las campañas “*Quem ouve bem aprende melhor!*” (¡El que escucha bien, aprende mejor! edición 1999 y 2001) y la “*Campanha nacional de reabilitação visual: olho no olho*” (Campaña nacional de rehabilitación visual: ojo en el ojo – edición 1998, 1999, 2000, 2003), inscritas en el Programa Nacional de Salud Escolar (PNSE).

Traté de mostrar cómo las **campañas de salud** se ponen en juego para el control de los cuerpos infantiles, cuya finalidad es normalizar y gobernar dichos

¹ Tesis de Maestría con el título *Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola* (“Cuidar y curar para gobernar: las campañas de salud en la escuela”. traducción mía), realizada en el Programa de Postgrado en Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul con la orientación del prof. Alfredo Veiga-Neto.

cuerpos. Mi argumento fue que el PNSE se caracteriza como una propuesta nacional amplia, tratando la salud escolar de una manera universal, marcando, así, no solamente la intención de intervenir, sino también sus formas de gobernanza. Dicho programa ha sido explorado como un dispositivo de gobernanza que, a partir de algunas conexiones entre saber y poder, se constituye en una trama discursiva acerca de la salud, teniendo como objetivo principal el cuerpo en la etapa que se convino dar el nombre de infancia, y sus procesos de desarrollo físico, intelectual, moral y afectivo.

En ese trabajo, de forma resumida, intento mostrar ‘las maneras’ como la escuela debe trabajar para educar y persuadir a los alumnos, a los profesores y a los familiares acerca de la promoción de la salud y prevención de la ceguera y de la sordera. En ese marco, señalo la interlocución entre el discurso pedagógico y el discurso terapéutico, a partir de la postura higienista, enfatizando los buenos hábitos para la formación de buenos sujetos.

La escuela como lugar de cuidado, higiene y cura

En cierta manera, diversos segmentos de la sociedad están viendo la escuela como el antídoto contra todos los males provocados por la pobreza, la marginalidad, y la enfermedad. También se interpreta el éxito escolar como una mayor garantía contra el ‘desarraigo’, o sea, contra la pérdida de sociabilidad, y el desempleo. Para los partidarios de la renovación pedagógica, “*educar para la paz, contra el sexismo,*

en defensa de los recursos naturales y fomentando el amor a la naturaleza se convirtió en un objetivo prioritario” (CASTEL apud ALVAREZ-URÍA, 1996, p. 132).

Se puede pensar la escuela como una ‘maquinaria’, en la cual las viejas estratégicas – educar, curar, reformar, punir – están articuladas a otras, de ámbitos sociales y políticos, en el sentido de regular la vida y la conducta de los niños por medio de acciones dirigidas a sus capacidades físicas, mentales y psicológicas. Lo que quiero destacar es de qué forma las estrategias de gobierno toman como su objeto fenómenos referentes al número de individuos, las edades, el estado de salud, los hábitos y los vicios de una determinada población. En ese sentido, Rose (1998, p. 35, traducción mía) se refiere a “*una cierta manera de buscar la realización de objetivos sociales y políticos por medio de la acción, de una manera calculada, sobre las fuerzas, las actividades y las relaciones de los individuos que constituyen una población*” (específicamente, la población escolar). Las acciones que se distribuyen microscópicamente en la trama social pueden ser llamadas de “prácticas de gobernanza”².

Fue en Rousseau (1973) que, de algún modo, apareció por primera vez, un poco más diseñada,

² Veiga-Neto (2001a, 2002) propone la utilización del término “*governamento*” (gobernanza) en sustitución al término “*governo*” (gobierno), haciendo la diferencia entre la instancia del Estado (la instancia que gobierna) y el hecho o acción de gobernar; por eso, parece que es más adecuado hablar de “prácticas de gobernanza” (VEIGA-NETO, 2002, p. 21). Debido a dicha consideración, para diferenciar a cuál gobierno me refiero, adopto el término escrito con G mayúscula cuando me refiero a la instancia gubernamental.

una preocupación con la educación escolar del cuerpo y cómo ella podría manifestarse. Según su pensamiento, las prácticas escolares deberían promover el desarrollo espontáneo de la sensibilidad, en el sentido de que el ser humano vea con sus propios ojos, sienta con el propio corazón y no sea gobernado, salvo por su propia razón.

Las contribuciones de Rousseau (1973) nos ayudan a pensar en una educación dirigida a la naturaleza. O sea, ese autor nos propone una educación cuyo objetivo sería la formación del hombre basada en una moral dictada por la naturaleza. En ese sentido, este filósofo habla de la necesidad de que se eduquen a los hombres comunes y de las imágenes de una naturaleza asociada a la cultura de los hombres.

En el contexto de esta visibilidad, es posible observar algunas prácticas vinculadas al cuidado del cuerpo. Se puede decir que solamente a fines del siglo XVIII, que los médicos higienistas fueron adquiriendo espacio en la sociedad por medio de una acción intervencionista, no solamente de los cuidados corporales, sino también en la alimentación, en la ropa, en los hábitos y en las costumbre de las personas.

De esa manera, se instituyó una especie de ‘política médica’, cuya acción estaba marcada por dos objetivos complementarios: reglamentar las costumbres adquiridas por los excesos y garantizar las condiciones propicias a la subsistencia corporal. En lo que se refiere a la preservación de las buenas costumbres, se destacan algunos aspectos, tales como el respeto por los actos religiosos, la defensa de la tranquilidad pública, la lucha contra la mendicidad y el robo, la represión a los juegos ilícitos y a las exageraciones del

lujo. Con relación a la subsistencia corporal, dichos higienistas proponían la vigilancia sobre la salud en general, como, por ejemplo, la higiene del aire y del agua y la conservación de medicamentos y alimentos.

A partir del higienista Andrade Junior, Machado (1978)³ afirma que transformados los hábitos y fortalecidas las constituciones, “*durante esa edad de cera en la que todas las sensaciones, buenas o malas, se graban profundamente*” (MACHADO, 1978, p. 297, traducción mía), será posible una sociedad futura moral y físicamente más sana.

Como consecuencia, al defender la salud física y moral, la medicina también estaría comprometida con los ideales considerados nobles de la educación. Por lo tanto, no aplicar un supuesto saber médico en el establecimiento de enseñanza, significa comprometer el futuro de la sociedad y, más inmediatamente, modificar el colegio de centro de formación de ciudadanos sanos y útiles –que es uno de sus objetivos principales– en una amenaza para sus integrantes.

A partir de esa perspectiva, se considera la escuela el *lócus* privilegiado para que tales transformaciones se realicen. Para que la escuela cumpla su objetivo de ‘cuidar al niño’, ella debe estar lejos

³ Machado (1978), en sus análisis, se refiere, entre otras, a la tesis del médico-higienista José Bonifácio Caldeira de Andrade Junior, con el título “*Esboço de uma higiene dos colégios, aplicável aos nossos colégios*” (Boceto de una higiene de los colegios, aplicable a nuestros colegios – traducción mía). Tesis de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, 1855.

de la ciudad y organizada internamente según las determinaciones médicas, condición para que haya una inversión total sobre la vida infantil y para que se obtenga el resultado esperado: un niño sano en lo físico y en lo moral.

Durante el proceso civilizador del niño con el pequeño ‘salvaje’ o aquél que se encuentra en un proceso ‘natural’ a educarse, se articulan los discursos médicos –ser limpio, cuidar del cuerpo para mantenerse sano– y el discurso pedagógico que enseña tales prácticas. En ese sentido, se puede entender que el discurso médico se difundió, en las instituciones mencionadas, hacia la gobernanza de los problemas de salud de los individuos y de la población.

Machado (1978), en el discurso médico acerca de las escuelas, defiende su ubicación fuera del espacio urbano no porque estos espacios sean agentes de corrupción de su atmósfera, sino porque en la ciudad no se encuentran las condiciones de salubridad referidas a los objetivos educacionales.

Es importante destacar que el discurso sobre la materialidad de la escuela no se limita a su ubicación, sino que se extiende también a otros elementos constitutivos de su espacio, como la intervención en el interior de la escuela. Los dos aspectos vinculados a esta intervención se refieren, por un lado, a la materialidad del edificio, de sus disposiciones internas, de sus accesorios; y, por otro lado, a los individuos que están presentes en el interior del edificio escolar. Tales aspectos están interrelacionados a medida que una determinada disposición del espacio permite no solamente garantizar las condiciones de salud física –que por su parte aseguran la salud moral– sino que, además, per-

miten un mayor conocimiento, control e intervención sobre los individuos. Considerando estos argumentos, la institución escolar es una “*pequeña ciudad donde los habitantes no tienen experiencia y además son ignorantes*” (MACHADO, 1978, p. 299), pero cuya organización “*orientada por las luces de la medicina hace prever su gradual transformación; objetivo presente en todas las medidas médicas de ordenación del espacio escolar, del tiempo y cuerpos de los profesores*” (ibid.).

Para ese autor, algunos elementos atraviesan el discurso acerca de la materialidad de la escuela, como, por ejemplo, el aire, la limpieza, el uniforme, el examen médico. Para que se obtenga una buena ventilación y se evite su corrupción, el edificio-escuela debe tener amplias ventanas y sus paredes y pisos deben mantenerse limpios para evitar la infección del aire. El aula debe tener espacio suficiente para cada alumno, iluminación adecuada, bancos y sillas de acuerdo con la edad de los alumnos.

Es por eso por lo que Machado (1978) dijo que, si la escuela está materialmente fundada en las determinaciones médicas, los individuos que en ella conviven son objeto de atención constante y permanente. Por lo tanto, dichos individuos deben ser penetrados, desvendados y subjetivados por una autoridad médica. O sea, “*la presencia médica no debe limitarse al espacio de la enfermería; su poder de decisión y organización debe ser amplio, ocupando toda la escuela*” (idem, p. 301).

Con eso, vuelvo a recordar que el objetivo privilegiado de la atención médica es el joven estudiante, pues, según este autor, llegando a la puerta de la escuela, el estudiante (niño o joven) pasa a ser de dominio médico, igualándose a todos los demás. Se

puede decir que la sujeción de ese estudiante a una instancia de decisión dotada de ciencia es condición esencial para que se ejerza un saber y poder médicos.

A partir de los estudios de Machado (1978), es importante destacar también que, ya al momento de la matrícula, el médico debería realizar una inspección física y moral, verificar la vacunación de los alumnos y hacer un levantamiento general de la salud del alumno. Se trata de una primera selección que individualiza a cada estudiante. Pero los médicos también han propuesto una segunda selección que clasifica según las edades, constituyendo, a partir del aglomerado de estudiantes, grupos uniformes que facilitarían el control eficaz sobre cada uno.

En ese contexto, es posible suponer que la **educación en salud** funcione como una estrategia para el ejercicio del biopoder, una vez que articula disciplina y normas de comportamiento, con la finalidad de promover una ‘buena salud’. De esa manera, se puede entender que la tecnología del biopoder “*no excluye la técnica disciplinaria, sino que la embute, la integra, la cambia parcialmente y que, sobre todo, va a utilizarla implantándose de algún modo en ella e incrustándose efectivamente gracias a esta técnica disciplinaria previa*” (FOUCAULT, 1999, p. 288).

De esa manera, hay una supuesta inversión, adentro de la escuela, sobre la vida de los colegiales, por medio de sus cuerpos, como condición de posibilidad para que se opere la transformación deseada y buscada. Así pues, se establece un programa a seguir: la articulación de un minucioso control y de una minuciosa construcción del cuerpo y de la moral de los estudiantes.

La modernidad como búsqueda de la limpieza

La problematización de la escuela como lugar de cura e higiene, en articulación con la génesis de la Modernidad como búsqueda de la limpieza, me ha llevado, en especial, al texto de Bauman (1998). Ese autor evalúa el Estado Moderno como una institución que supo qué debería parecer el orden, y que tuvo fuerza y arrogancia no solamente para proclamar que todos los demás estados de cosas son el desorden y el caos, sino que también para obligarlos a vivir bajo la condición del orden. En otras palabras, fue el Estado Moderno el que legisló el orden para la existencia y definió el orden como la claridad de divisiones, clasificaciones, distribuciones y fronteras.

La intervención humana “*inserta en la naturaleza la propia distinción entre pureza e inmundicia, crea la propia posibilidad de una determinada parte del mundo natural ser limpia o sucia*” (BAUMAN, 1998, p. 14). A partir de este entendimiento, el autor nos dice que

[...] la pureza como una visión de las cosas puestas en lugares *diferentes* de los que ellas ocuparían, si no fueran llevadas a trasladarse a otro lugar, impulsadas, arrastradas o incitadas; una visión del *orden*, o sea, de una situación en la que cada cosa se encuentra en su justo lugar y en ningún otro. Lo opuesto de la pureza –lo sucio, lo inmundo, los agentes contaminadores– son cosas fuera del lugar. (BAUMAN, 1998, p. 14)

De tal modo, las cosas que se consideran ‘sucias’ en un contexto, se pueden convertir en ‘puras’, exactamente porque son puestas en algún otro lugar

y viceversa. Como, por ejemplo, el niño sordo, que tiene condiciones de aprendizaje, se puede convertir en un **anormal** cuando esté fuera de su lugar, o sea, fuera de su escuela o lejos de su grupo de sordos. O, incluso, en la posibilidad de que algunos no sean capaces de aprender o de que no logren un determinado aprovechamiento satisfactorio, pasen a considerárselos inaptos.

Una vez que el criterio de pureza es la aptitud de participar del juego, por así decirlo, de aprender, los dejados fuera como un problema, como la suciedad que debe esconderse, son **aprendices fallidos** –personas incapaces de responder a las solicitudes de la institución escolar porque les faltan los recursos requeridos; personas incapaces de ser individuos autónomos y competentes. Por lo tanto, ellos son los nuevos impuros, los que no se ajustan al nuevo esquema de pureza, ellos son los objetos fuera del lugar.

Para Bauman (1998), el interés por la pureza y el asociado interés por la higiene (es decir, mantener la suciedad alejada) tiene una relación más que accidental con la fragilidad del orden. El **orden** significa un medio regular y estable para nuestros actos; un mundo en el que las probabilidades de los hechos no estén al azar, sino que ordenados en una jerarquía estricta –de manera que ciertos hechos sean altamente probables, otros menos probables, algunos virtualmente imposibles.

De alguna manera, se puede pensar que el ordenamiento de las cosas en el mundo moderno se da por medio de la clasificación; o sea, por medio de la acción de incluir y excluir. En ese acto clasificatorio (de poder y saber), se establece una relación asimétrica

entre las partes, por ejemplo, entre el más fuerte (el limpio) y el menos fuerte (el sucio).

A raíz de eso y, a partir de las contribuciones de algunos teóricos de la perspectiva posestructuralista, es importante reconocer las nociones de salud y enfermedad como construcciones sociales. Así, a partir de dichas nociones de salud y enfermedad, se puede decir que se considera el individuo enfermo, según la clasificación de su sociedad y, según criterios y modalidades que ella fija.

Con el propósito de discusión, me parece interesante señalar el carácter natural que se atribuye a la concepción de salud, adoptada por la Organización Mundial de Salud (OMS), en 1948. Habla de un “*estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de la ausencia de enfermedad*”. Según la OMS, este concepto simboliza un compromiso y un horizonte a perseguirse por el Estado. De cierto modo, justifica todo un conjunto de medidas administrativas, estrategias y programas que tienen como objetivo atender a la emergencia de problemas que puedan poner en riesgo la seguridad de la población o del Estado: campañas de vacunación y exámenes médicos, en el área de la salud escolar; o, aún, programas de alfabetización, en la educación.

Según Canguilhem (1966), la enfermedad también representa una experiencia de innovación positiva del ser vivo y no solamente un hecho diminutivo o multiplicativo. La enfermedad es, a la vez, privación y reformulación:

[...] si lo normal no tiene la rigidez de un determinante para todos los individuos de la misma especie, sino la flexibilidad de una norma que se

transforma en su relación con las condiciones individuales, claro que el límite entre lo normal y lo patológico se vuelve impreciso. [...] lo que es normal, aunque sea normativo en determinadas condiciones, se puede convertir en patológico en otra situación, si permanece inalterado. (CANGUILHEM, 1966, p. 145, 148, 160).

En resumen, si la frontera entre salud y enfermedad es imprecisa para diferentes individuos considerados simultáneamente, ella se hace precisa para una única y misma persona considerada sucesivamente, pues la frontera puede variar a lo largo del tiempo: lo que es normal en una situación, puede convertirse en patológico, en otra. Siguiendo ese razonamiento, tanto Goldstein, cuanto Laugier (*apud* CANGUILHEM, 1966), afirmaron que un promedio obtenido estadísticamente no permite decir si determinado individuo, presente ante nosotros, es normal o no. Por eso, lo que se puede inferir de esa concepción canguilhemiana es que parece romper con la visión característica del siglo XIX, de salud como adecuación a una norma, a un modelo predefinido. Desde ese punto de vista, la salud debería expresar diferentes estándares, dejando de limitarse a la perspectiva de la adaptación.

Podemos afirmar, aún, que es esa doble realidad de la norma –por un lado: norma como regla de conducta, como oposición a la irregularidad y al desorden; por otro lado: norma como regularidad funcional, como oposición a lo patológico y a la enfermedad –que la convierte en un operador tan útil al biopoder. Ella se pone, a la vez, sobre un cuerpo individual y sobre un cuerpo colectivo (del cual ese cuerpo individual forma parte y al cual contribuye para darle sentido).

Según Foucault (1999a), la normalización es una sociedad en la que se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la reglamentación. La norma es el elemento que circula entre lo disciplinario y lo regulador, que se va a aplicar de la misma manera, al cuerpo y a la población; que permite a uno solo tiempo controlar el orden disciplinario del cuerpo y los hechos aleatorios de una población. En ese sentido, se puede pensar que el poder, denominado biopoder, pudo cubrir la superficie que se extiende de lo orgánico a lo biológico, del cuerpo a la población, mediante el juego entre las tecnologías disciplinarias y las tecnologías de reglamentación.

Mis interpretaciones acerca de las campañas de salud escolar

86

Se sabe que el 85% del contacto del hombre con el mundo se realiza por medio de la visión, pero los problemas relacionados con los ojos acarrearán una carga al aprendizaje y a la socialización.
(BRASIL, 2002, p. 1, traducción mía)

Escuchar bien es muy importante para la vida escolar. Incluso pérdidas auditivas leves pueden dificultar el aprendizaje. Una deficiencia auditiva fácil de resolver puede convertirse en una dificultad para el resto de la vida si se la identifica muy tarde.
(BRASIL, 2001, s/p, traducción mía)

En esa sección, busco, brevemente, estudiar cuánto y cómo se han diseminado algunas campañas de salud en el espacio escolar y, así, discutir la producción de los discursos de dichas campañas y la

positividad del Programa Nacional de Salud del Escolar. Esa posibilidad de preguntar por el cómo funcionaron estas campañas me llevó a un camino en el que no hay lugar para la elaboración de conceptos; tampoco para definiciones acerca de esa temática. Desde ese punto de vista, lo que me interesa, como ha argumentado Foucault (2002, p. 152) “*no se trata de ver cuál proyecto está en la base de todo eso, sino, en términos de estrategias, cómo se han dispuesto las piezas*”.

Desarrollé mi análisis en ese sentido, interrelacionando algunos fragmentos extraídos de los materiales analizados con las cuestiones a las que me propuse discutir en la tesis. Presenté esas campañas de salud, mostrando qué dicen estos materiales a los individuos a los cuales hablan, cómo tales materiales pueden dirigir y definir la conducta de los niños. En ese sentido, entendí estas campañas como un dispositivo de gobernanza de las conductas de los individuos que constituyen un nuevo (viejo) orden: el orden de la salud. Intenté mostrar, por medio de los materiales de las campañas seleccionados, algunas de las estrategias de gobernanza puestas en acción.

El Programa Nacional de Salud del Escolar (PNSE) estuvo dirigido a la atención de las necesidades de salud identificadas en la población escolar. El PNSE se basó en el repaso de recursos para la promoción de la salud, sobre todo de los alumnos que están iniciando la enseñanza primaria en las escuelas públicas brasileñas (del Distrito Federal, estados y municipios). Para ello, “*partiendo del principio de que para que se tenga un buen rendimiento escolar*

es necesario que se tenga salud” (BRASIL, 2003, p. 5), el Ministerio de Educación, por medio del Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación (FNDE)⁴, consideré las dificultades visuales y auditivas como causantes de evasión y de reprobación escolar.

Siguiendo ese razonamiento, el Ministerio de Educación, con el objetivo de concientizar al país, a los profesores y a la comunidad en general acerca de algunos de los problemas de salud que podrían comprometer directamente el rendimiento escolar del niño, lanzó, en 1999, dos programas que han sido desarrollados por intermedio del FNDE en colaboración con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales: la “Campaña nacional iel que escucha bien, aprende mejor!” (“*Quem ouve bem aprende melhor!*”) y la “Campaña nacional de rehabilitación visual: ojo en el ojo” (“*Campanha nacional de reabilitação visual: olho no olho*”).

Los profesores han ejecutado los exámenes de las campañas. Pero, antes, ellos tendrían que recibir capacitación y formación con médicos expertos de las áreas de audiometría y visual. El material didáctico y audiovisual recibido por las escuelas tuvo la finalidad de ayudar durante la aplicación de los exámenes. Los profesores completaron los formularios con las informaciones colectadas en los test aplicados a cada alumno y se los enviaron a las organizaciones colabo-

⁴ El Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación (FNDE) es una autarquía vinculada al Ministerio de Educación. Esa autarquía es responsable por la captación de recursos financieros para el desarrollo de una serie de programas que tenían el objetivo de mejorar la calidad de la educación brasileña.

radoras del Programa Nacional de Salud del Escolar (PNSE). Las organizaciones evaluaron los resultados y definieron cuáles niños necesitarían asistencia médica o no. Los casos más serios podrían llegar a la atención especializada, como aparatos auditivos y cirugía de corrección.

La “1ª Campaña Nacional de Prevención de la Sordera” que se llevó a cabo el 10, 11 y 12 de noviembre de 1997, fue promovida por la Sociedad Brasileña de Otología (organismo que congrega médicos y expertos en las enfermedades de oído), junto con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales. Comenzaron la “*Primeira Semana Nacional de Prevenção da Surdez: Prevenir é Ouvir*” (“Primera Semana Nacional de Prevención de la Sordera: Prevenir es Oír”, traducción mía), con objetivo informativo. La población recibió varios materiales acerca de las enfermedades del oído, sus repercusiones en la vida cotidiana y en el desarrollo y aprendizaje de los niños. Esa campaña presentó, entre otros, el siguiente objetivo: “*educar y concientizar a la población brasileña sobre los problemas de la sordera con el objetivo de prevenirla*” (BRASIL, 2003, p. 1).

Es importante señalar que la campaña “*Quem ouve bem aprende melhor*” (edición 1999) combinó acciones preventivas y de diagnóstico, una vez que tuvo como objetivo el tratamiento de estos alumnos con disturbios de audición, y la orientación a los padres y a los profesores. Las encuestas indicaron que los niños brasileños, incluso con pérdidas auditivas significativas, tenían sus diagnósticos tardíamente detectados en función de la falta de conocimientos básicos de la población en general, comprometiendo así

todo su desarrollo psicosocial. En el mismo material, también se ha destacado que, aunque las dificultades de aprendizaje hayan presentado múltiples causas, deberían llevarse en cuenta los problemas de audición, pues “*1 de cada 7 niños tiene algún tipo de pérdida auditiva*” (BRASIL, 20001a, p.1). En cierto modo, parece que la preocupación de esas entidades gubernamentales y sociedades médicas estarían vinculadas al hecho de que se podrían considerar a esos niños ‘deficientes’ debido a la dificultad de comunicación.

Vale decir que estas campañas nacionales, que tenían el objetivo de detectar los problemas auditivos y visuales, llamaron la atención no solamente para la importancia del papel del profesor, sino también de los expertos del área de la salud para la realización del diagnóstico de estas ‘deficiencias’.

Lo que dicha práctica nos sugiere es que la intervención sobre esa población escolar (de la enseñanza primaria) considerada deficiente ya se constituyó por una organización y agrupamiento de esa población en los espacios escolares. Por eso, la intervención está asociada a la demarcación de situaciones consideradas de riesgo (enfermedades, evasión y reprobación escolar) de comportamientos, de actitudes. En otras palabras, se puede decir que diagnosticar es una manera de intervención, a medida que se realiza una interlocución entre las disciplinas y el espacio escolar que iban a producir y sostener un discurso verdadero, legitimado – el discurso del deficiente visual, el discurso del deficiente auditivo.

A partir de ese ejemplo, se puede observar lo importante que era lo que seguía el profesor, por ejemplo, las instrucciones del video para la aplicación del

test auditivo, o sea, apropiándose de todo el conjunto de estrategias para el ordenamiento y organización del aula, del espacio escolar.

Según Escolano (1997, p. 126), se puede considerar el espacio escolar como

[...] un programa, una especie de discurso que instituye en su materialidad un sistema de valores, como los de orden, disciplina y vigilancia, directrices para el aprendizaje sensorial y motriz y toda una semiología que cubre diferentes símbolos estéticos, culturales y también ideológicos.

La disciplina y el orden que se estarían imponiendo, por medio de las instrucciones, para la realización de estas pruebas pueden ser interpretadas como *“un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, que incluye todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de objetivos; ella es una ‘física’ o una ‘anatomía’ del poder, una tecnología”* (FOUCAULT, 1999, p.177) a la que tanto el profesor como el alumno se someten, por medio de técnicas jerárquicas de vigilancia, examen y evaluación. Profesor y alumno se constituyen como objetos de conocimientos e individuos que conocen, a medida que el profesor extrae la verdad (pruebas auditivos o visuales, fichas de observación, exámenes médicos con entrevistas) o provoca la acción de los alumnos (ejercicios, actividades).

Todavía en lo que se refiere a los temas de la organización del espacio y tiempo escolar, se puede pensar la escuela moderna como un lugar donde se pone en marcha un conjunto de estrategias de organización y análisis detallado que, de cierta manera, define los tiempos y espacios de los individuos en

un proceso de individualización, permitiendo, así, más control y gobernanza de la población (escolar). Respecto a eso, Comenius (2002) argumenta que la escuela necesita estar organizada de tal manera que todos aprendan todo a la vez; es decir, que la escuela tenga una enseñanza homogeneizadora y un método didáctico que garantice una ordenada y racional esquematización de las acciones educativas para mejorar la actividad escolar.

El PNSE ha sido considerado pionero en Brasil, pues, además de su cobertura nacional, su objetivo principal fue la realización de selecciones auditivas y visuales buscando alcanzar a la población de una manera general. Uno de los coordinadores de esas campañas alertó de que, por ejemplo, *“la deficiencia auditiva interfiere de manera dramática en la comunicación, perjudica el aprendizaje y el convivio escolar”*. Además, según el experto mencionado, *“las estadísticas muestran que niños con problemas auditivos rinden el 4% menos en la escuela. Por eso la importancia de evaluar a los estudiantes, encaminando al tratamiento médico adecuado los que presenten problemas de audición”* (BRASIL, 2003b, p. 1).

Es interesante subrayar la estadística como un saber-poder que ofrece verdades sobre la población; como un elemento que tiene su forma, su importancia y su discurso propio; pero que también está conectada a la voluntad de producir verdades y a la implicación en las relaciones de poder sobre la vida – ya sea de la población, ya sea del individuo considerado por separado. Desde ese punto de vista,

[...] los saberes estadísticos permiten que la población se convierta en mensurable, calculable,

pensable en una racionalidad gubernamental, ofreciendo los instrumentos necesarios para que se elaboren estrategias y mecanismos de acción para la intervención en los fenómenos propios de la población (SANTOS, 2001, p. 67).

La estadística, con sus técnicas y saberes, estaría implicada directamente en la gobernanza, a medida que *“para que se gobierne a una población es necesario aislarla como un sector de la realidad, identificar ciertas características y procesos propios de ella, hacer que sus rasgos se hagan observables, decibles”* (ROSE, 1998, p. 37).

Es en ese contexto donde los saberes estadísticos, al informar aspectos como densidad demográfica, distribución poblacional, número de escuelas y de alumnos participantes de las campañas de salud, cantidad de escolares considerados deficientes y la cantidad de alumnos beneficiarios de esas campañas, hacen que la población sea calculable, mensurable y evaluable. De algún modo, los saberes estadísticos permiten, por ejemplo, identificar y encaminar a los considerados deficientes visuales y auditivos para los exámenes –o consultas médicas– y decidir quiénes deben obtener prótesis, usar anteojos o necesitar algún tipo de intervención quirúrgica.

La campaña *“Olho no olho”*, igual que la *“Campaña nacional de prevención de la sordera”*, también enfatizó la preocupación con el ingreso del niño en la escuela, pues en virtud del esfuerzo visual requerido, los alumnos podrían manifestar algunos trastornos oculares, tales como: dolores de cabeza, mareos, cansancio visual, ojos rojos, principalmente cuando están leyendo, escribiendo, pintando o jugando con

objetos cercanos; como también problemas visuales preexistentes que, si no los identifican y los tratan, podrían comprometer el proceso de enseñanza y de aprendizaje, además de que influyen en la formación psicosocial del niño. Considerando tales preocupaciones, se podrían evitar estos problemas con *“una educación preventiva y asistencia curativa, siendo, por lo tanto, imprescindible que estos niños puedan acceder a la asistencia oftalmológica y a los anteojos para que tengan condiciones de un desarrollo socioeducacional completo”* (BRASIL, 2002, p. 9).

Por lo tanto, a partir del análisis de estos materiales, se puede observar que tales campañas tendrían como enfoque principal el ejercicio de la ciudadanía, por medio de acciones preventivas involucrando la comunidad. Este trabajo se caracterizó por acciones como prescribir y providenciar tratamiento para los niños y encaminarlos a los servicios especializados cuando fuera necesario. La importancia de las selecciones hechas en las escuelas por los profesores ha evidenciado la responsabilidad que se dio a esos profesionales que iban a detectar las primeras señales y síntomas de algún tipo de anomalía.

Aquí, de nuevo, conviene recordar la figura del profesor como responsable por la aplicación y ejecución de los proyectos y de los programas educacionales (actividades de enseñanza), por el entonces llamado diagnóstico inicial.

Es importante destacar que para Comenius (*apud* NARODOWSKI, 2001, p. 89) *“se pone el empeño en el método, al cual el profesor debe seguir cuidadosamente y rigurosamente. El profesor es un componente más adentro de un funcionamiento didáctico*

más grande, que lo supera y a la vez lo incluye". Se consideraba al profesor –o quizás aún se lo considere – un intelectual vigilado. El profesor era el que se encargaría en el interior de la escuela, delante de un grupo de alumnos, de utilizar las herramientas que el experto (pedagogo, médicos, órganos oficiales) construiría para transmitir los saberes. En resumen, aunque el profesor se convirtiera en una extensión del brazo de estos expertos, él debería estar atento y ser capaz de adecuar los preceptos de solidez en la enseñanza a las más diversas situaciones que el proceso de escolarización presentara.

La importancia del diagnóstico está justamente vinculada a la prevención de enfermedades, en ese estudio de las enfermedades relacionadas con los problemas auditivos y visuales. Sin embargo, se puede decir que se ha encarado la enfermedad de diferentes maneras. Según Bueno (2001, p.164),

[...] en determinadas épocas y en determinadas sociedades, ella ha sido vista como posesión; en otros momentos y espacios sociales ha sido encarada como desequilibrio de la totalidad del hombre; en otros, aún, como reacción del organismo en la búsqueda de la cura; o, incluso, más modernamente, como un desvío cuantitativo del funcionamiento regular del ser humano.

Pero, independiente de las formas por las cuales los diferentes medios sociales las hayan considerado, lo que parece haberse evidenciado fue la necesidad terapéutica como forma de intervenir en la enfermedad.

Como afirmó Pinto (1999), durante el proceso de inclusión, la tendencia sería que se reconociera a

los individuos en el mundo de la ciudadanía, viviendo en una sociedad cada vez más democrática y solidaria. Dado que el proceso de exclusión tendría una trayectoria inversa: cuanto menos discursivamente definidos los excluidos, más grande sería la exclusión y, por eso, la tendencia a un discurso autoritario y conservador. Estos discursos estarían presentes en la promoción y divulgación de las políticas de inclusión preconizadas por los organismos oficiales, tales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y las sociedades médicas, por eso la necesidad constante de que esos documentos marquen quién es el alumno que presenta algún tipo de deficiencia auditiva o visual, quién es el anormal.

De alguna manera, ampliar la noción de quién sería el individuo participante de las políticas de inclusión (y, en ese caso, el saber estadístico contribuye para tales identificaciones) permitió cuadrricular, dividir, categorizar y fijar cada vez más la figura de lo anormal. En otras palabras, se trata de hacer una ‘operación de ordenamiento’ (VEIGA-NETO, 2001). Ese proceso que implica un movimiento de acercamiento y de convivencia en el mismo espacio, provoca la necesidad de reconocimiento del otro. Y quizás sea en este ‘reconocimiento del otro’ que exista, en las estrategias de inclusión, una afirmación constante, marcando quien es el normal y quien es el anormal, permitiendo, así, la producción de la exclusión por la inclusión.

De esa manera, al ‘incluir’ se ‘normaliza’. Con eso, entran en operación varias estrategias para analizar, examinar, corregir, recuperar; o sea, están en funcionamiento las tecnologías de normalización. Cabe

decir que tales tecnologías sirven para controlar ciertas anomalías del cuerpo social, como también normalizarlas por medio de procedimientos correctivos o terapéuticos.

Según Alvarez-Uría (1996), la educabilidad de los anormales se basaba – y aún se basa – en determinados contextos: en el disciplinamiento de las emociones, de las acciones, del cuerpo y del alma, constituyendo un verdadero programa de ‘ortopedia física y psíquica’. Siguiendo ese razonamiento, la modalidad sería inculcada, generalmente, por medio de ejemplos prácticos, pues cuanto más elevado es el nivel de déficit intelectual, más viscosa se convertiría la capacidad de razonamiento: *“para el deficiente intelectual, el hábito moral debe preceder la idea moral”*. Para este autor, la escuela obligatoria, aunque tenga un carácter normativo y disciplinario, también se constituyó como una institución de tutela y asistencia. En otras palabras, se puede pensar en la escuela también como un espacio profiláctico y económico para el Estado, que resultó reforzada por la necesidad de reciclaje a la cual los alumnos considerados anormales tendrían que someterse.

De esa manera, los profesores pasarían a contar con tres figuras fundamentales para la tutela de la anormalidad: El pedagogo *experto* (saber pedagógico-educativo), el criminalista (saber jurídico-correccional) y el psiquiatra (saber psicológico-psiquiátrico) – todos expertos en el tratamiento de la infancia adicta/adictiva y delincuente. Los profesores, amparados por esos varios campos de saber, fueron adquiriendo una importancia fundamental en la ‘identificación’ de la anormalidad en la escuela.

Es importante decir que le correspondía al profesor visualizar el rendimiento escolar insuficiente o la inadaptabilidad en el espacio y tiempo escolar y encaminar a los considerados desviadas/deficientes a los expertos, los cuales utilizaron dispositivos evaluativos ‘científicos’ para medir el grado de *déficit* de los individuos, a partir del soporte provisto por los colegios, por la corrección pedagógica, por los reformatorios y por los institutos psiquiátricos.

Según Alvarez-Uría (1996a), solamente la medicalización del individuo podría reintegrarlo a la sociedad sin provocar daños a otros y a él mismo. Por lo tanto, los profesores necesitaban convertirse en *expertos* en todos y en cada uno de los alumnos, observándolos, examinándolos y categorizándolos a todo momento; necesitaron adquirir y entrenar lo entonces llamado ‘ojo clínico’. Para ese autor, la patologización del campo social y escolar justificaron las intervenciones correctoras, las medidas profilácticas, las prácticas de higiene pública y privada, que solamente los expertos de las ciencias humanas pudieron aplicarlas.

Otro ejemplo que Comenius (2002) nos presentó se refiere al lugar que el profesor ocuparía en el tema de la disciplina escolar; o sea, la responsabilidad por el mantenimiento del orden del cuerpo infantil era del profesor y no del alumno. Y más, si se diera algún tipo de desajuste o algún tipo de indisciplina, se consideraría al profesor el responsable por dichas situaciones. De esa manera, lo que se evidenciaría serían sus errores en la aplicación del método, siendo ese el motivo de las situaciones inesperadas y perjudiciales.

Con eso, el profesor y el director deberían seguir cuidadosa y rigurosamente las instrucciones, según las reglas y normas establecidas por el manual de orientación de las campañas de salud escolar para la realización de los exámenes auditivos y visuales.

Esa idea nos remete a lo que Kant (2002, p. 11) dijo acerca del hombre: “*el hombre es la única criatura que necesita ser educada. Por educación se entiende el cuidado de su infancia (la conservación, el trato), la disciplina y la instrucción con la formación*”. Y añade: “*el hombre puede ser o entrenado, disciplinado, instruido, mecánicamente, o ser en realidad ilustrado*” (KANT, 2002, p. 27). Así, el modelo de enseñanza esbozado acercaría la educación sanitaria y preventiva a la educación moral.

Para Comenius (2002) la instrucción, costumbres honestas y piedad consisten en la excelencia del hombre, porque solamente ellas constituyen la base de la vida presente y futura; las otras (salud, fuerza, belleza, riqueza, dignidad, amistad, éxito, longevidad) no pasan de adiciones exteriores de la vida. Tal educación debería iniciarse dogmática y correspondería al profesor ser la figura modelar a la que el alumno debería imitar.

Se puede pensar en el profesor como el portavoz de las prácticas científicas, aquél que identificó los problemas de salud, tales como deficiencias visuales y auditivas, asociándolas a los principios de la educación sanitaria⁵ y preventiva, pautadas en los aportes

⁵ En los estudios de Rocha (2003, p. 186) se expuso la siguiente distinción entre ‘educación higiénica’ y ‘educación sanitaria’: “*la educación higiénica [...] estaba constituida*

de la psicología para su organización como también para la formación de los profesores. En la transición del siglo XIX para el siglo XX, la escolarización empezó a ser el blanco del discurso higienista. Sin embargo, tal discurso no se fijaba solamente en las condiciones ambientales de la escuela. Este pretendía intervenir en el dominio pedagógico considerando que la pedagogía científica que se estaba construyendo no podría consumarse sin que se asentara en la fundamentación del saber médico. Según Rocha (2003), la ‘era de la higiene’ exigía una transformación en los métodos y procesos de enseñanza y en la formación de los profesores. Esa transformación desplazaría los métodos de enseñanza de la lección teórica, de las reglas y consejos, posibilitando la fijación de un conjunto de hábitos dirigidos a la preservación de la salud individual y colectiva.

Esa nueva interpretación que se quería dar a la educación sanitaria, que tendría como objetivo desarrollar hábitos y actitudes sanas en los niños, se basó en la psicología para ampliar la discusión acerca de los temas pedagógicos. De esa manera, el profesor tendría que buscar en los conocimientos de la psicología su referencial para trabajar con los niños en edad escolar. Con eso, y basado en el conocimiento

por acciones educativas en auxilio de la policía sanitaria, en el control y prevención de las enfermedades transmisibles; por otro lado la educación sanitaria, que sería uno de los principales instrumentos de la acción sanitaria bajo el modelo tecnológico médico-sanitario, se volcaba a la profilaxis de las enfermedades por medio de cambios en la conciencia de los individuos”.

de la ciencia de la naturaleza infantil, se diseñó un programa para la enseñanza de la higiene en la antigua escuela primaria.

Se debe señalar que la constitución de un campo discursivo acerca de la infancia fue esencial a su captura institucional. Bujes (2002) destaca que el ejemplo más *“cabal de tal asociación es la noción de desarrollo infantil, que permitió que toda una construcción teórica orientara las prácticas pedagógicas y también la organización institucional, dirigidas, para la educación de los niños pequeños”* (p. 244).

A partir de ese argumento, se puede considerar la interpretación como un modo de disciplina – disciplina como ortopedia y disciplina como eficiencia. Según Carvalho (2001), la pedagogía científica ha sido constituida por la noción de que las diferencias entre los educandos requerían modos variados de educación, en el sentido de que cada alumno debería ser un objeto de estudio y tratamiento particular. Por tanto, el individuo es una función de la visibilidad, de los dispositivos que lo hacen ver y orientar su mirada. Para Foucault (1999), las prácticas del examen y las fichas de observación son ejemplos de dispositivos de visibilidad y de vigilancia.

El ejemplo de la ficha de observación usado en las pruebas de audición y visión demuestra, claramente, lo que hay de implícito en esa operación ‘natural’, de observación y registro, en la cual el profesor de la enseñanza primaria realiza – observa cómo el alumno responde a la prueba y simplemente registra lo que vio. Para Walkerdine (*apud* LARROSA, 1999, p. 62) ese dispositivo *“tan inocuo establece, a la vez, lo que es el niño en cuanto objetivo visible, cuáles son*

las cosas que se ven y se clasifican y qué es la profesora en cuanto observadora, como ella ve a los niños, qué ella debe mirar”. En resumen, la ficha de observación y registro, con todo el conjunto de discursos y prácticas que la hace posible, como toda la organización espaciotemporal que implica, constituye el individuo y el objeto de la visión.

Observar, medir, clasificar, prevenir, corregir. En todas estas operaciones, se puede decir que la remisión a la norma es una constante. La pedagogía científica, las prácticas que la constituyeron (y constituyen) se caracterizaban por esa remisión constante a cánones de normalidad por su necesidad de construir un conocimiento científico del individuo. Esas fichas – formularios, fichas de remisión – producidas por el Ministerio de Educación, por el Ministerio de Salud y por las entidades médicas se han generalizado a todos los alumnos de la enseñanza primaria pública y deberían incluir registros acerca del tipo de deficiencia visual y auditiva, encontrado en el alumno.

Estas prácticas, entre otras, que se han materializado en medidas y se hicieron visibles, comparables, asumieron una importancia en la educación preventiva, a medida que despertarían y mantendrían el interés del alumno por su propia salud. De esa manera, posibilitando la evaluación por el propio niño, por ejemplo, de la pérdida auditiva o visual, el ritual de la medición haría de este niño un vigilante con relación a sus prácticas cotidianas de percepción, atención, entre otras. Es importante decir que fue en la combinación de esas medidas y observaciones realizadas por el profesor, médico o experto, según el

lugar donde se encontraba el alumno, que ganó el contorno el carácter específico del alumno (CARVALHO, 2001).

De esa manera, la prevención a la enfermedad y la promoción a la salud, con el objetivo de garantizar la adquisición de hábitos y desarrollar la capacidad de comprensión y adaptación, se apoyaron en varios elementos, configurados en un conjunto de prácticas, conformando los cuerpos y las mentes de los alumnos.

La concepción de enseñar un modo de vida a la población, materializada en un programa compuesto por un conjunto de prácticas dirigidas a la adquisición de hábitos sanos ha orientado la actuación de los educadores y de los organismos gubernamentales. De cierto modo, el énfasis de esos programas de salud, principalmente en los años iniciales de la enseñanza primaria, fue en el sentido de convertirlos en un subsidio más para el modo de vivir, que un tema a enseñarse. Se puede decir que corregir los ‘pequeños vicios’, implacable y suavemente, fue solamente una parte de la tarea que le correspondió al profesor. Parece que fue necesario ir más allá, inculcando los buenos hábitos, rescatando a los niños y a sus familias por la acción sobre el cuerpo, los gestos, las conductas, el alma.

Sorprender la vida doméstica del alumno por medio de una indagación hábil y discreta se interpretaba como una forma de inculcación de buenos hábitos, e incluso una forma de eliminación de las conductas viciosas. En ese contexto, es importante entender que la familia se convierte en un instrumento privilegiado, a medida que, cuando se quiera obtener algo de

los alumnos – cuanto, por ejemplo, a los comportamientos en sus diferentes aspectos – hábitos y actitudes volcadas a la promoción de la salud individual y colectiva–, es a la familia que se debe llamar. Respecto a la colaboración o alianza que la escuela debería hacer con la familia, Narodowski (2001) argumentó que:

[...] la educación escolar solo puede desarrollarse de modo armonioso, bajo el acuerdo tácito entre padres y profesores acerca de las responsabilidades que le tocan a cada uno, dentro de esa visión de funciones. Es necesario que los padres cedan –a partir de un contrato implícito que acepta la legitimidad del saber de los profesores– sus derechos acerca del cuerpo y de sus hijos (NARODOWSKI, 2001, p. 52-53).

El Gobierno Federal Brasileño, buscando orientar a la familia por medio de prescripciones y asesoramiento, elaboró un manual con diversas preguntas e informaciones acerca de la visión. Unas preguntas e informaciones de lenguaje fácil, correcto y atractivo enseñarían a los niños, a los profesores y a los familiares las formas y los modos de prevención y tratamiento de las enfermedades de la sordera y de la visión. De carácter informativo, estos textos se articularían para que respondieran a algunas preguntas del tipo: ¿Qué es? ¿Qué se debe hacer? ¿Qué se debe evitar?

En ese sentido, el trabajo del PNSE no fue solamente divulgar los preceptos de prevención a algún tipo de deficiencia a los niños en edad escolar, sino también a toda población del país y, particularmente, a la población más carente económicamente. Los niños, cuando se llevan a sus casas sus libros de historias, cuadernos, álbumes y manuales, de alguna

manera, estarían pasando algunas informaciones a sus padres, o sea, “*debido a las figuras*, las familias se reunirían alrededor del manual escolar, de formato bien cuidado, con *descripciones sugestivas y sencillas*” (ROCHA, 2003, p. 196).

Además de todo eso, la inclusión de los hábitos se constituye como parte de la educación para salud, garantizándole alguna legitimidad; fue necesario, sin embargo, ir más allá de la imaginación, de la obediencia y de los sentimientos de autoestima, apelando al poder del razonamiento. Reforzando los hábitos y creando condiciones para la adaptación del niño a nuevas situaciones, el profesor debería estar atento a las exigencias de claridad y objetividad, haciendo que la enseñanza sea viva, interesante y práctica, por medio de historias, dibujos, juegos y otras actividades recreativas.

Para Foucault (1999), el control de las actividades se refiere, especialmente, a los modos de codificar, de establecer reglas para la ejecución de las actividades que los individuos van a desarrollar. De esa manera, las relaciones de poder disciplinario realizan el ordenamiento de las actividades, articulando de manera determinada el cuerpo de cada uno con el tiempo, los actos y los objetos de la acción, con el objetivo de imprimir máxima eficiencia en la realización de la actividad en cuestión. La ordenación disciplinaria establece una minuciosa relación entre la realización de cada acto y las posturas corporales necesarias para ejecutarlas correctamente; se exige un cuerpo disciplinado, desde sus mínimas partes hasta el funcionamiento del cuerpo como totalidad.

Así, los ejercicios pueden garantizar el aprendizaje de las habilidades y también seguir una creciente

complejidad en la que se considera cada etapa un prerrequisito para la otra. En la pedagogía, el tiempo disciplinario significó el establecimiento de etapas que pasaron a ordenar la vida del escolar en los más diversos aspectos, con la definición de programas, seriaciones y exámenes que fijaron las individualidades de los niños y, a la vez, funcionaron como ‘pasaporte’ para la etapa siguiente.

De una manera general, estas lecciones, imágenes y textos compusieron una unidad, operando por la reafirmación del comportamiento ejemplar, aún cuando pone en escena una conducta, articulándose, así, la posibilidad de producción de una naturaleza perfecta, por la articulación de los hábitos sanos en el alma infantil. Es importante entender el cuerpo y la mente como objetivo de poder de las pedagogías. Se pueden considerar dichas pedagogías como portadoras de preceptos que dan al cuerpo y a la mente una forma y los encuadran para someterlos a determinadas normas sociales y culturales. El cuerpo del niño debe ser enderezado, su mantenimiento es objeto renovado de una educación discreta e insistente. Con eso, además del silencio, donde se imitan las posturas y se refuerzan los ejemplos, el discurso pedagógico marca rupturas haciendo aparecer un nuevo cuerpo anteriormente no conocido.

Para terminar, señalo lo que traté de explorar en ese texto: el PNSE como un dispositivo de gobernanza que, a partir de algunas conexiones entre saber y poder, constituyó una trama discursiva acerca de la salud, teniendo como objetivo principal la infancia y sus procesos de desarrollo físico, intelectual, moral y afectivo. Es importante recordar que el cuerpo

“adquiere diferentes sentidos cuando se le invierte un poder regulador que lo ajusta en sus menores detalles, imponiendo limitaciones, autorizaciones y obligaciones para más allá de sus condición fisiológica” (FRAGA, 2001, p. 63).

Pretendí, también, identificar cómo las estrategias de gobernanza, utilizadas por este PNSE, han sido dispuestas, distribuidas, como también su implicación con los juegos de poder. Al indicar cómo esas estrategias se vincularon a la creación de un cuerpo de *expertos* y a la elaboración de un sistema de *expertise*, se hizo posible pensar también como se fueron operando en esas campañas de salud ciertas racionalidades pedagógicas y políticas, asociadas a la prevención de enfermedades y a la regulación de la salud del escolar.

Referencias

ALVAREZ-URÍA, F. A escola e o espírito do capitalismo. In: COSTA, M.V. (Org.). *Escola básica na virada do século: cultura, política e currículo*. São Paulo: Cortez, 1996, p. 131-144.

ALVAREZ-URÍA, F. La configuración del campo de la infancia anormal: de la genealogía foucaultiana y de su aplicación a las instituciones de educación especial. In: FRANKLIN, B. (Org.). *Interpretación de la discapacidad: teoría e historia de la educación especial*. Barcelona: Pomares-Corredor, 1996a, p. 90-122.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Campanha nacional de reabilitação visual: olho no olho – Apresentação*. S/l. Disponível em: <http://www.saudetotal.com/kikuta/olhonoolho/apresentação.htm>. Acessado em: 19 nov.2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Campanha nacional pela saúde do escolar: quem ouve bem, aprende melhor! – Informações para a imprensa*. S/l, 2001. Disponível em: <http://forl.locoweb.com.br/campanha/4.htm>. Acessado em: 2 mar. 2003b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Campanha nacional pela saúde do escolar: quem ouve bem, aprende melhor! – Relatório final 1997*. S/l, 2001. Disponível em: <http://forl.locoweb.com.br/campanha/5a.htm>. Acessado em: 2 mar. 2003a.

BRASIL. Ministério da Educação/FNDE. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Campanha nacional de reabilitação visual: olho no olho*. Brasília: Ministério da Educação, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação/FNDE. Conselho brasileiro de Oftalmologia. *Manual de orientação da campanha olho no olho*. Brasília: Ministério da Educação, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Campanha nacional pela saúde do escolar: quem ouve bem, aprende melhor– A audição de seus alunos (cartilha do professor)*. S/l, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Campanha nacional pela saúde do escolar: quem ouve bem, aprende melhor– Caro professor, cara professora*. S/l, 2001a.

BUENO, J.G.S. A produção social da identidade do anormal. In: FREITAS, M.C. (Org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001, p. 163-185.

BUJES, M. I. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1966.

CARVALHO, M.M.C. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, M.C. (Org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 291-309.

COMENIUS, J. A. *Didática magna*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ESCOLANO, A; FRAGO, A.V. *Currículo, espaço e subjetividade: a arquitetura como programa*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRAGA, A.B. Anatomias emergentes e o *bug* muscular: pedagogias do corpo no limiar do século XXI. In: SOARES, C.L. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 61-77.

KANT, I. *Sobre a pedagogia*. Piracicaba: Unimep, 2002.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T.T. (Org.). *O sujeito da Educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 35-86.

MACHADO, R. et al. Medicalizar as instituições. In: MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Graal, 1978. p. 278-352.

NARODOWSKI, M. *Comenius e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

PINTO, C.R.J. Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. *Educação & Realidade*, v. 24, n. 2, p. 33-56, 1999.

ROCHA, H.H.P. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas: Mercado das Letras, 2003.

ROSE, N. Governando a alma: a formação de eu privado. In: SILVA, T.T. (Org.). *Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

ROUSSEAU, J.J. *Emílio ou a educação*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.

SANTOS, I.M. *Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2004.

SANTOS, J.D. *Licenciatura e biopoder: uma perspectiva de análise*. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo... In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 13-34.

VEIGA-NETO, A. *Governo ou governamento?* Porto Alegre: UFRGS/PPGEDU. Texto digitado. 2001a.

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (Org.). *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.105-138.

¿DEJAR DE COMER Y/O HACER EJERCICIO? JUVENTUD, CUIDADOS CORPORALES Y ‘TRASTORNOS’ ALIMENTARIOS EN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

**José Geraldo Soares Damico
Dagmar Estermann Meyer**

El sistema médico crea incesantemente nuevas necesidades terapéuticas. Mas cuanto mayor es la oferta de salud, más las personas creen que tienen problemas, necesidades, dolencias. Ellas exigen que el progreso supere a la vejez, al dolor y a la muerte. Esto equivale a la propia negación de la condición humana.
Iván Illich

Introducción

Este artículo es parte de una tesis en la que discutimos algunos de los modos por los cuales jóvenes mujeres significan, apre(he)nden y experimentan, actualmente, el cuidado del cuerpo¹. Tomando como referencia los Estudios de Género y los

¹ Tesis de maestría de José Damico, titulada “Cuántas calorías yo preciso [gastar] para adelgazar con salud?” Cómo mujeres jóvenes aprenden estrategias para cuidar del cuerpo. Dirigida por Dagmar Estermann Meyer y co-dirigida por Dora Lúcia de Oliveira, en el Programa de Pos-Graduación en Educación de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul – Línea de Investigación Educación, sexualidad y relaciones de género. Defensa pública realizada en enero de 2005.

Estudios Culturales, específicamente los de aquellas corrientes que han propuesto una aproximación crítica con la perspectiva post-estructuralista de Michel Foucault, examinamos 'textos' que surgieron de discusiones realizadas con 18 jóvenes entre 13 y 15 años, alumnas del 8º año de la enseñanza primaria y del 1º año de la enseñanza secundaria del Colegio de Aplicación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP/UFRGS). Estas discusiones fueron realizadas en seis reuniones de dos grupos focales realizadas en 2004, las cuales fueron grabadas y posteriormente, transcritas para su análisis. Las declaraciones de las jóvenes fueron analizadas tomando como base los conceptos de cultura, discurso, género y poder, con el propósito de problematizar los diferentes modos por los cuales el cuidado del cuerpo es significado, apre(he)ndido y vivido en este contexto.

En este artículo focalizamos, de forma más puntual, un movimiento en el que muchas mujeres y mujeres jóvenes pasaron a conocerse y a ser reconocidas como protagonistas de conductas que podrían colocarlas, según el discurso biomédico, como portadoras de anorexia nerviosa. Buscamos re-significar los cuidados del cuerpo como una estrategia íntimamente implicada en la producción de cuerpos generificados en la contemporaneidad. Argumentamos que el cuerpo, ya tematizado como territorio de inscripción de identidades, pasa a funcionar como operador de sistemas de clasificación y jerarquización social, en la medida en que atribuciones como la forma física y la apariencia que ella revela son elevados a criterios que posicionan y valorizan estilos de vida y sujetos diferentes en la cultura contemporánea.

Veamos: desde la década de los ochenta los medios de comunicación vienen mostrando noticias de que alguna celebridad está enferma o falleció víctima de anorexia y bulimia. Acordémonos de Karen Carpenter, Lady Di, Kate Moss y de la *Big Brother* Leca. Actualmente, son divulgadas noticias, casi semanalmente, por lo menos en uno de los vehículos de la gran prensa. La mayor novedad, mientras tanto, han sido las noticias sobre las páginas *web* “pro-anorexia” en Internet, o “pro-Ana”, como las creadoras de los *sites* los llaman. Ellos muestran fotos de modelos famosas y fotos de adolescentes anónimas escuálidas que conquistaron la delgadez ‘ideal’, consejos de belleza y vestuario, historias de vida, consejos de especialistas, cartas con relatos de las personas que adhirieron a la causa y recetas de dietas para adelgazar. Con eso, las páginas *web* pro-anorexia han hecho visible una de las caras más impresionantes de la actualidad, o sea, el cuerpo como un *locus* en el que se puede ejercer la libertad para transformarlo y, fundamentalmente, controlarlo, como es el caso de las jóvenes que, en las fotos, exhiben prácticamente solo piel y huesos.

En una cultura que reconoce a las personas por aquello que ellas tienen y consiguen acceder, tener un cuerpo y sus ‘contraseñas’ de acceso, representa una riqueza envidiable. Por eso es necesario ostentar lo que se tiene, evidenciar el poseso, para sí mismo y para los otros. Es necesario creer que el cuerpo que ‘se tiene’ es de hecho poseído por su propietario, completamente disponible ante sus voluntades y sueños (Sant’Anna, 2001, p. 19).

La mayoría de las jóvenes consideradas anoréxicas tendrían como características comunes, según

la bibliografía especializada, alejarse de los amigos y esconderse de la familia desarrollando estrategias que conducen a la soledad a raíz de la vergüenza y de la culpa que sienten por sus actos. Y así, ellas encontrarían en las páginas *web* un aliado, que les proporciona un conjunto de estrategias y sentimientos en la búsqueda por la delgadez.

Las historias de jóvenes anoréxicas y bulímicas circulan en las revistas de variedades, en los cuadernos de salud de periódicos y en programas de debates en la televisión, resaltando la importancia con la cual los medios de comunicación y la población en general han tratado de situaciones consideradas trágicas, conjuntamente con los casos de pedofilia o de drogadicción asociada a crímenes familiares. Por otro lado, esas materias dejan trasparecer lo que parece ser, también, resultado de inversión en un conjunto de aprendizajes al cual las mujeres (principalmente), cada vez más temprano, tienen acceso, constituyendo un modo específico de ‘cuidado’ y de ‘control’ del cuerpo que se establece, principalmente, a partir de conocimientos relacionados con las dietas, la alimentación, los ejercicios físicos y el vestuario.

Realizar una investigación con un grupo de jóvenes escolares constituido en una determinada cultura puede ser productivo, en la medida en que hace posible acceder a los modos de organizar, conocer y controlar el cuerpo que ellas desarrollan y ejercitan en ese contexto específico. Además, puede revelar qué potencias personales y colectivas están envueltas en este proceso.

La discusión que proponemos, articulada con el campo de los estudios feministas, considera el cuidado

corporal como práctica histórica y cultural, evitando modelos explicativos y naturalizadores. El cuidado del cuerpo, objetivado en un conjunto de prácticas corporales que van desde el hecho de escoger las dietas, las ropas y el aspecto como un todo, se vuelve un estilo, una forma de ser aprendido y re-aprendido de diferentes modos durante toda la vida.

En el contexto de esa visibilidad es posible percibir que las mujeres jóvenes han sido posicionadas como personajes centrales de esas inversiones, hoy definidos genéricamente como ‘culto al cuerpo’. Tal posición ha sido delineada con argumentos que describen a las jóvenes (y la relación que ellas establecen con sus cuerpos) como bellas y seductoras y, al mismo tiempo, irresponsables, emocionalmente problemáticas y personajes principales de conductas y situaciones ‘de riesgo’, como son el embarazo precoz, enfermedades sexualmente transmisibles, uso de drogas, desórdenes alimentarios y sedentarismo.

Y en los procesos que invierten sobre esos cuerpos jóvenes, con el objetivo de contraponerse o disminuir ‘esa amenaza para sí mismas y para los demás’ que es descrita por varios discursos (como el médico, psicológico y educacional), nociones sobre salud, bienestar, alimentación adecuada y belleza son constantemente renovadas y re-articuladas, instituyendo formas de cuidado con distintas significaciones de placer, de contención, de resistencia, de feminidad y de masculinidad. Determinadas prácticas corporales pasan a ser objeto de una atención constante a partir de la cual se apuesta, por ejemplo, que el cuidado con una alimentación considerada equilibrada de-

sembocaría en una apariencia más ‘saludable’ y que ejercicios físicos orientados serían decisivos para una ‘salud perfecta’.

Es en este sentido que asumimos, aquí, el presupuesto de que el cuerpo es una “*construcción socio-cultural y lingüística, producto y efecto de las relaciones de poder*” (Meyer et al, 2003, p. 26) y, a partir de él, rechazamos, en nuestro análisis, nociones esencialistas y universales de cuerpo y de género para apostar en la multiplicidad y en la conflictividad de los procesos por los cuales la cultura construye y distingue cuerpos y sujetos masculinos y femeninos, inscribiéndolos, también, en diferentes etapas del ciclo vital.

Con esa mirada discutimos aquí ciertas prácticas corporales que las jóvenes desarrollan para cuidar del cuerpo, las cuales pueden ser clasificadas por determinados discursos como siendo prácticas anoréxicas, comprendiéndolas como prácticas informadas ‘por–’ y sintonizadas ‘con–’ reglas de normalidad socialmente instituidas y legitimadas, en el interior de las cuales el cuerpo emerge como un territorio y, al mismo tiempo, como un potente operador, de diferenciaciones.

Miedo de engordar y trastornos alimentarios: fragmentos de historia

Las prácticas relacionadas con dietas alimentarias y ascesis corporales pueden ser encontradas, con diferentes sentidos y formatos, en diversas culturas, a lo largo de los siglos. Mientras tanto, la mayor parte

de las dietas que aparecieron en la Antigüedad y en la Edad Media puede ser entendida con facilidad como prácticas aliadas a lo que Susan Bordo llamó “desarrollo del yo”:

[...] sea un yo interior para los cristianos, o un yo público, para los griegos – construyendo como una arena en la cual las más amplias posibilidades de la excelencia humana podrían ser realizadas. Rituales de abstinencia y ascetismo eran, por lo tanto, reservados unos pocos aristócratas y eclesiásticos, capaces de alcanzar tal excelencia de espíritu (Bordo, 1995, p167).

A partir del siglo XIII las prácticas de inanición y negación de las necesidades corporales pasaron a ser crecientemente incentivadas por la Iglesia Católica, a través de la canonización y santificación de mujeres que, con sus actos de ascetismo, daban pruebas de devoción a Dios. En ese contexto, una santa que cabe mencionar es Catalina de Siena, que vivió cerca de 32 años, muriendo de desnutrición. Cuando Catalina tenía 15 años perdió una hermana y, desde entonces, comenzó a comer poco y a rezar cada vez más. Cuando sus padres comenzaron a buscar un marido para la joven, esta intensificó e incrementó sus actos de ascetismo y religiosidad, ayunando, orando y auto-flagelándose. Declaraba que quedaba más fuerte y más cerca de Dios en ayunas (Cordas, 1993; Brumberg, 1988).

El comportamiento de forzar el vómito también es muy antiguo y se puede encontrar, precozmente, en la historia de diferentes pueblos de la Antigüedad. En el antiguo Egipto, por ejemplo, gran parte del papiro de Eber es dedicado al estímulo y a las virtudes

del acto de vomitar. Los egipcios vomitaban y al mismo tiempo, usaban purgantes durante tres días consecutivos, juzgando que todas las enfermedades de los seres humanos eran oriundas de la comida. Entre los griegos de la antigüedad, las prácticas de vomitar también eran incentivadas, incluso con lugares específicos para ello.

De la misma forma que el ayuno, el sentido para el incentivo de tales prácticas era el de la purificación del espíritu para la consecuente purificación del cuerpo. Esta transición de una 'ascesis sagrada', que hacía parte de un discurso religioso, hacia una 'ascesis moderna', que pasa a circunscribirse en el ámbito de las formulaciones médicas en las culturas occidentales es, pues, un fenómeno de la modernidad que se diseña más nítidamente a partir del siglo XIX. En su interior, ciertas señales y síntomas se fueron articulando para configurar lo que pasó a ser conocido y llamado de patologías de mujer o patologías femeninas. Esa relación entre mujeres y patología remonta, de ese modo, a la misma historia de la medicina moderna, a pesar de que las representaciones culturales respecto de la menstruación como algo monstruoso, o de las fragilidades mentales de las mujeres, de alguna manera, fueran ya clasificadas anteriormente teniendo como referencia valores como racionalidad y vigor, positivados como características masculinas.

La ecuación que establece una relación entre feminidad, enfermedad e insalubridad emerge, entonces, con más fuerza, durante el siglo XIX, periodo final de la era victoriana y ese es el mismo periodo en el cual la anorexia nerviosa comienza a habitar el universo del discurso médico. Un ejemplo interesante

de esa ecuación es, justamente, el que se considera hasta hoy el contexto fundador de la psicoanálisis – el “Tratamiento y la cura” de la histeria de “Anna O.” por Sigmund Freud.

Mientras tanto, es en los últimos 30 años que aquello que era considerado como un ‘problema’ raro y poco conocido pasó a ser considerada una práctica de riesgo que afecta una gran parte de mujeres entre 18 y 40 años en Europa y América del Norte (Cordás, 1993). En algunos países de América Latina como Chile, Argentina, Venezuela y Brasil, también se han verificado aumentos considerables en los índices de esta patología tanto que se llegó al acuerdo de llamarla de trastornos alimentarios (Nunes, 1997). En ese contexto, un dato interesante de la Organización Mundial de la Salud es el hecho de que los desórdenes alimentarios alcanzan entre siete y nueve veces más mujeres que hombres y, entre ellas, la gran mayoría son jóvenes (Nunes, 1998).

Cordás (1993) argumenta que los llamados desórdenes alimentarios se desarrollan, según estudios epidemiológicos realizados en Europa y Estados Unidos, en una población joven, predominantemente femenina (90 a 95%), de clase media o media alta, verificándose, además, en las últimas décadas, un aumento de esa incidencia para casi 2% de la población femenina en Occidente. Mientras tanto, otros estudios recientes han relatado que prácticas de perder peso, consideradas inadecuadas, y comportamientos alimentarios, considerados como anormales, parecen estar aumentando en todas las clases sociales y grupos étnicos, tanto en los Estados Unidos como en gran cantidad de naciones y culturas.

Según la literatura especializada, la anorexia y la bulimia son patologías clasificadas como enfermedades mentales. La anorexia nerviosa se caracteriza por una continua búsqueda de la delgadez a través de dietas, laxantes, vómitos auto-inducidos, etc. La bulimia comparte con la patología anterior el horror a la gordura, mas se distingue por episodios de urgencia de sobre-alimentación.

La principal dificultad señalada en los registros de mujeres diagnosticadas como anoréxicas y/o bulímicas parece residir en la relación que tiene con su cuerpo, especialmente su forma y peso. Ellas tratan de alcanzar un cuerpo delgado, y cada vez más delgado, a través de intentos de autocontrol alimentar y pérdida de peso, utilizando, para eso, cualquier mecanismo disponible.

Así pues, dietas rigurosas, ejercicios físicos intensivos y métodos purgantes pasan a hacer parte del cotidiano de las personas clasificadas como anoréxicas. Tales preocupaciones por el cuerpo y con sus medidas están, hoy, tan asociadas a un determinado padrón de comportamiento llamado femenino que ellas llegan a ser definidas y reconocidas como objeto 'natural' de atención femenina. Uno de los efectos extremos de esa preocupación naturalizada parece ser el de llevar muchachas cuyos cuerpos están muy próximos de los padrones considerados normales, a verse con cuerpos 'defectuosos'.

Esos aspectos descritos permiten que 'focalicemos' el tema de los cuerpos jóvenes y los cuidados con estos mismos cuerpos como fenómeno cultural y no como fenómeno psicopatológico o clínico. O sea, como ya hemos venido indicando, no pretendemos

asumir aquí el enfoque de la nosografía psicopatológica, aún reconociendo que, en ciertas configuraciones de poder, tales clasificaciones se revisten de autoridad científica y de valor de verdad.

De la misma forma, no pretendemos discutir la validez o el alcance de esos valores de verdad, mas si delimitar y problematizar los efectos de esos discursos y sus conexiones con el poder, en la medida que sabemos que una serie de comportamientos, que hoy se consideran anormales o patológicos, estuvieron presentes, con otras configuraciones y otros significados, en otros momentos de la historia de diferentes culturas occidentales.

Por eso, sugerimos que esos cuerpos jóvenes solo pueden ser inscriptos en un proceso de salud-enfermedad a partir de una construcción social y cultural; o sea, cuerpo, salud y enfermedad solo adquieren ciertos sentidos en el contexto de una cultura que hace posible que ellos sean comprendidos y experimentados de formas determinadas. Esa imbricación entre lo biológico (naturaleza) y lo cultural ocurre a través de múltiples inversiones en el cuerpo, las cuales, en diferentes redes de saber-poder, ora se presentan como mecanismos de coerción, ora por medio del disciplinamiento, ora por estrategias de control, mas también y principalmente como libertad, autonomía y placer. Se configura en esa cultura corporal otra forma de relacionarse con el cuerpo, como es la de entenderlo y tratarlo crecientemente como un proyecto individual. El cuerpo proyecto es una construcción contemporánea pensable, sobre todo, en el contexto de la racionalidad neoliberal, que supone que este puede ser perfeccionado, mejorado y modificado indefinidamente.

La perspectiva del cuerpo como proyecto supone un involucramiento individualizado e intensificado sobre el cuerpo, un cuerpo desplazado de lo social y de la cultura, que es de mi total responsabilidad. Uno de los proyectos de cuerpo más enfatizados en la actualidad es el de la adquisición de cuerpos mejorados y saludables. Saludable como un enunciado ambiguo, en el que se borran totalmente las fronteras entre belleza y salud, entre humano y máquina, entre fenotipos y cosmética (Meyer, 2003, p. 8).

En la mayor parte de los países occidentales, uno de los proyectos de cuerpo más enfatizados involucra el deseo de volverse delgado, aunque, paradójicamente, la población continúe engordando. Una mirada atenta sobre las décadas finales del siglo XX e inicios de este bastaría para que nos preguntemos cuáles fueron las condiciones que permitieron que muchas sociedades – aquellas con excedentes de producción de alimentos – consolidasen un modelo alimentar y estético que transformó el miedo al hambre, que atraviesa buena parte de la historia de la humanidad, en un miedo del exceso. Tales condiciones parecen estar presentes en las formas por las cuales ciertos padrones nutricionales y de belleza han obligado a muchas mujeres a sufrir con una serie de síntomas que tienen en común el miedo de engordar:

Las imágenes vehiculadas por la prensa, de mujeres delgadas de éxito, parecen aumentar todavía más la insatisfacción para con el propio cuerpo, generando vergüenza, culpa y sentimientos de inferioridad. La mayoría de las investigaciones demuestra sea en los Estados Unidos como en Brasil, que cerca del 35% de las mujeres están insatisfechas con su cuerpo, siendo que entre las más jóvenes entre 16 y 20 años ese porcentaje llega a casi 80%. (Lipovetsky, 2000, p. 149).

Con la intención de bajar de peso, las mujeres se someten a dietas de adelgazamiento y alteran drásticamente su conducta alimenticia. Según un estudio epidemiológico realizado en la región de Porto Alegre, “cerca de 30% de las jóvenes en edad escolar controlan el peso usando dietas severas, laxantes y diuréticos o provocando el vómito” (Nunes, 1997, p. 61).

Los argumentos que estamos presentando ilustran que la búsqueda por parte de la mayoría de las mujeres de un cuerpo cada vez más delgado se configura como una de las más potentes relaciones de poder-saber de la contemporaneidad. La base discursiva de estas prácticas se fue ampliando desde los procesos de urbanización y sedentarización de las sociedades que caminaban hacia la industrialización, en el siglo XIX. Estos demandarían la promoción de una alimentación saludable y de una actividad corporal en beneficio de la salud, hasta los discursos ‘científicos’ que no cesaron de formular, hasta hoy, propuestas de intervención amplias y variadas: dietas alimentares y de sueño, ropas, cosméticos, actividades corporales, entretenimiento, sexo y muchas otras. Sobre esa matriz discursiva y a veces en contraposición con ella, se desarrolló un movimiento cultural y económico que condujo a un estilo de construir y obrar con el cuerpo.

Al mismo tiempo, se ve progresar la desestructuración de las maneras de comer, los comportamientos erráticos, las compulsiones, la *junk food*, las perturbaciones de las conductas y de los hábitos alimentares. Si nuestra cultura ve triunfar a la tiranía de la línea, en esa misma proporción está marcada por el desajuste de las conductas alimentares, por el desmoronamiento de las imposiciones colectivas relacionadas al ‘comer’. Las

consecuencias son el desorden, el lambiscar anárquico, la alimentación errante y desestructurada, característica de nuestra cultura 'gastro-anómica' (Lipovetsky, 2000, p. 147).

Es posible suponer que muchas jóvenes, en casi todas las culturas occidentales, por sus conductas alimentares, o sea, a través de restricciones alimentares y del empleo de diversas estrategias para eliminar las calorías ingeridas, acaben por afectar su vida. Cansancio, irritación, alteraciones menstruales, disminución del deseo sexual y lesiones del aparato digestivo son vistos como consecuencias de las exageraciones de las dietas y del uso de laxantes y de vómitos.

Así pues, la gordura parece configurarse, en relación a las actividades físicas, como una oposición a la buena forma (*fitness*), casi significando una enfermedad que debe ser exorcizada o extirpada. En la mayoría de las sociedades contemporáneas occidentales, la forma física y la apariencia que ella revela han sido marcadores sociales importantes en la clasificación y jerarquización de los estilos de vida, así como de ascensión social y afectiva; mientras que, la flacidez y la gordura están significando, en la cultura física, señales de indisciplina y pereza, o sea, marcas de despreocupación, señales de la falta de cuidado del individuo para consigo mismo.

Prácticas que pesan... o adelgazan!

En esta sección, buscamos examinar algunos aspectos relativos a la temática de los 'cuidados corporales', principalmente aquellos que no se caracterizan,

necesariamente, como consejos u orientaciones familiares, pero que constituyen a las jóvenes a través de ejemplos que pueden ser seguidos. Al operar metodológicamente con el análisis de discurso de ‘inspiración foucaultiana’, buscamos analizar lo que se dice, descomponiendo y multiplicando sus sentidos para localizar los rastros o las marcas de los discursos que se articulan para hacerlos posibles.

Una de las jóvenes, al describir actitudes de su madre en relación con la alimentación y con el ejercicio físico se expresó así:

Suzana – *La preocupación de mi madre es adelgazar, adelgazar... Ella toma sopitas de no sé de qué, y es solo pasar en el agua caliente y es feo, no tiene gusto a nada, parece un espuma plast, a mí no me gusta. Y ella come ensalada y esas cosas y camina dos horas de mañana y alrededor de las seis de la tarde camina de nuevo.*

Janaína – *Mi madre está preocupada por si ella se está poniendo muy vieja, no es que ella viva haciendo gimnasia, pero se preocupa mucho de la salud y de los nervios. Ella practica deportes, solo que ahora trabaja mucho y entonces no tiene tiempo. Y en mi casa se come mucha fruta y cosas integrales y muchas verduras, legumbres y porque mamá come eso mismo, yo creo que me pasó a mí también pero, a veces ella cree que yo no tengo una alimentación muy saludable.*

En el primer testimonio, Suzana dice que, en su opinión, la preocupación central de su madre está en conseguir o querer ‘adelgazar’. La joven parece asumir un tono de reclamación o, al menos, un cierto distanciamiento con relación a las prácticas corporales y alimentares de su madre, haciendo notar la

existencia de un esfuerzo en su comportamiento al repetir el verbo ‘adelgazar’. También se nota bien el esfuerzo de su madre para modificar la apariencia a través de una serie de conductas que demuestran autodisciplina – disciplina en la ingestión de alimentos que no tienen gusto y disciplina en el ejercicio físico al caminar dos veces por día. En esa referencia la joven parece indicar que el cuerpo, para la madre, es un problema fundamental y que adelgazar es la meta a ser alcanzada. Con el tono de queja que asume al cuestionar esas opciones de su madre, la joven parece sugerir que ella no se preocupa con otras cosas.

Janaína, mientras tanto, atribuye otros sentidos a las preocupaciones de su madre cuando sugiere que están vinculadas al envejecimiento y a la salud. Según la joven, la madre parece compensar la falta de tiempo a través de una alimentación basada en verduras, legumbres y productos integrales.

Los dos testimonios, entretanto, permiten resaltar la centralidad que la dieta ocupa en los cuidados dispensados al cuerpo contemporáneamente. Aunque la dieta² – entendida como restricción o estímulo al consumo de determinados tipos de alimento – haya estado presente en toda la historia de la humanidad, es durante el siglo XX cuando se va transformando en una estrategia íntimamente relacionada con cambios en los estilos de vida, con alteraciones situadas en nuevas formas de libertad y al mismo tiempo, con

² Utilizaré la expresiones ‘dieta’ y ‘régimen alimentar’ como sinónimos, optando así por la siguiente definición: “*regulación de la alimentación con el objetivo de conservar o restablecer la salud*” (Fernández; Sainz; Grazön, 2002, p.12).

nuevas formas de (des)control de los cuerpos. Tales formas son impulsadas por descubrimientos tecnológicos, científicos o mercadológicos que tratan de darles un sentido en el proceso de opciones alimentares que los individuos realizan. Según Henrique Valiente:

Las preferencias y las aversiones de la indigestión se ubican en un espacio de selección basado en la construcción social de los discursos sobre los alimentos, dependientes no solamente de la relación costo-beneficio a respecto de lo nutricional – la cual significa que el comer es mucho más que mera sobrevivencia – mas señal, todavía, de que las prescripciones colocan a la comida en un punto de convergencia de determinaciones estéticas, de estilo, de poder y de regulaciones individuales (Valiente, 1998, p. 74).

Los cuidados del el cuerpo, incluyendo las dietas alimentares, están permeados por relaciones de poder ejercidas sobre los otros y sobre nosotros mismos. Entendemos esas relaciones de poder como posibles estrategias de gobierno de los cuerpos, ya que ellas están constantemente involucradas en el ejercicio de dirigir y regular modos de ser y de obrar de los individuos y de la población.

Muchos conocimientos, producidos principalmente en los campos bio-tecno-científicos, han sido constantemente actualizados en el sentido de delimitar ‘enfermedades mortales’ causadas por prácticas alimentares consideradas problemáticas; entre ellas se puede citar, por ejemplo: la elevación de los niveles de colesterol, que podría favorecer el aumento de los trastornos cardiacos, la ingestión de sal y sobre todo, la de azúcar, señalado como otro ‘gran enemigo’ de

la vida saludable por estar implicado con el apareamiento de varios tipos de cánceres, enfermedades cardíacas, diabetes, problemas dermatológicos, esquizofrenia, hiperactividad y todo un conjunto de otros trastornos físicos y mentales. En ese contexto, la obesidad se coloca también como siendo uno de los más ‘perniciosos’ riesgos para la salud humana y se produce un conjunto de estimaciones que preanuncian la reducción de las necesidades calóricas y proteicas de los individuos, definiéndose así, el problema de la ‘obesidad como problema de salud pública’ de las sociedades occidentales contemporáneas. Como refiere Susan Bordo (1997), “*la gordura y no el apetito se volvió el enemigo declarado y las personas comenzaron a medir sus regímenes alimentares más por los números de la balanza que por el dominio de los impulsos y de los excesos*” (p. 167).

En el caso de la dietética, podemos decir que un factor importante de cambio en el siglo XX ha sido la reacción del mercado ante las críticas contundentes a los alimentos ‘muy calóricos’, de modo especial las gorduras que harían que los supermercados fueran inundados, en un primer momento, por una serie de productos de traían en sus rótulos las inscripciones ‘sin gordura’, ‘sin sal’, ‘sin colesterol’. Ya hacia el final de los años 1980, una segunda generación de ese tipo de productos sería lanzada, la de los alimentos *light* y *diet*,³ con una varie-

³ Productos *diet* son aquellos sin azúcar o sin sal, indicados para diabéticos e hipertensos, mientras que los productos *light* tienen menos calorías y son indicados para quién quiere adelgazar (www.globo.com.br/programafantastico/).

dad inicialmente reducida a chocolates, gelatinas y edulcorantes dirigidos a las personas con diabetes. Mientras tanto, otros condicionantes que pasaban a impulsar no sólo la lucha contra el exceso de peso, sino, sobre todo, la busca de la delgadez, incidieron sobre el aumento de la disponibilidad de esos productos, al punto que hoy los productos ‘sin azúcar’ no ocupan un pequeño estante en los supermercados – ellos duelen de igual a igual con los alimentos ‘con azúcar’. Actualmente, los productos *light* y *diet* representan 12% del total de las ventas en los supermercados brasileños (Programa Fantástico, 08/02/2004).

Informaciones como esas permiten ensayar un cierto mapeamiento de las inestabilidades y variaciones que surgen de tantos cambios que alcanzan a la alimentación contemporánea, principalmente en las sociedades de ‘abundancia’, las cuales permitieron que se produjeran prescripciones sobre variados tipos de dietas supuestamente saludables. En la interrelación de las circunstancias que acompañan esa sucesión de informaciones alimentares nuevas y renovadas, queremos focalizar un poco algunas asimetrías que delimitan a las relaciones entre prácticas alimentares y género en el ámbito familiar y social. En el contexto de esas relaciones, las dietas pueden ser caracterizadas como un conjunto de múltiples saberes, equipamientos, especialistas, sistemas de normalizaciones y jerarquizaciones, que instituyen programas alimentares. De todo eso se multiplican objetivos y prescripciones que hombres y mujeres, que desean mantenerse (o volverse) saludables deben incorporar – de forma diferenciada – en su vida diaria.

Les preguntamos a las participantes como las madres transmitían alguna preocupación que tuvieran y una de ellas dijo:

Carolina – *mi madre quería estar delgada algunos años atrás cuando era joven, pero ella no lo logró. Entonces ella pasa esto a su hija: ‘ay hija mía, debe ser así’. Sucede lo mismo que con la profesión: ‘mi hijo debe ser médico, ya que yo no conseguí serlo’ y a veces los padres quieren realizarse con sus hijos...*

Carolina hace dos asociaciones interesantes: una primera entre el deseo de ser delgada, ejemplificado por los intentos y fracaso de su madre en lograrlo, y la enseñanza que esta trasmite a su hija; y otra asociación entre una no-realización profesional del padre y el deseo de que el hijo siga la carrera que El mismo no alcanzó. En ambos casos, se nota el uso de un argumento incorporado de la psicología, o sea, la idea de un mecanismo de proyección. La proyección hacia el campo ‘psi’ sería el modo como un sujeto constituye una operación en la que coloca en el otro su deseo. Es bastante significativa también la asociación entre la voluntad de ser delgada y la elección de la profesión – la búsqueda del cuerpo delgado es equivalente a la búsqueda de la profesión, ambas resultan de una opción consciente.

Hay otro aspecto que se debe colocar en relieve, recordando la frase de Foucault en que el discurso es visto como “*una práctica que sistemáticamente forma los objetos de que habla*” (Foucault, 1995, p. 50). Se trata de estar atento al papel activo del discurso en aquello que el describe. La joven cuenta una escena hipotética en dos actos: un primero en el cual la madre y la hija conversan y un segundo en el

cual la conversación es entre padre e hijo. En la primera escena, lo que está en juego son las cuestiones consideradas privadas; así mismo, cuando el ejemplo se relaciona con la esfera pública, la joven utiliza las figuras masculinas de padre e hijo. Así podemos pensar que el régimen de adelgazamiento funciona como una práctica de cuidado mucho más femenina, pareciendo que la preocupación moral por el cuerpo no es aplicada equivalentemente para ambos sexos.

El suceso de la industria de productos dietéticos y la popularidad de los programas de buena forma animan la noción de que las personas son gordas porque comen mucho y de que, si ellas controlaran un poco su apetito, podrían ser delgadas. En ese contexto es donde muchas autoras han considerado que la búsqueda de un cuerpo delgado se articula con los varios campos técnico-científicos que naturalizan determinados atributos como características de una esencia femenina, como por ejemplo, la preocupación en adelgazar que es generada por el hecho de que la gordura o la obesidad pasan a ser consideradas como un problema de disciplina, de control del yo o de fuerza moral.

Veamos el testimonio siguiente:

Amélia – *La familia influencia bastante. Como cuando yo era pequeña, desde los 6, 7 años... en las vacaciones yo iba para la casa de una tía mía y ella era joven y, cuando tomaba mate yo siempre la veía colocar un polvito en el mate y me parecía extraño. Ella me dijo que era purgante. Y yo me quedé pensando en aquello, entonces ella me dijo también: 'eso adelgaza'. Si tú estás en casa y alguien comenta 'aquella es bonita, aquella es fea, como pueden creer que fulana es bonita', esas cosas marcan y tu vas montando tu padrón.*

Por medio de rutinas, normas y prácticas aparentemente triviales, como tomar mate, se puede dar la búsqueda de un ideal de feminidad contemporánea que tiene en el cuerpo delgado una de las principales marcas y formas de control. Mas el atributo principal del mate, que como se dice aquí es ‘cantado en prosa y verso’, sería su función ritualista de motivar a las personas a conversar, compartir, en fin, socializar. El mate funciona aquí como un artefacto cultural que en la perspectiva de Amélia puede, en diferentes espacios, efectuar pequeños desvíos, al mismo tiempo que acontece la colaboración, una conversación entre mujeres de generaciones diferentes, cuando una enseña pequeñas lecciones a la otra.

Según Sant’Anna:

[...] hay muchos casos en que la comida es considerada (como el sexo) una experiencia que envuelve grandes libertades y placeres, aun que también muchas coacciones, prohibiciones y tabúes; en definitiva, si muchos ya se relacionaron sexualmente escondidos, hoy hay una enorme cantidad de personas que comen escondidas **[o dejan de comer]**. (2003, p.42).

En el ámbito de la familia acontecen una serie de mecanismos que instituyen prácticas corporales en relación a la alimentación, produciendo significados diversos sobre el cuerpo. Una serie de representaciones y de imágenes de mujeres que luchan y consiguen controlar el apetito o gastar lo que comieron están presentes también en los medios de comunicación, a través de la profusión de imágenes de mujeres delgadas que aparecen en el horario central de la televisión y en anuncios publicitarios. Muchas veces esas

mujeres son cuestionadas sobre su éxito, como en la edición de junio de la revista *Pense Leve*: “*Vamos a descubrir como Vanessa Camargo adelgazó 6 kilos*” (2002, Portada). Es en este sentido que no se puede extrañar que niñas muy jóvenes dejen de comer por miedo al desamor o a la burla.

Los cuidados del cuerpo, incluyendo los regímenes de adelgazamiento, están permeados por relaciones de poder ejercidas sobre los otros y sobre nosotros mismos. Esas relaciones de poder funcionan como posibles estrategias de gobierno de los cuerpos, ya que están constantemente involucradas en el ejercicio de dirigir y regular modos de ser y de obrar de los individuos y de la población.

Actualmente, los consumidores y, especialmente las consumidoras, son sometidos/as regularmente a una infinidad de tentaciones, aun que también a múltiples formas de precauciones dietéticas, procesos que conducen a una crisis de los criterios de elecciones y a una desorganización de los valores de la simbología alimentar. Hay situaciones en las que crean opciones se vuelve imperante. Mientras tanto, el resultado de esas, inevitablemente, es la culpa por los errores, en una especie de descontrol alimentar, ya que, la mayoría de las veces, los alimentos que instigan nuestro deseo son aquellos identificados no en términos nutricionales sino en términos de placer: los que apreciamos, generalmente no son ‘saludables’.

Uno de los aspectos relacionados a las dietas es la asociación entre la salud de los individuos y una alimentación considerada adecuada. Esa asociación traspasa los límites de lo culinario, de lo económico, de lo religioso y hasta de lo sanitario, siendo

responsable de muchas concepciones que cualifican el comportamiento de los individuos como saludable o enfermizo. En ese sentido, tal vez el discurso de objeción más común a la gordura en el campo biomédico es el que alega que ser gordo/a no es saludable.

De hecho, es principalmente sobre el cuerpo femenino que se da la interacción entre el mercado y los valores culturales. Con eso, la mujer sufre presiones sociales para tener su cuerpo reconfigurado y de ese reglamento, ella juega con intencionalidad los sacrificios de digerir dietas restrictas e medicamentos, además de otros artificios como cirugías plásticas, gimnasia y cosméticos (Freitas, 2002, p. 26).

Es interesante recordar que mucho de lo que se dice sobre la distorsión de la imagen corporal de las mujeres diagnosticadas como anoréxicas está basado en la idea de que ellas se ven como gordas. Mientras tanto, la experiencia de uno de nosotros⁴ con niñas en tratamiento permite decir que ellas definen la imagen de sí manera diferente, o sea, ellas, como las jóvenes participantes de la investigación, se vuelven normalmente hacia las áreas particularmente blandas o protuberantes del cuerpos (más frecuentemente el estómago) que al cuerpo en su totalidad. La autora Susan Bordo presenta un diálogo del personaje Karen

⁴ José Damico actuó en el equipo Centro de Atención Psicosocial (CAPS) del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), en el atendimento a niñas diagnosticadas con trastornos alimentares.

en el film “*Dying to be thin*”, que se contrapone al mito que dice que la anoréxica se percibe como totalmente gorda:

Yo espero estar expresándome en modo correcto aquí, porque eso es importante. Ustedes tienen que entender. No veo todo mi cuerpo como siendo gordo. Cuando me miro en el espejo, no veo de verdad una persona gorda. Yo veo algunas cosas en mí que son realmente delgadas. Como mis brazos y mis piernas. Mas puedo decir que en el instante en que como algunas cosas mi estómago se hincha como el de un cerdo. Yo sé que él se expande. Y eso es asqueroso (Sacker e Zimmer, 1987, p. 57, *apud* Bordo, 1997, p. 89).

Acontece que la comida es inseparable del resto de las actividades de la cultura y que lo que comemos está regulado de acuerdo con ciertas prácticas e ideas. Un ejemplo interesante de eso es pensar en los tabúes alimentares – como las restricciones de parte de los judíos y musulmanes – que, en cierto modo, ayudan a reforzar la identidad de un grupo, nos revelan el carácter arbitrario de prohibiciones que corresponden a una constitución de principios y creencias de una determinada sociedad. En esos casos, los alimentos son negados no por sus propiedades nutricionales, mas por los sentidos y valores que tienen en sí.

Las jóvenes participantes cuando cuestionadas sobre cómo sus amigas hacían cuando querían adelgazar, respondieron así:

Araci – *Bien, Beatriz tiene bastante preocupación con la comida. Por eso, yo creo que ella intenta controlarse, a veces, dejando de comer ciertas cosas. A veces no es necesario, porque ella no es gorda. Ella*

a veces sólo piensa que está gorda. Pero, por ejemplo, existen aquellas chicas que vomitan y paran de comer porque se creen gordas. Por más que miren y sean realmente delgadas, delgadas, muy delgadas, ellas siempre se ven gordas y siempre ven que deben intentar más, tienen que vomitar más, tiene que dejar de comer.

Araci, al comentar las preocupaciones y cuidados con el peso demostrado por una compañera (también participante de la investigación), resalta que esta no precisaría realizar restricciones en su alimentación, ya que, en su opinión, ella no es gorda, ella solo se cree gorda, a veces. Es posible que la joven esté haciendo diferencia entre el 'ser' y el 'estar' gorda a partir del examen minucioso que el resto de las compañeras realiza sobre sí mismas en ciertas condiciones (antes de ir a fiestas, por causa de determinadas ropas que 'sirven' o no), reparando en las 'partes salientes', viéndose reflejada en el espejo o comparándose con otras mujeres que aparecen en las revistas o en los medios de comunicación en general.

El deseo de las mujeres, aún de las más jóvenes, de transformar el cuerpo conforme padrones aceptables según las normas sociales y de adquirir una imagen que inspire empoderamiento y otras formas de placer (como el sexual y el erótico), puede resultar en la necesidad de recortar algo de sí mismas, probablemente animando algún grado de control sobre el placer que la comida podría ofrecer. Así, se percibe que Araci habla de niñas que vomitan, aunque sean delgadas, para quedar más delgadas todavía. La estrategia de intentar controlar el peso a través del hecho de vomitar aparece como una de las más usadas por las jóvenes participantes de la investigación. Se puede

destacar aquí, que entre las mujeres jóvenes vomitar puede ser considerado como una práctica de un ascetismo contemporáneo. Ortega (2002), apoyado en Foucault, comenta que la ascesis “*es el conjunto ordenado de ejercicios disponibles, recomendados y hasta obligatorios, utilizables por los individuos en un sistema moral, filosófico y religioso para alcanzar un objetivo específico*” (p. 145).

De acuerdo con Ortega (2003) las prácticas ascéticas pueden variar, dependiendo del contexto histórico al cual están vinculadas. En la antigüedad greco-latina, visaban a la constitución del sujeto moral; en el cristianismo, a la auto-renuncia y a la pureza y, contemporáneamente, en el proceso que el autor llama de producción de bio-identidades, esa ascesis se constituye como una práctica “*donde el cuerpo posee la auto-reflexividad que correspondía otrora al alma*” (p. 142).

Según Sant’Anna (2002):

El cuerpo tiende a ser considerado el lugar privilegiado de la subjetividad de cada uno. Si, durante siglos, la humanidad destinó al alma el lugar de la identidad humana, en el orden tecno-científico es el cuerpo que ejercerá esa función. Consecuentemente, conocerlo completamente, salvarlo diariamente, controlarlo continuamente son deberes y derechos atribuidos con insistencia a todos los que aspiran al suceso, a la dignidad y a la felicidad (Sant’Anna, 2002, p. 102).

Ahora, no sólo las ropas y los accesorios son productos de consumo, sino el mismo cuerpo. Foucault ya anunciaba en su libro “Vigilar y castigar”, que invertir en el cuerpo pasó a ser lucrativo. Hombres

adquieren músculos en los gimnasios, mientras que las mujeres deben perder peso y ser delgadas. Por eso, forzar el vómito parece ser una respuesta adecuada a las apelaciones de la sociedad de consumo, en la medida que las jóvenes pueden alimentarse en exceso y después expurgar los alimentos, manteniendo el cuerpo delgado (Bordo, 1997).

Las prácticas ascéticas corporales contemporáneas hacen parte de un conjunto de reglas de higiene, de entretenimiento y de salud basados en el desempeño físico de los individuos. De este modo, los individuos deben ser autocontrolados y autovigilantes para poder examinarse detalladamente y así conquistar sus identidades (Ortega, 2002).

Al comentar sobre la formación de todo un arsenal orientado a inferir los desempeños de los individuos, Ortega comenta:

En la bio-sociabilidad todo un vocabulario médico-fiscalista basado en constantes biológicas, tasas de colesterol, tono muscular, desempeño físico, capacidad aeróbica se populariza y adquiere una connotación ‘casi moral’, forneciendo los criterios de evaluación individual. Al mismo tiempo todas las actividades sociales, lúdicas, religiosas, deportivas, sexuales son re-significadas como prácticas de salud (Ortega, 2002, p. 154).

El cuerpo es consumido como imagen bella y, al mismo tiempo, saludable, que debe ser mostrada y vendida y el consumo se configura como una actividad de conquista del placer y no como necesidad – muchas veces no se consumen mercaderías porque se tiene hambre o porque se necesita vestirse, por ejemplo.

Las jóvenes, al discutir sobre los límites entre hacer dietas y enfermarse, dijeron que:

Carla – *Yo tenía una amiga que tenía problemas de anorexia, entonces ella tuvo que salir de la clase de danza que hacía a escondidas de la madre, porque ella no podía hacer ejercicio pero estaba usando el dinero de la mesada de ella, para poder hacer, eran dos horas de danza, después corría otras tres y se quedaba sin comer el día entero, luego ella ya estaba con una anemia casi profunda, y fue internada en el hospital y se quedó mucho tiempo allá.*

Clara – *yo creo también que eso de sentirse bien es una cosa que depende mucho, pues muchas personas se sienten bien demasiado delgadas como es el caso de la anorexia, todo el mundo está viendo que la persona no está bien y ella está sintiéndose bien consigo misma, entonces yo creo que depende mucho de lo que es la conciencia de estar saludable. Aunque te guste estar de aquella manera.*

Carla habla de su amiga que fue diagnosticada como portadora de anorexia nerviosa y sobre como ella evitaba el control de su madre y continuaba ejercitándose en las clases de danza o corriendo. Ya en el segundo testimonio, Clara discute sobre el criterio que algunas informantes utilizaron para definir su estado de salud.

Con relación al primer testimonio, la situación descrita por la joven ya viene siendo mostrada hace bastante tiempo, a través de películas que tratan de ese tema o hasta en la literatura biomédica, como síntoma relacionado a los trastornos alimentares. En la experiencia profesional de uno de nosotros fue posible, por ejemplo, escuchar testimonios de jóvenes

diagnosticadas con trastornos alimentarios, las cuales, aun internadas y a veces atadas en la cama, lograban hacer abdominales, o hasta en sus casas se ofrecían para hacer todas las tareas domésticas para quemar más y quedar aun más delgadas.

En el segundo testimonio, la joven expresa una tendencia a la moralización de la salud. De acuerdo con Robert Crawford:

La salud no sólo se volvió una preocupación; se volvió también un valor absoluto o padrón para juzgar un número creciente de conductas y fenómenos sociales. Menos un medio para alcanzar otros valores fundamentales, la salud asume la cualidad de un fin en sí mismo. La vida buena se reduce a un problema de salud, así como la salud se expande para incluir todo lo que es bueno en la vida (*apud* Ortega, 2002, p. 154).

Los casos de anorexia han sido divulgados con el dramatismo propia de los dramas personales, relatos en el cual padres y madres demuestran su sufrimiento, médicos, psicólogos y otros especialistas son llamados a dar sus diagnósticos y, no raramente, las jóvenes cuentan su lucha contra la enfermedad y como lograron vencerla.

La anorexia ha recibido innumerables denominaciones, sea por parte de los estudiosos como de los medios de comunicación en general, esto porque, parafraseando Paula Treichler (1998, p.357), cuando esta se refiere al VIH/SIDA, también los trastornos alimentares pueden ser pensados como una epidemia de las significaciones, en la medida que estos poseen una enorme capacidad de generar significados. Entre ellos, citamos algunos que fueron

tomados de diversos autores como Abigail Bray⁵ (1996): una epidemia de la delgadez que viene destruyendo las vidas de muchas jóvenes, inteligentes, blancas y mujeres de clase media; una forma perversa de narcisismo femenino; la sombra del cuerpo del astronauta; una reacción improductiva de un cuerpo sin órganos; un emblema de la decadencia del final del siglo XX; la síndrome de la mujer palito; el arte del hambre; un fenómeno psicósomático articulado con las patologías del capitalismo patriarcal y de la familia nuclear; la enfermedad de la era Mc Luhan; un desorden obsesivo-compulsivo que es mejor tratada con benzodiazepínicos, haloperidol, trazodona, maprotilina, ECT bilateral; una especie de luto para el cuerpo preedípico y una conexión corporal con la madre en el patriarcado y que estas son exigidas a abandonar.

Esos y muchos otros enunciados son demostrativos del enorme interés y de la fascinación que rodean esa problemática de parte de estudiosos de las más diferentes áreas y de las personas en general: *“lo que permite sugerir que esa fascinación ejercida por los desordenes alimentares no es simplemente la cuestión de una patología individual, también de amplia repercusión cultural”* (Malson, 1998, p. 5).

De acuerdo con Alex Fraga y Carmen Soares, muchas definiciones diagnósticas como bulimia, anorexia, síndrome del pánico, entre otras enfermedades,

⁵ Las traducciones referentes a esa autora (1996) y otras como Helen Malson (1998), y Susan Bordo (1997) de los originales en inglés fueron traducidas por nosotros.

no son nuevas; de una cierta forma, ya existían hace mucho tiempo, pero es en nuestra época que ellas fueron nombradas/catalogadas por la medicina y pasaron a habitar más frecuentemente los cuerpos de final del siglo XX. Y es a través de esa nomenclatura médica que nos volvemos ‘debidamente enfermos’ (Fraga y Soares, 2003, p. 86).

En la descripción clínica actual, la anorexia aparece con diferentes definiciones, como casos de ‘síndrome’ o de ‘desorden’ psicossomático. Los criterios diagnósticos establecidos en los análisis clínicos y descriptos en la literatura especializada difieren con relación a los factores que desencadenan el bajo peso y el miedo de engordar, por ejemplo, a respecto de los picos de ocurrencia (edad), a la presencia de algún factor genético a los desórdenes endócrinos. Existen también variaciones con relación al criterio diagnóstico en lo que se refiere al peso mínimo. Según el sistema clasificatorio del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), el diagnóstico es conclusivo cuando la persona está 25% abajo del peso mínimo ideal, mientras que el Código Internacional de Dolencias (CID-10) define que, con 15% abajo del peso mínimo ideal, la anorexia ya puede ser diagnosticada. La variación de los criterios diagnósticos en las áreas de la clínica médica y de la psiquiatría ha sido una característica más fuerte con relación a la anorexia en los últimos cien años, lo que incluso ha perjudicado el intento de ‘determinar’ la prevalencia de la anorexia (Malson, 1998).

La epidemiología o cualquier ciencia que utiliza el lenguaje científico para fijar sentidos se basa en la relación de de causa-efecto de un cierto fenómeno sobre otro; por lo tanto, busca establecer

relaciones deterministas entre los acontecimientos, tanto del punto de vista biológico como del económico o tecnológico. Mientras tanto, la dificultad resaltada anteriormente para determinar la prevalencia de la anorexia nerviosa puede indicar que los sentidos son imposibles de ser fijados, aún en el lenguaje científico, estando presente la indeterminación que caracteriza el lenguaje, el texto y el discurso. Se trata de la imposibilidad de fijar de una vez esos criterios o de cualquier otro juicio.

Asimismo, en cuanto a la anorexia, parecen existir algunos sentidos compartidos: la anorexia es considerada como una enfermedad mental que se caracteriza por una continua búsqueda de la delgadez mediante dietas, laxantes, vómitos autoinducidos, ejercicios físicos intensivos y episodios de alimentación excesiva. Otros síntomas incluyen amenorrea, hipotermia, arritmia cardíaca y una variedad de cambios metabólicos en función del bajo peso.

La emergencia de la ‘anorexia nerviosa’ como un evento discursivo fue posible por lagunas en la interface del discurso médico y del discurso cultural de la hipocondría, histeria e feminidad (Malson, 1998, p. 49). Los conocimientos producidos hoy sobre la anorexia inscriben patología en un campo de ‘desordenes’ supuestamente relacionadas con el género femenino, constituyendo, reconstituyendo y actualizando de ese modo una identidad de mujer como ‘naturalmente nerviosa’, como lo hicieron los discursos sobre la melancolía en el siglo XVII y la histeria en el siglo XIX.

Varios estudios demuestran que algunos comportamientos, muchos de ellos particulares con relación al cuerpo y a la alimentación han estado

ampliamente más presentes en la vida de las mujeres, como destaca Bordo (1997). Esa asociación está presente también en los medios de comunicación de mas cuando tratan de los comportamientos alimentares normales. Se puede argumentar, pues, que un orden social en que las mujeres están posicionadas como las principales ejecutoras de conductas desviadas lo constituyen tanto los sujetos anoréxicos como la enfermedad misma.

Concluyendo

En el contexto cultural en que vivimos y, en particular, en este que focalizamos, los procesos contemporáneos de construcción de los cuerpos femeninos jóvenes, las nociones de salud, de bienestar y de alimentación son constantemente renovadas y re articuladas, instituyendo formas de cuidado con significaciones distintas de placer, de contención, de resistencia, de feminidad o de masculinidad. En ese caso, determinadas prácticas corporales pasan a ser objeto de una atención constante, en la cual el cuidado con una alimentación considerada equilibrada, por ejemplo, resultaría en una apariencia más ‘saludable’, y ejercicios físicos orientados serían determinantes para una ‘salud perfecta’. En síntesis, esas prácticas van componiendo un estilo de vida ‘activo’⁶

⁶ El cambio en el estilo de vida que resultaría en una ‘vida saludable’ es uno de los elementos del documento final la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa,

en que la auto-vigilancia y la motivación son el orden del día.

La búsqueda por la delgadez, en el caso de las mujeres jóvenes, está dimensionada por procesos culturales que constituyen prácticas corporales objetivadas en una serie de cuidados del cuerpo en los cuales la razón y la responsabilidad deben estar en la base de las opciones, tan anunciadas por los discursos de la promoción de la salud. Así, nos parece que el imperativo es adelgazar, pero con responsabilidad, y según las indicaciones correctas preconizadas por el meta-discurso biomédico; esa parece ser la ‘gran onda’. En nuestra perspectiva, presupuestos como esos hacen parte de estrategias íntimamente relacionadas con las mudanzas en los estilos de vida contemporáneos, con alteraciones situadas en nuevas formas de (des)control de los cuerpos.

Lo que es atribuido a la joven – inestabilidad, incertidumbre, movilidad y transitoriedad – parece asumir connotaciones de la cultura de amplio significado y es en ese sentido que asumimos que la juventud necesita ser teorizada como un campo de contradicciones y discursos diversos. Pensarla así, en conexión con el tema de las dietas y de los ‘trastornos’ alimentarios, puede ser útil para problematizar y desestabilizar la a rigidez comúnmente atribuida a los procesos de salud y enfermedad en el campo biomédico.

realizada en el Canadá, en 1986. La importancia de este documento es que en él se lanzaron las directivas para las principales transformaciones en la salud pública, en sentido amplio, en la mayoría de los países.

Referencias

ADELMAN, Miriam. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina? *Revista dos Estudos Feminista*, v.11, n.2, p.445-465, 2003.

BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S; JAGGAR, A. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p.19-41.

BORDO, Susan. Reading the slender body. In: WOODWARD, Kathryn (Org.). *Identity and difference*. London: The Open University, 1995, p.167-181.

BRAY, Abigail. *The anorexic body: reading disorders, cultural studies*. Routledge, 1996.

BRUMBERG, Joan. *The body project: an intimate history of american girls*. New York: Random House, 1997.

CORDÁS, Táki. Quando o medo de ficar gordo vira doença. In: CORDÁS, Táki. *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade*. São Paulo: Maltese, 1993, p.13-28.

DAMICO, José G. S. “Quantas calorias eu preciso [gastar] para emagrecer com saúde?”: como mulheres jovens aprendem estratégias para cuidar do corpo. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FERNÁNDEZ, M; SAINZ, A; GRAZON, M. Treinamento físico-desportivo e alimentação da infância à idade adulta. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FRAGA, Alex. *Evangelho do agito: uma forma de ativar o corpo e regular a vida*. Porto Alegre: UFRGS/FACED. Projeto de tese de doutorado, 2002.

FRAGA, Alex; SOARES, Carmen. Pedagogia dos corpos retos: das morfologias disformes às carnes humanas alinhadas. *Pro-Posições*, v.14, n.2, p.77-90, 2003.

FREITAS, Maria. Mulher Light: corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA e NASCIMENTO, *Imagens da mulher na cultura contemporânea*, Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p.23-24.

LIPOVETSKY, Gilles, *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LUPTON, Débora. Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação & Realidade*, v.25, n.2, p.15-48, 2000.

MALSON, Helen. *The Thin woman: feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge, 1998.

MEYER, Dagmar. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. NECKEL, J, *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEYER, Dagmar; SOARES, Rosângela. Corpo, gênero e sexualidade nas práticas escolares: um início de reflexão. In: MEYER, Dagmar; SOARES, Rosângela (Orgs.). *Corpo, Gênero e Sexualidade*. Porto Alegre: Mediação, 2004.

NUNES, M.; RAMOS, D. Anorexia nervosa: classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. In: *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

NUNES, Maria Angélica. *Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre*. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1997.

ORTEGA, Francisco. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, ORLANDI; VEIGA-NETO (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANT'ANNA, Denise. É possível realizar uma história do corpo. In: SOARES, C. *Corpo e história*. Autores Associados: Campinas, 2001.

SILVA, Ana Márcia. *Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade*. Autores Associados: Campinas, 2001.

SIBILIA, Paula. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

TREICHLER, Paula. AIDS, homophobia, and bio-medical discourse: an epidemic of signification. In: PARKER, R; AGGLETON, P. (Orgs.). *Culture, society and sexuality—a reader*. Califórnia: UCL Press, 1998. p. 357-386.

VALIENTE, Henrique. Anorexia y bulimia: el corsé de la autodisciplina. In: CUBIDES, Humberto; TOSCANO, Maria; VALDERRAMA, Carlos (Orgs.). *Viviendo a toda: jóvenes, territorios culturais y nuevas sensibilidades*. Santa Fé de Bogotá: Piados, 1998. p.69-83.

PROGRAMA FANTÁSTICO, exibido em 08/02/2004.

MERCANTILIZACIÓN BIOPOLÍTICA: ELECCIONES SALUDABLES EN TIEMPOS DE CONSUMO

Santiago Pich
Ivan Marcelo Gomes

Introducción

Vimos surgir en las décadas de 1970 y de 1980 una explosión del discurso de la aptitud física orientado a la promoción de la salud. En ese período, la educación física escolar incorporó el referido discurso. Entre otras características, observamos la implementación de estrategias evaluativas referenciadas en las capacidades físicas como resistencia cardio-respiratoria aeróbica, resistencia muscular, fuerza y agilidad. Con mucha frecuencia las calificaciones escolares de la disciplina educación física eran atribuidas conforme al rendimiento del alumno en test que, entre los más representativos, encontramos el de Cooper, del banco de *wells*, de fuerza abdominal y de *shuttle-run*.

En aquellos años fue protagonista el programa de Kenneth Cooper orientado a la promoción de la práctica de ejercicio físico para el desarrollo de la resistencia aeróbica, del cual el test homónimo era uno de sus componentes con más amplia difusión. En ese período el concepto de “Cooper” o de “hacer un cooper” pasó a componer el imaginario social vinculado a una idea vaga de practicar alguna actividad física para mantener un buen nivel de salud. Por otro lado y de forma concomitante a la diseminación del

discurso de Cooper, el paisaje de las ciudades gana un nuevo componente, las pistas de caminatas y carreras que son recorridas diariamente por contingentes de ciudadanos comprometidos con su 'calidad de vida', las cuales son acompañadas de una sesión de elongación antes o después de la actividad aeróbica. Además, frecuentemente observamos algunos aparatos, como barras fijas y paralelas; bancos inclinados que se encuentran al lado de la pista de caminata y que son utilizados mayoritariamente por los hombres para la realización de ejercicios abdominales y los tradicionales 'flexiones de brazos' y 'suspensiones en la barra alta'. En general, todas esas actividades son realizadas sin ninguna orientación profesional, dosificándose la carga conforme a las sensaciones subjetivas de los practicantes.

Si señalamos anteriormente al Estado Brasileiro como el protagonista de las acciones direccionadas a la promoción de la práctica de actividad física referenciada en el discurso de la aptitud física para la promoción de la salud, siendo el campo escolar y el campo de las políticas públicas del deporte sus dos espacios principales, nos parece importante ponderar el papel del Estado en ese sentido, en los últimos veinte años¹.

A partir da década de 1980, en el contexto de la invención de una tradición llamada 'crisis de la educación física' o de una convocatoria para que la educación física entrara en crisis (Medina, 1990), se opera una dura crítica a la concepción que defendía el campo de la promoción de la aptitud física.

¹ Resaltamos que ante la escasez de trabajos que investigan esta problemática nos orientaremos por hipótesis de trabajo.

Los parámetros evaluativos señalados en el inicio del texto dejarán de ser criterios de atribución de notas, ya que estarían cercanos a un ideal de rendimiento corporal y de comparaciones objetivas que llevarían a jerarquizaciones y discriminaciones de los ‘aptos’ y ‘no aptos’. Gana fuerza la tentativa de producir un discurso legitimador de ésta área de conocimiento que la referencie en la cultura. Así, la legitimación de la Educación Física escolar a partir del discurso de la aptitud física para la promoción de la salud se elige, sobre todo en el escenario escolar².

Las décadas de 1980 y 1990 pueden ser apuntadas también como períodos marcados por las prácticas de gimnasia de los gimnasios, particularmente las “gimnasias aeróbicas” y las de musculación. Estos espacios ocupan un lugar alternativo y privado para la práctica de actividades orientadas por el binomio salud-estética corporal, algo extraído de los dispositivos pedagógicos importantes como la

² Por otro lado, destacamos, siguiendo lo sugerido por Bracht (2001), el proceso actual de convalidación de la práctica de la asignatura de educación física escolar para los alumnos que comprueban la realización de actividades corporales en gimnasios o escuelitas deportivas. Esa práctica parece que está orientada por la comprensión de que la Educación Física escolar es una “actividad” (González y Fensterseifer, 2009), o sea, una práctica de ejercicio físico para la promoción de la salud, que puede ser más eficiente si es practicada en una institución especializada y fuera del contexto de la escuela. Observamos que el campo escolar ocurren dos fenómenos: por un lado la Educación Física escolar deja de ser entendida como un campo de difusión del discurso de la aptitud física para la promoción de la salud, y comienza a ceder su lugar para el espacio privado en el cual ese discurso gana fuerza en las décadas de 1980 y 1990.

televisión y las revistas ilustradas, espacios de los ‘musculosos’ y de las ‘apetitosas’³ (Hansen y Vaz, 2004), de producción de los cuerpos que tienen su ‘destino’ en el máximo rendimiento. A partir de este momento se multiplican de manera exponencial los servicios privados para la orientación de este tipo de actividades que complejizan los gimnasios, haciendo de ellos un espacio para las prácticas más diversas, la musculación, las actividades acuáticas, programas específicos para grupos especiales como mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, personas con dolencias crónico-degenerativas, etc. Más recientemente surge la figura del *personal trainer*, un confesor de los tiempos contemporáneos.

Actualmente asistimos a la producción de un discurso con un horizonte más o menos homogéneo sobre la importancia de la práctica regular de actividad física, que tiene un sinnúmero de voces para su difusión, incluyendo las revistas (pseudo)especializadas, los gimnasios en donde se brinda clases de gimnasia y de musculación, la reminiscencia del concepto de “hacer cooper” y las innumerables propagandas que difunden la idea de que “hacer actividad física hace bien a la salud”. Se configura así, un cuadro heterogéneo de prácticas corporales, realizadas en diversos espacios sociales, pero que tienen un denominador común, porque tienen el concepto de la aptitud física en su horizonte y a las instituciones sociales de carácter privado como su *lócus* privilegiado de realización.

³ En portugués los autores utilizaron términos “nativos”, “sardos” y “gostasas” empleados para designar a las personas que hacen un culto al cuerpo en los gimnasios de musculación.

Destacamos asimismo la creciente asunción por parte de los individuos sobre la autoresponsabilidad por la realización regular de actividades corporales; siempre legitimadas por su ‘contribución a la salud’. Entendido ese concepto en su doble carácter, por un lado asumida por los individuos como salud individual, pero al mismo tiempo se constituiría como una práctica situada en el proceso más amplio de interferencia por parte del ‘Estado-Mercado’ sobre la vida biológico del hombre-especie, de la población. En ese sentido, concordamos con Fraga (2006) quien destaca que el control de la vida biológica de la población en las sociedades de control es ejercido por cada vez más por el mercado, siendo ese proceso potenciado por la concepción de Estado mínimo, que caracteriza a las políticas neoliberales de gobierno.

Ante este cuadro nos parece posible presentar la hipótesis de que los dispositivos biopolíticos en la sociedad de los consumidores, para utilizar un término de Zygmunt Bauman (1999a), precisan ser pensados en una compleja relación entre Estado y Mercado como los protagonistas en la regulación de la vida de la población. Así, podríamos proponer ampliar la noción foucaultiana de biopolítica en cuanto “*estatización de lo biológico*” (Foucault, 2000, p. 217), para entenderla como una **estatización y mercantilización de lo biológico**.

En este sentido, nos interesa discutir en el presente texto el papel de la apropiación por parte de la educación física y de sus agentes profesionales, del discurso de la salud referenciado en la aptitud física en cuanto un dispositivo biopolítico que transita de la hegemonía del espacio del Estado para la esfera

privada de la economía en el contexto de la sociedad de los consumidores. Nos aproximamos a las contribuciones de Zygmunt Bauman sobre el orden social contemporáneo, entendido por el autor como una “*sociedad de los consumidores*”, para ampliar la discusión de la biopolítica en ese terreno.

Recordemos que en la segunda mitad del siglo XVIII, como enseña Foucault (2000), surgió un nuevo tipo de tecnología de poder que, aunque diferente de la hasta entonces dominante – la disciplina – la integra y la modifica parcialmente. En cuanto la primera se ocupa del ‘hombre-cuerpo’, del individuo por tanto, la segunda tiene su foco en el ‘hombre-especie’, en la ‘población’. Esta nueva tecnología es denominada por el autor de *biopolítica* de la población e invierte la soberanía: del derecho de “*dejar vivir y hacer morir*” para “*hacer vivir y dejar morir*” (Foucault, 2000, p. 218). El Estado, interviene sobre el conocimiento sobre la vida que las Ciencias Biomédicas producirán y que encuentran en la vida de la población un objeto privilegiado:

Y, después, la nueva tecnología que se instala se dirige a la multiplicidad de los hombres, no en la medida en que ellos se resumen en cuerpos, sino en la medida en que ella forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, que son procesos como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etc. (Foucault, 2002, p. 289).

Parece posible inscribir el discurso de la práctica de actividad física referenciada en la aptitud física para la promoción de la salud, o ‘estilo de vida activo’, en este registro. La producción discursiva sobre la

práctica de la actividad física, así como su elemento complementario, el discurso sobre la relación entre enfermedades crónico-degenerativas y los ‘desvíos comportamentales’ (tabaquismo, excesos alimentarios, consumo de bebidas alcohólicas etc.) que encuentran en la falta de actividad física, la hipocinesia, uno de los principales factores etiológicos.

Ese cuadro ha sido descrito por Castiel e Álvarez-Dardet (2007) como perteneciente a la lógica del riesgo. Esos discursos pretenden ser eficaces en la medida en que asocian a las personas que realizan ejercicio físico con una vida más larga y ‘con calidad’, y a las otras con una media de años a menos que tendrán que sacrificar por la vida desreglada que llevan, por su falta de orientación por las normas que caracterizan un ‘estilo de vida activo’.

Esos discursos no son, sin embargo, absorbidos de forma lineal por los individuos, dado que la circulación de las narrativas es mediada por los contextos en los cuales actúan. Así, las tecnologías envueltas en esos procesos son fundamentales para los procesos de subjetivación.

Individuo y salud: lugares y no-lugares del sujeto

Luc Boltanski (1979) apuntó en un texto clásico sobre la producción social de la salud y la enfermedad, que hay una correspondencia entre el orden económico de la sociedad y las representaciones sobre el cuerpo o, utilizando las palabras del autor “*el provecho que [los sujetos] pueden sacar del cuerpo*”

(Ibid., p. 145). Los argumentos de Boltanski apuntan para una formulación que no se deja reducir al determinismo económico, pero muestran que las elecciones de los individuos son mediadas por los valores, normas y creencias incorporados en los procesos de socialización y mediados por el lenguaje – que, a su vez, hace significar y resignificar los discursos de médicos y pacientes, así como la mutua apropiación de ambos. Así, el discurso médico se torna eficaz no a partir de sí mismo, sino de su reapropiación, lo que implica en su constante desconstrucción y en la consideración de ausencia de una supuesta ‘pureza’.

La premisa de Boltanski – compartida, con mayores o menores diferencias, por estudios etnográficos realizados en diferentes circunstancias – autoriza que consideremos, por ejemplo, las prácticas de cura y prevención no como una copia o aplicación del discurso clínico y científico, sino más bien como un mosaico que puede incluir también procedimientos mágicos de toda especie (rituales populares de cura, rezar, bendiciones, etc.).

Asimismo, con ciertas excepciones, el discurso médico científico sirve como una especie de baliza que se articula con los valores de un determinado grupo. Esto queda ilustrado en el abordaje de ese autor cuando se refiere a las expectativas de las personas en relación a los consejos de los especialistas:

De la misma manera, las expectativas en relación al médico varían según la clase social del paciente, aquellos que esperan en primer lugar ‘reglas de vida’, o sea, consejos y, más precisamente, consejos de prudencia, es mayor entre los miembros de las clases superiores, en cuanto que los

miembros de las clases populares desean principalmente que el médico les administre ‘remedios enérgicos’. (1979, p. 164).

La importancia de ese discurso se vincula a lo que el autor denomina la **necesidad médica** conectada a los procesos de modernización. El perfeccionamiento técnico lleva a la expansión de las actividades médicas que, a su vez, estimulan esta **necesidad cultivada** traducida en el presente consumo de la salud y de la enfermedad. Tales procesos propician la elaboración de discursos sobre el cuerpo que provocan algo como una ‘desinhibición corporal’, de forma que, comparativamente con tiempos anteriores, se habla más sobre el cuerpo y progresa la atención que se destina a él. El autor además resalta: una vez iniciado este proceso, él sólo tiende a aumentar en virtud de los aspectos circulares involucrando la satisfacción y la necesidad circunscriptas en las esferas del consumo:

Eso es válido para los bienes materiales [...] aunque también para las ‘mercancías intelectuales’ – ‘consejos’, ‘instrucciones’ o ‘servicios’ – que son producidos y distribuidos por los miembros de las ‘profesiones de la salud o de cuidados’, médicos, a aunque también ‘dietólogos’, ‘higienistas’, ‘masajistas’, ‘esteticistas’ etc. (Boltanski, 1979, p. 179).

El discurso de las acciones médicas presentan un espacio privilegiado en esta producción de necesidades, pues son “*los productores legítimos de esos servicios*” (1979, p. 180) que se encuentran disponibles en el mercado. El crecimiento de la “*consciencia del*

cuerpo” entrelazada con este proceso merece reservas, porque también indica aspectos coercitivos presentes en las relaciones sociales contemporáneas. Para Boltanski, los discursos sobre la salud difundidos, por ejemplo, en las revistas femeninas, contribuyen para que los agentes sociales sufran con la “*vergüenza del cuerpo*” cuando se disponen a adoptar “*los modelos de vida de las clases superiores*” difundidos en estos medios de comunicación y que presentan como pre-requisito el aumento del consumo de mercaderías presentes en los estantes de la salud y la estética. Eso acontece de tal forma que

[...] con el fin de hacer posible la reconquista del cuerpo por el sujeto, puede, también legítimamente, ser descrito como el final de un proceso objetivo de desapropiación cultural, pues es correlato de un crecimiento de la necesidad social de ‘especialistas’, de especialistas del cuerpo y de la necesidad social de reglas, de instrucciones y consejos que ellos producen, difunden y venden (Boltanski, 1979, p. 184).

La necesidad médica que hemos descrito genera la vergüenza del cuerpo no sólo entre las clases con menor poder adquisitivo, sino también afecta a aquellas que se apropian de los consejos de los especialistas en relación a los “correctos” patrones de conducta y estética corporal.

Esta es una de las formas de inserción de la educación física en este proceso. No hay dudas de que el área procura contribuir con ideas que tienen pretensiones científicas para la promoción de la salud y el combate al envejecimiento y la fealdad, de los males que la sociedad contemporánea procura

extirpar porque los ponen en equivalencia con la enfermedad o el fracaso. En una palabra, la aproximación con la muerte.

Predomina en el campo de la educación física una visión de salud oriunda de las ciencias médicas que intenta vincular aquella definición divulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendido como “*un completo estado de bien-estar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad*” (OMS, 2005). A la Educación Física le correspondería tratar la “*dimensión física*” de la salud (Guedes y Guedes, 1993). A partir de parámetros antropométricos y fisiológicos y, presuponiendo la universalidad del cuerpo humano, las prescripciones del ejercicio físico se constituyen en una consecuencia ‘necesaria’ a partir de los valores obtenidos en la evaluación física inicial. En ese proceso y en su correspondiente prescripción del ejercicio, son consideradas informaciones que refieren a los hábitos de vida del individuo, entendidos como las opciones hechas para un determinado estilo de vida (‘activo’, por ejemplo)⁴.

4 Esa perspectiva viene siendo criticada en el interior de la educación física, tanto por su corte epistemológico cientifista, cuanto por su entendimiento restricto sobre la problemática de la salud colectiva. Justamente a partir de esta última, como campo de conocimiento que reconoce el carácter primario de las ciencias sociales, está siendo realizada una denuncia de la desconsideración de las condiciones sociales como determinantes de la salud. La salud sería, en esta perspectiva, una producción social, por tanto, resultante de las relaciones sociales de producción. Un buen ejemplo de esa crítica puede ser encontrado en Palma, Estevão e Bagrichesky (2003).

Asumimos como hipótesis de trabajo que en el campo académico de la educación física prevalece una perspectiva epidemiológica que continúa siendo conservadora, asimismo en aquellos movimientos más críticos, una vez que siguen empleando categorías como ejercicio físico, actividad física y aptitud física, aunque procuren diferenciarse en el análisis de las variables que constituyen el fenómeno de la salud y el ejercicio físico⁵. El discurso crítico tiene permitido más amplitud en la consideración y análisis de fenómenos ligados a la salud colectiva, como, por ejemplo, la violencia, bien como tiene apuntado factores contextuales para comprender la dinámica de la producción del proceso salud-enfermedad, como escolaridad, renta, condiciones de vivienda, acceso a servicios de salud etc. Sin embargo, la lógica a partir de la cual se relacionan los factores/variables antes mencionados, sigue aún la perspectiva de la correlación causal, permaneciendo en la misma forma con la cual viene operando el discurso académico tradicional.

Si prevalece un discurso respaldado en la ‘aptitud física para la promoción de la salud’, tanto en la legitimación de la actuación profesional, cuanto en la investigación, es porque, entre otros motivos, hay una continuidad en los criterios de producción del discurso, entre aquel oficial de la Biomedicina y el de la aptitud física para la promoción de la salud. Ambos procuran apoyo en criterios cientificistas para sustentar su producción. De esa manera, el discurso de la aptitud física

⁵ Ver, por ejemplo, Monteiro y Gonçalves (1994), y Farinatti y Ferreira (2002).

encuentra cierto coraje importante que le confiere legitimidad. Por otro lado, vemos que las organizaciones internacionales que se ocupan de ejercer el monopolio del discurso contemporáneo de la salud, en particular la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), dedican un espacio especial a la promoción de la práctica de actividad física, promoviendo lo que denominan un ‘estilo de vida activo’.

Otro aspecto a ser considerado respecto es la relación entre ese discurso y el mercado del *fitness* y del *wellness*, constituido por gimnasios (inclusive de redes internacionales), industrias del vestuario deportivo y de la producción de parafernalia tecnológica para la evaluación y prescripción de ejercicio físico, drogas legales e ilegales, dispositivos pedagógicos en la forma de notas periodísticas (inclusive en revistas especializadas). La producción del discurso que se asienta sobre la base de un programa completamente calculable, alimenta y es alimentado por toda una gama de productos y servicios que son lanzados cotidianamente al mercado.

Esta *performance* está centrada en la intersección de los binomios ciencia & tecnología y, embellecimiento & salud, conformando unidades indisociables en el imaginario social contemporáneo. Los diversos vehículos de comunicación, en particular revistas especializadas y orientadas principalmente para el público femenino, vehiculizan constantemente mensajes operando esa asociación y ofreciendo informaciones que mezclan principios científicos a los cuerpos que son presentados en las tapas.

Un tercer componente que confiere legitimidad al discurso de la aptitud física es la relación entre los

campos académico y profesional. Los innumerables eventos en Brasil que promueven la relación entre salud y actividad física— frecuentemente patrocinados por la industria del *fitness* e *wellness* — congregan un gran número de participantes, pautando un *discurso único* sobre la salud y la aptitud física y, ofreciendo dos grandes productos: cursos ‘teóricos’ con informaciones científicas que explican parámetros claramente identificables y cuantificables para la evaluación y prescripción de ejercicio físico; y un gran abanico de cursos ‘prácticos’ en los cuales los participantes se familiarizan con las nuevas coreografías y estilos de aerogimnasias. Parece haber una correspondencia entre las expectativas de los consumidores y la oferta de los productos, algo que se fortalece en la medida en que la gran mayoría de los profesionales formados en educación física tienen como retrospecto un proceso de formación pautado por una visión técnico-instrumental de la enseñanza.

Percibimos que el discurso de la aptitud física para la promoción de la salud se volvió hegemónico, y eso tiene que ver con sus homologías epistemológicas con el discurso oficial de la biomedicina. Decimos eso por la estrecha relación con la industria del *fitness* y el *wellness* — versión equivalente del complejo médico-industrial en el campo de la actividad física — con el creciente interés de las agencias oficiales de la salud en la actualidad en el ‘estilo de vida activo’.

Es preciso verificar, entonces, como eso se relaciona con la sociedad de los consumidores, con una contemporaneidad marcada por lo efímero y lo casual, en la cual el cuerpo, como materialidad incierta, experimenta sus vicisitudes.

La salud y su actualidad sociológica: breve reflexión sobre el individuo saludable en la sociedad de consumo

La cuestión de la salud puede ser interpretada a partir de la noción de elecciones que, a su vez, puede ser observada bajo una perspectiva que resalta la presión ejercida por el mercado que configura, por los parámetros que impone, una **sociedad de consumidores** (Bauman, 2001). La posición de Bauman indica una prevalencia de elementos clave de la experiencia moderna, inclusive con sus cambios de foco y énfasis; resalta el proceso de individualización existente y la precariedad de referenciales externos al individuo; aborda posibilidades reflexivas generadas en las elecciones concernientes al individuo y puestas a disposición por el mercado; apunta a la provisoriedad y la constante disponibilidad de nuevas elecciones provenientes de las innovaciones tecno-científicas.

Pódemos decir que las experiencias y creaciones presentes en la emergencia de la modernidad aun permanecen, como la construcción de normalizaciones para clasificar a los individuos, el predominio mismo de la ciencia, con algún riesgo, de los procesos de industrialización. Sin embargo, esta afirmación debe ser contextualizada en otros términos, acompañando la argumentación de Bauman. El énfasis en el mundo del trabajo fue dislocado de la sociedad de productores para otra forma de sociedad, la de consumidores, en virtud de las innovaciones tecnológicas que permitirán la ampliación de la oferta al consumidor y la dimi-

nución del número de operarios. La flexibilización del trabajo y las constantes innovaciones tecnológicas también contribuyen para que sean impuestas nuevas exigencias a los trabajadores. Tales cambios ayudan a explicar el ‘por qué’ de la efemeridad de los productos y el inherente ‘cambio de postura’ del trabajador y del consumidor en ese contexto. O sea, los procesos de normalización tienen que ser comprendidos ahora, a partir de un énfasis en el consumo, de manera diferente de la sociedad moderna en su inicio, con características más disciplinares, en la cual el foco estaba puesto en la preparación del trabajador para la industria y la búsqueda de otro tipo de orden. Según Bauman (1999a, p. 85), “*Hoy en día estamos todos en movimiento*”, dado que vivimos en un momento en que estar quieto significa no adecuarse a un mundo que exige constante innovación y disponibilidad para experimentar nuevas situaciones creadas para el “deleite” de los consumidores. Bauman más adelante establece: “*nuestra sociedad es una sociedad de consumo*” (Ibid., p. 87).

Parece haber un proceso en curso que, lejos de ser reducible a oposiciones binarias contrapuestas homogéneamente, se deja comprender por un conjunto de experiencias complejas, contradictorias y que son interpretadas e incorporadas por los individuos de modo fragmentado y bajo múltiples combinaciones posibles, jamás de forma ‘pura’. De ella hace parte a la exacerbación caótica del consumo aliada a la pérdida de referenciales externos al individuo que pudiesen propiciar una radicalización del proceso de individualización (Lash, 1997),

la precarización del mundo del trabajo (Bourdieu, 1999) y la disminución del poder de decisión del Estado-Nación en el contexto neoliberal (Bauman, 1999a, 2001). Todo eso aunado a las incertezas vivenciadas en las transformaciones cotidianas como las observadas en la estructura de la familia tradicional (Giddens, 1993). Nada más esperado en ese contexto del que los individuos fueron llevados a una situación-límite, dotándolos y responsabilizándolos por las elecciones que necesariamente tienen que ser realizadas para permitir poner en práctica las conductas diarias y desarrollar las apuestas futuras.

La salud, principalmente en el siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, estaba vinculada a un padrón fijo para establecer el trabajador productivo o, si no el individuo **normal** para fortalecer los cuadros del Estado-Nación, sirviendo de referencial para la corrección de **anormales** como así también, un índice para eliminarlos. Ese concepto presenta en la actualidad características más vinculadas a la noción de **aptitud**, siendo que los parámetros vienen perdiendo la fuerza de su connotación colectiva e impidiendo una responsabilización individual.

En el ambiente 'reflexivo' y 'consumidor' de la modernidad la salud refleja la inseguridad y la incertidumbre provenientes de las constantes alteraciones oriundas de la ciencia y de las exigencias del mercado. Ella está inserta en el universo de las elecciones que los individuos tienen que ejecutar para intentar aplacar los riesgos causados por estos cambios. Tales alternativas no se presentan como un punto fijo al cual el individuo podría culpar en el caso de que la opción realizada sea la incorrecta

– como antes hubiera podido ser al responsabilizar al Estado-Nación en virtud de ser un ‘gran hermano’ que no prestó la debida ayuda. Las elecciones son de responsabilidad individual; o sea, la opción incorrecta tendrá como único culpable el propio individuo en la **sociedad de consumidores**.

La salud puede ser vista, concomitantemente, como un dispositivo más en las estrategias disciplinares y/o un elemento más del conocimiento en el ambiente reflexivo de la modernidad. De esa manera, si por un lado nuevas dietas son creadas para la satisfacción mercadológica, ellas permiten también un impacto en el individuo que cada vez más está dotado – considerando las diferentes posibilidades económicas y de acceso al conocimiento – de informaciones relacionadas a la búsqueda de una situación que amplíe sus posibilidades relacionadas a la salud. La búsqueda por la ‘salud perfecta’ en la actualidad se caracteriza por la necesidad de un cuerpo flexible y moldeable: apto, con poca adiposidad y mucha rigidez muscular:

Una cosa que los que buscan la aptitud saben con seguridad es que todavía no están suficientemente aptos y que deben continuar intentando. La búsqueda por la aptitud es un estado de auto-examen minucioso, auto-recriminación y auto-depreciación permanentes, y también de ansiedad continua. (Bauman, 2001, p. 92-93).

Ese contexto permite pensar la educación física porque ella está vinculada con prácticas que tanto permiten estrategias disciplinares cuanto reflexivas. Se configura, de ese modo, como una ‘nueva consejera’.

La educación física como nueva consejera

En la emergencia de la modernidad los individuos mezclaban la expectativa de certezas que están basadas en los caminos apuntados por el Estado-Nación, articulados con las “verdades” oriundas de la ciencia y que parecían garantizar una perspectiva futura de seguridad en relación al dominio de la naturaleza y al progreso social. Existían puntos-fijos que posibilitaban a los individuos la identificación de sus consejeros, teniendo en cuenta que eran pocos y generalmente bien situados en el Estado y comprometidos con sus aconsejados.

Como abordamos anteriormente, esos puntos-fijos pasaron por cambios que erosionaron las certezas provenientes de sus consejos. Hoy el individuo tiene a disposición una serie de consejeros, pero no le parece que haya la garantía de verdades duraderas – que, de hecho, nunca existieron a no ser en el plano de las políticas de la conciencia. Los consejeros están diseminados en los diferentes estantes del mercado, en las instituciones gubernamentales y en los inúmeros otros sistemas de especialistas. La confianza en el consejo se vuelve frágil y efímera en virtud de los riesgos vinculados a las elecciones y a la propia provisoriedad de los consejos provenientes de la ciencia y del mercado⁶. Como nos dice Bauman:

Las recetas para la buena vida y los instrumentos que le sirven tienen fecha de validez, pero muchos serán descartados mucho antes de esa fecha,

⁶ Sobre las nociones de confianza y riesgo, ver Giddens (1991).

disminuidos, desvalorizados y despojados de fascinación por la competición de ofertas nuevas y perfeccionadas [...] Esta es la continuación de la carrera, la satisfactoria conciencia de permanecer en la carrera, que se vuelve la verdadera adicción – y no algún premio a la espera de pocos que cruzan la línea de llegada. (2001, p. 86).

Una característica de los **consejeros** actuales es que sus informaciones se restringen, en lo que respecta a los resultados esperados, al mundo privado. El individuo, asimismo quien tenga disponible una serie de ‘recetas’ de cómo ser saludable, tendrá que efectuar esa búsqueda solitariamente. La responsabilidad individual se da tanto en las elecciones como en la puesta en práctica de los consejos.

De esa forma, podemos interpretar que los especialistas, como los profesores de educación física, son una expectativa de garantía, a pesar de ser relativa, en un mundo de incertezas. Ellos proporcionan una especie de minimización de los riesgos para que el individuo se sienta más seguro en sus elecciones. Así, esos profesores también ofrecen sus servicios para solucionar problemas privados como modelos para conquistar una mejor calidad de vida. En algunos espacios de actuación esos consejos se vuelven rituales, como en los gimnasios de aerogimnasia y musculación, verdaderos templos de culto al cuerpo con su correspondiente evangelio, las revistas ilustradas, todas reuniendo especialistas-consejeros corporales: profesores de educación física (cada vez más con actuación individualizada, los *personal trainers*), nutricionistas, esteticistas, cirujanos plásticos, etc.

Otro aspecto a ser destacado se refiere al rol de los consejeros en la producción de conocimiento. Los profesionales de educación física se articulan a los sistemas de especialistas que construyen nuevas demandas de conocimiento y necesidades en la esfera de la salud. Ellos fortalecen los nuevos padrones y aptitudes a ser alcanzados por los individuos. Para Bauman (1999b, p. 226), sin embargo, *“en vez de alcanzar la prometida reducción de los problemas que perturban el control de la vida, la creciente sofisticación de las técnicas especializadas redundante en la multiplicación de los problemas. Técnicas en busca de aplicación tienen la fachada de problemas que piden solución”*. La relación entre la producción desenfrenada de conocimiento y la mediación mercadológica se muestra una edificación de un proceso que en gran medida es auto-referenciado: se produce conocimiento en función de su propia acumulación.

Señalamos dos elementos más de análisis. El primero se refiere al grado de mediación reflexiva generada en la modernidad y agenciada por la **consejera** educación física. El segundo indica las tensiones oriundas de esa área de conocimiento y su relación con la confianza.

El primer aspecto refleja la relación entre **conocimiento, mercado y contexto**. La diversidad de elecciones en la actualidad no está disponible para los individuos de manera lineal. Si por un lado constatamos que las elecciones pueden ser vinculadas a las posibilidades reflexivas y a la responsabilización individual descritas como características de la modernidad; por otro lado, debemos limitar tal afirmación,

principalmente en lo referido a la reflexividad, por causa de las condiciones individuales en ese proceso.

Esa relación que se disemina en los más variados contextos de la sociedad de consumo, precisa ser matizada. Como muestra Bauman (1999b, p. 223) con relación a las elecciones: “*dado que es vista como condición de libertad y no como de opresión, es improbable que su expansión encuentre una seria resistencia*”. El autor señala la mediación mercadológica en ese proceso: “*la vida deseada tiende a ser la vida vista en la televisión*” (Bauman, 2001), creando las **metáforas del turista y el vagabundo** (Bauman, 1998) como tentativa de explicación del grado de movilidad de acción de los individuos relacionado a las oportunidades seductoras del consumo.

El acceso a las informaciones sobre la salud, las intervenciones especializadas sobre el cuerpo, los placeres y las nuevas experiencias originadas en este modelo social, presentan barreras de acuerdo a las condiciones individuales que para algunos amplían su grado de movilidad, al tiempo que para los otros lo disminuyen más aún: “*cuanto más elecciones parecen tener los ricos, tanto más la vida sin elección parece insoportable a todos*” (Bauman, 2001, p. 104).

Formulado de otra manera: las elecciones se fortalecen como algo deseado por los diversos individuos; lo que no es una cuestión de elección es el grado de acceso a ella. Giddens (2000) contribuye con esa argumentación al afirmar que: “*la sociedad del riesgo, vista por el lado positivo, aumenta las oportunidades de elección. Sin embargo, tales oportunidades*

se encuentran desigualmente distribuidas de acuerdo a la clase social y a la renta” (p. 144-145).

Podemos argumentar que los diferentes desafíos y oportunidades enfrentadas por el individuo en relación a su cuerpo y a su salud posibilitan procesos reflexivos, pues, si nuestra interpretación está correcta, es el individuo en última instancia que elige entre las opciones disponibles. Así, dos imágenes podrían ser ilustrativas de ese proceso: una que visualiza que la inherente expansión del conocimiento sobre la salud se reflejará en los diversos individuos, independientemente de las clases sociales, sin que tales avances sean traducidos como garantías de ‘buena salud’, ya que vivimos en un mundo en que se expanden los **riesgos fabricados** (Giddens, 2000) provenientes de ese proceso. La otra imagen resalta el abismo que se construye entre la publicidad de los placeres en los procesos de la industria cultural, como el culto del cuerpo saludable y el distinto nivel y el carácter privado del accesos a ellos. La condición de no vivir de forma saludable es interpretada por el individuo como siendo de su entera responsabilidad.

La segunda problemática envuelve las tensiones provenientes del campo de la educación física, que crea diferentes prácticas y discursos sobre la salud. Ese aspecto refuerza la sensación de falta de garantías vividas por los individuos, ya que la tensión provoca la construcción de conocimientos divergentes y técnicas sobre lo que sería ser saludable. El individuo debe optar entre los diferentes saberes a partir del repertorio de informaciones que son puestas a disposición.

A modo de conclusión: algunos aspectos sobre el entrelazamiento de la biomedicina y la educación física

Entendemos que para que sea posible dar algunas pistas para que podamos comprender la relación entre los campos de la biomedicina y la educación física debemos hacernos una pregunta: ¿Qué ha sido la salud para la educación física? Y viceversa; ¿Qué ha sido la educación física para la salud? Siempre que hay una tensión entre los componentes involucrados, se hace necesario identificarlos. Sabemos que en un campo discursivo los agentes del proceso se constituyen en la relación que se establece entre ellos (Orlandi, 1987) y no a partir de una constitución anterior al propio acto discursivo, como si existiese una 'esencia' que fuese puesta en diálogo con otra. La educación física parece haber sido un producto de las políticas del Estado sobre el cuerpo, una expresión **biopolítica**, para hablar en términos foucaultianos. Pues bien, si invertimos esa relación y pensamos en el interés de la educación física en la salud, podemos decir que esta es la primera vía de legitimación de esta área como práctica social. Así, es en el registro del discurso de la salud, apoyado y legitimado en el discurso político que la educación física encuentra su espacio primordial.

Debemos atenernos a un aspecto del discurso biomédico sobre la salud. Por un lado, sobre el lugar del sujeto en el proceso de cura y, por otro, en las implicaciones de esa relación cada vez más mediada tecnológicamente. Según nos enseña Foucault (2004), la modernidad inaugura una forma

específica de relación con la verdad, vinculada a la idea de ‘conocimiento’. El acceso a la verdad no está definido por el compromiso del sujeto consigo mismo, sino por un trabajo de cognición con pretensiones de validez universal, que no tiene fin y que es auto-referenciado, a lo que el autor llama de ‘momento cartesiano’. En las palabras del autor:

La consecuencia de esto, o si queremos, el otro aspecto, es que el acceso a la verdad, cuya condición de ahora en adelante es solamente el acceso al conocimiento, no encontrará nada más en el conocimiento como recompensa y completud que el camino indefinido del conocimiento. Aquel punto de iluminación, aquel punto de completud, aquel momento de transfiguración del sujeto por el ‘efecto del eterno retorno’ de verdad que él conoce sobre sí mismo y que transita, atraviesa, transfigura su ser, nada de esto puede existir. (Ibid., p. 23).

Esa relación con el conocimiento, traducida para el campo de la biomedicina, produjo una relación instrumental médico-paciente, reduciendo el segundo a una estructura mecánica sobre la cual el médico debe intervenir. Vale destacar la lección de Canguilhem (2004), según el cual el médico debería asumir una relación pedagógica con su paciente. Por tanto, una relación que posibilite al paciente comprenderse como un agente en el proceso de cura.

Por otro lado, queremos llamar la atención para las formas como el discurso biomédico se vuelve discurso social sobre la salud, en la forma de los preceptos de la promoción de la salud (Palma et al., 2003). Ese discurso está pautado en la perspectiva de que el individuo es aquel que, a partir de las informaciones

que recibe por medio de diversos medios de comunicación, principalmente de campañas de divulgación de salud pública, debe adoptar ‘hábitos saludables de vida’, lo que en el campo de la educación física ha sido denominado de ‘estilo de vida activo’. Según los autores citados anteriormente ese discurso provoca la ‘culpabilización de la víctima’, o sea, culpa al individuo por no seguir los preceptos o los ‘consejos’ que son socialmente transmitidos. Ese proceso no es ajeno a contradicciones, dado que los consejos no son unívocos, ni tampoco las formas de apropiación son homogéneas.

Así se establece una aporía entre el cuerpo silenciado sobre el cual la medicina actúa y el individuo callado porque debe obedecer y ser responsable para actuar de acuerdo a los preceptos médicos. En ese sentido, vemos reproducido lo que Orlandi (1987) entiende que caracteriza a la relación del sujeto (sujetado) con Dios en el cristianismo, que se orienta por la contradicción de que el sujeto es entendido como dotado de libre arbitrio, pero debe obediencia a la palabra divina. Además, en virtud de la existencia de espacios de acción mediados por el mercado, los individuos, resistentes a tornarse víctimas, a asumir culpas ajenas, profanan frecuentemente la palabra divina, haciendo más compleja y más heterogéneo el proceso de cura.

Zygmunt Bauman habló de “*turistas y vagabundos*” para caracterizar los dos grandes personajes de la sociedad de consumidores. Los primeros usufructúan las novedades y buscan coleccionar y aumentar el abanico de sensaciones. Los segundos carecen de movilidad para moverse entre las diversas, a pesar de que restringidas, oportunidades existentes.

En el contexto ambivalente en que vivimos, potencializado por el consumo, podemos percibir que los turistas buscan ampliar sus elecciones en espacios considerados raros para el modelo del orden moderno, como atestiguan las incursiones en las tradiciones esotéricas y oscurantistas. Terapias ‘alternativas’ son buscadas, entre diversas posibilidades, como opciones de un estilo de vida saludable. Para los vagabundos, la gran mayoría de nosotros, esas imágenes están confinadas a espacios públicos decadentes y que ‘amplían’ sus elecciones al encontrar un cartel que anuncia: “*Cerrado – Busque otra Unidad de Atención Básica a la Salud. Y no se olvide: caminar hace bien a la salud.*”

Referencias

BAUMAN, Z. Globalização: as conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.

BAUMAN, Z. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. Turistas e vagabundos: os heróis e as vítimas da pós-modernidade. In: BAUMAN, Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 106-120.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o cuerpo. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, P. O fim de un mundo. In: BOURDIEU, P. (Org). A miséria do mundo. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRACHT, V. Saber e fazer pedagógicos: acerca da legitimidade da educação física como componente curricular. In: CAPARROZ, F.E. Educação física escolar: política, investigação e intervenção. Vitória: Proteoria, 2001. p. 67-79.

CANGUILHEM, G. Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.

CASTIEL L. D., ÁLVAREZ-DARDET, C. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. Educación física escolar, promoção da saúde e aptitud física: prevenção primária ou modelo de capacitação? *Motus Corporis*, v.9, n.1, p.75-101, 2002.

FOUCAULT, M. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRAGA, A. Exercício da informação: governo dos corpos o mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

GIDDENS, A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Unesp, 1993.

GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Unesp, 1991.

GIDDENS, A. Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Educación física escolar: una proposta de promoção da saúde. Revista APEF, v.7, n. 14, p. 16-23, 1993.

GONZÁLEZ, F.; FENSTERSEIFER, P. E. Entre o “não mais” e o “ainda não”: pensando saídas do não-lugar da EF escolar I. Cadernos de Formação RBCE, v. 1, p. 9-24, 2009.

HANSEN, R.; VAZ, A. F. Treino, culto e enbelezamento do cuerpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 26, n. 1, p. 135-152, 2004.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LASH, S. A reflexividade e seus duplos: estrutura, estética e comunidade. In: BECK, U., GIDDENS, A.; LASH, S. Modernização reflexiva. São Paulo: Unesp, 1997. p. 135-206.

MEDINA, J. P. S. A educação física cuida do corpo e... mente: bases para a renovação e transformação da educação física. 9.ed. Campinas: São Paulo, 1990.

MONTEIRO, H.L.; GONÇALVES, A. Salud colectiva y actividad física: evolucion de las principales concepciones y prácticas. Revista Ciencias de la Actividad Física, v.2, n.3, p.33-45, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acceso en: 15 de julio de 2019.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Representación Brasil. Disponible en: <http://www.opas.org.br>. Acceso en: 28 de junio de 2005.

ORLANDI, E. (Org). Palavra, fé, poder. Campinas: Pontes, 1987.

PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs.) A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes, 2003. p. 15-31.

METAMORFOSIS DEL CUERPO, ESTETIZACIÓN DE LA SALUD

Francisco Romão Ferreira

Este trabajo es parte de una investigación doctoral realizada en la *Escola Nacional de Saúde Pública* y contiene extractos de la tesis titulada “Los sentidos del cuerpo: cirugía cosmética, discurso de la medicina y salud pública” (Ferreira, 2006), que investigó la construcción del significado y valores sobre el cuerpo, el uso del discurso científico en este proceso, y cómo estos significados son apropiados y tratados por los representantes de los conocimientos médicos.

El desarrollo de la biotecnología, el crecimiento de los mercados en relación con las transformaciones corporales del tipo cosmético y la popularización de cirugías plásticas cosméticas ponen la estetización de la salud (entendida aquí como la valorización de los parámetros estéticos como definidores de las condiciones de salud) y los intentos de metamorfosis corporal (a través de la cirugía, implantes, prótesis, tratamientos médicos, deportes, marcas corporales, y similares.) como nuevas cuestiones de salud pública para ser discutidas y abordadas. La estética invade, ostensivamente, el campo de la salud.

La estetización de la salud es un proceso que crece rápidamente y se encuentra con la medicalización de la vida cotidiana. La estética es una de las dimensiones de la vida humana y tradicionalmente no se ha considerado en los medios de producción científica de la salud. Sin embargo, es necesario incluirla

en las discusiones o al menos recordar su importancia para la comprensión de lo que se ha convenido llamar salud o vida saludable.

El cuidado del cuerpo y de la 'apariencia' ya no son una actividad frívola o inocente, simple vanidad. Ellos reflejan tanto la producción social de significados y formas de distinción social por el *habitus* del conjunto de los actores de la sociedad, como también reflejan cuestiones y conflictos que surgen de los procesos dinámicos de los profesionales de la salud y/o de la medicina estética que son influenciados por las formas propias del pensamiento científico. El *habitus* es un concepto central en la sociología de Bourdieu. Por él, se estructura la comprensión de la sociedad y proporciona un vínculo entre el individuo y el colectivo. A través de la socialización, se incorporan los *habitus* de clase, que producen la pertenencia de clase de individuos, mientras reproducen la clase, como un grupo que comparte los mismos *habitus* (Bourdieu, 1989).

La construcción de significados sobre el cuerpo se produce a partir de diversas estrategias discursivas. Actuando en la producción del sentido en todos los niveles, desde la ciencia más tecnificada hasta el sentido común, hay una profusión de discursos que se funden en la ideología dominante, se mezclan a los valores sociales y a la hegemonía moral y ponen el cuerpo, a la vez, como objeto de fetiche, medio de movilidad social, máquina productiva o fuente de la eterna juventud.

Son discursos retóricos y conocimientos diferenciados que tienen una razón instrumental en común que se propaga en la vida cotidiana. También revelan

los distintos capitales que estructuran y organizan el discurso en un campo determinado y organizan el espacio social. El cuerpo se convirtió en capital. Es la moneda que impulsa la economía del mercado de intercambios emocionales, sexuales, maritales y profesionales.

El cuerpo ocupa, entonces, un lugar destacado en el proceso de diferenciación progresiva y jerarquizada de la vida en la comunidad. El cuerpo define el entorno social y se establece también por él. A través del cuerpo, se producen nuevos valores y *status* y se reproducen los antiguos. Sus posibilidades estéticas permiten el tráfico por diferentes posiciones en la jerarquía social, cambiando y definiendo trayectorias afectivas, personales, profesionales o sociales, creando nuevos espacios de ese ordenamiento estructural.

El discurso sobre el cuerpo que se está convirtiendo hegemónico viene de una justificación médica específica, se presenta en forma científicamente correcta y omnipresente en la publicidad y los medios de comunicación de masas. Además agrega la pedagogía, la medicina, la ética, la estética, la moral, la economía y la demagogia. Se muestra correctamente institucionalizado y se ha aprovechado, entre la gente, como una propuesta racional, coherente y comprobado científicamente. Han surgido de este discurso muchas formas contemporáneas de cuidar el cuerpo, algo poco común hasta pasado reciente.

Estos dispositivos actúan en los imaginarios sociales que producen los gustos y hábitos, a través de los medios de diagnóstico y terapéuticos que se ajustan a una racionalidad científicista, jugando un *habitus* de clase, lo que refuerza ciertos modos de sentir,

de pensar y de actuar. Tales formas han sido interiorizadas por los individuos, en razón de las condiciones de su existencia, trabajando como principios inconscientes de acción, percepción y reflexión.

Los actos subjetivos de internalización no sólo actúan entre los agentes que comparten los mismos códigos. En función de su posición en la jerarquía social y en el campo, el discurso que le pertenece se convierte en el discurso oficial de toda la sociedad. En la medida en que algunos sectores de la clase médica actúan como si su racionalidad fuera única y verdadera, y sus principios considerados correctos y naturales, esa internalización se extiende ampliamente en el ámbito social, como si fuera obvio y única opción disponible.

La retórica de los profesionales de la medicina funciona como un vocero de la investigación, un producto del conocimiento 'científicamente probado'. Sin embargo, se hace cada vez más evidente que los significados atribuidos a las cuestiones corporales incluyen cuestiones de otras dimensiones de la vida en comunidad – como los intereses del mercado – que mezclan en la construcción de la conciencia corporal, de la salud y de lo que se considera saludable.

Entre las preocupaciones de la vida cotidiana de hoy en día, se incluyen aquellas con vigor físico, con la belleza, la delgadez y la juventud. Como temas que se repiten, hay dietas, el consumo de calorías del cuerpo, alimentos saludables, ejercicio, cuidado de la piel, con el sol, con arrugas y marcas de expresión, con la celulitis, trastornos alimenticios, compulsiones, anorexia, obesidad, o sea, una mirada preocupada por lo que pudiera interferir con la imagen corporal.

No se puede entender el concepto de salud y cuidados con el cuerpo en la sociedad urbana occidental sin destacar la aparición de la moda contemporánea, del narcisismo, del hedonismo y del consumo. Narcisismo repudia la negligencia con las dietas, con la cirugía plástica. Convertirse hermoso/a, bajo ciertos estándares, es un imperativo de nuestro tiempo, haciendo que el cuerpo sea objeto de consumo, desechable, con piezas desmontables o reciclables. Cada cuerpo es reemplazado entonces a tener un nuevo valor, si se niega a someterse a su legado biológico, genéticamente determinado, ya que hoy en día es posible cambiar quirúrgicamente la nariz, la oreja, la cara u otras partes del cuerpo, permitiendo a las mujeres (y hombres) mantenerse jóvenes y sensual durante más tiempo, a pesar de la tiranía que tal hecho puede acarrear. La moda actual no se limita a la ropa, se inscribe en la carne.

Quien no sigue estos principios se arriesga ser censurado a restringir sus posibilidades de relación y/o sexo. Además, pueda estar excluido del mercado laboral. Quien no se molesta en ocultar los signos del paso del tiempo en el cuerpo o descuida del aspecto es 'censurado', casi como si hubiera cometido un delito contra el orden público. En conversaciones informales de la vida cotidiana, se critica a los que no se adaptan a los patrones corporales tiránicos, socialmente impuestos. Simplemente engordar algunos kilos de más ya es visto como una desviación, control o perturbación emocional.

Dichas situaciones, presentes hoy en la vida cotidiana, se convirtieron en integrantes, sobre todo, de la vida urbana. La racionalidad 'científica' difundida por los medios de comunicación nos dice y naturaliza lo

que se construye socialmente. Los informes o dictámenes siempre se basan en discursos muy estructurados en torno a conceptos retóricos que ofrecen las prácticas de diagnóstico, terapéuticos o similares, siempre por profesionales o las autoridades sanitarias que llevan un permiso autodesignado para emitir dichas recetas. Son consejos, opiniones, observaciones, advertencias, ejemplos que se refieren a un mismo discurso, la misma mirada que pone énfasis en la adecuación del individuo a la norma de su tiempo.

La estética y la salud se mezclan, arrulladas por la maquinaria de poder blindado por el 'orden científico'. Algunos actúan como mecanismos coercitivos de control, ajuste a la normalización social, para hacerse pensar, sentir y actuar de acuerdo con los discursos de expertos. Pero, como sabemos, no son neutrales, tienen una historia, intereses y estrategias no siempre reveladas a primera vista.

En este escenario, los pacientes-consumidores se convirtieron en los responsables de la administración continua de su propia salud, con la obligación de utilizar los conocimientos médicos, psicológicos y farmacéuticos, adquiridos a través de los medios de comunicación de masas. Los parámetros estéticos están cada vez más presentes en estos procesos que confunden la medicina estética, la publicidad, el entretenimiento y la información 'científica' de sentido común, dando la idea de una eficacia que no siempre es real. Es decir, la ética, la estética y la salud pública también están confundidas. Pensar 'la belleza versus la salud' consiste en tomar en cuenta estos factores, aparentemente distantes, acaban por interferir en el cuidado del cuerpo y la salud.

El crecimiento del número de cirugías plásticas en Brasil y la expansión de la industria de la belleza es parte de un proceso más amplio de medicalización, en el que se toma la tecno-racionalidad médica a nuevos ámbitos de la vida cotidiana. La popularización de estos servicios y la vulgarización de los procedimientos quirúrgicos relacionados con ellos daría lugar a nuevos significados sobre la corporalidad poniéndola como un artefacto para ser moldeado y adaptarse a los intereses del momento.

El cuerpo es lo que soporta la transformación del sujeto deseante, deposita expectativas de transformación del 'yo' en su relación con el mundo, en búsqueda de visibilidad a través de los cambios en el cuerpo. Este deseo narcisista es el resultado de idealizaciones que la industria de la metamorfosis establece sin exponer el peso que esta opción puede implicar.

La metamorfosis de la apariencia corporal se muestra como una nueva cara de mundo individualizado, en el que el cuerpo se posiciona como objeto de consumo desechable, reinventado como una necesidad de los ciudadanos comunes. El vacío de la existencia se reemplaza por la expectativa de adoración: Su redescubrimiento y omnipresencia en la cultura de la publicidad, la moda y la cultura de masas – el culto a la higiene, dietética y terapéutica con lo que se rodea, la obsesión con la juventud, la elegancia, la masculinidad, la feminidad, los regímenes, los cuidados, las prácticas de sacrificio con las que se conectan, el mito del placer que lo circunda – todo hoy atestigua que el cuerpo se convirtió en el objeto de la salvación. Sustituyó literalmente el alma en esta función moral e ideológica (Baudrillard, 1981, p. 165).

El *habitus* se reproduce y los parámetros estéticos que sostienen en este edificio no ocurren por generación espontánea. Se derivan de la influencia discursiva que promueve los intereses y cuestiones derivadas de otras áreas, aparentemente no relacionadas con la salud, sino que, de alguna manera, se inmiscuyen en este campo. Estos fenómenos revelan la forma como la sociedad está estructurada y los conflictos presentes. El espacio sanitario está inmerso en esta dinámica social y también es un actor que produce significados y valores estéticos que interfieren con su propia comprensión de la realidad.

La estetización de la salud es un ejemplo de esta cuestión que se plantea ahora como un área de interés para los usuarios, los profesionales y teóricos en el campo de la salud. La creciente apreciación de los parámetros estéticos y la polisemia de los términos que se agregan a esos parámetros, nos llevan a identificar una convergencia entre las áreas donde actúan. Hace poco tiempo se consideraban distintas, pero hoy en día, se mezclan y ayudan a producir nuevos significados, nuevas prácticas y nuevos problemas en la salud pública.

Esta ideología incorpora una percepción pragmática y utilitaria de la vida que sitúa el cuerpo como una máquina a reparar, como objeto obsoleto a ser constantemente 'mejorado'. La mirada tecnicista que reproduce valores instrumentales, reafirma sin cesar la obsolescencia del cuerpo y la necesidad de mejorarlo, modernizarlo, adecuarlo. La industria de la metamorfosis corporal refleja un conjunto de prácticas también vinculadas al mercado de los medicamentos, que es políticamente hegemónico y difunde una visión dualista y funcional del cuerpo.

En el ámbito de las cirugías estéticas, lo simbólico moldea lo concreto, le da sentido. El cuerpo es un lugar de conflictos y las intervenciones clínicas sobre él son formas de intervención de la cultura que revela el control disciplinario de los cuerpos. El orden social interactúa con el campo de la salud, ayudando a dar forma a la conceptualización de cuerpo de acuerdo con sus intereses; cabe a las personas, comprender y utilizar estas estrategias, que pueden ser tanto de resistencia a valores y prácticas dictatoriales, perversos, como de sometimiento a ellos.

Esta visión también refleja la crisis de los valores humanos – la mitigación de la solidaridad, la amistad y el respeto por los demás, por lo que la búsqueda del dinero y del éxito pasan a ser el propósito primario de la vida – que lleva al consumismo y a la incapacidad para hacer frente a la crueldad de la realidad (Rosset, 2002).

La dimensión estética juega un papel central en esta crisis de valores, manteniendo las cuestiones relativas al cuerpo relacionadas con la superficialidad. Según Clément Rosset, la negación de la realidad puede tomar una variedad de formas: puede manifestarse a través de la negación radical, aniquilando lo real y el sujeto en sí, como en el caso del suicidio; la sublimación del mundo concreto a través de la locura, en la que la vida biológica se mantiene a costa de la ruina mental, también existe la recalque descrito por Freud, en el que se conservan vestigios de lo real en el inconsciente, todavía ocurre la forclusión descrita por Lacan, cada uno de los cuales, de diferentes maneras, enmascara la capacidad existencial de los sujetos.

Pero la actitud más común frente a la desagradable realidad no atrapa lo real, sino que lo incorpora y, a la vez, lo ignora. No hay negación absoluta de lo real, no se lo niega, pero sus consecuencias se ignoran, se desconsideran y se vuelven inútiles. Para Clément Rosset, “*en la ilusión, es decir, en la forma más común de alerjarse de lo real, no se observó una negativa de la percepción misma. En ella, la cosa no se niega; pero se coloca en otro lugar*” (Rosset, 1999, p 14).

La percepción se divide en dos aspectos – un aspecto teórico, respecto a lo que se ve, y otro práctico, relativo a lo que se hace – por lo ni siempre están de acuerdo y trabajan juntos. Lo que se percibe y se entiende no se toma en consideración en el momento de la acción, es decir, la percepción es correcta, exacta, pero las consecuencias de los actos obedecen al deseo que no se permite encarcelar en las redes de la razón:

Esto es en realidad la estructura fundamental de la ilusión: un arte de percibir con exactitud, pero ignorar el resultado. Por lo tanto el ilusionado transforma el acontecimiento único que ve en dos eventos que no coinciden, de tal manera que lo que percibe se pone en otra parte, incapaz de confundirse con él mismo (Rosset, 1999, p. 18).

Los capitalistas máquinas productoras de sentidos y deseos, pensadas por Guattari y Rolnik (1999), proporcionan la ilusión de un cuerpo perfecto, la idealización pura. Sin embargo, aún dándose cuenta de esta imposibilidad, hay quienes consumen toda su energía tratando de conseguirlo. Conocer los riesgos de la cirugía plástica, no ha impedido su crecimiento exponencial entre las mujeres jóvenes brasileñas, por ejemplo.

Un taladro que produce una doble: la construcción de una imagen que satisfaga el deseo de aceptación. Si bien existe una percepción de esta idealización y de su imposibilidad, hay una persecución desenfrenada de la misma y el ‘borrado’ de las consecuencias perjudiciales posibles. La duplicación de lo real se ve reforzada por la perspectiva dualista que separa y opone cuerpo y mente, cuerpo y espíritu, materia y mente, inmanencia y trascendencia. En su origen, se puede notar los mismos argumentos de otros discursos que borran lo real por la representación. Se venera la imagen de la forma perfecta, de la misma manera como se veneraba lo sagrado. Se procede un desplazamiento de lo real para otro mundo, hecho de ideas y cuerpos inalcanzables. Sólo que, en vez de recordar o de rezar, hay que hacer ejercicio, tomar de hecho las dietas restrictivas, someternos a cirugías estéticas.

Se cambia a otro lugar la clave para descifrar y apoyar la realidad inmediata, ya que la realidad es la cara cruel, duro de enfrentarse e insuficiente para dar cuenta de la situación, para traducir los sentidos y deseos esperados. La imagen es entonces la alternativa, el medio que le da sentido a la existencia. El doble, el simulacro, está haciendo más sentido; tal negación de la realidad “*es de hecho una de las negativas más generales de la vida*” (Rosset, 1999, p 82).

El narcisismo resulta perjudicial para el sujeto, en la medida en que la imagen comienza a tener más sentido que él, ya que la vida pasa a estar de acuerdo con ella. Para Clément Rosset, “*el narcisista sufre por no amarse: él sólo ama a su representación*” (Rosset, 1999, p 96). Es por su imagen que

el sujeto va y dedica todos sus esfuerzos para alcanzarla, tocarla, volverse pura imagen, su doble. Pero la historia del mito es trágica: la imagen de un hombre que se vuelve a sí mismo, en un gesto de aislamiento que lo lleva a la soledad y a la muerte. En este sentido, la cultura del cuerpo se convierte en el valor absoluto. El uso narcisista del cuerpo se plantea como un instrumento al servicio de la máquina de producción de sentidos y deseos sugeridos por Guattari (1999).

La preocupación en exceso por la imagen aprisiona el individuo. Esta producción es esencialmente social, pero se percibe/ve por los individuos en sus existencias privadas como una manifestación de la singularidad, y lo que el sujeto percibe como singularización también puede ser visto como ‘singularidad pseudo’; en otras palabras, adaptación a modelos prefabricados de singularidad.

Los modos de percibir, sentir, y el cuidado del cuerpo están influenciados por procesos de subjetivación dictados por el mercado. Según Guattari, el orden capitalista produce los modos de las relaciones humanas, incluso en sus representaciones inconscientes: las formas como trabajamos, como se enseña, como se ama, como se folla, como se habla, etc. Él hace la relación con la producción, con la naturaleza, con los hechos, con el movimiento, con el cuerpo, con la alimentación, con el presente con el pasado y el futuro – en pocas palabras, “*establece la relación entre el hombre el mundo y consigo mismo*” (Guattari, 1999, p. 42).

En esta forma maquinal de pensar el cuerpo, hay una mezcla de conocimientos y ‘verdades’ que

vienen del pensamiento científico de algunos sectores de la racionalidad médica occidental, de la organización social guiada por los valores del eterno conflicto entre la razón técnica, instrumental y una razón crítica, más humanizada. Estos factores constituyen el fondo de lo que trato de definir como la estetización de la salud, permitiendo la creación de condiciones para la aproximación de la estética y la bioética, con otros discursos procedentes del campo de la salud.

En su línea de investigación “Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud”, Madel Luz (2003) comparó complejos sistemas médicos (homeopatía, medicina tradicional china, la medicina ayurvédica, la biomedicina) en cuanto paradigmas terapéuticos; comparó las prácticas y las representaciones de terapeutas y pacientes, tratando de verificar la existencia de más de un fundamento médico que actúa en la cultura actual; comparó también las diversas prácticas colectivas en salud, terapéuticas o de otro tipo, para apoderarse de racionalidades específicas, analizando sentidos y significados atribuidos a las prácticas desarrolladas por la sociedad civil. Según ella,

estas racionalidades coexisten de hecho en nuestra cultura, lo que a veces es conflictivo, a veces pacífico y más o menos integrado, a menudo de modo sincrético o híbrido, tanto teórica como empíricamente, es decir, yuxtaponiendo o integrando en un ‘collage’ práctica aspectos conceptuales de diferentes racionalidades (Luz, 2003, p. 88).

Algunas prácticas permiten el acercamiento a los valores sociales y éticos en relación con el cuerpo, la salud y la estética, permiten el surgimiento de

movimientos que tienen como objetivo tanto moldear el cuerpo, adaptándolo a las normas sociales (a través de corpolatria, fitness, cirugía y otros), como valorizar la armonía entre el cuerpo y el espíritu (practicantes de *yoga*, *tai-chi*, medicina alternativa, meditación, estiramientos, biodanza, bailes de salón y similares). Curiosamente, estas diferentes representaciones de, cuerpo/espíritu, salud/enfermedad, individuo/persona no son necesariamente compartidas por diferentes grupos, antagónicos, sino todo lo contrario, es posible encontrar en el mismo espacio, esta diversidad de ‘estrategias’ que se ofrecen simultáneamente. Academias y clínicas cosméticas pueden ofrecer productos diferenciados a la misma persona.

La salud se ha convertido en un paraguas simbólico, bajo el cual todo se resguarda. Estar sano ya no se limita a prevenir enfermedades, a ‘preservarse’, a ‘no correr ningún riesgo’, a permanecer en la normalidad médica. Estar sano ahora también es ocuparse de la forma, del peso, de la apariencia (de la piel, de las arrugas, de las canas), de la comida, de la dieta.

Es la estética, más que la justificación médica y sus modelos (normalidad/patología o vitalidad/energía), el criterio sociocultural de encuadre de los sujetos para determinar si realmente son ‘saludables’, o si necesitan realizar algún tipo de actividad de salud, a través de el establecimiento de normas estrictas de aptitud física (Luz, 2003, p. 104).

Las relaciones laborales también están influidas por esta perspectiva, las posibilidades de empleo de algunas personas dependen directamente de su apariencia física. La preocupación por la estética ya no

significa sólo una manera de mantener la apariencia o la salud. Se transformó en estado de distinción social, como promesa de movilidad social.

La estetización de la salud y la vida cotidiana hoy en día permite el crecimiento de diversas actividades comerciales relacionadas con la industria de la estética, cosmética, atendiendo a una demanda creciente por ofrecer servicios, medicamentos, equipos, profesionales (calificados y no calificados), financiación, seguros, actividades físicas (deportes y recreación), publicidad en los principales periódicos, revistas, hoteles y alojamientos especializados. Los intereses comerciales de este sector no debe ser subestimados.

La preocupación en mantener el cuerpo joven, delgado y varonil es preocupación constante y permite la aparición de esta multiplicidad de agentes de subjetividad. Para Guattari (1999), la subjetividad está esencialmente construida y modelada en el registro de lo social, y es exactamente cuando el cuerpo se convierte en un objeto moldeable. El carácter pragmático de algunos sectores de la sociedad occidental contemporánea conduce a un número cada vez mayor de personas a buscar ‘soluciones rápidas’ para hacer frente a sus demandas de un cuerpo idealizado.

La enfermedad ahora se construye, es una proyección, otra imagen idealizada que no se ha confirmado, una construcción fantasmal que genera dismorfia. Lo que se considera normal o patológico ahora cambia su eje. El concepto de ‘organismo’, acuñado en el siglo XIX, fue fundamental para el establecimiento de las categorías “normal” y “patológico”, como fundamentos de la medicina clínica.

Hoy en día, con la estetización de la salud, la concepción clásica de organismo es obsoleta y ya no proporciona todas las respuestas. Lo que se considera normal o patológico se refiere más a una imagen idealizada que una enfermedad que entró en el cuerpo. En otras palabras, la enfermedad se alimenta de imágenes, deseos, expectativas para ajustarse a la normalidad que se define en el mundo social. En el mundo contemporáneo, la naturaleza puede ser 'transformada' para hacer la cultura su trabajo a través de técnicas, procedimientos y modos de pensamiento aparentemente 'neutral y racional'.

El papel del cuerpo y el proceso de construcción de la identidad en la sociedad apuntan los actuales problemas éticos que no están actualmente en el orden del día para discutir los principales actores involucrados en el campo de la salud. Creo indispensable incorporar el debate estético a la salud pública, pues pensar la salud significa también reflexionar sobre cómo los significados del cuerpo y la belleza están siendo (re) producidos en los diferentes órganos corporativos.

Referencias

BAUDRILLARD. Jean. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 1981.

BAUDRILLARD. Jean. *O sistema dos objetos*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

BAUDRILLARD. Jean. *Para uma economia política do signo*. Lisboa: Edições 70, 1981.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *La distinction: critique sociale de jugement*. Paris: Minuit, 1979.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

FERREIRA, Francisco Romão. *Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e saúde pública*. (tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GUATTARI, Felix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Felix. *O inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Campinas: Papyrus, 1988.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1999.

KAUFMANN, Pierre. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, Jacques. *Écrits 1*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.

LIPOVETSKY, Gilles. *Luxo eterno: da idade do sagrado ao tempo das marcas*. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

LIPOVETSKY, Gilles. *O império do efêmero*. São Paulo: Cia da Letras, 1989.

LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarola, 2004.

LOBATO, Sheila. “O poder da beleza”. *Folha de São Paulo*, 13 de Outubro de 2003.

LUZ, Madel. *Natural, racional, social*. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, Madel. *Novos saberes e práticas na saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

ROSSET, Clément. *O princípio de crueldade*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

ROSSET, Clément. *O real e seu duplo: ensaio sobre a ilusão*. Porto Alegre: LP&M, 1999.

MEDICALIZACIÓN DE LA APARIENCIA: LOS CURIOSOS ARREGLOS DE UN DISCURSO CIENTÍFICO DE LA BELLEZA

Paulo Poli Neto
Sandra Caponi

Son diversos los trabajos que destacan la entrada de la belleza física en el mercado de consumo, cómo ésta dejó de ser un atributo divino e inmutable y se convirtió en una posibilidad o incluso en la contemporaneidad en una obligación al alcance de todos. La industria de la belleza crece vertiginosamente con la venta de productos como cosméticos, cremas y ropas, y es acompañada de una medicina de la belleza, que pone a disposición una serie de transformaciones corporales.

En los Estados Unidos de América (EUA), en 2003, fueron realizados según la *American Society for Plastic Surgeons* (ASPS, 2004a) más de 8,7 millones de procedimientos estéticos. La tendencia de 1992 a 2003 apuntó un gran crecimiento porcentual en el número de cirugías plásticas cosméticas, incrementado en el volumen de mamas (657%), *lift* en las nalgas (526%), lipoaspiración (412%); y de 2002 a 2003 las inyecciones de botulina registraron 153% de aumento (ASPS, 2004b). Brasil es el tercer país del mundo en número de cirugías plásticas, atrás de los EUA y México. Sólo en 2003, fueron 400.000 las intervenciones del género, siendo la mitad de ellas puramente estéticas y, entre estas, 40% de lipoaspiraciones, 30% en las mamas y 20% en el rostro.

La cuestión económica, ayuda a entender este fenómeno, pero sería muy simplista resumirlo a esa perspectiva. En el caso de la medicina, es interesante notar cómo se construyó el discurso de la cirugía plástica estética, manteniendo una separación entre ciencia y mercado. En vez de superar esta moderna escisión, lo que valdría también para otras áreas médicas, el sector prefirió un orden que pudiese justificar la medicina de la belleza a partir de criterios presentados para responder, supuestamente, a las exigencias científicas de rigor, objetividad y neutralidad.

Esto es lo que buscamos demostrar al analizar más de 100 artículos presentes en dos de las principales revistas de cirugía plástica estética: *Aesthetic Plastic Surgery* y *Aesthetic Surgery Journal*, publicados en 2003 y 2004. Estos textos evidenciaron que la base de la medicina moderna está inserta aún en una temática tan poco 'científica' como la apariencia física. Nuestro estudio ejemplifica cómo los más variados temas pueden ser incorporados por esa racionalidad médica que se formó entre los siglos XVIII y XIX. Un modo de ver, entender e intervenir que permitió un avance sin precedentes en relación con la explicación de las enfermedades, las técnicas de intervención y la resolución de algunos problemas, al mismo tiempo que monopolizó el discurso sobre salud y enfermedad, transformando continuamente nuevos asuntos en cuestiones médicas. Es el caso de la belleza física. Resulta curioso percibir cómo la medicina de la belleza, área otrora considerada frívola por no lidiar con enfermedades en el sentido clásico, pasó a ser aceptada por el *establishment*. ¿Qué fue lo que sucedió entre la primera y la segunda mitad del siglo XX que permitió semejante cambio?

Son varios los aspectos relacionados con el cambio de percepción de la cirugía estética; uno de ellos es el factor económico, de la belleza como fuerza motriz del consumo que mueve la sociedad en ese sentido, como nos dice Eco (2004). Para Le Breton (2003) se trata aún de una herencia del modelo del cuerpo como máquina, concepción que viene de la antigüedad clásica, pero que se habría acentuado a partir del Iluminismo. La idea del cuerpo como un envoltorio precario y falible que aprisiona la esencia del hombre se refina en la actualidad con la transposición del cuerpo a la condición de accesorio de la persona, como una tarjeta de visita que permite que el cuerpo sea “[...] sometido a un design a veces radical que nada deja inculto (bodybuilding, marca corporal, cirugía estética, transexualismo, etc.). Emplazado como representante de sí, cepo de identidad manejable, se convierte en una afirmación de sí, evidenciación de una estética de la persona” (Le Breton, 2003, p. 22).

Para Maffesoli (1999), la valorización de la estética es una de las principales características de la posmodernidad, la era del *homo aestheticus*, en la cual la estética representa más que el ápice de la individualidad en una sociedad hedonista. Para él, es la propia forma de comunicación contemporánea en la *polis*, en que la apariencia es todo y no solamente superficialidad: “la superficie de la existencia permite una forma de endoscopía de las más pertinentes: el signo hace sentido, el signo se vuelve significado” (Maffesoli, 1999, p. 155).

Para algunas feministas esta es una discusión importante, especialmente porque todavía son las mujeres las principales consumidoras de la industria de la

belleza y, igualmente, de esta medicina de la belleza, ya que cerca del 90% de los procedimientos son realizados en mujeres (ISAPS, 2006). Por ejemplo, Wolf (1992) no hace una evaluación positiva de la supervalorización de la apariencia femenina, sino que considera este momento como una respuesta política a la invasión de las mujeres en el mercado de trabajo, una nueva estrategia para subyugarlas al vigilarles intensamente los cuerpos.

La preocupación por la apariencia física pasa, por lo tanto, en la evaluación de varios científicos sociales, por un espectro que va de la completa sumisión a un patrón de belleza superdeterminado hasta una forma de auto-afirmarse culturalmente y de crear identidad. En fin, llega incluso a ser sugerida como fundamento de nuestra (¿pos?) modernidad. No es simple encontrar la punta del ovillo respecto del surgimiento y la expansión de la medicina de la belleza. Existe el hecho, como argumentamos antes, del enorme crecimiento de este mercado específico y de la creación de formas corporales inusitadas, propiciadas por el desarrollo de técnicas quirúrgicas y materiales, anteriormente no disponibles. La medicina de la belleza surge en este cuadro complejo que intentamos presentar brevemente. Con todo, el objetivo de este trabajo es descifrar el arreglo al cual recurre el campo de la cirugía plástica estética para tratar un tema tan repleto de variables, defendido sólo desde el punto de vista científico de la medicina moderna.

No se pretende decir que sólo recientemente el discurso médico se viene pronunciando sobre la belleza, sino que por primera vez esta surge como objeto único y central de una especialidad médica.

Antes del surgimiento de la medicina de la belleza, la apariencia era valorizada por algunas áreas de la medicina de forma marginal, como es el caso de la asociación entre belleza y maternidad, demostrada por Rohden (2001) en un estudio sobre la medicina de los siglos XVIII y XIX:

La imagen médica de la belleza femenina se confundía con la representación de la buena esposa y madre productora de muchos hijos. Su feminidad se reflejaría en un cuerpo redondeado, voluminoso, senos generosos, caderas desarrolladas, características de la maternidad. Los médicos ‘constatan’ impresionados cómo la belleza ideal de las mujeres es delineada por la naturaleza en virtud de la función primordial que les cabe (Rohden, 2001, p. 16).

En el período de mayor influencia de la Iglesia Católica, antes del siglo XIX, la apariencia física era concebida como un don divino y no como conquista o posibilidad individual: *“fuera de este uso y más allá de las prescripciones médicas, que incluyen la higiene del cuerpo y la cultura física, el embellecimiento corre el riesgo de denotar una moral dudosa”* (Sant’Anna, 1995, p. 125). La cirugía plástica estética por muchos años fue encarada de esa forma. A pesar de la semejanza entre las técnicas, solamente la cirugía plástica reconstructiva gozaba de prestigio entre los médicos. Sullivan (2001) demuestra cómo en los EUA la cirugía plástica estética pasó de ser una práctica marginal, sin espacio para la divulgación (antes de la década de 1950) a ser una especialidad reconocida, reglamentada y cada vez más buscada por los médicos. Es en este período que la cirugía plástica estética comenzó

a ser aceptada entre otros profesionales, como atestigua el cirujano plástico en el siguiente editorial de la *Aesthetic Plastic Surgery*:

Los cirujanos plásticos actualmente no necesitan discutir más los beneficios de la cirugía estética con el paciente o los colegas de otras áreas como hicieron nuestros profesores. [...] A pesar de que la cirugía de la apariencia (no-reconstructiva, no-restaurativa) mejora la calidad de vida, raramente salva vidas. No es tan necesaria para la supervivencia física como para el mejoramiento psicológico (Goldwyn, 2004, p. 357).

La valorización de la apariencia física como una de las consecuencias de la modernidad y la transformación de la belleza en un producto más del mercado, de la sociedad de consumo, forman parte de la comprensión de este fenómeno. Pero, como se percibe en el fragmento citado, aún había necesidad de una justificación propia del área de la salud para que la cirugía plástica estética creciese como especialidad y se legitimase en el medio médico. También a partir de la segunda mitad del siglo pasado, el concepto de salud dejó de restringirse a la ausencia de enfermedades (orgánicas, objetivas), pasando entonces a abarcar todos los factores que se relacionasen con la idea de salud como bienestar general o completo. El mismo cambio que permitió el avance de la medicina social y preventiva y una relativización de las posibilidades de la biomedicina, que interviene en estadios asintomáticos de enfermedades letales, como el cáncer de colon y el de mama, posibilitó, igualmente, asociaciones bastante curiosas. Lo que imperaba era el resultado 'práctico' y inmediato, que relacionaba

la lipoaspiración abdominal con la mejora de la autoestima, por ejemplo, ya que la causa de la angustia o de la tristeza provendría de la diferencia entre el patrón de belleza (deseado) y el propio cuerpo.

No en vano la satisfacción de las personas que se sometieron a cirugías estéticas aparece destacada en los artículos estudiados, no importando simplemente si el resultado de la técnica quirúrgica alcanzó o no el objetivo delineado. Allí interesa presentar también la mejora de los síntomas que las llevaron a optar por la intervención, porque son los discursos sobre los beneficios psicológicos, como la mejora de la autoestima y de la calidad de vida, los que legitiman esta práctica médica, en un tiempo en el cual está muy vigente la noción abarcadora del concepto de salud. La medicina de la belleza se coloca, por lo tanto, en ese espacio entre un patrón de belleza corporal y la experiencia personal del propio cuerpo; o como propone Bourdieu (2002, p. 81), en la “[...] *desproporción entre el cuerpo socialmente exigido y la relación práctica con el propio cuerpo impuesta por las miradas y las reacciones de los otros*”.

Este mote llevó a la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica (SBCP) a modificar la antigua denominación (Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica Estética y Reparadora), que separaba la cirugía plástica en las subespecialidades estética y reparadora, adoptando el nombre actual. Es una consideración de que las dos áreas lidian igualmente con reparaciones, sean físicas y/o psicológicas, como demuestra Gonçalves (2001):

En la clínica particular, los médicos pueden tener en cuenta también la reparación psicológica del paciente, pudiendo poner en práctica aquel

concepto de cirugía plástica más abarcador, en el que toda cirugía estética es reparadora, pues repara 'problemas psíquicos' (traumas, inhibiciones, complejos) y no sólo aquellos fisiológicos (Gonçalves, 2001, p. 78).

El camino que se borra o que no se quiere ver es el que lleva a la comprensión de la cirugía estética como reparación psíquica, e implica el proceso anterior a la insatisfacción corporal. Lo que se olvida es el modo como ocurrió la internalización de una norma social como la belleza; o, según lo entiende Jacobson (1998), de qué modo y a partir de qué procesos fue históricamente construida la necesidad de una intervención estética como representación del deseo subjetivo e individual.

Para Elias (1994), lo que nos despista de este camino es el hecho de que muchas veces el comportamiento social deseable se vuelve automático, como si fuera el resultado sólo de nuestra voluntad o del interés por nuestra propia salud. Esta internalización de las normas hace las prácticas disciplinarias más eficaces. En el caso de las normas médicas, Foucault (2003) demuestra cómo sucede la internalización y cómo ella misma acaba corroborando, después, el propio acto médico:

Ella implica una aproximación física y un juego de sensaciones intensas, del que la medicalización [...] es al mismo tiempo efecto e instrumento. Comprometidas con el cuerpo, transformadas en carácter profundo de los individuos [...] se sobreponen a la tecnología de la salud y de lo patológico. E, inversamente, a partir del momento en que pasan a ser 'cosa' médica o medicalizable, es como lesión, disfunción o síntoma que van a ser sorprendidas en

el fondo del organismo o sobre la superficie de la piel o entre todos los signos del comportamiento (Foucault, 2003, p. 44).

Para Costa (2004), tampoco hay mucho espacio para el sujeto en lo que él llama la “tiranía de la corporeidad”. El sufrimiento psíquico no derivaría tanto de las flaquezas de espíritu o de carácter, de una moral de los sentimientos, como de los defectos de la apariencia corporal, de una moral de las sensaciones. Para él, la norma de la belleza y una sociedad vuelta hacia las sensaciones hacen que haya un nuevo narcisismo corporal, basado en la perfectibilidad física, trayendo la exterioridad del cuerpo hacia lo visible y vigilable, lo indeseado, lo renegado, lo recalcitrante. La medicina de la belleza posiblemente tiene un doble papel en este juego: al mismo tiempo que desarrolla nuevas técnicas para crear diseños corporales y vuelve obsoleta la meta de perfección física anterior, es también aquella que permite más fácilmente al individuo alcanzar, por un breve momento, su satisfacción corporal.

Antes de retornar a la discusión inicial, la del sujeto totalmente sujetado o que todavía puede hacer algo con lo que el mundo le hizo, hablemos primero de los artículos de la medicina de la belleza. No hay, en aquellos analizados, mención a la influencia de la moda o de patrones culturales en la definición del cuerpo ideal. Existe sí una tentativa de formulación de normas naturales de belleza: para cada caso habría un cuerpo ideal, cuyas medidas secretas deberían ser descubiertas. O inclusive la idea de una belleza esencial, en que son utilizados autores de la psicología y de la biología evolucionista para demostrar un

patrón de belleza universal, formado por atributos igualmente apreciados en todo el planeta.

Sin embargo, es difícil comprender la normalidad en la medicina de la belleza, tanto en un sentido como en otro. Como demuestra Canguilhem (1982), el concepto de lo normal en la biología y en la medicina fue construido a partir de la frecuencia del carácter así calificado: la cantidad de hemoglobina en la sangre y la curva que define peso y estatura normales son ejemplos conocidos. En la medicina de la belleza, lo normal no es necesariamente lo más común, pero lo que parece importante es que el abordaje sea el mismo de la medicina científica. Esfuerzo que aparece visiblemente en este ejemplo:

Es una realidad que la anatomía normal del complejo nasolabial con sus pliegues y líneas suaves es básico de la belleza del rostro y no debe ser removido completamente ni distorsionado. En vez de esto, un esfuerzo para normalizar la anatomía debe ser el patrón oro de cualquier planeamiento quirúrgico (Sen et al, 2004, p. 308).

La intervención de la medicina de la belleza crea anomalías, transforma lo más común o lo esperado para una edad en algo no usual. Parecer 10 o 20 años más joven de la edad cronológica es poco común, pero del texto citado más arriba se desprende lo contrario. Lo que los autores nos dicen es que la intervención quirúrgica normalizará la anatomía, justamente al retirar señales como arrugas o el oscurecimiento de la piel, que serían comunes para esa edad. De nuevo, la cuestión no es sólo la lucha contra el envejecimiento, que tal vez sea más intensa (pero no es una novedad en los modernos) y sí el hecho de

que esta no aparezca claramente en los artículos analizados. Se prefiere el caro arreglo de la medicina, que implica el binomio normal/anormal basado en parámetros biológicos, como nos demuestra también el estudio siguiente:

No se encuentra ningún artículo en la literatura médica describiendo los detalles anatómicos que tornan los glúteos bonitos, ni los defectos en esa región que pueden ayudar al cirujano a decidir si son necesarias prótesis glúteas o no [...]. Los autores estudiaron 1320 fotografías de mujeres desnudas y midieron a 132 pacientes femeninas de 16 a 62 años [...]. En base a las informaciones obtenidas, los defectos de la región glútea fueron clasificados en 5 tipos, resultando en recomendaciones quirúrgicas pretendidas para alcanzar glúteos lo más próximos posibles al patrón de belleza, con volumen preciso y proyección [...]. El cirujano debe estar familiarizado con los 'signos' de la belleza y puede hacer un esfuerzo para recrearlos (Cuenca et al., 2004, p. 340).

El patrón de belleza está más vinculado a la medida anatómica 'natural', que sólo necesitaría 'ser encontrada' por el cirujano, que a la norma social. No se trata aquí de replicar una vez más la moderna separación natural/social, pero es importante para la comprensión de este proceso. Hay características físicas que sólo son valoradas en algunas culturas y otras que son universalmente deseadas. Existen personas dentro de un mismo contexto histórico que viven de modo diferente el proceso de envejecimiento. Hay contextos históricos que determinan lo que una gran mayoría de personas acepta como bello. Definir patrones de belleza física y darles el estatuto de natural es eternizar lo que para Eco (2004, p. 14) “[...] jamás

fue algo absoluto e inmutable, pero asumió diversas caras según el período histórico y el país.”

Este abordaje naturalizado de la medicina de la belleza en torno de un tema tan complejo, que sufre innumerables interferencias, refleja lo que nos enseña Latour (1994) respecto de la purificación y de la hibridación típicas de la modernidad. No importa que suene extraño, pero es necesario ser coherente con el discurso de la medicina científica y limpiar, excluir, todo aquello que no se encuadra; es lo que el autor llama purificación. Al mismo tiempo que en el día a día mezclamos uno con el otro y creemos los híbridos que hacen la vida posible, menos esquizofrénica.

Esta purificación impide que la medicina de la belleza, por ejemplo, discuta en sus artículos el impacto de su propia técnica en la creación de nuevas normas o patrones de belleza, porque la técnica es entendida sólo como medio para alcanzar un objetivo que existía primero como necesidad. Lo que no se cuestiona es la posibilidad de la técnica de crear una necesidad, en la medida en que la imagen de ese cuerpo modificado asciende a la condición de normal al frecuentar constantemente los medios de comunicación. Como afirma Bordo (1993, p. 26), hay una nueva norma “[...] alcanzable sólo a través de cirugías cosméticas continuas –en la cual la superficie del cuerpo [...] deja de envejecer físicamente a medida que el cuerpo envejece cronológicamente.”

Esta nueva norma, creada o influenciada por la técnica, es totalmente borrada de los artículos, como sugiere el siguiente fragmento, que trae los resultados de satisfacción de aquellos que se sometieron a las intervenciones:

las primeras impresiones están muy basadas en las características faciales y la psicología nos ha enseñado que un individuo más atractivo tiene más chance de recibir un mejor juicio y tratamiento. Nosotros presentamos evidencias de que personas sometidas a la cirugía plástica facial mejoraron su primera impresión... (Dayan et al., 2004, p. 306).

La tecnicalización de la belleza, o sea, la creación de nuevas posibilidades estéticas para la instrumentalización del ser humano, puede imponer nuevas normas. La colocación de implantes mamarios, por ejemplo, es una técnica reciente, de aproximadamente 50 años. Pero con el desarrollo de la técnica se amplía y se moldea la necesidad, conforme esas nuevas posibilidades, como argumenta Jacobson (1998, p. 1255): “[...] *la necesidad fue construida conforme los cirujanos plásticos medicalizaron el tamaño y la forma de las mamas.*”

La naturalización de la belleza se profundiza en la visión de los evolucionistas, en especial de la psicología evolucionista, que a través de una serie de estudios de comportamiento “[...] *establece la belleza física como un mecanismo adaptativo para la promoción y el avance evolutivo de nuestras especies*” (Dayan et al., 2004, p. 301). En ese caso, la cirugía plástica estética surgió como resultado de un avance de la técnica que pasó a permitir lo que siempre fue deseado. Características físicas como apariencia juvenil, simetría, cuerpo fuerte para los hombres y delgado para las mujeres, entre otras, serían mejor evaluadas desde siempre, por indicar una persona más saludable y, por lo tanto, con mejores chances de garantizar una reproducción también saludable. Semejante afirmación se encuentra en este estudio:

Parece que determinadas características faciales como simetría, juventud, y *averageness* son universalmente aceptadas como favorables. Los biólogos evolucionistas argumentan que determinadas características faciales son signos físicos que indican salud y adaptación, que llevan una ventaja selectiva para encontrar compañeros y para la propagación de la especie. Los individuos con esas características [...] probablemente manejan las fuerzas de la selección natural más favorablemente. Los biólogos evolucionistas también señalan modelos animales para demostrar que la simetría y las características medianas son comúnmente encontradas en las especies mejor adaptadas (Dayan et al., 2004, p. 304).

Estos ejemplos demuestran el camino que ha recorrido la medicina de la belleza al trabajar una normalidad para la apariencia física. De forma aún incipiente se sustenta en mediciones corporales que buscan estandarizar las intervenciones, generalmente basadas, aunque no se declare, en el sentido común de belleza; o justifican los patrones escogidos vía teoría evolucionista. La purificación del tema por la medicina prosigue todavía con una patologización de la apariencia.

Como nos muestra Luz (1993), una racionalidad médica cualquiera está compuesta de cinco elementos teóricos fundamentales: (i) una morfología y una anatomía humana; (ii) una fisiología o dinámica vital humana; (iii) un sistema de diagnósticos; (iv) un sistema de intervenciones terapéuticas y; (v) una doctrina médica. La biomedicina nace, para Foucault (2003), al final del siglo XVIII, en el momento en que pasó “[...] a pronunciar sobre el individuo un discurso de estructura científica” (p. 10). El raciocinio científico en la época y aún hoy, era marcado por

una concepción mecanicista del mundo, estimulada principalmente por dos disciplinas, la física y la astronomía, que pasaron a influenciar a través de sus principios –reproductibilidad, previsibilidad, exactitud y matematización de los eventos– todas las áreas del conocimiento. Esa racionalidad científica fue adoptada, a partir de la modernidad, por el saber médico. Foucault (2003) llama ruptura a esta transformación de la medicina porque se basa en una nueva *episteme*:

El acceso de la mirada médica al interior del cuerpo enfermo no es la continuación de un movimiento de aproximación que se habría desarrollado, más o menos regularmente, a partir del día en que la mirada, que comenzaba a ser científica, del primer médico se dirigió, desde lejos, al cuerpo del primer paciente; es el resultado de una reformulación al nivel propio del saber y no al nivel de los conocimientos acumulados, afinados, profundizados, ajustados (Foucault, 2003, p. 157).

El saber médico se reorganizó a partir del siglo XIX en torno de la teoría de las enfermedades, en la cual estas pasaron a tener existencia autónoma, una ‘historia natural’, denunciada por la lesión (de allí la importancia de la anatomía patológica) que deriva de una o más causas. Esta estructura aún está vigente en la medicina, ciertamente porque responde bien a una serie de problemas, como las enfermedades infecciosas o las neoplasias.

Es curioso percibir ese mismo modelo aplicado a la apariencia física. Una de sus características es la clasificación diagnóstica de las variaciones indeseadas, lo que Foucault (2003) denominó especialización primaria. Esto es, la misma enfermedad es

confrontada con sus diferentes presentaciones, como en este ejemplo de la medicina de la belleza sobre las mamas caídas o ptosis: “*nosotros propusimos una clasificación de la ptosis posparto en 4 grupos y describimos el tratamiento quirúrgico apropiado para cada categoría de ptosis*” (Velasco et al., 2004, p. 199).

Más allá de un cuadro clasificatorio para las anomalías, otro punto importante que caracteriza a la biomedicina y puede ser encontrado en la medicina de la belleza es la creación de una nosología, que además de definir una determinada variación, hace que ésta pase a existir o, como dice Foucault (2003, p. 135), “*libera una verdad constante*”. Algunos ejemplos son: “hipoplasia glútea”, “ptosis mamaria”, “defectos de contorno”, “pliegues labiales”, “líneas faciales”, “asimetría mamaria”, “deficiencias del contorno corporal”, “depósito excesivo de grasas”.

El texto que sigue ilustra una vez más cómo la medicina de la belleza incorpora el tema de la apariencia física siguiendo el modelo patrón de la biomedicina, en el cual resalta la secuencia ‘causa–diagnóstico–terapéutica’:

La liposucción es una técnica cada vez más popular en el campo de la cirugía estética. La mayoría de los pacientes que buscan la liposucción desea corregir una deformidad del contorno corporal, generalmente causado por la grasa. El objetivo de la liposucción es disminuir o remover esas áreas grasosas subcutáneas por medio de cánulas de metal colocadas a través de pequeñas incisiones en la piel (Bilgili et al., 2004, p. 226).

La anatomía patológica se sumó a esa mirada clínica, que separa y sigue temporalmente una variación

física indeseada, para fundar lo que Foucault (2003) denominó “mirada anátomo-clínica”. Esta permitió una nueva espacialización de la enfermedad, por relacionar la lesión interna (inicialmente invisible) al conjunto de signos y síntomas. Para el cirujano, no es solamente la anatomía patológica lo que permite esa reorganización espacial de la enfermedad, pues la cirugía ofrece la “[...] *ventaja de proveer elementos de conocimiento de las enfermedades y de su localización en el organismo vivo, **que se mueve*** [subrayado de la autora], *a diferencia de la anatomía patológica, que trabaja con cadáveres*” (Luz, 1988, p. 89).

En los artículos analizados, la mirada del cirujano plástico estético también revela esa espacialización, esto es, el encuentro de la variación visible con un sustrato anatómico previamente conocido. Un ejemplo de la mirada anátomo-clínica:

La base de la belleza facial es simetría, equilibrio y proporción. Las mayores fuerzas responsables por el envejecimiento del rostro son la gravedad, la maduración del tejido blanco, la remodelación del esqueleto, la actividad muscular facial y las alteraciones solares. El envejecimiento en el tercio superior del rostro se manifiesta como ptosis de la región frontal, globular y de las cejas. Iniciando de la mitad hacia el final de los 30 años, las alteraciones se vuelven aparentes en todo el rostro. Aparecen arrugas y pequeñas líneas en torno de los ojos y de la boca y los párpados superiores e inferiores comienzan a caer. (Maio, 2004, p. 295)

La búsqueda de una causalidad en la medicina está asociada a la definición previa y arbitraria de un evento, generalmente indeseable (según criterios de quien así lo define), que se quiere estudiar y sobre

el cual se pretende intervenir. Como afirma Canguilhem (1982) al respecto, es preciso que la anomalía sea arbitrariamente definida como un problema para que la ciencia la estudie: *“la anomalía sólo es conocida por la ciencia si ha sido, primero, sentida en la consciencia bajo la forma de obstáculo al ejercicio de las funciones, bajo la forma de perturbación o de nocividad”* (p.104). La asociación de una causa a la identificación de un substrato anátomo-fisiológico (como la pérdida de líquido en el espacio intersticial o la disminución de algún tejido como el de la glándula mamaria) representa, para Canguilhem (1982), el proceso que lleva a la patologización de una anomalía: *“[...] desde que la etiología y la patogenia de una anomalía son conocidas, lo anómalo se vuelve patológico”* (p. 108).

Siguiendo esta misma lógica, se podría encontrar una patología de la belleza en los artículos analizados. Las lesiones anatómicas surgen en estos estudios como estructuras alteradas, responsables de la apariencia externa indeseable: *“las ptosis mamarias generalmente son resultado de alteraciones involutivas del posparto o del amamantamiento caracterizadas por diferentes grados de atrofia de la glándula mamaria, flaccidez de la piel y ptosis del complejo mamilo areolar”* (Velasco et al., 2004, p. 199). En este caso, los autores asocian a la causa de la ptosis mamaria, que sería consecuencia del parto o del amamantamiento, una lesión tejidual de la glándula mamaria, de la piel y de los tejidos que sustentan el complejo mamilo areolar. La idea de una lesión asociada a la causa, un *locus causal*, como ya dijimos, es fundadora de la racionalidad biomédica.

La búsqueda de la localización última de una lesión causal es una disputa constante en la medicina, según Camargo Jr. (2003). En el caso de la medicina de la belleza, la mayoría de los trabajos apunta a una lesión anatómica, pero que puede ser derivada de una predisposición genética, de alteraciones celulares o de influencias del medio ambiente.

El proceso que presentamos, este camino que recorre la medicina ante un nuevo tema, es un buen ejemplo de medicalización. Ocurre en este caso un verdadero proceso de purificación a través del cual se pasa a explicar un tema extremadamente complejo, permeado por el sentido común, sólo a partir de un recorte (como el de la biomedicina). En el caso de la belleza, los híbridos ciertamente están esparcidos por ahí y proliferan los cirujanos estéticos que saben que la medicina de la belleza no es exactamente una ciencia purificada; así como los operados que no se sienten ni un poco enfermos ni portadores de lesiones ni de órganos defectuosos, pero que simplemente deseaban un cuerpo diferente, como quien se compra ropa nueva.

En nuestro estudio no analizamos estos aspectos. Nos aferramos a las curiosas formas de transformación de un tema por la medicina, pero es cierto que la verdad de los cirujanos estéticos no puede ser reducida a los fragmentos que recortamos y presentamos aquí limpios y bellos, así como la piel brillante y lisa que incluso después de la cirugía aún guarda debajo de sí el retazo, los hilos, la prótesis, la colección de sangre, alguna historia que fue borrada (o que se intentó borrar). De todos modos, no deja de ser interesante asomarse a esa superficie.

Referencias

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. *Cosmetic and reconstructive procedure trends 2000-2003*. Disponible en: <http://www.plasticsurgery.org>. Acceso en: 20 jul. 2004a.

AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS, ASPS (EUA). National Plastic Surgery Statistics. *Cosmetic Surgery Trends 1992, 1998, 2002, 2003*. Disponible en: <http://www.plasticsurgery.org>. Acceso en: 20 jul. 2004b.

BILGILI, Yasemin et al. Quantitative analysis of liposuction with b mode ultrasound. *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.5, p.226-227, 2004.

BORDO, Susan. *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California Press, 1993.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

COSTA, Jurandir Freire. *O Vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CUENCA-GUERRA, Ramon; QUEZADA, Jorge. What makes buttocks beautiful? a review and classification of the determinants of gluteal beauty and the surgical techniques to achieve them. *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.5, p.340-347, 2004.

DAYAN, Steven; CLARK, Kirk; HO, Allan. altering first impressions after facial plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.5, p.301-306, 2004.

ECO, Umberto. (Org.). *História da beleza*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GOLDWYN, Robert M. Who can have aesthetic surgery? *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.6, p.357-358, 2004.

GONÇALVES, Isabela Lopes. *Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro*. 2001. 142 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY, ISAPS. *ISAPS Statistics: comparisons 2002-2003-2004*. Disponível em: <http://www.isaps.org/Stats2004CompRes.asp>. Acesso em: 12 fev. 2006.

JACOBSON, Nora. The socially constructed breast: breast implants and the medical construction of need. *American Journal of Public Health*, v.88, n.8, p.1254-1261, 1988.

LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: Edusc, 1999.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papyrus, 2003.

LUZ, Madel. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 1999.

MAIO, Mauricio. The minimal approach: an innovation in facial cosmetic procedures. *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.5, p.295-300, 2004.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SEN, Cenk; CEK, Deniz; REIS, Mehmet. Direct skin excision fat reshaping and repositioning for correction of prominent nasolabial fold. *Aesthetic Plastic Surgery*, v.28, n.5, p.307-311, 2004.

SULLIVAN, Deborah. *Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America*. New Jersey: Rutgers University Press, 2001.

VELASCO, Manoel Garcia; ARIZTI, Pablo; TOCA, Rodrigo Garcia. Surgical correction of the “small” postpartum ptotic breast. *Aesthetic Surgery Journal*, v.24, n.3, p.199-205, 2004.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

PROMOCIÓN DE LA SALUD, EMPOWERMENT Y EL DISCURSO DE LA VIDA ACTIVA¹

Marcos Santos Ferreira
Luis David Castiel

Introducción

El hecho de que la promoción de la salud pueda aplicarse tanto a proposiciones comprometidas con el *status quo* como a proyectos socialmente transformadores (CARVALHO, 2004a), se debe a que en cierto modo sus conceptos clave se prestan a esa ambigüedad. Cabe analizar, por lo tanto, como el *empowerment*, considerado la esencia de la promoción de la salud (CARVALHO, 2004b; GOHN, 2004; WHO, 1986; WHO, 1991; WHO, 1998a; MAcDONALD, 1998; LABONTE, 1994a; ROBERTSON y MINKLER, 1994), puede desempeñar ese papel. Uno de los motivos, sin duda, se encuentra en los numerosos sentidos atribuidos al *empowerment* (CARVALHO, 2004b; Gohn, 2004; ROBERTSON y MINKLER, 1994), a tal punto que se lo percibe como algo que se debe obtener en pro de la transformación (CARVALHO, 2004b), o como una manera de ocultar su connivencia con la actual forma de economía política y el capitalismo de consumo (STOTZ y ARAÚJO, 2004; GRACE, 1991).

1 Parte de este texto está incluido en el artículo titulado '*Which empowerment, which health promotion? conceptual convergences and divergences in preventive health actions*', publicado en los *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, 2009.

Aunque los significados que se le asignan a la palabra *empower* en portugués sean “*dar poderes a, autorizar, licenciar, habilitar, permitir*”, según el diccionario Houaiss (1982, p.250), dicho término no tiene un vocablo equivalente en este idioma. No obstante, algunos estudiosos del área de la salud suelen traducir la palabra *empowerment* por el anglicismo “empoderamiento” (GOHN, 2004; LEFÈVRE y LEFÈVRE, 2004). Tal anglicismo, además de no sonar bien, oculta los diferentes matices que el término puede tener y, por este motivo, preferimos adoptar el vocablo en el idioma inglés.

En efecto, esa multiplicidad de abordajes del *empowerment* constituye un terreno fértil para que sirva como forma de control social (RISSEL, 1994) y para ocultar prácticas conservadoras (LABONTE, 1989). Analicemos, entonces, el término *empowerment*, sus significados y como se lo emplea en el ámbito de la promoción de la salud en un destacado programa de promoción de la ‘vida activa’: el *Agita São Paulo* (Muévete San Pablo).

El surgimiento de la noción de *empowerment* y la promoción de la salud

La promoción de la salud se configuró, desde la década de 1970, como una respuesta a los anuncios oficiales sobre los altos costos de los sistemas de salud centrados en hospitales de orientación curativa. La intención pasó a ser entonces evitar las enfermedades en lugar de dejar que surjan. A pesar del nítido desplazamiento del centro de atención de

la cura hacia la prevención de las enfermedades, el ideario de la promoción de la salud, a partir de la década de 1980, comenzó a incluir otras ideas clave: la defensa de la participación de la comunidad en la definición y búsqueda de soluciones para sus problemas de salud, la crítica al énfasis en los cambios de comportamiento individuales (o estilos de vida) y la figura del médico como único profesional responsable de la salud.

Según nuestro criterio, el *empowerment* como antítesis de la noción de incapacidad (*powerlessness*) se ajustaba perfectamente a la nueva perspectiva de Promoción de la Salud que se delineó a partir de los años 80 y que pretendía ir más allá de la prevención de las enfermedades y del énfasis comportamentalista que marcaron la década de 1970. Inclusive, hay autores (RAPPAPORT, 1981) que ensalzan el *empowerment* como medio de superación del enfoque preventivo con el argumento de que no existe una respuesta única a los problemas sociales. Las soluciones pasarían por múltiples y complejas posibilidades que serían mucho más fáciles de poner en práctica si se delinearán las políticas sociales a partir de la noción de *empowerment*.

Por otro lado, no se puede considerar el *empowerment* un constructo monolítico, y mucho menos una panacea para los desafíos planteados en y por el campo de la salud (WALLERSTEIN y BERNSTEIN, 1994). La noción de *empowerment* debería basarse en un pensamiento divergente, en favorecer la diversidad mediante la participación de distintos grupos sociales en el enfrentamiento de sus problemas de salud, y en la oposición a las agencias e instituciones que,

de modo centralizador, controla(ba)n los recursos, valoriza(ba)n el pensamiento unívoco e intenta(ba)n estandarizar las maneras en que las personas viven sus vidas, según Rappaport (1981).

Fue en la década de 1980, especialmente a partir de la Conferencia de Ottawa en 1986, que se comenzó a mencionar el *empowerment* como una de las ideas centrales de la promoción de la salud (WHO, 1998a; WALLERSTEIN y BERNSTEIN, 1994; SIMPSON y FREEMAN, 2004) más precisamente como el aspecto fundamental del “refuerzo de la acción comunitaria”, señalado en la Carta de Ottawa como uno de los campos de intervención de la promoción de la salud. Esta característica de centralidad del *empowerment* en la Promoción de la Salud fue enfatizada, asimismo, en otras conferencias (WHO, 1991; WHO, 2005) y en la 51ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS (WHO, 1998b). Dicha centralidad se debe al hecho de que el *empowerment* incorpora la “razón de ser” de la Promoción de la Salud (RISSEL, 1994), expresada en la fuerte semejanza de ambos conceptos. Por regla general, se consideraba el *empowerment* como el “proceso a través del cual las personas adquieren un mayor control sobre las acciones y decisiones que afectan su salud” (NUTBEAM, 1998, p. 6); y, a la promoción de la salud como “proceso de capacitación de personas con el objeto de aumentar el control sobre su salud y mejorarla” (WHO, 1986; NUTBEAM, 1998, p. 1). Se desprenden, entonces, de esa concepción algunas cuestiones fundamentales para la comprensión de la noción de *empowerment*.

Empowerment y poder

No se trata aquí de recorrer los intrincados trayectos teóricos de las producciones sobre la temática del poder y de sus derivaciones, pues sería algo que iría más allá del alcance de este trabajo. Pero sí es el caso de reflexionar sobre el hecho de que el verbo *empower* admite dos formas: la transitiva y la intransitiva (LABONTE, 1994a). En su forma transitiva requiere la presencia de uno o más complementos para que la acción adquiriera sentido. En ese caso, la acción [*empower*] es practicada por el sujeto 'para' alguien. Como idea subyacente, el poder debería ser concedido, transferido de una persona o grupos a otra persona o grupos. Pero ¿cómo sucede esto?

A partir de fórmulas 'provistas' por las autoridades sanitarias, se hizo un llamamiento a las poblaciones con la finalidad de que intervinieran en la gestión de su propia salud. No obstante, no se puede asumir que las personas tienen poder sin poseer autonomía (entendida como capacidad práctica en términos socioeconómicos, culturales, políticos, emocionales y cognitivos) para evaluar dichas fórmulas, aceptándolas o rechazándolas, sin que eso se transforme en algo perjudicial para sí mismas. No se puede asumir que tengan poder sin participar activamente en la definición de sus problemas de salud y de la formulación de propuestas para superar la situación. Así, la idea de transferencia de poder serviría para legitimar la incapacidad que los sujetos, en condiciones de vida adversas, pueden tener para la acción.

En su forma intransitiva, el verbo no necesita un complemento para tener sentido. En este caso, la

acción [*empower*] es llevada a cabo por y para el propio sujeto o colectivo. Aquí, la idea subyacente es que el poder se conquista por cuenta propia, es decir lo conquista la persona o el grupo. Esa perspectiva se refiere a las acciones que sirven para que las poblaciones tomen el poder para sí, lo cual no es posible sin que adopten una postura de más protagonismo en el proceso. Esta perspectiva, sin embargo, no parece prevalecer en las acciones de promoción de la salud; hecho que, desde nuestro punto de vista, se explica por su vinculación visceral con el Estado (STEVENSON y BURKE, 1992). Dado que su origen está fuertemente vinculado al Estado y es auspiciado por éste, ¿cómo la promoción de la salud podría producir acciones que permitieran a las personas desafiarlo?

Sin embargo, no siempre se hacen o no siempre quedan claras tales distinciones en los textos o propuestas de promoción de la salud, hecho que sin duda contribuye a la indefinición conceptual del término *empowerment* a la que se aludió anteriormente. Tal vez debido a ello, hay quien señale la intransitividad del verbo en su propia grafía, indicando el *self-empowerment* como un elemento central de los programas de educación en salud desarrollados bajo la óptica de la promoción de la salud (TONES, 1986).

Por otra parte, otros adeptos de la promoción de la salud ven el *empowerment* como un fenómeno que se da cuando hay transferencia de poder de una parte a otra (ROBERTSON y MINKLER, 1994). Pero ¿es esto posible? ¿Se puede considerar el *empowerment* como algo concedido por una persona a otra?

La respuesta a esta cuestión requiere una reflexión más detenida sobre los significados atribuidos a

la noción de poder. En este caso, resulta especialmente esclarecedora la lectura foucaultiana sobre poder, concepto subyacente a la noción de *empowerment*: según Foucault (1979) el poder conlleva una relación de fuerzas y por lo tanto está en todas partes, más allá del Estado y de sus instituciones. Por consiguiente, el poder no es un objeto, una cosa sino una relación (MACHADO, 1979). En ese sentido, no corresponde la idea de que alguien conceda el poder a otro como 'algo' que viene de afuera. El poder se configura en la medida en que se establece toda y cualquier relación social; no es un atributo de individuos y comunidades sino una expresión más de la relación entre las dos entidades (LABONTE, 1994b). De esta manera, la capacidad de *empowerment* existe en todas las personas, en el contexto de las innumerables posibilidades de relación que establecen con el otro (LABONTE, 1994b).

No hay un poder cuya esencia se pueda definir mediante características universales (FOUCAULT, 1979). No existe algo unitario y global llamado poder sino formas dispares, heterogéneas y en constante transformación (MACHADO, 1979). En suma, considerar el carácter relacional del poder como un presupuesto básico para las discusiones sobre *empowerment* implica el rechazo de la idea de su transferencia externa y altruista como si fuera una entidad, una cosa.

De tal manera, aceptar el *empowerment* solo como una transferencia de poder, representaría una forma de refrendar su versión más improbable, más allegada a usos no contestatarios. Acoger esta concepción de *empowerment* implica considerar a los

‘empoderados’ como elementos pasivos, lo que contribuye a ocultar la idea de que donde hay poder, hay también resistencia, según Foucault (1979). Con frecuencia se usa el *empowerment* para disimular la función de control social ejercida por profesionales de la salud que se dirigen a las poblaciones tomando conceptos formulados *a priori* que sirven de guía para elaborar y evaluar sus acciones (GRACE, 1991). En verdad, nadie ‘empodera’ a nadie (LABONTE, 1989; BRAITHWAITE, 1994). El *empowerment* no es algo que pueda ser dado sino algo que se debe conquistar (RAPPAPORT, 1985).

Sin embargo, no negamos la posibilidad (teórica) de que se pueda ‘entregar’ el poder en la vida real, es decir, que se lo pueda transferir de manera altruista. No obstante, no consideramos que esta sea una hipótesis que pueda definir los lineamientos de las discusiones sobre *empowerment* desde una perspectiva crítica. Eso sería tomar la excepción como regla, la parte por el todo. Desde nuestro punto de vista, no se transfiere poder sin conflicto. Muchas de las decisiones tomadas por quienes tienen como finalidad el mantenimiento del poder son aparentemente consensuales. Corresponden, en verdad, a pequeñas concesiones que se realizan con el objetivo de mantener grandes privilegios. El análisis de la posibilidad de transferencia de poder, por lo tanto, debe basarse en la relación de múltiples y, a veces, contradictorias formas, que se establecen entre las partes involucradas. Siguiendo este razonamiento, es posible señalar la naturaleza dialéctica del poder y, por extensión, del *empowerment*, ya sea visto como acción de transferencia de poder a otros, ya sea como una acción de conquista por cuenta propia.

Cuando una de las partes tiene que perder poder para que la otra lo obtenga, se dice que predomina un tipo de relación llamada 'suma cero' o 'ganancia/pérdida' [del inglés *zero-sum relationship* o *win/lose*] (LABONTE, 1994b). Este tipo de poder es finito, ya que no es posible que alguien mejore su *status* social (admitiéndolo, por definición, como una medida comparativa) sin que otros empeoren sus condiciones de vida; tampoco es posible que grupos sociales minoritarios obtengan beneficios contra prácticas discriminatorias (raciales y de género, por ejemplo) sin que ciertos grupos pierdan una parte de su poder con respecto a ese tipo de práctica, ni que se supere la explotación económica sin que el explotador pierda su control sobre el capital (LABONTE, 1994b).

Pero, cuando predomina una relación en la que todos ganan [del inglés *win/win* o *nonzero-sum relationship*], se está hablando de una manifestación del poder que puede (y debería) expandirse sin límites, ya que se refiere a situaciones en las cuales prevalece la ética del respeto mutuo, de la reciprocidad, la humildad y la interdependencia entre las partes (LABONTE, 1994b). Preferimos subrayar, sin embargo, que ese tipo de poder se manifiesta más comúnmente en situaciones cuyas partes involucradas tienen intereses en común. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, esos intereses son diferentes a los de otros grupos sociales. La realidad de la distribución política y económica de poder no produce escenarios en los que todos ganen (LABONTE, 1989). Por lo tanto, pensar el *empowerment* como una relación significa que las situaciones de pérdida/ganancia y ganancia/ganancia se producen de manera conflictiva, simultánea y dialéctica.

En el escenario donde se encuentra la miríada de abordajes relacionados con el *empowerment*, se distinguen también las nociones de ‘poder sobre’ y ‘poder con’ (LABONTE, 1994a) expresando, de cierta manera, relaciones similares a las de ‘suma cero o de ganancia/pérdida’ y de ‘suma no-cero o de ganancia/ganancia’, respectivamente. Veamos como esas nociones pueden manifestarse en una situación muy común en países como Brasil.

Cuando los profesionales de la salud se dirigen a determinado barrio pobre (en términos de poder económico, de derechos, de justicia social) con el objetivo de erradicar el mosquito *Aedes Aegypti* y, por consiguiente, la epidemia de dengue, se establecen relaciones (de poder) entre las partes involucradas. Si los profesionales se limitan a abogar por acciones preventivas descontextualizadas (en general calcadas del cambio de comportamientos individuales) concebidas previamente, de acuerdo con su propia visión del mundo y tomando como medida de efectividad el fiel cumplimiento de sus determinaciones por parte de los habitantes de esa localidad, lo que prevalece es una relación de ‘poder sobre’. Acciones de este tipo se traducen, generalmente, en la distribución de cartillas y carteles informativos, creados en gabinetes y sin la participación de la comunidad.

Por otro lado, si dichos profesionales tratan de conocer la realidad de los habitantes y los problemas que ellos plantean, si tratan de hacer surgir una reflexión crítica entre los habitantes profundizándola no solamente en lo que se refiere a los determinantes biológicos, sino especialmente a los determinantes ambientales, sociales, económicos, culturales

y políticos de la referida enfermedad, lo que predomina es una relación de ‘poder con’.

No obstante, aunque arreglos más igualitarios relativos a la interacción entre profesionales de la salud y grupos de personas basados en la noción de ‘poder con’ representen un avance, pueden ignorar las diferencias estructurales (de clase social, de formación educacional y profesional, por ejemplo) entre las partes involucradas (ROBERTSON y MINKLER, 1994). Autores como Stotz y Araújo (2004) asumen una posición crítica más dura con respecto al *empowerment*. Según estos autores, aunque dicho término se base en la noción de ‘poder con’, no puede ser visto como medio de fortalecer la acción colectiva contra las estructuras de poder, sino como método de construcción de un consenso que exige negociación y ‘concertación’.

Como profesionales de la salud, que cumplen la función de mediar entre las aspiraciones de las capas de la población más desprovistas de poder y los intereses de grupos ubicados en una posición privilegiada en la sociedad, ¿podrían desempeñar su papel sin servir de referencia para la reconstrucción de las identidades sociales de los grupos excluidos? ¿No sería eso una nueva forma de ‘tutela’ sobre la mayoría de la población? (STOTZ y ARAÚJO, 2004).

Scherer-Warren (2006) realizó una indagación similar tomando como parámetro el papel de las Organizaciones no Gubernamentales con relación a los movimientos sociales, de base local. ¿De qué manera el trabajo de los representantes de esas organizaciones podría orientarse hacia el *empowerment* de los sujetos socialmente más excluidos, sin que se

produjera una estimulación de las jerarquizaciones de poder? El autor sugiere algunas orientaciones político-pedagógicas que, tal vez, sean relevantes en el trabajo de mediación social. La recuperación de la dignidad de los sujetos socialmente excluidos pasaría por una desconstrucción de las discriminaciones introyectadas por los mismos (sin la cual no hay ‘lucha por los derechos’) y por el rescate positivo de sus raíces culturales, simbólicas, estéticas (sin prescindir de las evaluaciones autocríticas transformadoras), de modo que se potencialicen [nuevas] formas de acción colectiva de base, con miras al enfrentamiento y a la solución de problemas sociales (SCHERER-WARREN, 2006).

La concreción de esas acciones, sin embargo, va mucho más allá del simple hecho de proveer información a los excluidos. Además de las habilidades específicas para lidiar con el problema de la exclusión social, la lucha por su superación debe basarse en la solidaridad entre sujetos y diferentes grupos sociales. La cuestión es: ¿cómo tales valores emergieron en contextos tan adversos, marcados por una participación desigual de personas y grupos sociales en el proceso de producción de bienes y riquezas de una nación? ¿Cómo romper este aparente círculo vicioso?

No obstante, no se puede negar que la información sobre la etiología de ciertas enfermedades puede contribuir a ampliar el poder de decisión de la población de aquel barrio en lo relacionado con su salud – admitiéndose, claro está, que la información pueda haber sido comprendida y asimilada por las personas, lo que se vuelve tanto más difícil cuanto

mayor es la brecha social entre las partes implicadas (profesionales de la salud y habitantes del barrio en cuestión). El conocimiento de que el calor y el agua estancada son condiciones ideales para la reproducción del mosquito del dengue, aunque no constituya una garantía, puede incentivar a los habitantes a reducir los espacios donde hay concentración de agua estancada, lo que contribuiría a mitigar el problema.

Ese supuesto aumento del poder de decisión se limita, sin embargo, a la esfera individual ya que no hubo por parte del Estado – representado por los profesionales de salud – la cesión de ningún poder a los habitantes del referido barrio. No se les otorgó el derecho de decidir, por ejemplo, el monto y el destino del dinero público que se invertiría para superar dicha enfermedad y otros problemas de salud afines.

Por otra parte, juntamente con el suministro de información, la reflexión crítica sobre los determinantes sociales, económicos y políticos de los problemas de salud puede contribuir a un mayor dominio y una mayor comprensión de aquellos habitantes, en lo que se refiere a los riesgos de la enfermedad en particular, y sobre su salud en general. Puede quien sabe, ampliar también sus posibilidades de interpretar sus condiciones de vida conduciéndolos a luchar por cambios sociales más radicales, como la redistribución de renta y de tierra y el acceso universal a la educación y a los servicios de salud, entre otros.

Tales acciones ¿podrían ser consideradas una expresión de mayor poder de aquel grupo de habitantes? En cierta manera, sí. Se trata, sin embargo, de un poder *para la lucha* por el poder; o sea, de un poder que solo se materializa en la interacción social y en

el juego de conflictos de intereses, y no de un poder que haya sido otorgado por alguien como 'algo' que viene de afuera.

Al mismo tiempo en que se reconoce que la mayoría de los programas de abordaje comportamental, fundados en la idea de riesgo epidemiológico, tiene una tendencia a adoptar la noción de 'poder sobre' para lidiar con las cuestiones de salud de las comunidades, se admite la posibilidad de *empowerment* a través de esos programas (LABONTE, 1994a). Por ejemplo, cuando un profesional de la salud de un programa de rehabilitación cardíaca reflexiona sobre lo que puede hacer para apoyar a sus pacientes a superar ciertas formas de opresión (de clase, género y cultural), entendiéndolas como factores condicionantes de cardiopatías y buscando resultados que estén más allá de las adaptaciones morfofisiológicas, su práctica se guía por el *empowerment* (LABONTE, 1994a).

En ese caso, sin embargo, queremos hacer ciertas salvedades. Los programas con dicho abordaje, no 'empoderan', por sí mismos, ya que no confieren poder a nadie (LABONTE, 1989). Además, el *empowerment*, a través de programas de sesgo comportamental y fundados en la idea de riesgo epidemiológico, se restringen en general a un nivel individual. Por lo tanto, es remota la posibilidad de que integrantes de programas que tengan ese enfoque puedan ir más allá de los límites impuestos por el abordaje cuantitativo de los fenómenos. Aunque los programas no se circunscriban solo a la enfermedad propiamente dicha y a sus factores de riesgo, lo que incluye la reflexión crítica de los usuarios sobre las formas de opresión vividas por ellos, como máximo

contribuyen a que las personas amplíen su capacidad para luchar por el poder.

Esa situación se vuelve más grave cuando el abanico de posibilidades para la construcción colectiva de alternativas es bastante restringido. Plantear soluciones individuales para problemas eminentemente colectivos sirve, muchas veces, para oscurecer la correlación de fuerzas entre las distintas clases sociales y para desviar la atención de cuestiones esenciales para la reversión del cuadro de desigualdad social brasileño. La defensa del cambio de estilos de vida, que explican solo en parte el surgimiento de enfermedades (SYME y BERKMAN, 1976), es una de las formas más comunes de culpabilizar a la víctima. Del mismo modo, entender el *empowerment* como suministro de información o limitarlo al nivel comportamental significa, desde nuestro punto de vista, transformarlo en inocuo con respecto a cualquier forma de transformación social.

Como vimos, el *empowerment* – una de las ideas centrales de la promoción de la salud – es un concepto complejo y puede asumir diferentes ropajes. En los abordajes conservadores de la promoción de la salud, el *empowerment* es tratado esencialmente como una transferencia externa y altruista de poder en nombre del bien común. Se destacan, por lo tanto, las estrategias que buscan el consenso entre distintos grupos y clases sociales. En ese sentido, la transferencia de poder, cuando ocurre, es calculada de tal modo que no sobrepase los límites que puedan poner en jaque la supremacía de los sujetos de la acción tomada como unidireccional. Por regla general, ese es el sentido otorgado al *empowerment* por iniciativas de la promoción de la salud de cuño conservador.

Aunque no son muy usuales, los enfoques críticos de la Promoción de la Salud consideran el *empowerment* como un fenómeno esencialmente relacional, es decir, que solo se manifiesta en el juego dialéctico de tensiones y conflictos de interés entre sujetos, grupos y clases sociales. El carácter relacional del poder implica que las mismas luchas contra su ejercicio no pueden realizarse desde el exterior, desde otro lugar, pues nada está exento de poder (MACHADO, 1979). Asumir ese carácter relacional del *empowerment* significa, por lo tanto, aceptar su interdependencia con la noción de *participación*, sin la cual no hay transformación social. Cuando no se las trata con criticidad, la complejidad y multidimensionalidad del *empowerment* conducen a una ambigüedad de la cual intencionalmente sacan provecho actores e instituciones que no están comprometidos con prácticas sociales transformadoras.

El *Empowerment* y el discurso de la vida activa: el caso de *Agita São Paulo*

Dada la ambigüedad del concepto de *empowerment* y, por ende, de la promoción de la salud, tanto que se la percibe como un ideario que puede significar ‘todo para todos’ (CAPLAN, 1993), muchas iniciativas en el campo de la salud se han amparado en ella principalmente, en función del continuo y creciente proceso de visibilidad de ese ideario como referencia para la formulación y el desarrollo de políticas de salud en el Estado brasileño (FERREIRA, 2008).

Lanzado en diciembre de 1996, bajo el auspicio financiero de la *Secretaria de Saúde do estado de São Paulo* y con la asesoría técnico científica del Centro de Estudios del Laboratorio de Aptitud Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), entidad civil sin fines de lucro, *Agita São Paulo* es un programa de promoción de la vida activa que está siendo citado por algunas instituciones oficiales del sector de la salud como un ejemplo de iniciativa de promoción de la salud (OPAS, 2002; WHO, 2003; SOUZA y GRUNDY, 2004).

No obstante, un análisis más meticuloso del programa *Agita São Paulo* muestra su frágil relación con los presupuestos de la promoción de la salud. De hecho, el programa viene utilizando términos que, a primera vista, parecen estar vinculados con el ideario de la promoción de la salud o con el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño – cuyos principios de ‘universalidad’, ‘descentralización’ y ‘participación social’, por lo menos desde el punto de vista legal y normativo, son semejantes a los de la promoción de la salud (CARVALHO et al., 2004; CASTRO y MALO, 2006; MORAIS NETO et al., 2006). Sin embargo, los términos identificados en el discurso del programa *Agita São Paulo* – entre ellos *empowerment* o empoderamiento – poco, mal o nada expresan el o los significado(s) que le atribuye la perspectiva histórica de la promoción de la salud. En el mejor de los casos, ponen el programa en línea con los enfoques más conservadores de ese ideario.

Lejos de las discusiones teóricas a las que da lugar el concepto de *empowerment*, el *Agita São Paulo* prefiere tratarlo como una estrategia oportuna para

la difusión de sus acciones y de su concepto central hacia todos sus colaboradores sin que cada uno de ellos tenga que crear ‘otro’ programa y una nueva agenda; una forma de unificar y fortalecer la bandera alrededor de una causa, “*respetando los valores y tradiciones de cada institución*” (MATSUDO y MATSU-DO, 2006, p.53). Sin embargo, en la práctica se trata de una manera eficiente de llevar adelante la lógica del *Agita São Paulo*. Si eso puede ser considerado *empowerment*, entonces se alinea con un abordaje más conservador, ya que en la práctica promueve un ‘empoderamiento’ del *Agita São Paulo* con los demás programas a él vinculados. Por lo tanto, la relación que predomina es la de ‘poder sobre’.

Puede extraerse otro buen ejemplo de la presentación intitulada “Promoción de la actividad física: de un programa local a una propuesta global”, hecha por el coordinador general del *Agita São Paulo*, Victor Matsudo, en una de las mesas redondas del “XXIX Simposio Internacional de Ciencias del Deporte”, realizada en octubre de 2006:

Y ahora estamos llegando al poder del individuo y de los grupos. Y creo que tiene mucho que ver con esa cara del Simposio [palabra incomprensible] **ese asunto de entonces empoderar personas y grupos** y creo que eso fue mucho del trabajo de nuestro... del CELAFISCS en estos años con la ayuda de todos ustedes o buena parte de ustedes que están en el auditorio” (MATSUDO, 2006, de 11’32” a 11’49”). [...] Si tenemos la posibilidad de [pequeño trecho incomprensible], pero si puedes hacer algo sin instrumentalización, estás **empoderando a personas y hasta perros** [subrayado nuestro] (MATSUDO, 2006, de 12’23” a 12’33”).

Ilustrando la parte final de la disertación de Matsudo (de 12'23" a 12'33"), se veía, del lado izquierdo del *slide*, una mujer haciendo ejercicios físicos en un gimnasio (con el título *Fitness*) y, del lado derecho, otra, caminando con su perro (con el título "Actividad física").

El análisis de la breve y poco pretenciosa alusión al *empowerment* hecha por Matsudo revela su vacilación al abordar el tema y su adhesión a la versión más conservadora del concepto. El poder de individuos y grupos, que se manifestaría en la capacidad de practicar actividades físicas, sin depender de aparatos o equipos para tal, es visto como algo que es concedido por alguien: "[...] *si puedes hacer algo sin instrumentalización, estás **empoderando a personas y hasta perros***" [subrayado nuestro] (Matsudo, 2006, de 12'23" a 12'33"). No obstante, al final permanece una cuestión: ¿iqué quiere decir "empoderar" perros?! La confusión y la falta de precisión marcan el intento del CELAFISCS/Agita São Paulo de acercarse al ideario de la promoción de la salud.

Participación social, esta noción que camina de la mano con la perspectiva crítica de *empowerment*, también aparece confusa en el discurso de Agita São Paulo. Con miras a "aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre los beneficios de un estilo de vida activo" y "aumentar el nivel de actividad física de la población del estado de [São Paulo]" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998, p.14), Agita São Paulo aboga para que "**todo ciudadano haga como mínimo 30 minutos de actividad física, en la mayor parte de los días de la semana (si posible en todos), **de intensidad moderada** (o**

leve), **en forma continua o acumulada** [subrayado en el original]” (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.31).

¿Cómo llega el *Agita São Paulo* a esa prescripción? ¿Cómo nace la misma? A partir de la identificación del sedentarismo como uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, el cambio individual de comportamiento – o sea, de estilos de vida – es tomado como foco prioritario de las políticas públicas de salud. La prescripción central del discurso del ‘movimiento’ no nació de reivindicaciones de la población, a partir de la identificación de sus principales problemas de salud; no se originó en el esfuerzo del *Agita São Paulo* de una relación de ‘poder con’ la población para hacer surgir la reflexión crítica sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales, culturales y políticos de las prácticas corporales. No hubo diálogo del *Agita São Paulo* con la población, por lo menos, no desde esa perspectiva.

Las acciones del *Agita São Paulo* no han llevado a los individuos a reflexionar. Los “30 minutos de actividad física”, sobre los que se insiste sin cesar, asumieron un carácter directivo. El abordaje de *Agita São Paulo* es ‘de arriba hacia abajo’. Lo que predomina es una relación de ‘poder sobre’ los individuos. Todos pueden y deben ‘participar’ en las actividades del programa (principalmente de los mega-eventos), desde que ‘se acerquen’ a su argumentación central: “*actividad física es salud: acumule por lo menos 30 minutos por día*” (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002). Observen la estructura de *Agita São Paulo* (Figura 1) y fíjense en la dirección

de las flechas: todas de arriba hacia abajo. Cómo se incluiría, entonces, la participación popular en las acciones del programa, a no ser moviendo sus cuerpos en los megaeventos que promueve?

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA *AGITA SÃO PAULO*



Figura 1 – Organigrama del Programa *Agita São Paulo* (Adaptado del GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p. 21).

Empero, se podría argumentar que la existencia de flechas descendentes en la estructura del programa sería insuficiente para dar fundamento al argumento de que *Agita São Paulo* ejerce una relación de ‘poder sobre’ los destinatarios de sus acciones. De hecho, es así. Entonces, sigamos adelante. La idea de ‘ciudadanía activa’, expresión recurrente en los materiales producidos por *Agita São Paulo* y que podría sugerir alguna forma de movilización y participación social, ha sido desvirtuado al ser equiparado (y banalizado) al acto de mover el cuerpo como una forma de ‘acumular’ salud:

[el] nombre “*Agita*” (Muévete) [...] es una palabra especial que significa no solo que hay que mover el cuerpo con el objetivo de tener salud física, sino también salud mental y social, **o sea, i-ciudadanía activa!** (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.20).

Para llevar las acciones de ciudadanía activa a toda la población, el **CELAFISCS y sus socios promueven el “movimiento” en toda la comunidad** [subrayado nuestro] (AGITA SÃO PAULO, 2006, de 3’44” a 4’29”).

Ahora, si ‘el movimiento’ es el alma del *Agita São Paulo*, no es de sorprender que se considere a la ‘ciudadanía activa’ como sinónimo del programa: “el CELAFISCS [...] desarrolla un programa de estímulo a la práctica de la actividad física: **es la ciudadanía activa** [subrayado nuestro]” (Agita São Paulo, 2006, de 52” a 1’30”).

Entonces volvemos a preguntar: ¿dónde se encuentra la participación social en las acciones del *Agita São Paulo*? Aunque el programa tenga un comité ejecutivo (colegiado), compuesto por representantes de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y empresas privadas, que se reúne una vez por mes para programar las acciones del *Agita São Paulo* (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002), insistimos en que la participación de esos representantes es accesorio y no sirve para modificar la lógica biomédica, culpabilizante e individualizante impuesta por la coordinación del programa. Existen varios indicios que justifican nuestro argumento:

Para llevar acciones de ciudadanía activa a toda la población, el CELAFISCS y sus socios promue-

ven el ‘movimiento’ en toda la comunidad, pero eligieron tres públicos específicos para enfatizar sus acciones: el escolar, los trabajadores y los ancianos. El programa *Agita* cuenta con más de 350 socios y cientos de colaboradores **para cumplir un calendario anual de eventos**, con la formación de un Cuerpo Colegiado integrado por distintas representaciones gubernamentales y no gubernamentales, que se reúnen mensualmente **para compartir experiencias exitosas y acordar metas y acciones comunes** [subrayado nuestro] (AGITA SÃO PAULO, 2006, 3’44” a 4’29”).

Observen que el CELAFISCS, desde el más alto puesto jerárquico de la estructura del programa (Figura 1), lleva ‘acciones de ciudadanía activa’ (o sea, el ‘movimiento’) a toda la población, confirmando, por lo tanto, que desde ese lugar solo parten flechas pero no llegan. Observen en este caso, una vez más, la noción de ‘poder sobre’. Observen también que el programa cuenta con sus socios “*para cumplir un calendario anual de eventos*”, “*para compartir experiencias exitosas y acordar metas y acciones comunes*”. O sea que ¿actúan los socios solamente cumpliendo un calendario, compartiendo experiencias y acordando metas y acciones comunes? ¿No reflexionan críticamente sobre las acciones del programa, llegando al punto de proponer nuevos rumbos y estrategias? Difícil, ya que para llegar a la condición de socios y de integrantes del cuerpo colegiado tienen que firmar una carta en la que formalizan su carácter de colaboradores con el *Agita São Paulo* en el cual:

[la] institución signataria, a través de su representante legal, acuerda que, a través del Programa **AGITA SÃO PAULO “30 minutos que hacen**

diferencia” procurará aumentar el nivel de actividad física de la población del estado de São Paulo, incentivando a un *estilo de vida activo* [sic.] que propicie la promoción de la salud física, mental y social, como un instrumento poderoso para mejorar la calidad de vida.

La Secretaría de Salud del estado, coordina el Programa **AGITA SÃO PAULO** con el asesoramiento técnico científico del Centro de Estudios del Laboratorio de Aptitud Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS y el apoyo de un **Cuerpo Colegiado de Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales**, así como también un **Grupo de Asesores Nacionales y del Exterior**.

El Programa “**AGITA SÃO PAULO**” desarrollará acciones de concientización sobre los beneficios de un *estilo de vida activo* (**etapa de sensibilización**) y de práctica concreta de actividades físicas (**etapa activa**), dedicándole una especial atención a los niños (**escolar**), a los **trabajadores** y a los **integrantes de la tercera edad** [subrayado en negrita en el original; en itálica, subrayado nuestros] (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998, p.41).

Es interesante observar que en la carta compromiso los verbos que se refieren a las acciones del programa están en el futuro del indicativo, único tiempo verbal “*que sitúa una acción o un estado en un momento posterior a aquel en que se habla*” (HOUISS, 2001, p.1409) sin hacer referencia a la ‘condición’ que es una característica de otros tiempos verbales en portugués como por ejemplo el condicional. No obstante, la referencia a la coordinación del programa está en el presente – “*tiempo verbal que indica que la acción transcurre simultáneamente con el acto de hablar*” (HOUISS, 2001, p.2291) – y vinculada a la Secretaría de Salud del estado de São Paulo y al CELAFISCS.

El análisis sintáctico solo refuerza lo que hemos afirmado: la coordinación del programa define previamente estrategias y actividades y los socios las cumplen; o, en el mejor de los casos, discuten otras formas de cumplirlas. En momento alguno se piensa en cambiarlas. O sea, ya se le dispara el tiro de gracia a la participación social en el momento de la adhesión al programa *Agita São Paulo*, cuando las instituciones concuerdan en seguir las directivas trazadas por la Secretaría Estadual de Salud y por el CELAFISCS; es decir, cuando aceptan promover *estilos de vida activos, a través de la* difusión del mensaje de los 30 minutos.

Se trata, por lo tanto, de una ‘participación’ impuesta de ‘arriba hacia abajo’ que no sirve para otra cosa sino para legitimar y divulgar la lógica del *Agita São Paulo* entre otros clientes. Además de, claro está, preservar al Estado que, en la figura de la Secretaria de Saúde de São Paulo, es el más grande socio y financiador del programa.

Consideraciones finales

Según argumentamos anteriormente, el hecho de que la promoción de la salud pueda significar ‘todo para todos’, al punto de servir tanto para proposiciones comprometidas con el *status quo*, como para proyectos socialmente transformadores (aunque esta última perspectiva sea poco común), es resultado de la ambigüedad con que sus ideas clave son tomadas como referencia para acciones en el campo de la salud. El *empowerment* obviamente no escapa a

esa regla. Tanto puede ser visto como la transferencia externa de poder, de los que más lo ejercen hacia aquellos que menos lo ejercen, como la disputa por el poder, fenómeno esencialmente relacional, que solo se manifiesta en el juego dinámico de tensiones y conflictos de intereses entre sujetos, grupos y clases sociales.

De esta manera, la multiplicidad de abordajes del *empowerment* se ha configurado como un terreno fértil para que sea utilizado como forma de control social y de mantenimiento del *status quo*. De hecho, ese ha sido el enfoque de iniciativas de promoción de la vida activa que se ha ido amparando en el ideario de la promoción de la salud, aquí representadas por el programa *Agita São Paulo*. El enfoque conservador de dicho programa se explicita de varias maneras, ya sea porque se vincula a la noción de ‘poder sobre’, ya sea por entender el *empowerment* como algo que es concedido por otro, o como una forma de asociación que, ajena a cuestionamientos y a la participación social, tiene por finalidad la difusión de su lógica a toda clase de clientes. Esa es una de las formas por las cuales el *Agita São Paulo* se viene disfrazando de iniciativa en sintonía con el SUS y perpetuándose en el poder público, como principal iniciativa de promoción de la vida activa.

Referencias

BRAITHWAITE, R. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p.281-294, 1994.

CAPLAN, R. The Importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International*, v.8, n.2, p.147-157, 1993.

CARVALHO, A.I.; BODSTEIN, R.C.; HARTZ, Z.; MATIDA, A.H. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.521-529, 2004.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.669-678, 2004a.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004b.

CASTRO, A.; MALO, M. Apresentação. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

FERREIRA, M.S. *Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2008.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Educação. Secretaria de Estado da Saúde. *Agita São Paulo*. São Paulo: Flagra Produções/Celafiscs, 2006. 1 DVD (10 min e 58 seg), son., color.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. CELAFISCS. *Programa Agita São Paulo*. São Paulo: Celafiscs, 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. CELAFISCS. *Isto é Agita São Paulo*. São Paulo: Celafiscs, 2002.

GRACE, V. The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion. *International Journal of Health Services*, v.21, n.2, p.329-343, 1991.

HOUAISS, A. *Dicionário inglês-português*. Rio de Janeiro: Record, 1982.

HOUAISS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, v.21, n.2, p.253-268, 1994a.

LABONTE, R. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p.281-294, 1994b.

LABONTE, R. Community empowerment: the need for political analysis. *Canadian Journal of Public Health*, v.80, p.87-91, 1989.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.32-38, 2004.

MAcDONALD, T.H. *Rethinking health promotion: a global approach*. London: Routledge, 1998.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. vii-xxiii.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. Coalitions and networks: facilitating global physical activity promotion. *Promotion & Education*, v.13, n.2, p.50-55, 2006.

MATSUDO, V. Promoção da atividade física: de um programa local a uma proposta global. In: *Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*. XXIX. São Paulo: Multimídia Produções, 2006. 1 DVD (32 min e 26 seg), son., color.

MATSUDO, V.; MATSUDO, S.; ANDRADE, D.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, v.5, n.1, p.253-261, 2002.

MORAIS NETO, O.L.; CASTRO, A.; GOSCH, C.S. Política Nacional de Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2005, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NUTBEAM, D. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. *Relatório do Brasil: resultados em promoção da saúde com respeito aos compromissos da declaração do México*. [2002]. Disponível em: <http://www1.paho.org/Portuguese/hpp/InfBrazil.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

RAPPAPORT, J. The power of empowerment language. *Social Policy*, v.16, n.2, p.15-21, 1985.

RAPPAPORT, J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, v.9, n.1, p.1-25, 1981.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, v.9, n.1, p.39-47, 1994.

ROBERTSON, A.; MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p.295-312, 1994.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, v.21, n.1, p.109-130, 2006.

SIMPSON, K.; FREEMAN, R. Critical health promotion and education: a new research challenge. *Health Education Research, Theory and Practice*, v.19, n.3, p.340-348, 2004.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: interrelações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1354-1360, 2004.

STEVENSON, H.M.; BURKE, M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health*, v.83, suppl. 1, p.S47-S53, 1992.

STOTZ, E.N., ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.5-19, 2004.

SYME, L.; BERKMAN, L.F. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, v.104, n.1, p.1-8, 1976.

TONES, K. Health Education and the ideology of health promotion: a review of alternative approaches. *Health Education Research, Theory and Practice*, v.1, n.1, p.3-12, 1986.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, v.21, n.2, p.141-148, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health and development through physical activity and sport*. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO, 1998a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion – fifty-first world health assembly (WHA51.12)*. Geneva: WHO, 1998b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Sixth International Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf. Acesso em 21 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. Acesso em 21 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Third International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.3. Sundsvall: WHO, 1991. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59965/WHO_HED_92.1.pdf;jsessionid=5D042A3B9267A243066C90ECB13F8D7B?sequence=1. Acesso em 21 out. 2019.

PROMOCIÓN DE LA SALUD E INEQUIDADES SOCIO-ECONÓMICAS: DESAFIOS Y DILEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA EN BRASIL

Marcos Bagrichevsky
Eduardo Werneck Ribeiro

Introducción

La “declaración de Alma-Ata” (WHO, 1978), documento oficial publicado a partir de la “Primera Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios en Salud” realizada en Kazajistán, marcó un importante movimiento político que reconocía no haber modo de recuperar, proteger o promover la salud de los pueblos sin combatir la pobreza y la “*chocante e inaceptable desigualdad*” existente a través de los siglos entre las naciones desarrolladas y las del tercer mundo. Además, enfatizó que para que sean afrontadas con alguna perspectiva de resolución, las cuestiones del sector de la salud necesitan antes de un profundo compromiso de superación, por parte del Estado, de los problemas socio-económicos, políticos y educacionales, generadores de esos abismos de desigualdad.

Desde entonces, a pesar del rastro dejado por ese discurso impactante, considerando el retroceso de las políticas de *welfare state* aún en países del capitalismo avanzado y el exponente crecimiento de la globalización económica neoliberal (Bauman, 2011),

con sus devastadores efectos en la administración de la salud y el debilitamiento de las poblaciones históricamente marginadas (Hall y Taylor, 2003; Baum, 2008; Ruckert y Labonté, 2012), el panorama que se viene presentando es poco alentador.

Por otro lado, aunque estemos inmersos en este escenario de paradojas, no se puede dejar de reconocer la existencia de los esfuerzos políticos en Brasil a lo largo de las últimas cuatro décadas, resultantes de luchas emprendidas por grupos pertenecientes a extractos sociales menos favorecidos y, por sanitarios e intelectuales del campo (Leite et al., 2011).

Son resultados de un movimiento fuertemente sembrado en los años 70 y 80 del siglo pasado, conocido como Reforma Sanitaria Brasileña. En el seno de ese esfuerzo colectivo, cuyos ecos resonaron inclusive en América Latina, se consolidó **el significado ético-político de promover la salud de la población**: un conjunto de acciones que deberían ser articuladas, coordinadas, intersectoriales, instituidas *a priori* para el combate de inequidades sociales y para la producción de la equidad en salud (Buchanan, 2000; Baum, 2008; Thompson y Kumar, 2011).

Más que mencionar programas e iniciativas específicas en el sector, se busca enfatizar la ideología subyacente al cambio paradigmático en el contexto brasileño, sobre todo porque sus postulados han movilizado (y conducido a) maneras relevantes de realizarse el cuidado en el campo de la salud. Esas repercusiones se materializan a partir de una mirada diferenciada sobre la salud, concebida como fenómeno multicausal, simultáneamente biológico y cultural, individual y colectivo, material e inmaterial.

Tanto en la esfera de la macro-estructura (gestión estatal de inversiones económicas y sociales correlativo al sector salud) como en el ámbito cotidiano de los servicios públicos y de la formación de los profesionales de la salud, esa perspectiva reorientó el modelo de atención a la salud en el país, estableciendo criterios para la determinación de acciones políticas –en diferentes niveles programáticos– dirigida, ante todo, a los grupos más vulnerables de la población.

Sobre tales presupuestos introductorios, este texto trata de desarrollar un análisis problematizador a propósito de las iniciativas públicas relacionadas con la práctica de actividad física (AF); cuestión emergente en la esfera sanitaria brasileña en las últimas décadas. Principalmente debido al modo en que dicha práctica ha sido ‘posicionada’ en el universo de la atención primaria a la salud y una vez que su implantación se está dando de forma medicalizadora, fragmentada (Cicceri, 2015), apartada de la discusión de la priorización de las inequidades sociales como criterio guía en la oferta de servicios de salud en el país (Nogueira, 2010).

Para llevar a cabo tal tarea, se discuten aspectos teóricos-metodológicos acerca de las inequidades sociales en la salud con el objetivo de articularlos en el contexto de las estrategias públicas que fomentan la AF en Vitória, ciudad de la región sudeste del Brasil. Para el trabajo empírico-analítico nos hemos servido de la comparación de informaciones relativas a las condiciones de vida en los barrios del municipio (ver **figura 1**) y a las características de la referida iniciativa.

Desigualdades sociales e inequidades en salud: punto de partida conceptual

Cuando se desea conocer las condiciones de la salud de una población es fundamental investigar aspectos educacionales, económicos, ambientales, laborales, etc., en el interior del contexto social en el cual la vida se amolda y transcurre (Minayo et al., 2008). Más que una terminología, **condiciones de salud** constituye una noción estructural del campo de la salud colectiva brasileña, usada para pautar elementos indispensables a un modo de vivir digno.

En países como Brasil, el crecimiento de la economía está marcado por disparidades marginadoras (Santos, 2011). Coexisten situaciones polares de abundancia y miseria, más frecuentes en los grandes centros metropolitanos, pero no solamente allí. Esa dinámica determina la existencia tanto de desigualdades absolutas como relativas. Son llamadas desigualdades relativas aquellas ligadas no solamente a la significativa distinción de renta entre personas y grupos, sino también a las asociadas a las demás condiciones de vida (Waitzman y Smith, 1998).

El objetivo apropiado al examen de las desigualdades sociales se dirige a las situaciones que implican algún grado de injusticia, porque ponen determinados elementos de la población en desventaja en relación con la posibilidad de ser o de mantenerse saludables (Nogueira, 2010). Esa problemática deriva de los modos de organización/producción societaria y tiende a reflejar los niveles de marginación existentes, configurándose, por lo tanto, como inequidad.

Sin embargo, en el campo de la formulación de políticas, el designio semántico para “desigualdad” no siempre corresponde a algo dañino, perjudicial. Fue a partir de cierta discordancia interpretativa/factual que el concepto de inequidad tomó forma, consolidándose como inequívoco representante de cualquier ‘desigualdad injusta’ a ser permanentemente evitada, combatida y eludida.

La reducción de las inequidades constituye un requisito primordial para que una política pública se vuelva social; sin embargo, no toda acción gubernamental tiene esa virtud (Bambra et al., 2005). El solo hecho de vincularse a sectores como salud, educación, previsión social o vivienda no la transforma en una política merecedora de tal predicativo.

A este respecto, es necesario categorizar y cuantificar las inequidades con el objeto de evitar interferencias en los resultados que puedan derivarse de la aplicación de los estudios salud. De entre las diversas metodologías e instrumentos que permiten esbozar la presencia de las inequidades socio-sanitarias mediante la obtención de un ‘mapa de ocurrencias’. Estos mapas constituyen el substrato esencial a la toma de decisiones en la esfera política (Aïach y Baumann, 2011).

Utilización de ‘medidas’ en el contexto de las inequidades en salud

El índice de desenvolvimiento humano (IDH) -suficientemente conocido y aplicado en análisis socio-económicos- se estructura a partir de tres criterios: indicadores de educación (alfabetización y tasa de

matrícula escolar), de longevidad (esperanza de vida al nacer) y de ingreso (producto interno bruto [PIB] *per capita*). La escala clasificatoria del IDH varía de 0 a 1 (de ‘ningún desarrollo humano’ hasta ‘pleno desarrollo humano’). Este viene siendo empleado mundialmente en la comparación entre países, pero también sirve para análisis comparativos entre unidades federativas de una misma nación, así también como las ciudades de un estado (Nogueira, 2010).

Algunas capitales brasileras como Río de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre, desarrollan y hacen uso del IDH_{Barrios} para ‘medir’ inequidades en los barrios que componen sus respectivos territorios municipales. Otras ciudades brasileñas también establecieron medidores propios con el fin de volverlos útiles en la evaluación de los niveles de salud de sus habitantes. Aún teniendo características peculiares, casi siempre hay algo de similar entre esos instrumentos.

A pesar de que la ciudad de Vitória es la capital del estado de Espírito Santo (región sudeste de Brasil) con indicadores macroeconómicos destacados en el escenario nacional, se observan acentuadas asimetrías sociales en la región de su entorno cuando se compara el municipio con las ciudades vecinas. Hasta hoy no se han concretado esfuerzos públicos dirigidos a la construcción de un IDH_{Barrios} de Vitória para identificar inequidades que modelan su geografía intramunicipal. Eso, inclusive, viabilizaría una oportunidad para llevar a cabo análisis comparativos entre la ciudad y otras capitales brasileras (Río de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre) que utilizan el referido índice.

Para minimizar esa laguna, se instituye en el municipio de Vitória desde 1991, un instrumento semejante

al IDH_{Barrios} llamado de **índice de calidad urbana [por barrios]-ICU** (Prefeitura de Vitória, 2000) que tiene en cuenta aspectos como ingreso, escolaridad, ambiente y vivienda, y ofrece un ‘mapa’ interesante (ver **figura 1**) para auxiliar en la definición y ejecución de las políticas públicas, en diversos sectores.

Hasta la presente fecha han sido publicadas dos versiones de ICU (1991 y 2000) por la Secretaría Municipal de Gestión Estrategia de la Municipalidad de Vitória (disponible en: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/iq.asp>). Este fue construido a partir de las informaciones provenientes de los grandes análisis de los censos realizados en todo el territorio nacional por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), cada diez años.

El **ICU** es un índice cuantitativo (escala métrica de 0 a 1 – con clasificaciones similares a las del IDH), descriptivo, resultado de la composición de once indicadores simples disponibles en cuatro dimensiones, a saber:

- Dimensión educacional que indica el nivel de escolaridad e incluye:

Porcentaje (%) de analfabetos mayores de 15 años; porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con menos de 4 años de estudio; y porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con 15 años o más de estudio.

- Dimensión ingreso que indica concentración y desigualdad de renta:

Renta media de los responsables por el domicilio, analizado por la cantidad de “salarios mínimos” [piso

mensual de referencia del gobierno brasileño: 1 “salario mínimo” correspondiente a aproximadamente €247 euros]; porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con ingreso hasta €494 euros [2 salarios mínimos]; y porcentaje (%) de los responsables por el domicilio con renta superior a €2470 euros [10 salarios mínimos].

- Dimensión ambiental que refleja la infra-estructura de servicios urbanos:

Porcentaje (%) de los domicilios con servicio de abastecimiento de agua adecuado – ligados a la red general; porcentaje (%) de los domicilios con servicio de cloaca apropiado – ligados a una red general o pluvial; y porcentaje (%) de los domicilios atendidos por una recolección adecuada de basura – ejecutada por servicio público de limpieza o disponible en contenedores afines al servicio de limpieza.

- Dimensión habitacional que mide el nivel de confort de los individuos:

Número medio de personas por domicilio; y número medio de sanitarios por domicilio.

Además de esos indicadores, la seguridad pública aparece como otro ítem que viene destacándose en la evaluación de las condiciones de vida y de salud de la población en Brasil. En ese sentido, Raudenbush y Sampson (1999) y Raudenbush (2003), enfatizan la influencia de la percepción que las personas tienen acerca de la libertad de ir y venir en su lugar de residencia y/o trabajo, aspecto íntimamente ligado a la violencia urbana contemporánea. Los

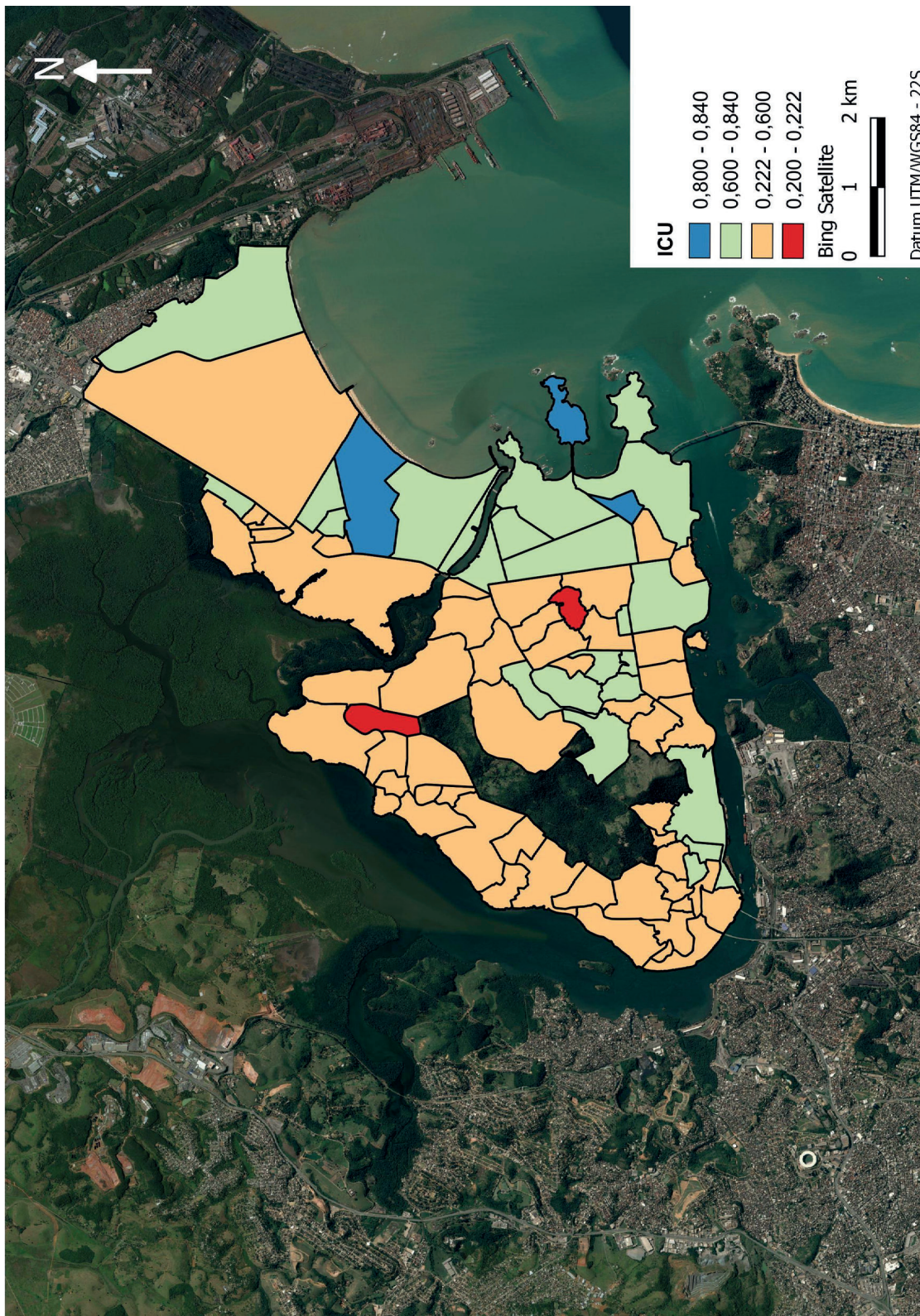
autores entienden que la ocurrencia de eventos de esa orden asociados a la salud resulta de la interacción de tres elementos: (i) atributos individuales; (ii) atributos del grupo social en el que los sujetos están insertados; y (iii) el entorno físico/territorial de la ‘unidad de contexto’.

Dependiendo de los indicadores de violencia registrados, cada barrio y su vecindad pueden ser vistos como una colectividad amistosa, que compone una red local de soporte; o como representación de miedo y amenaza personal. En otras palabras, el área de residencia/trabajo sería interpretada como espacio de frecuencia deseable y saludable, o como territorio a evitarse (Sampson y Raudenbush, 2004).

Considerando la relevancia de ese abordaje como elemento constitutivo del abanico de variables intercesoras en el proceso salud-enfermedad de distintos grupos sociales, fue necesario situar la problemática de la (in)seguridad pública en el territorio/ambiente en el cual los sujetos viven y/o trabajan para fundamentar el **numero de homicidios en los barrios por año–H** (Prefeitura de Vitória, 2010) como otro parámetro agregado al análisis del presente estudio (ver **tabla 1** y **figura 2**). Y ello, justamente, porque acontecimientos ligados a la violencia urbana pueden provocar en las personas pertenecientes a un entorno ‘local-regional’, menor interés en utilizar los espacios públicos, por ejemplo, para realizar AF (sean institucionalmente organizadas o de iniciativa espontánea de los propios sujetos), en la medida en que se sientan amenazados al frecuentarlos.

La argumentación desarrollada hasta aquí, al movilizar algunos elementos centrales a la cuestión de

FIGURA 1 - Mapa de los 79 barrios del municipio de Vitória-ES estratificados según valores del **índice de cualidade urbana por barrio-ICU** (2000)



las inequidades sociales en salud (teniendo en cuenta la vasta literatura existente sobre el tema), edifica una base conceptual a partir de la cual son examinadas –en el apartado siguiente– una iniciativa pública que fomenta la práctica de AF, así como el contexto en el que fue instituida y opera.

Actividad física e inequidades socio-sanitarias: análisis y contexto de una iniciativa pública en Brasil

El **servicio de orientación al ejercicio-SOE**, programa vinculado a la Secretaría de Salud de la ciudad de Vitória, ofrece a la población de ciertos barrios (en total son 79), diferentes modalidades de AF, orientadas por profesores y/o pasantes de educación física en espacios físicos construidos para ese fin – ‘módulos permanentes’ instalados en parques, plazas y otras localidades públicas (Prefeitura de Vitória, 2011).

El SOE tuvo su primera unidad inaugurada en 1990, en el barrio Jardim Camburi (ICU = 0.73). Actualmente existen 15 unidades permanentes en el servicio en funcionamiento, en las cuales son ofrecidas clases de estiramiento, yoga, hidro-gimnasia, gimnasia localizada, voleibol recreativo (para personas mayores de 40 años), caminata y danza.

Es interesante notar que el SOE, un servicio municipal de la salud, gratuito, se haya constituido poco antes de la existencia del propio Sistema Único de Salud (SUS) brasileño -cuya concreción sólo fue viabilizada después de su inserción en la Constitución Federal de Brasil de 1988 y, después de muchas décadas

de lucha social y política. Por eso, desde el punto de vista cronológico, cuando el surgimiento del SOE en el inicio de los años 90 es comparado al de programas proyectados en escala nacional como el programa de salud de la familia-PSF, en 1994 y los núcleos de apoyo a la salud de la familia-NASF, en 2008 (Brasil, 2008), se le atribuye un *status* de vanguardia en el sector salud, en términos de iniciativa pública.

Sin embargo, a pesar de la ‘precocidad’ temporal del SOE en campo sanitario, desde el inicio de su existencia hay una divergencia político-conceptual que perdura hasta hoy: se refiere a los criterios usados para la implantación/expansión progresiva del servicio y que apoyan la actual distribución geográfica de sus módulos por la ciudad de Vitória. Tales criterios son divergentes de aquellos adoptados históricamente por la política nacional de salud (y aún vigentes), que determinan prioridad en el orden de implantación/expansión de acciones programáticas del SUS, siempre a partir de los territorios con los peores niveles de desarrollo socioeconómico y sanitario (Nogueira, 2010; Leite et al., 2011).

Dicho de otra manera, el planeamiento y las decisiones institucionales acerca de ‘por dónde’ empezar la oferta del SOE y ampliar su red de servicios, no privilegian o privilegiaron mayoritariamente, los lugares y poblaciones de Vitória más vulnerables. Un ejemplo de eso es el barrio Jardim Camburi – notable por la extensa peatonal en su costanera marítima y sus óptimas condiciones infraestructurales – elegido como el primero a ser contemplado con una unidad permanente del SOE, proporcionando el servicio principalmente a la población allí residente y de su entorno.

Es oportuno mencionar que el levantamiento ‘cartográfico’ de las condiciones de vida y de salud de los territorios brasileños es función cotidiana atribuida a los equipos del PSF. Ese diagnóstico situacional se actualiza constantemente por medio de informes mensuales emitidos a la red de servicios de cada municipio (Leite et al., 2011). Tales instrumentos estuvieron y continúan estando al alcance de la gestión gubernamental para la toma de decisiones político-administrativas, inclusive en el municipio analizado en el presente estudio. Además existen también las informaciones provenientes de los grandes censos nacionales periódicos del IBGE a través de los cuales, inclusive, se produjo y se hizo disponible el primer ICU de la ciudad Vitória, en año 1991.

A partir de las informaciones del **ICU** (2000) y de lo número de homicidios en los barrios por año-**H** (2010) condensadas en la **tabla 1**, fueron formuladas anotaciones sobre la relación entre los aspectos pertinentes a las condiciones de vida en algunos territorios de Vitória y el funcionamiento de los módulos permanentes del **SOE**, sus características, su distribución en la ciudad y las posibles barreras que dificultan la atención equitativa de la población por el referido servicio.

El análisis comparativo de las cifras de las variables organizadas en la **tabla 1**, da pistas sobre la existencia de una geografía social asimétrica en el contorno de tales espacios, en el municipio. Dentro de los diez barrios con mejores valores de ICU, hay 4 módulos permanentes de SOE instalados (de un total de 15 existentes); o sea aproximadamente 40% del territorio mejor organizado y con mejores condiciones para vivir en Vitória posee unidades de servicio (**tabla 1**). A su vez, en ningún de los diez peores

barrios (del 70° al 79°) rankeados a partir del ICU, existe un módulo permanente del SOE (**tabla 1**). Eso expresa un *status* de inequidad.

El enfrentamiento de esa situación inicua (Santos, 2011) es prioridad que orienta hasta el texto de la Constitución Federal de Brasil (Leite et al., 2011); a la gestión pública se hace necesario emprender esfuerzos concretos para revertirla. Se debe establecer, entre otras medidas, mayores oportunidades a las personas que residen en regiones menos ‘cubiertas’ por la acción de las políticas sociales y que presentan en detrimento de eso, cuadros de morbilidad y mortalidad más elevados; o menores chances de hacer uso del espacio público para atender integralmente sus demandas de salud. Caso contrario, se perpetuará el actual dominio de oportunidades y de acceso a los barrios más ricos de Vitória, donde los ciudadanos probablemente se sienten más seguros de hacer uso de su derecho de ir y venir, inclusive para realizar sus prácticas de AF en las horas libres y cuidar mejor de sí propios.

Las quince localidades que poseen atención y unidades permanentes del SOE se sitúan entre el 2° y el 67° lugar en el ranking del ICU. Casi la mitad de los módulos permanentes del SOE (siete deles) se distribuyen entre los diecisiete mejores barrios, posición bastante privilegiada considerando la totalidad de los 79 territorios del municipio. En orden creciente, son los siguientes:

- 2° lugar: barrio Mata da Praia (ICU = 0.83) – SOE “Pedra da Cebola”;
- 6° lugar: barrio Jardim da Penha (ICU = 0.79) – SOE “Camburi I”;

- 7º lugar:barrio Vermelho (ICU = 0,78) – SOE “Parque Chácara Paraíso”;
- 9º lugar: barrio Enseada do Suá (ICU = 0.75) – SOE “Praça dos Desejos”;
- 11º lugar: barrio Centro (ICU = 0.74) – SOE “Parque Moscoso”;
- 13º lugar: barrio Jardim Camburi (ICU = 0.73) – SOE “Camburi II”;
- 17º lugar: barrio de Lourdes (ICU = 0.69) – SOE “Barrio de Lourdes”;
- 44º lugar: barrio Forte São João (ICU = 0.55) – SOE “Beira Mar”;
- 46º lugar: barrio Maria Ortiz (ICU = 0.50) – SOE “Goiabeiras”;
- 47º lugar: barrio Mario Cypreste (ICU = 0.49) – SOE “Prainha de Santo Antonio”;
- 60º lugar: barrio São Pedro (ICU = 0.43) – SOE “São Pedro”;
- 60º lugar: barrio São Pedro (ICU = 0.43) – SOE “Academia Popular-São Pedro”;
- 65º lugar: barrio Santo André (ICU = 0.42) – SOE “Baía Noroeste”;
- 67º lugar: barrio da Penha (ICU = 0.41) – SOE “Horto de Maruípe”;
- 67º lugar: barrio da Penha (ICU = 0.41) – SOE “Academia Popular-Barrio da Penha”.

Entre las informaciones disponibles en la **tabla 1**, también es relevante indicar el Numero de Homicidios

mucho más elevada en el grupo de los diez barrios con peores valores de ICU, que revela una probable barrera a la efectiva participación de las personas allá residentes en las actividades al aire libre (caminata o corrida, por ejemplo). Principalmente porque ya se sabe que el panorama de violencia en las periferias urbanas de Brasil, tiende a estar acompañado de un cuadro local de pobreza, falta de saneamiento, desempleo, morbilidad y mortalidad preocupantes (Nogueira, 2010; Santos, 2011).

Los resultados de otros estudios ilustran como contextos difíciles y marginales, contaminados de inequidades, también producen resultados impactantes en la salud ambiental (Martuzzi et al., 2010) de determinados territorios y hasta inviabilizan el compromiso con hábitos saludables (Ghaddar et al., 2010; Cicceri, 2015) de los grupos poblacionales que viven en tales realidades.

Aunque personas residentes en localidades similares tengan conocimiento de los potenciales beneficios de las AF orientadas para el organismo, ¿no sería razonable pensar el comportamiento de resistencia de ellas en ejercitarse en los ambientes públicos de los barrios donde la violencia es recurrente, como un modo de proteger la propia vida de los riesgos producidos por ese tipo de extracto social?

En ese sentido, Barten et al. (2011) postulan que para que cualquier acción pública tenga la capacidad de enfrentar los problemas de su región con eficacia, no puede desconocer tales diferencias, ya que las áreas con mayor probabilidad de que sus habitantes sufran mayores daños o segregación deben tener por parte de su administración un cuidado diferenciado. La acción debe ser abordada dentro de

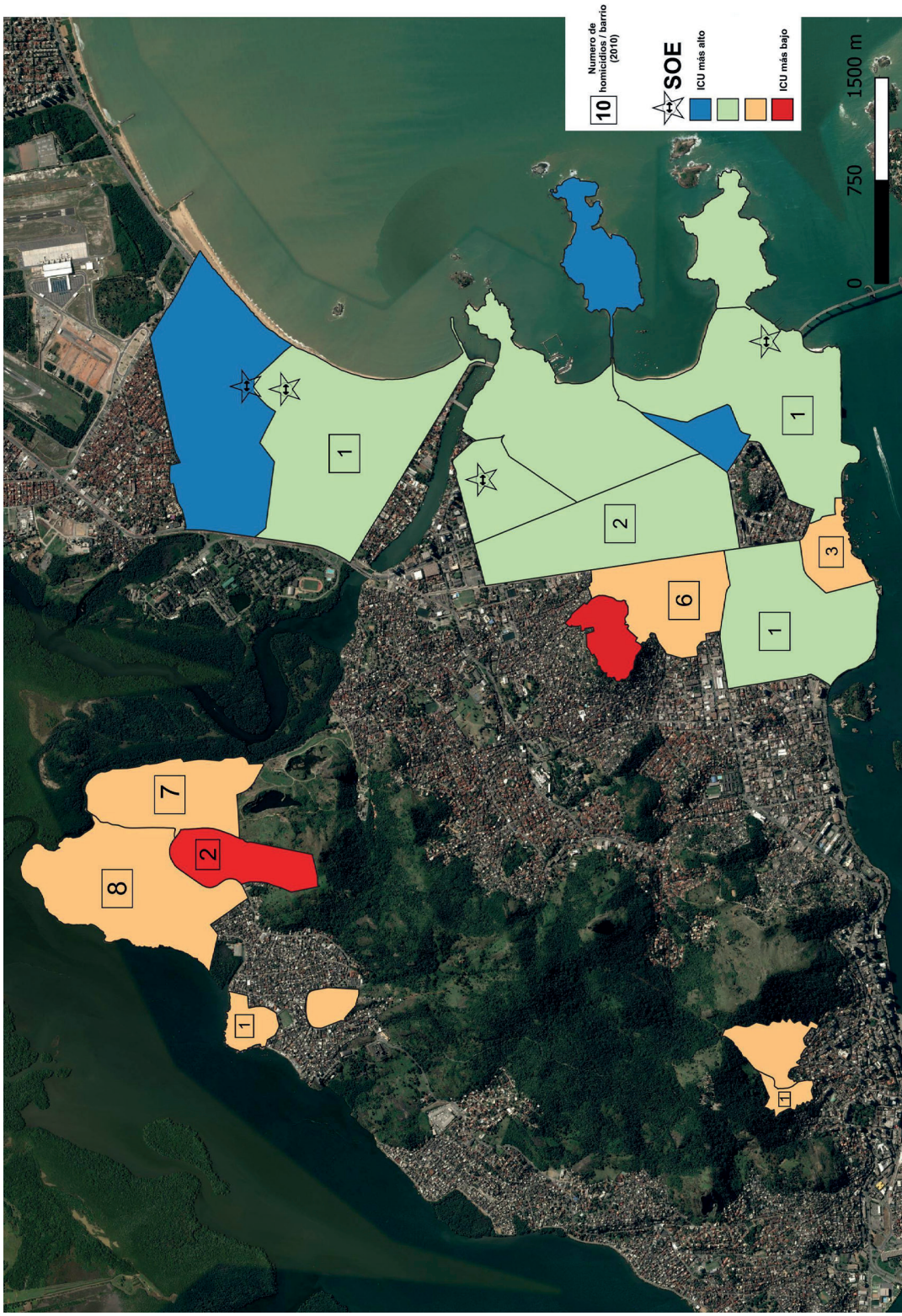
TABLA 1 - Describe el ranking de los barrios del municipio de Vitória (los 10 mejores y los 10 peores), del estado de Espírito Santo, Brasil, según valores del índice de calidad urbana por barrio-ICU*, asociándolo a el número de homicidios en los barrios por año-H** y a la presencia/ausencia de unidades de servicio de orientación al ejercicio-SOE, en esos territorios.

Ranking	Barrio	ICU*	H**	SOE	Ranking	Barrio	ICU*	H**	SOE
1º	Santa Helena	0.84	0	No hay	70º	Jesus de Nazareth	0.37	3	No hay
2º	Mata da Praia	0.83	0	Existe	71º	Resistência	0.37	7	No hay
3º	Ilha do Frade	0.81	0	No hay	72º	Gurigica	0.36	6	No hay
4º	Praia do Canto	0.80	0	No hay	73º	Nova Palestina	0.36	8	No hay
5º	Ilha do Boi	0.80	0	No hay	74º	Santos Reis	0.34	0	No hay
6º	Jardim da Penha	0.79	1	Existe	75º	Fonte Grande	0.34	0	No hay
7º	Barro Vermelho	0.78	0	Existe	76º	Piedade	0.30	1	No hay
8º	Santa Lúcia	0.77	2	No hay	77º	Ilha das Caieiras	0.29	1	No hay
9º	Enseada do Suá	0.75	1	Existe	78º	Conquista	0.22	2	No hay
10º	Bento Ferreira	0.75	1	No hay	79º	São Benedito	0.20	0	No hay

*Índice de calidad urbana por barrios referente al año 2000, calculada a partir de los datos del censo del IBGE realizado en 2000 (Disponible en: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/menor.asp>)

**El número de homicidios corresponde al número total de ese tipo de ocurrencia registrado en cada barrio del municipio de Vitória, durante el año 2010. En ese conteo de registro de homicidios fueron excluidos otros incidentes letales tales como: óbito generado por accidente de tránsito, latrocinio, lesión corporal seguida de muerte, confrontación con la policía y suicidio. Para efecto de análisis la Secretaría de Seguridad Pública de Vitória consideró "local de homicidio" el lugar de ocurrencia del hecho violento y no el lugar del óbito (Prefeitura de Vitória, 2010).

FIGURA 2 - Mapa con los 10 mejores y los 10 peores barrios del municipio de Vitória, ES, según valores del ICU, asociados al número de homicidios en los barrios por año y a la presencia/ausencia de unidades del SOE, en esos barrios



una estrategia de redefinición sociocultural del espacio urbano local. No basta sólo indicar las áreas donde el problema es más grave, lo que importa es la búsqueda de una nueva articulación entre los espacios distintos.

Ese enfrentamiento pasa también por la perspectiva de ampliación de la oferta de los servicios públicos que proporcionan AF orientadas a los grupos socialmente vulnerables, mientras que esté precedida por una sustancial mejoría de las condiciones de las infraestructuras urbanas y de otros servicios esenciales para una existencia digna.

Consideraciones Finales

En los últimos años han surgido, como alternativas integradas a las políticas del sector en Brasil, propuestas de distintas esferas gubernamentales que involucran AF orientadas, situadas en el contexto de Atención Primaria a la Salud.

Para que la AF esté considerada, de hecho, una de las estrategias ligadas al bien estar de la población, hay dilemas por resolver antes: (i) expropiar el sentido moral de la falta de AF en lo cotidiano –cuyo apodo responde por el mote de ‘sedentarismo’– que ha servido para culpar previamente las personas por su eventual situación de debilitamiento (Martin, 2001); (ii) refutar su connotación de panacea terapéutica, prescrita y justificada a partir de un rol exclusivo de beneficios orgánicos que, generalmente, no considera los contextos para los cuales viene siendo direccionada (Lindsay, 2010). Su (re)significación necesita extrapolar

los límites de la individualidad e impregnarse de concepciones más densas, sensibles a la dimensión colectiva, política, socioeconómica, cultural, subjetiva, que atraviesan y delimitan (y muchas veces, restringen) las potencialidades de nuestra condición existencial.

Es necesario, por lo tanto, examinar y discutir las racionalidades orientadoras de los programas institucionalizados de la AF, adoptados como acciones promotoras de salud, así como también los efectos colaterales de esa perspectiva (Jallinoja et al., 2010; Lindsay, 2010; Thompson y Kumar, 2011; Bagrichevsky y Santos, 2018). Incorporar la ‘idea-concepto’ de promoción de la salud, estrictamente como sinónimo de práctica de AF es problemático frente de la primacía de su relación con propósitos sociales emancipatorios.

Asumir la promoción de la salud como ideología exige, antes que nada, acatar presupuestos ético-políticos de su legitimización histórica (Buchanan, 2000; Baum, 2008), y reconocer la amalgama que entrelaza su conjuntos de postulados a al cuestión de las inequidades; sobre todo, porque todavía no se logró éxito en la concreción de los principios ecuanimes de la promoción de la salud en los países periféricos del capitalismo como Brasil (a pesar de las opiniones emitidas por organismos internacionales que, en años recientes, llamándolo de nación emergente), en gran parte debido al juego de poder político-económico dominante, ejercido por las grandes corporaciones privadas y naciones mandatarias del escenario mundial globalizado (Bauman, 2011; Ruckert y Labonté, 2012).

Es fundamental, entonces, relativizar el peso atribuido a la ‘responsabilidad personal’ en los micro-espacios de las prácticas de salud (Martin, 2001) mediante

la constatación de los avances lentos de las macro-políticas gubernamentales brasileñas, todavía insuficientes para revertir/refrenar las preocupantes realidades injustas que nos cercan de modo persistente (Santos, 2011).

Referencias

AÏACH, P.; BAUMANN, M. An assessment of the geographical approach to health inequality. *Critical Public Health*, v. 21, n. 1, p. 63-69, 2011.

BAGRICHEVSKY, M.; SANTOS, D.S. “Shameless” sedentarism: individual responsibility for health? *Psychology*, v. 9, p. 760-772, 2018.

BAMBRA, C.; FOX, D.; SCOTT-SAMUEL, A. Towards a politics of health. *Health Promotion International*, v. 20, n. 2, p. 187-193, 2005.

BARTEN, F.; AKERMAN, M.; BECKER, D. et al. Rights, knowledge, and governance for improved health equity in urban settings. *Journal of Urban Health*, v. 88, n. 5, p. 896-905, 2011.

BAUM, F. The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century?. *Critical Public Health*, v. 18, n. 4, p. 457-466, 2008.

BAUMAN, Z. *Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUCHANAN, D.R. *An ethic for health promotion: rethinking the sources of human well-being*. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000.

CICCERI, L. *Social and sanitary inequities and body practices: a cartographic study in Vitória / ES*. Dissertation (Master in Physical Education), Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil, 2015.

GHADDAR, S.; BROWN, C.J.; PAGAN, JA.; DIAZ, V. Acculturation and healthy lifestyle habits among Hispanics in United States-Mexico border communities. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 28, n. 3, p. 190-197, 2010.

HALL, J.J.; TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical Journal of Australia*, v. 178, p. 17-20, 2003.

JALLINOJA, P.; PAJARI, P.; ABSETZ, P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*, v. 14, p. 115-130, 2010.

LEITE, V.R.; VASCONCELOS, C.M.; LIMA, K.C. Federalism and decentralization: impact on international and brazilian health policies. *International Journal of Health Services*, v. 41, n. 4, p. 711-723, 2011.

LINDSAY, J. Health living guidelines and the disconnect with everyday life. *Critical Public Health*, v. 20, n. 4, p. 475-487, 2010.

MARTIN, M.W. Responsibility for health and blaming victims. *Journal of Medical Humanities*, v. 22, n. 2, p. 95-114, 2001.

MARTUZZI, M.; MITIS, F.; FORASTIERE, F. Inequalities, inequities, environmental injustice in waste management and health. *European Journal of Public Health*, v. 20, p. 21-26, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P. *Missão: prevenir e proteger*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. *Índice de Qualidade Urbana*. Vitória: Secretaria Municipal de Gestão Estratégica, 2000. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iq/iq.asp>. Acesso em: 12 mar. 2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Segurança Urbana. Gerência de Pesquisa Estratégica e Monitoramento da Violência Urbana. *Homicídios em Vitória- 2010: Diagnóstico*. Vitória: Secretaria Municipal de Segurança Urbana, 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Exercício com orientação*. 2011. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico>. Acesso em: 12 mar. 2011.

RAUDENBUSH, S.W. The quantitative assessment of neighborhood social environments. In: RAUDENBUSH, S.W.; KAWASHI, I.; BERKMAN, L.F. (Ed.). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 112-131.

RAUDENBUSH, S.W.; SAMPSON, R.J. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociologic Methodology*, v. 29, p. 1-41, 1999.

RUCKERT, A.; LABONTÉ, R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Critical Public Health*, v. 22, n. 3, p. 267-279, 2012.

SAMPSON, R.J.; RAUDENBUSH, S.W. Seeing disorder: neighborhood stigma and the social construction of “broken windows”. *Social Psychology Quarterly*, v. 67, n. 4, p. 319-342, 2004.

SANTOS, J.A.F. Class divisions and health chances in Brazil. *International Journal of Health Services*, v. 41, n. 4, p. 691-708, 2011.

THOMPSON, L.; KUMAR, A. Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering. *Critical Public Health*, v. 21, n. 1, p. 105-117, 2011.

WAITZMAN, N.J.; SMITH, K.R. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *The Milbank Quarterly*, v. 76, n. 3, p. 341-373, 1998.

WHO. *Alma-Ata 1978: Primary Health Care*. World Health Organization: Geneva. 1978.

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD: UNA AGENDA SOCIOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN¹

Hugo Lovisolo

Introducción

Una dimensión central de las ciencias sociales abarca el campo de las relaciones entre creencias y prácticas, tema fascinante para la sociología y la antropología desde su constitución como área disciplinaria de estudios². Para el cientista social, cuando existe una correspondencia entre norma y acción, de modo más general entre creencia y práctica (por ejemplo, si creemos en una religión y seguimos sus recomendaciones rituales) no hay un problema propiamente dicho.

Es un presupuesto de las ciencias sociales que lo esperado (por lo tanto, lo normal en el sentido estadístico y normativo) sea una relación de correspondencia entre creencia y práctica. Los problemas aparecen cuando creencias y prácticas no se corresponden de modo significativo. En este caso, explicar

¹ O texto fue escrito en el año 2000. Fui convencido sobre su actualidad por la opinión benévola de Marcos Bagrichevsky. El lector es juez.

² Registramos y describimos la creencias, predominantemente, a partir de su enunciación por los actores sociales. Las prácticas pueden ser tanto narradas por ellos como observadas por el analista.

la discrepancia o disonancia entre creencia y práctica se vuelve una de las actividades más importantes de las ciencias sociales, pero no sólo de ellas³.

Algunos intentarán explicar la discrepancia como producto de la falta de socialización o interiorización de la norma, otros imputando al actor alguna falla en la conciencia. Observemos, por ejemplo, la discrepancia entre la creencia sobre los efectos negativos de fumar y su práctica. La falta de socialización o de conciencia sobre sus efectos negativos, o la exposición a una subcultura para la cual fumar es una conducta positiva y distintiva explicarían el inicio del hábito, que reforzado más tarde, bajo la perspectiva psico-fisiológica, generaría un hiper o exceso de exposición a los efectos de la nicotina, que provocarían la dependencia química.

Un campo específico y muy importante de la discrepancia entre creencia y práctica se constituye cuando las personas pierden interés en sus propios intereses. Sobre el dominio de la 'razón utilitaria', pensamos que es normal, y no raramente deseable, que las personas actúen para realizar sus intereses. Así, cuando las personas declaran sus intereses y también dicen que es importante defenderlos y, sin embargo, no hacen nada en ese sentido, estamos ante una contradicción y una paradoja. Contradicción entre creencia y práctica; paradoja, porque la conducta va contra el consenso sociológico de que creencias y prácticas deben estar en correspondencia. El desinterés en el

³ Las relaciones entre creencia y práctica se integran en la problemática general de las relaciones entre conciencia y acción, mente y acción.

propio interés es moneda corriente. Cuando afirmamos que hay baja participación de las personas estamos diciendo que ellas no están interesadas en la defensa de sus intereses. Una explicación corriente para esa contradicción es la imagen del que hace ‘dedo’ o *autostop*. Éste decide que no vale la pena, por ejemplo, participar para mejorar la comunidad, pues otros lo harán y él tendrá beneficios sin costos de participación. Este tipo de explicación, sin embargo, no se aplica al fumador o al obeso. El hecho de que los otros dejen de fumar o adelgacen no provoca efectos positivos en quien continúa fumando u estando obeso. En casos de este tipo, tenemos serias dificultades para explicar la contradicción mediante el ‘efecto *autostop*’. Los otros pueden mejorar la comunidad por nosotros, pero ellos no pueden hacer actividad física para mejorar nuestra salud.

Una creencia, bajo el punto de vista sociológico, es una idea o conjunto de ideas articuladas que tiene tres características principales: (i) es colectiva o transindividual; (ii) posee un enraizamiento emotivo en los individuos, y (iii) implica o presupone sistemas clasificatorios culturales. Entendemos que es colectiva, pues una parte significativa de una sociedad o cultura usa la creencia para elaborar discursos o narrativas sobre diversos problemas o aspectos de la realidad y deberían orientar sus prácticas según ella.⁴ Entendemos que está emotivamente enraizada, a diferencia de una mera idea, porque modificar la creencia es difícil para cada

⁴ El modo básico de orientación es el de seguir normas postuladas por la creencia, concretizando las creencias en prácticas.

individuo en particular, demanda tiempo e inversión de actores sociales privilegiados y su no realización genera sentimientos negativos, como los de vergüenza, culpa o desasosiego. La creencia tiene implicaciones clasificatorias, pues para entenderlas tenemos que comprender cómo la cultura organiza la realidad mediante, principalmente, el poder del lenguaje⁵.

Una creencia ampliamente divulgada en nuestra sociedad, que es hilo conductor de este ensayo, es la que discurre sobre el vínculo positivo entre actividad física y salud. La intervención sobre la salud a partir de la actividad física fue y es un eje estructurador de la intervención de la educación física desde su constitución. La enunciación del vínculo positivo es muy antigua, aparece claramente entre los griegos⁶. Hay, sin embargo, diferencias significativas en la representación de la actividad buena para la buena salud entre las culturas, en el tiempo y en el espacio. Esas diferencias se sitúan en el marco general de lo que se entiende por la ‘buena vida’ o la vida que merece ser vivida. Considero difícil que exista una cultura sin ningún tipo de ideal sobre la ‘buena vida’. Me inclino a pensar que la reflexión sobre la ‘buena vida’ fue y es la tarea central de la filosofía práctica, a la cual se subordinan temas como los de la verdad y la belleza. En la discusión actual sobre la salud, por ejemplo, el

⁵ Poder que tanto impone constreñimientos como abre a la exploración de nuevas posibilidades.

⁶ La educación física siempre buscó las ‘raíces’ griegas del deporte y de la actividad física para establecer la continuidad entre el presente y el pasado. La historia de la continuidad del deporte es un ejemplo conocido.

valor de la autonomía física aparece como dimensión significativa de la salud y de la ‘buena vida’. La autonomía física o corporal es vista, por lo tanto, como una dimensión de la ‘buena vida’.

En el seno de la creencia actual, el ‘sedentarismo’ es un mal que debe ser combatido (la imagen guerrera de la palabra es frecuente aun para hablar de la paz y la salud que, según Claude Bernard, sería el funcionamiento silencioso del organismo). El ideal de la creencia contraria al ‘sedentarismo’ hoy se denomina ‘vida activa’ o ‘estilo de vida activo’⁷. Los griegos creían en la moderación del ejercicio, del sueño y de la alimentación como constituyentes de la ‘buena vida’. Hay textos griegos en los cuales la creencia en los beneficios de la actividad física moderada aparece como lugar común, como creencia altamente compartida⁸. Con todo, la actividad física se incluye en el equilibrio de la alimentación, del sueño, de la amistad, de las relaciones, en fin, de la buena vida, en el marco general de la temperanza.

⁷ Los argumentos en favor de la actividad física como ahorro de gasto en salud, sobre todo para los mayores, posee un nivel de autocontradicción: si la salud es importante ¿por qué ahorramos dinero para conservarla? En segundo lugar, difícilmente se podrá demostrar que el gasto en actividad física (material y de tiempo), a lo largo de la vida, es inferior al gasto realizado para tratar la salud cuando no se realiza actividad física a lo largo de la vida. Así, usar un valor de la ‘buena vida’, la autonomía, por ejemplo, y agregar el argumento del ahorro de recursos financieros en la atención no tiene mucho sentido y señala un mal gusto argumentativo, pues la sumatoria de argumentos puede debilitar el argumento central, la autonomía, en vez de fortalecerlo.

⁸ Ver el texto de Platón (1981) “Los rivales”.

Hace ya algunas décadas que las investigaciones destacan que los actores sociales, de forma creciente, mencionan espontánea y casi automáticamente esa relación como positiva, valorizando tanto la actividad física sistemática (caracterizada por su frecuencia regular y no raramente por la orientación de un profesional) como el deporte, inclusive cuando es practicado sólo durante los fines de semana o los feriados. Tenemos, entonces, el lado colectivo de la creencia representado estadísticamente. En segundo lugar, los actores demuestran sentir vergüenza, culpa o incomodidad cuando declaran la adhesión a la creencia y su no correspondencia con la práctica. La promesa de comenzar el próximo lunes la actividad física o el régimen alimenticio es un indicador del valor emocional de la creencia. Las promesas sobre el cambio de conducta, para hacerla corresponder con la creencia, ya se volvió motivo de ejercicios irónicos: el cambio en el estilo de vida comienza casi siempre los lunes, después de las vacaciones o el próximo mes. Sin embargo, es importante destacar que hay una asociación fuerte, casi una indistinción, entre los motivos estéticos del modelaje corporal y los motivos de salud. La persona obesa puede decir que debe hacer actividad para adelgazar, no obstante, es imposible saber si el motivo estético o de la salud tiene mayor peso. Estamos ante el problema clasificatorio de las creencias y los motivos de la acción.

El aspecto clasificatorio es relevante. De hecho, si no tenemos un sistema que clasifique las acciones no podemos establecer las relaciones entre creencia y práctica. Por ejemplo, una persona puede defender la creencia de que la lectura es importante para la

formación personal. Si es interrogada, puede responder: “*no estoy leyendo nada por falta de tiempo*”. De hecho, pasa el día leyendo muchas cosas en la calle, en el hogar y en el trabajo. Su respuesta está condicionada por un sistema clasificadorio que ofrece una definición de lectura que excluye textos de carteles, fórmulas y órdenes de servicio en el trabajo. Un investigador atento insistirá y preguntará, por ejemplo, sobre la lectura de periódicos. La persona puede decir que sí, que ella lee el periódico todos los días. La respuesta obliga al investigador a montar el sistema clasificadorio para entender cuál es la definición de lectura de la persona. Ella puede responder, “*digo que no leo porque la lectura formativa es la de libros y no estoy leyendo libros*”⁹.

Actividad física y salud: el desliz clasificadorio

Las personas habitualmente no colocan como actividad relacionada con la salud actividades del tipo: lavar el automóvil, caminar por diversos motivos, limpiar la casa, hacer jardinería, conducir, tener sexo, viajar en bus, hacer arreglos en la casa o pintar paredes, entre otras. Tales actividades son corporales e implican gasto energético, de hecho, nada podemos hacer sin algún tipo de actividad corporal y de gasto, ni siquiera dormir. Sin embargo, las personas no clasifican tales actividades como ‘físicas’, como ejercicio

⁹ Un ejemplo excepcional del análisis de las clasificaciones y sus implicancias se puede leer en F. Wolf (1998), “Pensar o animal na Antiguidade”, pp. 9-38.

físico. Toda actividad implica gasto energético: vivir es consumir energías, predominantemente originaria de animales o vegetales.

He interrogado a profesores ‘agitados’ –aquellos que dan clase más de la mitad del tiempo de pie, caminan de un lado a otro de la sala, gesticulan, escriben en el pizarrón, entre otros movimientos– sobre su práctica de actividad física. Los que no hacen una actividad física, en el sentido arriba definido (sistemática y frecuentemente orientada), declaran con pesar que “*no hacen nada*”, que “*son sedentarios*”. Digamos que todos realizamos actividades corporales, necesarias para vivir, aunque la minoría realiza actividad física en el sentido de sistemática y orientada a la obtención de finalidades tales como fuerza, resistencia y flexibilidad. Lo propio de la actividad humana es su motivación, intencionalidad o finalidad. Clasificamos nuestras acciones en función de sus finalidades, que se basan en motivos o intenciones. Vamos al juego de fútbol por placer, por pasión, pero no para tomar sol, aunque podamos salir mucho más bronceados del espectáculo. Así, la actividad física se refiere a motivos o intenciones de desarrollo o conservación de las capacidades físicas e implican un plano de actividades racionalizadas o sistematizadas a partir de saberes que se consideran autorizados para elaborar las recetas, cuya realización es, en la praxis, controlada y corregida por especialistas.

Los médicos califican como ‘sedentarios’ a los pacientes que no hacen actividad física en el sentido definido. Así, ellos tienen en cuenta la estructura de la acción, sus motivos y práctica. Aun más, muchos médicos califican como sedentarios a todos los pacientes con exceso de peso, implicando la idea, falsa, por

cierto, de que no puede existir una persona obesa físicamente activa. Una persona que camina 1000 metros todos los días para tomar el transporte, viaja de pie en bus durante dos horas, camina dos horas por el centro de la ciudad distribuyendo sobres, el fin de semana realiza trabajos de albañilería durante 6 horas en su propia casa y posee un índice de masa corporal superior a 25 tiene alta probabilidad de ser considerado 'sedentario', más aún si presenta una ligera hipertensión. Esa persona realiza actividad corporal, y posiblemente con un consumo superior a 2000 calorías por semana. Sin embargo, bajo el punto de vista de la clasificación, no realiza actividad física¹⁰.

Destaco que estamos usando dos sistemas clasificatorios que no dicen las mismas cosas. En un caso, calificamos como sedentaria a una persona que, por la estructura de la acción, no realiza actividad física. En el otro, deberíamos hacerlo bajo el control del gasto energético. Como es casi imposible hacer esto en el consultorio, declaramos que si una persona no hace actividad física se convierte automáticamente en un 'posible sedentario'. No menos automáticamente, con seguridad se vuelve un sedentario si su índice de masa corporal (IMC) es alto, superior a 30, y sufre de hipertensión. Las personas relatan sus experiencias

¹⁰ Uso este valor por ser cercano al consumo de calorías en la actividad física sistemática. Observo que el índice de masa corporal, peso sobre altura al cuadrado, fue creado por Quetelet en el siglo XIX. Observo, también, que en la correlación positiva entre peso y enfermedades cardíacas pueden operar variables no controladas.

en el consultorio médico, donde confirman las apreciaciones realizadas. Así, usamos la estructura de la acción y correlaciones estadísticas de población para clasificar individuos, personas concretas. Creo que estamos dando un tremendo salto mediante el automatismo clasificatorio que construimos y que éste debería ser objeto de estudio.

Me gustaría sugerir la hipótesis de que el automatismo clasificatorio que equipara exceso de peso y/o hipertensión con sedentarismo puede estar afectando profundamente las estadísticas elaboradas a partir de la clínica médica, por lo tanto, gran parte de los 'datos' llamados 'epidemiológicos' que, sabemos, son usados para establecer la relación entre sedentarismo y las enfermedades llamadas hipocinéticas. En otras palabras, la creencia de la relación puede estar incidiendo en la construcción de clasificaciones, que inciden a su vez en las relaciones estadísticas que refuerzan la creencia. Las personas con actividad corporal significativa, bajo el punto de vista del gasto energético, pueden estar siendo clasificadas como sedentarias. No tenemos un buen acompañamiento de la forma de elaboración de los datos ni de las atribuciones de significados en tanto son producto de automatismos.

Todos parecemos saber que las relaciones estadísticas predicen acerca de poblaciones o de un conjunto de individuos (los brasileños mayores de 22 años, por ejemplo) y que, por lo tanto, no pueden ser proyectadas sobre el individuo que compone las poblaciones. Así, las relaciones estadísticas son importantes para la política de las poblaciones y de eso se ocupan varios ministerios. Sabemos

que realizamos una falacia ecológica cuando proyectamos la probabilidad del conjunto a un individuo. Por eso, podemos recordar a Winston Churchill, que comía demasiado, era obeso y sedentario, fumaba, bebía mucho, era de tipo colérico, vivió bajo condiciones altamente estresantes y llegó a los noventa bien lúcido y, del otro lado, al atleta altamente condicionado que murió joven. Con todo, en la relación particularizada entre el ‘médico X’ y el ‘paciente Y’, el primero atribuye al segundo las probabilidades del conjunto y lo manda a que deje de ser sedentario. El caso de Churchill no prueba nada, sólo intenta llamar la atención sobre el automatismo en la atribución de significados. No se trata de afirmar que personas con sus características son más saludables y viven más, sólo estamos abogando a favor de un control refinado en la elaboración de los datos.

Daré un ejemplo del campo de los prejuicios raciales para dramatizar lo que estoy enunciando como hipótesis de lectura de las relaciones estadísticas. Hay relaciones que indican que la proporción de personas negras condenadas supera su participación en la población. Así, se crea el prejuicio social de que los negros tienen mayores probabilidades que los blancos de ser criminales. El policía que hace la ‘control nial’ tiene en su mente las relaciones estadísticas, controla mucho más los automóviles conducidos por personas negras, detiene a algunas con problemas o antecedentes y confirma la relación estadística y el prejuicio de los cuales partió. Creo que cuando un sedentario muere por una enfermedad cardíaca, el médico también confirma la relación en el cotidiano de su acción clínica.

El desliz clasificatorio que lleva a igualar obesidad e hipertensión con sedentarismo, afectando posiblemente la propia construcción de las relaciones estadísticas, merece ser visitado, sobre todo cuando consideramos las recomendaciones sobre la vida activa y sus efectos declarados sobre las enfermedades.

Causas opuestas: iguales recomendaciones

Si acompañamos las reflexiones de Rabinbach (1990), podemos entender que la pretensión de fundamento teórico de las relaciones entre actividad física, potencia y salud no son un reconocimiento meramente empírico. Se basan en la física de siglo XIX y, sobre todo, en la consolidación de la termodinámica, que tuvo una influencia significativa en la configuración de la fisiología del trabajo, más tarde incorporada en la fisiología del esfuerzo, siendo la fisiología del ejercicio y deporte una de sus subáreas. Entrando en la segunda mitad del siglo XIX, observamos que el ejercicio físico (esfuerzo orientado y sistemático) fue colocado como poderoso instrumento de desarrollo y potenciación del ‘motor humano’, permitiendo soportar los esfuerzos demandados por largas y pesadas jornadas de trabajo fabril. Así, el esfuerzo del ejercicio aparecía como el remedio para los males de la fatiga provocados por los esfuerzos de la explotación fabril de la gran industria. El ejercicio físico posibilitaría que se enfrentase las exigencias del trabajo sin la fatiga, el mal de la época, una vez que las enfermedades estaban siendo crecientemente controladas. El ejercicio físico potenciaba la capacidad de realizar esfuerzos de los individuos (si

pensamos en el tipo de ejército napoleónico, el esquema permanece igual, había que aumentar la fuerza y la resistencia para soportar el esfuerzo de un ejército invasor que debía trasladarse rápido y conquistar tierras distantes mediante combates demorados).

Las propuestas basadas en la metáfora del ‘motor humano’ no estuvieron libres de críticas, sobre todo de aquellas que le imputaban una dedicada vocación de servicio con el ritmo intenso de la explotación capitalista. Varios autores destacaron la base productivista, militarista y nacionalista, cuando no abiertamente racista y eugenésica, de los movimientos contra el sedentarismo. El propio Hitler recomendaba la lucha contra el sedentarismo y declaraba preferir el fuerte y simple al débil e intelectual. Con todo, lo que pretendo destacar es la idea de la fisiología de que realizamos esfuerzos sistemáticos para poder soportar las demandas de esfuerzos de trabajo. En otros términos, entrenar el cuerpo en el esfuerzo para soportar la realización de esfuerzos. A esto llamamos ‘entrenamiento’.

La historia caminó, no obstante, en otras direcciones para superar el mal de la fatiga provocado por el trabajo duro y prolongado. Por un lado, la jornada de trabajo tuvo una reducción significativa, sobre todo a partir del desarrollo del mundo de las fábricas. En aproximadamente cien años la carga horaria de trabajo semanal cayó a menos de la mitad. Por otro, el esfuerzo del trabajo humano fue sustituido por el trabajo de los motores movidos por energía no humana. Por último, gran parte de la población dejó de realizar trabajos pesados, con gran esfuerzo y gasto energético, para realizar trabajos leves o servicios. En el interior de esta profunda transformación

de las condiciones de trabajo y de la tecnología de producción, el ejercicio, como factor maximizador de la capacidad de esfuerzo y resistencia del trabajador, perdió poder natural de justificación.

Durante el período conocido como Guerra Fría, la fisiología del ejercicio, la biomecánica y la bioquímica del deporte ganaron aliento y tuvieron un gran desarrollo. Los conocimientos del área pasaron a estar al servicio de la selección y el entrenamiento de los atletas. El deporte de masas, más allá de sus variados objetivos ideológicos, era propuesto como el semillero del cual serían seleccionados los atletas que llenarían de orgullo a los países¹¹. El recuento de medallas pasó a ser una actividad central en la evaluación del deporte y en la competición entre los bloques capitalista y socialista. La excelencia del desempeño es un objetivo central de la intervención. Así, la superioridad de los sistemas pasaba por la formación de atletas a partir del deporte de masas.

Sabemos que contra la dedicación y promoción del deporte competitivo también se generaron reacciones críticas, especialmente relacionadas con la

¹¹ El pedagogo de la Revolución Rusa, Makarenko, explicitó en artículos, conferencias y en su obra “Poema pedagógico” las variadas funciones de la práctica deportiva. Las relaciones más claras, dentro del proyecto socialista, entre deporte de masas y de elites se debe a L. Matvéiev. Observo que una parte considerable de los críticos del deporte competitivo no critican con la misma intensidad, y la veces ni siquiera critican, la competición científica que, desde larga data, también fue pensada como elemento constructor del orgullo nacional. La obtención de premios nóbels no es menos importante que la de los olímpicos. Ver Lovisoló, H. (2000c).

dependencia de la educación física de la competición de alto nivel. No obstante, podemos afirmar que tuvimos una tremenda valorización de la actividad física y el deporte, con modalidades propias, en los diferentes regímenes.

Hoy, los objetivos de salud mediante la actividad física ocupan el lugar que antes ocupaban los discursos productivistas, militaristas, nacionalistas, racistas y de superioridad de los sistemas (capitalismo *versus* socialismo). En el presente, se defienden creencias que vinculan la actividad física más con la adhesión de los niños al hábito de la actividad física y menos con su desarrollo¹². Prolongar la vida pasó a ser el mayor de los argumentos o tener buenas condiciones de vida en la vejez, esto es, tenemos que ser viejos activos.

Destaquemos, sin embargo, un evento paradójico. La fatiga retorna hoy en un papel destacado, o tal vez jamás haya salido de la escena, bajo los nombres modernos de agotamiento, cansancio y estrés. Las revistas y los programas de televisión se ocupan del diagnóstico y de las formas de superación con énfasis en la actividad física. Parece, entonces, que todavía estamos en el territorio de efectos que son vistos como

¹² En algunas propuestas de creación de hábitos de actividad física para niños y jóvenes parecería que la función tradicional de desarrollo estaría siendo olvidada o, al menos, dejada en la sombra de la adhesión o el hábito. Véase, como ejemplo, el documento de la SMBE (Sociedad Brasileña de Medicina del Deporte), “Atividade física e saúde na infância e na adolescência”, donde los objetivos de desarrollo son abandonados y se declara que “*el objetivo principal de la prescripción de la actividad física en niños y adolescentes es crear el hábito o el interés por la actividad física, y no entrenar el desempeño*” (1988, p. 2).

semejantes y registrados en los términos sinónimos que usamos, aunque, en el presente, la causa ambiental y los registros emotivos, afectivos y 'subjetivos' se destaquen sobre la causa energética, entendida en la 'objetividad' del esfuerzo y del desgaste físico. A primera vista todo parece suceder como si causas totalmente diferentes e inclusive opuestas (ambientales, físicas y psicológicas) provocasen efectos semejantes y, no con poca frecuencia, las mismas recetas de recuperación (alimentación, sueño, actividad física, ocio y autocontrol). Ayer necesitábamos realizar actividad física para resistir el esfuerzo físico del duro proceso de trabajo; hoy, necesitamos realizar actividad física para sustituir la falta de esfuerzo físico, el sedentarismo, en el proceso de trabajo y en la vida cotidiana. Cambian las condiciones pero mantenemos la receta. También sería posible la recomendación de actividades más suaves y alternativas, como yoga, meditación, manualidades, para estimular la recomposición del cansancio, el estrés y el esfuerzo.

Hay una evidente contradicción en la receta, de modo tal que la actividad física aparece como siendo útil para situaciones opuestas: tanto para un mundo que exigía esfuerzo físico alto como para un mundo donde domina el sedentarismo. No recomendaríamos el mismo régimen alimenticio para quien tiene alto consumo de energía y para el sedentario, para el que tiene peso por debajo de lo recomendado y para quien los supera ampliamente. No obstante, recomendamos actividad física para ambos.

Creo que ante tamaña paradoja estamos necesitando una sociología histórica del sentido, que nos esclarezca sobre lo que está en juego cuando usamos

el lenguaje del estrés, del agotamiento, de la fatiga o del cansancio. Creo que la sociología del sentido y de las clasificaciones continúa siendo una dimensión imprescindible para entender lo que está en juego. En caso contrario, podemos caer en el error metodológico de olvidar la tarea de realizar distinciones cada vez más finas, del cual se deriva el error práctico de tomar por lo mismo aquello que puede ser diferente.

La resistencia del sedentarismo y el triunfo de los ‘no atletas’

A pesar de los apoyos políticos y de la abundante publicidad a favor de la vida activa, aún enfrentamos un mundo que se dice dominado por el sedentarismo. En otros términos, un mundo en el cual cerca del 80% de las personas se ‘rehúsan’ a realizar esfuerzos físicos sistemáticos para aumentar la potencia o para conservar la salud.

La cuestión de cómo esto es posible aún no fue tomada en serio, ni por la sociología ni por la fisiología. La contradicción y la paradoja entre creencia y práctica continúa siendo un problema abierto.

Creo que hoy estamos ante una nueva ola de defensa y afirmación de las relaciones entre actividad física y salud, actividad física y calidad de vida. Esa ola crece desde hace aproximadamente tres décadas, aunque con transformaciones internas, básicamente constituidas por el pasaje de lo intensivo a lo moderado (del *fitness* al *wellness*).

No obstante, creo que estamos ante un profundo cambio cuyo significado es que el hombre común

le ganó a los fisiologistas del ejercicio. Podemos distinguir dos etapas en esa transformación, aunque superpuestas o interpenetradas. Digamos que en la primera domina la visión de que la actividad física intensiva es un significativo factor de salud, desde los métodos científicos de gimnasia a la no menos científica actividad aeróbica defendida por Cooper¹³. En la segunda, se pasa a afirmar que el mismo valor tiene la actividad física moderada, bajo el punto de vista de la conservación de la salud, la vitalidad y la autonomía. Los términos *fitness* y *wellness* pueden ser entendidos como representantes de cada una de las etapas. Entre el atleta entrenado en la actividad física intensiva y el sedentario, emerge la figura de la persona activa. Para serlo, es suficiente realizar actividad física moderada tres veces por semana e inclusive actividad moderada acumulada de 30 minutos por día. Estamos, entonces, recomendando actividades que las personas normalmente no identifican con sus imágenes de la actividad física, con la tradición de la gimnasia, de salir a correr, en fin, con el esfuerzo que desarrolla la potencia. El ‘individuo activo’ puede apenas ser un modelo construido de la persona socialmente deseada en tiempos de velocidad y movimiento, en tiempos de esfuerzos para obtener un lugar en el mercado de trabajo y en la sociedad. ‘Lo inactivo’ se vuelve sinónimo de enfermedad, en contraposición, por ejemplo, a los momentos históricos que valorizaban la vida contemplativa. En ese caso, los promotores de la actividad estarían trabajando por cosas bien diferentes de aquellas que

¹³ Cf. Lovisoló, H. (2000b), “Atividade física, educação e saúde”.

son sus objetivos declarados de salud, por cierto, en la dirección de modelos de personalidad supuestamente adecuados a las demandas de la sociedad.

La educación física entra en la lucha contra la obesidad y la pérdida de funciones corporales que llevarían en la dirección de las enfermedades y de la dependencia de la masa creciente de personas mayores generada por el cambio demográfico. Para participar de esta lucha sería suficiente ser personas activas, tener un 'estilo de vida activo'. Los activos pueden hacer cosas tales como jardinería, danza de salón, compras, yoga, tai chi chuan e inclusive masajes o acupuntura. Así, los cambios demográficos y los estilos de vida negativos o sedentarios se convirtieron en nuevas condiciones para la intervención. Pero la intervención aparece recomendando actividades que las personas tal vez aceptan como corporales, pero que tendrían dificultades en calificar como actividades o ejercicio físico¹⁴. De modo general, lo llamado moderado y/o lo alternativo o suave pasa a estar presente en las recomendaciones¹⁵.

Una de las tesis preferidas hoy en el campo de la salud y especialmente de la educación física puede ser formulada del siguiente modo: el desarrollo tecnológico favorece el sedentarismo que, a su vez, incide en el desarrollo de las tasas de enfermedades hipocinéticas, que in-

¹⁴ Véase como ejemplo la Posición Oficial de la SMBE (1996). El gasto de 2.000 kcal significa 6 horas de caminata por semana o 4h 40min de jardinería o 9h 20min de danza de salón o 8h de hacer compras. Parece extraño que haya personas que no alcancen el gasto calórico recomendado entre el conjunto de sus actividades corporales.

¹⁵ Ver de Yara Lacerda (2001).

ciden negativamente sobre la esperanza de vida y la calidad de vida de los individuos, sobre todo, cuando forma parte central de esa calidad el valor de la autonomía física, psicológica y social¹⁶. Así, el sedentarismo aumentaría las probabilidades de tener enfermedades cardiológicas, respiratorias, óseas y, se ha llegado a afirmar sin mayores evidencias, también algunos tipos de cáncer¹⁷. La práctica regular del ejercicio físico combatiría también enfermedades opuestas como la ansiedad y la depresión. Aunque exista un relativo consenso sobre su carácter moderado, entendiéndose por tal la realización de actividad física orientada tres veces por semana entre 30 y 60 minutos, algunos, sin embargo, afirman que la actividad física puede ser aún menor en términos de frecuencia e intensidad. Las diferencias podrían ser entendidas como producto de fragilidad teórica y del predominio concedido a los datos. Sin embargo, debemos destacar que parece haber ocurrido un cambio de objetivos.

¹⁶ En este trabajo estoy usando como referencia general el famoso “Physical activity and health: a report of the Surgeon General” de 1996. El lector atento podrá constatar que los argumentos son de autoridad, *ad hominem*, es decir que los nuevos repiten los nombres y las fechas de los anteriores que afirmaron el argumento. Hay tanta reiteración de lo mismo que llegamos a sospechar del convencimiento de los autores. La repetición parecería estar más destinada al autoconvencimiento de los promotores de la actividad física que al de los beneficiarios de la misma. En relación con la autonomía en el campo de la actividad física, destaco los trabajos de Paulo Farinatti (2004).

¹⁷ El sedentarismo, por ejemplo, es asociado con mayores probabilidades de cáncer de colon. No obstante, no hay ninguna explicación válida ni test experimental que pruebe esto. Ni tampoco se logró probar una digestión y tracto intestinal diferencial y positivo para los practicantes de actividades físicas.

La actividad intensa pretendía ganar potencia, más allá de pretender poseer un efecto conservador. Pretendía desarrollar el corazón de atleta y la baja frecuencia cardíaca. La actividad moderada parecería conformarse con la manutención del corazón, sin pretender aumentar su tamaño, entonces, con el control. Las recomendaciones y propuestas de actividad moderada del CELAFISCS¹⁸ y la intensa y coherente participación de Víctor Matsudo¹⁹ merecen ser destacadas especialmente, y las consideramos como referencia. La actividad llamada moderada me llevó, en otro trabajo, a señalar la vigencia de las tribus de la potencia y de la conservación, y de cómo tal segmentación de objetivos y formas de intervención fracturaba la supuesta unidad del área de la educación física²⁰.

En términos de una imagen a ser explotada, diría que es como si la actividad física intensiva estuviese pautada en el modelo alopático y la moderada en el homeopático. Destaquemos, entonces, que la solución recomendada para cuadros tan diferentes, y no raramente opuestos –ansiedad y depresión, exceso de peso y bajo peso, alto gasto energético y bajo gasto, como ejemplos–, sería la de superar el sedentarismo por medio de actividad física. Estamos siempre dentro

¹⁸ Centro de Estudos do Laboratório Aptidão Física São Caetano Sul (São Caetano Sul, SP, Brasil).

¹⁹ Vitor Matsudo, médico fundador de CELAFISCS, ha sido el personaje más destacado de esta institución en los medios de comunicación durante décadas, por su ardiente defensa en campañas como “Agita São Paulo” y “Agita Brasil”.

²⁰ Ver Lovisolo (2000a).

de la postulación de un círculo de causalidad que sólo podría ser quebrado con la receta de la actividad física. La receta es tan general o universal que lleva a pensar en una falta de especificidad o de adecuación local.

Cualquier persona medianamente perspicaz podría preguntarse lo siguiente: si la actividad física tiene tantas ventajas, ¿por qué las personas se resisten tanto a su realización?

De hecho, fue la resistencia luego de años de campaña lo que llevó al abandono de la actividad física llamada intensiva y su sustitución por la moderada. Hubo un cambio en la estrategia, pues se constató la ineficiencia de la recomendación intensiva²¹. Esto significa que el hombre común ganó la batalla, la intervención redujo sus pretensiones y llevó a postular la actividad física moderada entendida como acumulación de 30 minutos diarios de actividad corporal (caminar, subir escaleras, cargar el peso de las compras, lavar las alfombras, etcétera). Ante esta receta, el especialista de la actividad física poco lugar tiene para actuar. En el campo de aquello que llamamos, en salud pública, ‘educación y salud’, la información sobre higiene personal, material e instalaciones adecuadas, la influencia de las condiciones climáticas, los modos de dosificar el ejercicio, la alimentación y la hidratación, etcétera, no es específica de quien está formado en educación física e, inclusive, cuenta con amplia divulgación en los medios de comunicación. Sólo las tribus de la

²¹ El Report of Surgeon General asume la derrota de las campañas a favor de la actividad física intensiva.

potencia, del modelaje corporal y la demanda de servicios específicos continuarán solicitando sus servicios de forma masiva²².

La universalidad de la receta, resistencias y carencia explicativa

Un aspecto importante es el de la universalidad de las recetas de actividad física, predicada para todos y que no establece distinciones. En el caso de Brasil, los datos del año 2000 del Ministerio de Salud indican que el 8% de la población adulta es obesa, con un IMC (índice de masa corporal) superior a 30. No obstante, el 16% de la misma población presenta bajo peso. La distribución presenta marcadas diferencias entre las regiones. Gran parte de la población aún realiza trabajo pesado y su alimentación es deficiente bajo varios puntos de vista. Así, la universalidad de la receta merecería un cuestionamiento y un análisis más fino, pues es difícil sostener que la población en Brasil es predominantemente sedentaria y tiene un consumo calórico que supera el gasto.

Creo que ya se cometieron errores en la dirección de la universalidad en varias oportunidades. Recuerdo que, en los marcos de la 'alianza para el progreso', la leche fue considerado un alimento universal para superar los problemas de desnutrición. Una parte significativa de los pobres se rehusaba a consumir diariamente leche,

²² En relación con la actividad planeada para la recuperación de cardiopatas, por ejemplo, médicos y fisioterapeutas podrán ocupar el lugar de los profesionales de actividades físicas sistemáticas o dividirán las demandas.

pues le ‘caía mal’ o le ‘provocaba diarrea’. Algunos llegaron a considerar esa reacción como irracional o como resultado de las resistencias. Otros, sin embargo, tomaron en serio la opinión de los pobres y constataron la pérdida de los mecanismos bioquímicos para su digestión.²³ Estoy afirmando que la receta universal merece ser revista, tanto en términos de variables objetivas (gasto energético, alimentación, nutrición, etcétera) como subjetivas (sentimientos frente a la actividad física).

El rechazo a la actividad física es un serio problema para el entusiasmo de los intervencionistas. Los medios de comunicación, hace varias décadas, están al servicio de recomendar los aspectos positivos de las actividades físicas, aunque las recetas de realización formen un abanico muy amplio de propuestas. Artistas, atletas y especialistas están diariamente en los medios publicitando la actividad física, publicitando recetas y aparatos que ayudan. Así, bajo el punto de vista de la información, es muy difícil negar el efecto de los medios en la conformación de las creencias. Las investigaciones de campo destacan que es alta la proporción de las personas que afirman que la actividad física tiene efectos benéficos positivos y no es raro que repitan con otras palabras la tesis arriba formulada. Los entrevistados no practicantes, ‘sedentarios’, habitualmente dicen que la falta de tiempo o de condiciones inadecuadas inhiben la práctica. Algo semejante ocurre con la lectura, hay personas que declaran que es bueno leer, no obstante, dicen no tener tiempo, condiciones o libros cerca. Las

²³ Un análisis interesante sobre los hábitos alimenticios, en especial el consumo de grasas y el efecto de la leche, es el de Marvin Harris (1986) *Good to eat*.

investigaciones indican, entonces, que las personas incorporaron la información sobre la relación negativa entre sedentarismo y futuras o actuales enfermedades y positiva entre actividad física y ‘saludabilidad’, pese a lo cual no logran llevar a cabo las recomendaciones²⁴.

Permítaseme un aparte. Diría que una persona es saludable o posee saludabilidad no por el hecho de no estar enferma, sino por su capacidad de recuperarse de las enfermedades²⁵. Sabemos la extrañeza que provoca la muerte del vecino que nunca estuvo enfermo y que con la primera enfermedad murió. No menos extraña es la figura del otro vecino que siempre está enfermo pero, como dicen las comadres, a pesar de eso nos va a enterrar. Creo que es la saludabilidad lo que el médico señala cuando afirma que su paciente es saludable aunque esté enfermo, tiene saludabilidad y, por lo tanto, superará la enfermedad que permea su cuerpo y su espíritu.

Vuelvo a mi argumentación. Hay una contradicción evidente entre las informaciones/creencias de las personas y sus prácticas reducidas de actividad física, o sea, baja adhesión a la creencia dominante, que parece no transformarse en motivación para la práctica sistemática. Las lamentaciones sobre los bajos porcentajes de practicantes sistemáticos de actividad física son constantes y las propuestas de intervención

²⁴ El neologismo “saludabilidad” se hace necesario para distinguir el acto, salud, ‘estar saludable’, de la potencia, “ser un sujeto saludable”. Pertenece al mismo tipo de formación lingüística que “educabilidad”, por ejemplo.

²⁵ Creo que esta idea fue anticipada por George Canguilhem (1996) en su famosa obra “Le normal et le pathologique”.

para crear esos hábitos ya en la infancia se repiten y multiplican. Hay propuestas actuales, como ya fue destacado anteriormente, que buscan incorporar la adhesión a los hábitos de actividad física a los objetivos del trabajo escolar, substituyendo los objetivos más tradicionales de énfasis en el desarrollo.

Entonces, si consideramos lo que afirman los especialistas, los organismos nacionales de salud, las asociaciones de especialistas y los medios de comunicación, deberíamos esperar que la mayoría de las personas realizase actividad física de la forma preconizada²⁶. Después de todo, a lo largo del tiempo, fuimos convencidos sobre las necesidades de beber agua tratada, de tener cloacas y baños higiénicos, de lavarnos las manos después de hacer nuestras necesidades fisiológicas, de vacunarnos, de higienizar los varias veces por día, de tomar vitamina C, de hacer una higiene corporal todos los días, en fin, fuimos convencidos de adoptar muchos hábitos que contribuyen a tener salud, y tal vez saludabilidad.

Sin embargo, las investigaciones informan que el hábito de la actividad física tiene poca penetración. En varios países, no pasa de veinticinco el porcentaje de personas que realiza actividad física y otros registran porcentajes aún menores. De varias formas, los especialistas y sobre todo los predicadores de los

²⁶ Hay una reiteración constante de las referencias de las investigaciones para afirmar el valor de la actividad física. Las voces que relativizan sus efectos son ignoradas o desacreditadas. Una visión instigante y crítica de los mecanismos de reiteración de los resultados de las investigaciones puede ser vista en H. Becker (1993).

beneficios de la actividad física, están descontentos con el bajo porcentaje de personas que la realizan y continúan predicando y repitiendo los mismos argumentos a favor de la actividad física. Hay una paradoja muy fuerte: ¿Cómo podemos explicar tantas campañas en pro de la actividad física junto con prácticas tan escasas? ¿Cómo es que las personas no toman conciencia sobre una recomendación repetida de tantas y tan variadas formas? ¿Cómo es que la pastoral de la higiene tuvo éxito y la de la actividad física parece fracasar?²⁷

Creo que tenemos que concentrarnos en entender la paradoja. Tenemos que afinar y profundizar la comprensión de las contradicciones entre las creencias declaradas y las acciones. Este es un problema tradicional y central para las ciencias sociales y abarca los componentes de la racionalidad de la acción y de la eficacia de las creencias. El problema interesa no por ser del área de la educación física o de la intervención sobre la saludabilidad. Interesa al cientista social porque es relevante para su propia tradición de investigación, además de ser un problema socialmente significativo.

Pertenece a una cultura en la cual domina la creencia de que los argumentos fuertes y adecuadamente presentados acaban por ser incorporados bajo la forma de conductas. Los argumentos influyen las conductas, si así no fuese la publicidad no existiría ni los políticos hablarían tanto como lo hacen.

²⁷ Estoy usando la expresión “pastoral de la salud” teniendo como referencia el trabajo de Vigarello (1985), “O limpo e o sujo”.

Si hay dos argumentos que se pierden en la historia de los registros escritos, ellos son los que defienden la actividad física y la alimentación, ambas moderadas. Después de adentrarnos en la historia queda en el aire la cuestión: si sabemos desde hace ya tanto tiempo acerca de los beneficios de la actividad física y la alimentación moderada, ¿por qué tenemos tantas ‘exótica’ para los padrones ‘hedonistas’ de nuestra época? ¿No será que el desconocimiento de la historia, o el hecho de que no la tomemos en serio, nos hace pensar que la tarea es la de crear hábitos de actividad física, en vez de preguntarnos sobre lo complejo de las ‘resistencias’ para su realización? Si aceptamos que las recomendaciones en pauta son antiguas, surgen dos cuestiones: ¿por qué motivos los especialistas continúan repitiendo hasta el cansancio los mismos argumentos, en vez de crear otros más convincentes, en caso de que eso sea posible? Y más importante aun, ¿por qué no se dedican seriamente a investigar la contradicción evidente que existe entre compartir la creencia en los beneficios de la actividad física y la conducta sedentaria dominante, y que la mayoría parece aceptar sin esfuerzo, aunque tal vez con alguna culpa provocada por siglos de intervención? ¿Por qué no se expone la desigualdad evidente y subjetivamente sentida entre la dificultad en alcanzar la aptitud y la facilidad que tenemos en perderla? ¿Será que estas cuestiones no son significativas también para la fisiología del ejercicio?

He insistido en otros trabajos sobre la dualidad del argumento fisiológico. Por un lado, explica con sus conceptos y datos la ventaja del hábito. Por otro, cuando tiene que explicar la resistencia a la actividad física se vuelve sociología, psicología social o mera

acusación moral. Es como si los físicos explicasen con una teoría por qué la piedra cae y con otra por qué el avión vuela. Creo que la fisiología debe preguntarse seriamente sobre las resistencias fisiológicas a la actividad física. Parecería que la intervención sobre la saludabilidad y la calidad de vida no puede prescindir de una sociología crítica de los argumentos y formas de intervención, y de la comprensión de las racionalidades locales de las personas y sus motivos para actuar de esta o de aquella manera.

De hecho, varios autores toman como explicación para la falta de actividad la falta de tiempo, como si el tiempo fuese absoluto y no un resultado de elecciones, de preferencias. Siempre faltará tiempo. Lo que importa es que elegimos cómo usar el tiempo. Si las personas prefieren estar con sus familias o amigos, ver televisión o tomar una cerveza, entonces, estamos ante preferencias, no ante la falta de tiempo. Una indicación importante surge cuando observamos las categorías sociales que tienen índices más altos de practicantes. Podemos constatar que hay una fuerte incidencia de la edad y del género. Cuando tomamos como referencia la edad tenemos, de un lado, la concentración de practicantes de la tercera edad; del otro, la de los jóvenes que buscan modelar su cuerpo. Creo que en los dos casos hay un predominio femenino, al menos esto es lo que surge de la observación directa de los programas públicos y los gimnasios (existen datos discordantes que indican que los hombres practican más actividades físicas que las mujeres; sin embargo, habría que restar la práctica del fútbol, muchas veces realizada con frecuencia semanal o quincenal entre los hombres; hay estudios que

indican una tremenda desproporción entre la media de compañeras sexuales de los hombres y la media de compañeros de las mujeres; a primera vista, la desproporción es difícil de explicar, a no ser que entendamos que los hombres exageran y las mujeres ocultan). Si esto es así, estamos ante preferencias en la distribución del tiempo. Atribuimos a los jóvenes, y sobre todo las mujeres, motivos estéticos. Atribuimos a los viejos ideas de conservación. Parece que en el medio se sitúan los que prefieren hacer otras cosas o tienen cosas importantes o significativas que hacer.

Investigar las preferencias y los modos de construcción parece ser una tarea aún significativa para una intervención mejor dirigida, con razones y argumentos más finos.

Asumir las contradicciones

En defensa de la afirmación de la relación entre sedentarismo y enfermedades hipocinéticas se citan numerosas investigaciones, especialmente de tipo epidemiológicas. Las asociaciones internacionales se encargan de propagar los males del sedentarismo y los medios de comunicación son receptivos a esas afirmaciones²⁸. Con todo, no son pocos los que relativizan el valor de los resultados de las investigaciones por razones metodológicas y teóricas. Así, hay un primer nivel de contradicción en las evaluaciones contrapuestas entre actividad física y salud. Hasta hoy, por ejemplo,

²⁸ Pitta (1995).

no encontré ninguna crítica al libro del Dr. Solomon, “El mito del ejercicio”, escrito hace ya casi 30 años. Creo que él, en su crítica, anticipó la tendencia a la actividad física moderada. No obstante, cuando fue publicado, fue poco valorado en nombre de correlaciones estadísticas de significado dudoso. Como observaron varios críticos, si la práctica de la actividad física prolonga la vida en aproximadamente dos años, ¿sería ese beneficio permanente como para dedicar tiempo a ella durante toda la vida? Si la actividad física que hacemos hoy no nos protege en el futuro, argumento central de la tesis de Mira (2000), ¿cuál es el sentido de hacer hoy esfuerzos para llevar a cabo su práctica? ¿No sería bueno dejar la actividad física para cuando estemos retirados o inactivos y, entonces, adoptar el estilo de vida activo? Si las investigaciones constatan que perdemos rápidamente la protección de la actividad física cuando la abandonamos, la lógica de la economía de esfuerzos, en interacción con las preferencias, ¿no nos llevaría a la práctica sistemática en la tercera edad? ¿Tendríamos que agradecer al torrente de mensajes estéticos que llevan, más a las mujeres que a los hombres, a modelar su cuerpo?

Uno de los efectos notables del desarrollo tecnológico fue la sustitución de la energía humana por la mecánica. A lo largo del siglo XIX los motores eléctricos y la explosión permitieron una tremenda economía de la energía humana e incidieron en nuestro cotidiano. Hábitos de limpieza, como la creciente generalización del cambio diario de ropa, no serían posibles sin los motores que mueven las máquinas de lavar. El simple consumo de masas del jugo de naranja es inimaginable sin el exprimidor eléctrico. Es importante destacar que

a lo largo del siglo XIX la esperanza de vida se duplicó, o más que duplicó, en los países con desarrollo tecnológico, sobre todo, en aquellos que sustituyeron el consumo de energía humano por el mecánico. Así, bajo el punto de vista de la correlación, sustrato de la epidemiología, podemos afirmar que el desarrollo tecnológico está fuertemente asociado con el aumento en la esperanza de vida. Más aún, en el nivel estadístico sería fácil demostrar que la sustitución del trabajo humano por el mecánico está asociado con un tremendo aumento en la esperanza de vida. Entonces, el sedentarismo relativo puede ser visto como causa del aumento de la esperanza de vida, evidentemente que en un complejo de causas que incluyen mejoras importantísimas en la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Lotufo y Lolio (1995), trabajando con los datos sobre la mortalidad cardiovascular en el estado de São Paulo, constatan una caída significativa en las tasas entre 1970 y 1992. Los autores en ningún momento atribuyen la mejora en las tasas a la actividad física. Atribuyen esa caída a factores económicos y culturales, la sustitución de la grasa de cerdo por aceites vegetales y la caída del tabaquismo. No obstante, las enfermedades cardiovasculares contribuyeron con la principal parte de los óbitos en las capitales de todos los estados de Brasil (32,4%). El crecimiento de la mortalidad cardiovascular puede acreditarse a la nueva estructura demográfica. Entretanto, la caída en las tasas de mortalidad cardiovascular aparecen como resultado de cambios sociales o de masas y no de acciones individuales.

Estoy, en el fondo, afirmando dos cosas muy sabidas, aunque casi siempre olvidadas en el área de la educación física y de los deportes: (i) podemos

construir relaciones estadísticas para demostrar casi cualquier cosa; y (ii) la relación estadística significativa no dice nada, sólo tiene significado en el campo de una teoría que la interpreta y hasta la predice²⁹. Creo, entonces, que uno de los problemas o dimensión central de la sociología del conocimiento del área de la educación física es la de disolver la tendencia a considerar relaciones estadísticas, sobre todo entre variables aisladas, como verdades autoexplicativas y a derivar de ellas comandos universales para poblaciones y grupos.

Hay una ola ideológica y romántica fuertemente conservadora presente en las afirmaciones que atribuyen al desarrollo tecnológico la aparición de enfermedades e, inclusive, ser causa de muerte. Si esto puede ser verdadero en casos locales, como los de contaminación química o radioactiva, es casi imposible probar una relación negativa entre desarrollo tecnológico, esperanza y calidad de vida de modo global. Al contrario, todo apunta a pensar una relación positiva. El romanticismo conservador se caracteriza por realizar una crítica indiscriminada al progreso, específicamente al desarrollo tecnológico. Hay una parte de los médicos que afirma esa ideología a partir de una doble evaluación moral, pues al mismo tiempo que critican el desarrollo tecnológico en casi todas las esferas de la sociedad, reivindican su valor en el campo de la medicina, tanto del diagnóstico como de la terapéutica. La doble moral

²⁹ El lector interesado puede encontrar análisis estimulantes sobre la relación teoría/experimento en Stengers (1990).

sólo parece ser parcialmente explicable trayendo a cuento intereses corporativos. Creo, por lo tanto, que continúa siendo importante el análisis sociológico de los condicionantes ideológicos de las propuestas de intervención en el área de la salud y de la calidad de vida. Dentro de ese análisis, creo que la crítica de los intereses corporativos que llevan a formular formas universalizantes de intervención aún conserva un lugar estratégico. La sociología de la intervención, por lo tanto, aún es un campo desde el cual podemos abordar la cuestión para generar, tal vez, esclarecimientos significativos.³⁰

El hecho de tener que acompañar de cerca la aplicación de las tecnologías para precavernos de sus efectos perversos o no deseados no debería significar una crítica romántica y conservadora, en bloque, al desarrollo tecnológico. Una sociología fina, crítica de la tecnología y de sus efectos continúa siendo una herramienta importante para orientarnos en un mundo tecnológico.

No podemos ser negligentes con la hipótesis de que las enfermedades hipocinéticas y su crecimiento en el total –no necesariamente en términos de tasas que pueden caer– como causa de muerte sean sólo consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Ni tampoco se puede olvidar el hecho de que hay cambios en el diagnóstico que llevan a establecer como enfermedad de muerte un accidente cardiovascular cuando, en otros tiempos, la causa no

³⁰ Personalmente, intenté contribuir con esta tarea en “Educação física: arte da mediação” (Lovisoló, 1995) y en “Saúde, educação e educação física” (Lovisoló, 2000a).

podría haber sido establecida y se habría atribuido a otras causas o inclusive a mera vejez. El diagnóstico de 'histeria' era frecuentemente aplicado al final del siglo pasado a las mujeres. Luego desapareció. Tenemos, por lo tanto, que ser cuidadosos, pues hay un elemento histórico muy importante en la definición de la enfermedad y la causa de muerte. ¿Será que la mortalidad por causas cardiovasculares está de hecho aumentando o será que estamos ante una forma históricamente más apresurada de demostrar las causas de la muerte?

Si tomamos la información del Ministerio de Salud de Brasil sobre la mortalidad proporcional por grupos de causa, tendremos algunos resultados paradójales. De modo general, hay una tendencia de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio a ser menor en los estados de base agrícola menos desarrollados –frecuentemente, con porcentajes inferiores al veinte por ciento– y donde podemos suponer que el sedentarismo es menor. No obstante, el estado brasileño que aparece con mayor porcentaje de muerte por ese tipo de enfermedad es Piauí, con el 38,91% del total de las enfermedades, cuando la media nacional es de 32,4%. No considero que Piauí sea un estado tecnológicamente desarrollado ni que se trate de un mero desvío. Tendríamos que hacer estudios locales y profundos para entender la diferencia. Tal vez estemos ante políticas locales o de formaciones del cuerpo médico diferenciadas. Si consideramos las tasas de mortalidad específica por enfermedades del aparato circulatorio, tendremos mejores elementos para repensar la forma de construir los datos. En el caso de la mortalidad por isquemias, que representan el 46,13% de las

muerres por enfermedades del aparato circulatorio en Brasil, São Paulo tiene un valor de 69,84% (26,40%), Rio de Janeiro 78,71% (27,10%), Rio Grande do Sul 79,31% (22,20%) y, en contrapartida, Acre 13,20% (63,20%) y Paraíba 17,56% (65,50%). Coloqué entre paréntesis las tasas de mortalidad infantil. Tenemos una relación simple: a menor tasa de mortalidad infantil, mayor tasa de mortalidad por isquemia. Una lectura inocente diría que la muerte por isquemia es mayor donde tenemos mayor desarrollo. Cierto, pero tal vez sea mayor porque los porcentajes de mortalidad infantil, que están entre paréntesis, son mucho menores. O sea, más personas llegan a edad avanzada y, hasta donde sé, los datos que indican la protección mediante la actividad física son discutibles (MIRA, 2000). No obstante, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio implica en un conjunto complejo de relaciones estadísticas que comprenden desde mecanismos fisiológicos hasta interacciones sociales. O sea, un tema también central para la sociología y la historia del conocimiento es el de la producción o construcción de las estadísticas. En este territorio, creo que los promotores de la actividad física trabajan con relaciones estadísticas poco criticadas y toscamente analizadas.

A modo de conclusión

Los que defienden los efectos benéficos de la actividad física, basados en argumentos epidemiológicos y tal vez fisiológicos, abandonan ambos planos cuando se trata de explicar la paradoja de que la mayoría de las personas actúe contra sus intereses. Las personas

consideran la salud y la calidad de vida un valor. Reconocen que la práctica sistemática de actividad física contribuye a sus realizaciones. Con todo, la inmensa mayoría no hace actividad de forma sistemática. Más aún, contra todos los preceptos fisiológicos, juegan un intenso fútbol en un día de carne a la parrilla y cerveza helada. ¿Son locos, ignorantes, inconscientes? ¿Qué son? ¿Cómo es posible que actúen contra sus intereses en la salud y en la calidad de vida? ¿Por qué consumen drogas si saben que se destruyen a sí mismos? ¿Por qué fuman cuando saben que tendrán mayores posibilidades de cáncer y enfermedades cardiovasculares? Responder estas cuestiones significa situarse en el punto de vista del actor y desarrollar una sociología de la acción que explique las elecciones que realizamos. Una sociología que reconstituya la racionalidad de las elecciones en el presente que pueden causar males en el futuro. Aún tenemos pocos trabajos en esa dirección. Con todo, no creo que podamos avanzar si previamente no cuestionamos los supuestos a partir de los cuales elogiamos la actividad física sistemática y no esclarecemos los motivos e intereses que subyacen a la pastoral de la actividad física. Poner el foco en los actores es fundamental, no menos importante es poner el foco en los interventores.

Referencias

BECKER, H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: Press Universitaire de France, 1966.

PITTA, M.A.R. (org), *Saúde e comunicação*, Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1995.

FARINATTI, P. *Atividade física, envelhecimento e longevidade*. Porto Alegre: ULBRA, 2004.

HARRIS, M. *Good to eat: riddles of food and culture*. New York: Simon and Schuster, 1986.

LACERDA, Y. *Saúde e espiritualidade na atividade corporal*. Rio de Janeiro: UGF, 2001.

LOTUFO, P.A.; LOLIO, C.A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso de São Paulo. En: MONTEIRO, C.A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995. p.279-288.

LOVISOLO, H. *Educação física: arte da mediação*. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

LOVISOLO, H. *Saúde, educação e educação física*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000a.

LOVISOLO, H. *Atividade física, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000b.

LOVISOLO, H. *Vizinhos distantes, ciência e universidade na Argentina e no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000c.

MIRA, C. *O declínio de um paradigma: ensaio crítico sobre a relação de causalidade entre exercício físico e saúde*. Tese (Doutorado em Educação Física). Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.

PLATÓN. “Los rivales”. En: *Obras Completas*. Madrid: Aguilar, 1981.

RABINBACH, A. *The human motor*. Berkeley: University of California Press, 1990.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. Atividade física e saúde na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*, v.4 n.4, p.107-109, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. Posicionamento oficial da SBME: atividade física e saúde. *Revista Brasileira de Medicina Esportiva*, v.2, n.4, p.79-81, 1996.

SOLOMON, H.A. *O mito do exercício*. São Paulo: Summus, 1991.

STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência? ciência e poderes*. São Paulo: Edições Siciliano, 1990.

SURGEON GENERAL. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*, HHS Press Office. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

VIGARELLO, G. *O limpo e o sujo*. Lisboa: Editora Fragmentos, 1985.

WOLF, F. Pensar o animal na Antiguidade. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, v.8, p.9-38, 1998.

¿SEDENTARIO SINVERGÜENZA, SALUDABLE RESPONSABLE?: EL IMPERATIVO DE LOS RIESGOS INDIVIDUALES BAJO EL ORDEN BIOPOLÍTICO

Marcos Bagrichevsky
Luis David Castiel
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Introducción

Los discursos que asocian determinados comportamientos humanos a los llamados factores de riesgo de la salud se han fortalecido en las producciones científicas del campo biomédico desde hace ya algún tiempo (Lupton, 1995). Incluso en los últimos años ha habido una ampliación del abanico de prácticas que dichos estudios consideran insalubres y que, en cierto modo, lo delimitan las subjetividades de la vida cotidiana (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010).

El **sedentarismo** –especie de metáfora posmoderna empleada para designar indolencia, la pereza y una inaceptable falta de cuidado de sí mismo– con frecuencia figura en las investigaciones como uno de esos comportamientos que remiten a la irresponsabilidad moral de las personas (Buchanan, 2006).

Los argumentos presentados en estudios epidemiológicos acerca de la antinomia ‘sedentarismo-estilo de vida saludable’ sacan a la luz estilos de pensamiento empeñados en (el embate por) el establecimiento de regímenes de verdad cuyos intereses

en juego, como es sabido, exceden la propia arena científica (Lupton, 1999).

Ese empobrecimiento epistemológico viene siendo criticado por analistas dentro y fuera del campo epidemiológico, en función de que la epidemiología moderna se está distanciando progresivamente de las preocupaciones sanitarias colectivas y de su origen histórico, por el hecho de adoptar perspectivas de investigación más afectas al tratamiento individualista de los fenómenos (Lupton, 1997; Breilh, 1998; Krieger, 1999).

Suponiendo que el combate al sedentarismo sea realmente un objetivo plausible para las preocupaciones en salud pública, ¿cómo hacerlo sin estigmatizar a las personas clasificadas como sedentarias? La categoría ‘sedentario’ –que ha sido legitimada en los estudios relacionados con gastos calóricos mínimos por día, obtenidos a través de la actividad física voluntaria y/o recreativa– ¿sería ‘aplicable’, por ejemplo, a los obreros de la construcción civil de países del tercer mundo cuyas arduas jornadas diarias, invariablemente desprovistas de horas de ocio (por falta de condiciones financieras o por el cansancio físico proveniente del trabajo exhaustivo), inciden de modo deletéreo sobre sus cuerpos?

Si se yuxtapone a los preceptos que definen el sedentarismo, **la actividad física laboral** que ha llevado a miles de trabajadores rurales brasileños cortadores de caña de azúcar (buena parte, migrantes de regiones lejanas del país) a la muerte, en las colectas en el interior del Estado de São Paulo, región sudeste de Brasil, a cambio de remuneraciones irrisorias (Silva, 2005) ¿debería ser considerada **factor de protección** o **factor de riesgo para la salud**?

Bajo la óptica de los determinantes sociales en salud, no sólo la clasificación ‘sedentario’ se revela inapropiada, sino también la preconización de los cambios de comportamiento (estilos de vida), inferida como una especie de panacea remediadora en las investigaciones epidemiológicas que abogan la relevancia del supuesto problema. El estudio clásico de Boltanski (1971) da soporte a esa argumentación en la medida en que, según señaló ya hace décadas, las estratificaciones económicas poblacionales (distancia entre pobres y ricos) generalmente presentan una fuerte correlación con la valorización sociocultural (simbólica y material) de los usos del cuerpo y de sus arquetipos. Por tanto, bajo ese enfoque, la noción de **sedentarismo** se legitimaría, desde el punto de vista epidemiológico, a partir de la incorporación de un significativo sesgo de clase social.

La renuncia a construir con rigor filosófico conceptos centrales en las prácticas promotoras de la salud, como en el caso del sedentarismo, ha producido nociones que se limitan a las visiones del individuo aislado de su contexto cultural (Lupton, 1997) y de su potencial de interferencia en las agendas públicas. Tal vez, tales énfasis en la acción individual puedan promover mayor autonomía en la forma, aunque se muestren despolitizadoras en esencia.

Bajo esta perspectiva, parece prudente entonces relativizar la retórica superlativa que recae sobre ‘conductas’ cotidianas, tomadas como ‘insalubres’ o ‘peligrosas’ en interpretaciones epidemiológicas y puestas a la vista por los medios de comunicación de masas (Lupton y Chapman, 1995). Hay una gama extensa de trabajos que considera esa estrategia temeraria, una

vez que se ha convertido en un imperativo moralizante generador de repercusiones significativas en la vida contemporánea, que dictan modos subjetivos de conducirnos, alimentarnos y relacionarnos, e interfieren en la conformación de nuestras creencias y valores culturales históricos (Lupton, 1995; Campos et al., 2006; Buchanan, 2006).

En última instancia, estos discursos son responsables de un efecto adverso que provoca una dimensión persecutoria en los individuos ante las propuestas de promoción de la salud basadas en modelos de comportamiento adornados por la idea del estilo de vida saludable; y en estrategias que suscitan la culpabilización preventiva de aquellos que se exponen a los riesgos técnicamente pre-dimensionados (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010).

Cada vez más hacemos alarde de la libertad de opción y de elección para conducir nuestra salud y nuestras vidas, mediante la gestión de las informaciones sobre todos los riesgos estudiados, medidos y nominados. Los mensajes persuasivos de esa biopolítica sanitaria diseminados en la frontera virtual entre ciencia, medios y mercado, emergen en una era marcada por el concomitante crecimiento de desigualdades sociales y flujos de información (Poster, 1991), conformando un nuevo fenómeno económico-cultural posmoderno: el agravamiento moral del sedentarismo como pecado contemporáneo.

En consecuencia, es la fuerza retórica de la idea de 'error' o 'desvío de conducta' que conlleva perjuicios para sí mismo y para otros (por ejemplo, en lo oneroso de los sistemas de salud), que asociada al

sedentarismo nos posibilita explorar ahora algunos elementos alrededor de la cuestión nuclear de este trabajo, señalada en el título.

Racionalidad tecnocientífica y discursos anticipatorios de riesgos para la salud

Examinar los sentidos constituidos en esa lógica sanitaria –sutil y profundamente intercalada en los discursos sobre los riesgos– requiere considerar su entrelazamiento con la perspectiva emblemática vigente del predominio de la racionalidad biotecnocientífica productora de ideologías y políticas homogeneizantes, así como los efectos de los procesos de globalización que han tornado la vida colectiva más frágil, insegura y permeable a la mercantilización del cuerpo y de la propia salud (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010). Según Bauman (2011), esos aspectos vienen definiendo las bases conceptuales de los valores de la llamada condición humana.

En la actualidad, se observa la diseminación creciente de reglas prescriptivas a favor del compromiso con la (auto)disciplina y las normas de comportamiento, en pos de promover una ‘buena salud’, sin que necesariamente percibamos, en la misma medida, la emergencia de discusiones acerca de lo que eso significa.

En tiempos de un capitalismo neoliberal voraz, es necesario recordar que ciencia y tecnología representan signos emblemáticos en las llamadas sociedades globalizadas (Castells, 2000; Bauman, 2011) justamente porque se tornaron poderosas fuerzas

estratégicas, responsables por el desencadenamiento de grandes transformaciones en la salud, en el ambiente físico y en las diversas esferas macro y micro-políticas de la vida en colectividad.

Por esta razón, los analistas sociales –dentro y fuera del campo de las ciencias de la salud– consideran preocupante el crecimiento exponencial del **discurso de prevención-anticipación de riesgos** que ha impregnado la orientación de muchas áreas de investigación, como por ejemplo, la epidemiología genética y las biomedicinas moleculares (Lewontin, 1993).

Diferentes corrientes académicas vienen buscando defender (según argumentaciones propias, hechas públicas por los *mass media*) caminos y procedimientos para evitar riesgos en la salud de los individuos. Proliferan las promesas de reducción de incertidumbres y riesgos a través de la eficacia de procesos de cura (terapias) a escala poblacional, agrupados en torno de la defensa incondicional de un discurso tecnicista que, aunque nos parezca unívoco, ha revelado ambivalencias (Lewontin, 1993; Lupton, 1997; Lupton, 1999).

De manera general, tales promesas no han tenido en cuenta las imposiciones socio-políticas, culturales y económicas de fenómenos complejos que se replican en terrenos que escapan a su dominio. En verdad, hay en curso una vasta disseminación de una serie de soluciones simplistas para cuestiones complejas como el cuidado de la salud. En la atiborrada producción y exposición de esas ofertas a la sociedad, es fácil entrever indicios de una orientación reduccionista gobernada por intereses ideológicos y de mercado (Sfez, 1994; Bauman, 2011).

Diferentes observadores (Lewontin, 1993; Sfez, 1994; Lupton, 1995; Castiel y Álvarez-Dardet, 2010) resaltan que las supuestas garantías retóricas proyectadas por esa racionalidad preventivista no se traducen obligatoriamente en tranquilidad, certeza o eficacia, ni proporcionan formas más adecuadas para lidiar contextualmente con las cuestiones de la salud en lo cotidiano. Por el contrario, al percibir las numerosas particularidades constituyentes del hombre contemporáneo, producen discursos reduccionistas generadores de angustia, ansiedad y sufrimiento (Lupton, 1995; Lupton y Chapman, 1995).

Tales repercusiones cobran un sentido especial en el proceso salud/enfermedad/cuidado, si lo asumimos como expresión de los modos posibles de gestionar (y hasta resistir) deseos y expectativas que se nos presentan en la actualidad, como imperativos inalcanzables de un mundo contradictorio. Por un lado, este carácter paradójico habla de la profusión de estímulos de todo orden dirigidos al consumo desenfrenado y en masa. Por el otro lado, evidencia una parte sustancial de la población de la llamada ‘aldea global’ continúa empobrecida y al margen de políticas sociales dignas (Bauman, 2011).

Así, es en esos ambientes concretos de lo cotidiano –espacios de redes socio-históricas en los cuales estamos sumergidos– donde emergen ‘verdades’ singulares, muchas veces intransferibles o poco afectas a generalizaciones científicas. Singularidades que pueden ser diluidas o incluso aniquiladas por hiatos (a veces, abisales) entre lo que se presupone en el plano de los discursos anticipatorios sobre el riesgo, ofertados a gran escala, y lo que ocurre puntualmente en el

mundo posible de aquellos a quienes esos mensajes están dirigidos (Lupton, 1993).

Sin embargo, esta apreciación crítica no invalida ni niega la necesidad de considerar e incluir saberes epidemiológicos y clínicos y prácticas científicas innovadoras en los diferentes campos profesionales que actúan en salud pública, toda vez que tienen una importancia y una utilidad notorias, hace mucho tiempo reconocidas. Sería incoherente hacerlo.

Considerando la argumentación hasta aquí reunida, buscamos entonces señalar la insuficiencia de los fundamentos regentes de lo que llamaremos **protocolos discursivos diagnóstico-preventivos**: dirigidos a los individuos o a los colectivos, con pretensiones universalizadoras, han guiado las formas hegemónicas de pensar y de intervenir sobre el proceso salud/enfermedad/cuidado.

Tales estrategias pueden suscitar, de manera indeseada y ambigua, efectos colaterales iatrogénicos en diferentes perspectivas, conforme apuntan algunos estudios (Illich, 1982; Lupton y Chapman, 1995; Barreto, 2006). Esos discursos, por regla, no abarcan los (muchos) contextos desiguales de cada realidad poblacional para los cuales son difundidos sus preceptos básicos. Hay una vasta literatura que viene identificando en ellos lagunas e inconsistencias en relación con tal normalización impositiva (Lupton, 1993; Canclini, 1995; Campos et al., 2006).

Es importante dejar claro que la expresión ‘protocolos discursivos diagnóstico-preventivos’ es aquí comprendida como acciones/técnicas/estrategias retóricas que, tomando como base la racionalidad científica técnico-instrumental, han buscado: estandarizar

una síntesis universal de fenómenos biológicos y socioculturales, encogiendo sus matices diferenciadores (**protocolo**) a través de descripciones genéricas de determinado contexto procesual (**diagnóstico**), para en seguida proponer ‘soluciones’ que supuestamente evitarían o anticiparían un determinado problema (**prevención**).

Es en esa perspectiva donde se conforman los discursos anticipatorios de riesgos para la salud. Son constituidos y diseminados por diferentes actores sociales y medios de comunicación, formando una amplia red de microdecisiones productora de ideologías (Lewontin, 1993; Lupton, 1993; Castells, 2000). Red en la cual se posicionan, con distintos poderes decisivos e intereses, las instituciones, los sujetos y sus (inter)subjetividades. Los **discursos sobre riesgos para la salud**, con vistas a receptores imaginados, son engendrados justamente en ese ambiente interactivo de fuerzas en desequilibrio.

Existe una hipótesis de que la noción de riesgo viene sustituyendo la idea de norma social, como forma predominante en la cultura occidental para pensar el poder sobre la acción humana (Lupton, 1993). El concepto de riesgo prevalece en esta sociedad posmoderna (y profundamente desigual), en la cual hay un pequeño margen de autonomía individual en relación con la elección (posible) de estilos de vida. Se trata, pues, de la molecularización de dispositivos de control sobre los individuos que se volvieron más adecuados a las relaciones de fuerzas y modos de la organización societaria vigente, por sus sutilezas persuasivas y permeables, capilarizadas, casi invisibles (Deleuze, 1990; Coveney, 1998).

La pretensión de estas preconizaciones retóricas para conducir a las personas a estilos de vida idealizados como saludables sólo puede ser avalada, de hecho, en el momento de hacer efectivas sus premisas: ‘cuando’, ‘donde’ y ‘si’ fueran alcanzadas. Por la relevancia que han asumido en la agenda de cuestiones públicas, los discursos sanitarios tecnocientíficos moldeados por relaciones de saber/poder (Lewontin, 1993; Lupton, 1995; Lupton y Chapman, 1995) pasaron a ejercer la fuerza de referentes simbólicos en la construcción de identidades y relaciones sociales, sistemas de conocimiento y de valores societarios (Foucault, 1981; Fairclough, 1998).

Considerando que tales discursividades vienen constituyendo modos de pensar y de actuar que interfieren en diferentes esferas de la vida humana, se hace necesario no sólo situarlas en los contextos históricos concretos de su elaboración –de forma de analizar más detenidamente su lógica articuladora, compleja e influyente–, sino también investigar cómo se mueven los distintos sujetos en estos modos de producción y circulación. Cabe igualmente identificar las razones por las cuales se legitiman, son negadas, rehechas o asumen nuevos sentidos, en los espacios en los que aparecen.

Los discursos sobre riesgos para la salud son constructos de carácter normativo y están inapelablemente vinculados a diferentes intereses. Se constituyen, de modo explícito o no, a partir de definiciones de lo que es ser humano, del tipo de sociedad que se anhela y las maneras de alcanzarla (Robertson, 2001).

También en el interior de esta política retórica se está legitimando una especie de redefinición del sentido de normalidad de la condición humana, una

nueva dinámica de biopoder ligado a la lógica del consumo en el mercado capitalista globalizado, en la cual las enfermedades son recontextualizadas como un error en nuestro código genético que necesitaría ser corregido, para reactivar la salud del cuerpo y del alma –tanto individuales como sociales. En esta óptica, no sería más necesario localizar un origen patológico para los síntomas; bastaría apenas comparar su distancia en relación con el patrón normal, esto es, calcular los riesgos.

La búsqueda exhaustiva de descripciones etiológicas de fenómenos orgánicos –como aquella operada por el proyecto Genoma (Sfez, 1994), entre otros– no busca solamente ampliar la capacidad de comprensión sobre el proceso salud/enfermedad de las poblaciones. Posee, en la misma medida, un carácter de iniciación en la verdad de las cosas (Foucault, 1981), que divide el mundo entre los que saben (los especialistas) y los que no saben (la población ignorante). En la perspectiva de emergencia de esta economía de verdad, el concepto de riesgo surge como una categoría de ‘pre-enfermedad’, obviamente, pasible de intervención por los *experts* (Phillips y Ilcan, 2007).

Diferentes autores (Sfez, 1994; Petersen y Lupton, 2000; Robertson, 2001) destacan críticamente la visible profusión de discursos sobre riesgos con fines culpabilizantes en varias estrategias institucionales para promover la salud de los individuos, de las comunidades, del planeta. Y a pesar de que los mensajes están, en tesis, ligados a la prevención de agravios sanitarios, se argumenta que no siempre se observan efectos significativos en la reducción de los problemas que se proponen sanar.

No obstante, el deseo (loable, sea dicho de paso) de implementar acciones e ideas para minimizar cuestiones emblemáticas en salud pública (por ejemplo, enfermedades como la tuberculosis, que [re]emergen en función de los cuadros de inequidad socioeconómica en países periféricos de América Latina), varios han sido los análisis que identifican en este movimiento de campaña una creencia conservadora, con fuerte trazo moralizante y estrechas ligaciones con el mercado.

Actividad física, antisedentarismo y capital corporal: simbiosis discursiva en la cruzada por la (des)moralización de comportamientos (in) salubres

328

Más recientemente, algunas políticas de salud en Brasil situadas dentro de esta concepción neo-higienista han divulgado la idea de utilizar/prescribir prácticas sistematizadas de actividad física (AF) como forma alternativa de combate a la morbi-mortalidad de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas, pero principalmente como dispositivo discursivo para exorcizar el pecado contemporáneo del hombre moderno llamado sedentarismo (Bagrichevsky y Santos, 2018). Los argumentos de esta cruzada saludable antisedentarismo se apoyan, sobre todo, en las teorías etiológicas del estilo de vida y en los resultados estadísticos producidos por las investigaciones epidemiológicas.

En este contexto, el sentido de las prácticas corporales vinculado a la identidad cultural aglutinadora de grupos y personas, a la dimensión lúdica y al placer

que pueden proporcionar a cada uno de ellos, viene perdiendo espacio en la vida contemporánea. Cabe afirmar, sin embargo, que en la óptica presente en algunas agendas de gobierno, la inclusión de (programas de) AF como acción de política pública aparece como ‘remedio amargo’, pero necesario, para combatir males y agravios (Bagrichevsky y Santos, 2018) que, conforme anuncian los discursos oficiales, contabilizan gastos inaceptables para las arcas públicas. Hay una clara tentativa de establecer un convencimiento argumentativo por medio de inferencias causales reduccionistas, anclado *a priori* en una lógica económica que, curiosamente, sobrepone y antecede las propias preocupaciones por la salud de la población.

Nos parece prudente hacer aquí otra excepción. Es necesario dejar claro que no se están negando los ya conocidos beneficios que la práctica de la AF puede proporcionar al organismo, siempre que, obviamente, sea conducida respetando los límites individuales de las personas y los contextos en los cuales puede ser realizada. Lejos de esto, la cuestión central que se reclama es la expropiación de los valores y significados de las prácticas de la cultura corporal en la actualidad, que pasaron a poblar el imaginario social de nuestras colectividades, atravesados por una perspectiva impositiva, medicalizadora, culpabilizante, agenciadora del contingente de gastos calóricos para evitar riesgos para la salud (Lupton, 1995; Bagrichevsky y Santos, 2018).

En la evidente tentativa de refrendar estratégicamente la noción de sedentarismo como uno de los tantos comportamientos de riesgo, universalizándola entre nosotros como una verdad científica

incontestable, buena parte de los estudios biomédicos han diseminado la percepción de que la disminución de la práctica de actividad física diaria de las personas debería ser considerada uno de esos comportamientos dañinos para la salud.

Es curioso notar inclusive que, hasta poco tiempo después del período de la Revolución Industrial, sedentario era un término empleado como antónimo de nómada (personas o grupos que no fijaban una residencia, hecho que para tal movimiento no era importante, pues éstos no podían ser encuadrados por el nuevo orden económico de la época que comenzaba a ser establecido con la emergencia del modelo de las ciudades industriales occidentalizadas). La connotación que el término comporta hoy puede ser considerada una apropiación lingüística neohigienista, con fines culpabilizantes. En esta óptica, sedentario es alguien que puede ser responsabilizado por su descuido en cuanto a su propia apariencia física y su salud; que constantemente está en falta con el rigor prescriptivo de los comportamientos saludables, entre los cuales está incluida la práctica de actividades físicas, tomada como afirmación individual de buen carácter.

Le Breton (2003) confirma el hecho de que tales interpretaciones son atribuciones moralistas de la sociedad que ha sido incompetente en su función antropológica de orientación de la existencia humana, en la cual los límites y valores culturales colectivos perdieron su legitimidad y todo se ha ido tornando provisorio. Bajo este panorama, el autor subraya la contradictoria emergencia de las prácticas asociadas al riesgo-aventura y a los deportes-radicales, que guardan una lógica inversa a aquella que categoriza el cuerpo sedentario

como indolente, pasivo. Distinguido por la firmeza de carácter y rectitud moral, el sujeto (físicamente) 'activo' exhibiría una marca valorativa en el acto de arriesgar voluntariamente su propia integridad y salud, al sabor de intemperies ambientales extremas, a costa del sufrimiento y de los límites orgánicos del cuerpo, para demostrar una capacidad íntima de mirar a la muerte de frente sin flaquear.

Por otro lado, parte de la ampliación de este panorama problemático que encarcela al sedentario en su propia negatividad existencial, puede ser atribuida a la difusión de mensajes mediáticos que insinúan la obtención de salud a través del consumo de productos (alimentos dietéticos, pomadas, equipamientos, remedios, etcétera) y servicios (gimnasios, tratamientos y cirugías estéticas...) de todo orden, disponibles en el mercado. Se utiliza para eso un bombardeo informativo-publicitario con persuasivas estrategias psíquicas, afectivas y morales. Se trata de la manera de mostrar y hablar de un cuerpo otro, distintamente vivido, investido, por los más diversos medios de control, incorporado por diferentes ritmos de producción y consumo, de placer y de dolor (Markula y Pringle, 2006).

La exacerbación de los cuidados de sí en el plano de la salud individual/privada, la proliferación de una ética volátil de la belleza occidentalizada y de los predicados corporales, delineados por el gusto estético conceptual contemporáneo, se ha ido convirtiendo cada vez más en un imperativo público y, en consecuencia, en una preocupación central en la vida de un número creciente de personas (Markula y Pringle, 2006; Bagrichevsky y

Santos, 2018). La inversión en el individualismo es una de las cuestiones ético-políticas recurrentes en la discusión sobre lo que nos separa de la modernidad.

Vale recordar que muchas personas han estado dispuestas a someterse a sufrimientos y sacrificios en medio de ese patrón de discursividad, para ganar longevidad, reparar imperfecciones estéticas, despistar a las marcas del tiempo sobre sus cuerpos y, en última instancia, intentar evitar la muerte (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010). Muy a pesar de esto, se expongan invariablemente, sin previo esclarecimiento de que pueden sucumbir a graves problemas de salud (y, algunas veces, hasta morir), en las tentativas de alcanzar cambios corporales, rutinariamente incitadas y naturalizadas por diferentes estrategias mediáticas, impulsadas por la industria de la estética y del *fitness* (Markula y Pringle, 2006).

Constituyen ejemplos de gran resonancia sugestivos de estos modos iatrogénicos de lidiar con el cuerpo y la salud (que se han hecho públicos recientemente) la susceptibilidad entre los jóvenes a los efectos deletéreos del uso masivo de esteroides anabólicos e inhibidores del apetito y de la ampliación de ocurrencias clínicas como *shocks* anafilácticos, comas y paros cardíacos durante cirugías de lipoaspiración, en función del crecimiento exponencial de este tipo de intervención (Markula y Pringle, 2006).

Sin embargo, no se trata aquí de proponer un análisis maniqueísta sobre las decisiones acerca de disfrutar o no del ejercicio saludable de la libertad en relación con la propia salud, sino de enfatizar la necesidad de reexaminar las normas universales prescriptivas, imbricadas en los discursos hegemónicos

sobre sedentarismo, AF y estilo de vida saludable. Es fundamental problematizar los lugares discursivos de donde parten y sus redes de intereses, que al ganar visibilidad se convierten en referencias atractivas para determinados grupos de receptores imaginados.

Cabe también considerar que otras referencias sociodiscursivas son, de cierto modo, marginadas o descartadas en la gran circulación de los vehículos comunicacionales, cuando podrían representar alternativas más adecuadas para señalar el camino de las elecciones personales y colectivas en cuanto a los modos de vivir y de lidiar con la propia salud. Sin duda, este juego desigual de tensiones en disputa interfiere subjetivamente en las decisiones acerca de lo que (y cuánto) comemos; si debemos fumar o no, ingerir bebidas alcohólicas, hacer ejercicio físico, entre otras prácticas cotidianas. Es urgente, pues, reflexionar acerca de qué tipo de vida está siendo construida por estas alertas sobre los peligros (riesgos) que, supuestamente, estarían al acecho en nuestros hábitos y que podrían concretizarse en un futuro remoto.

No obstante, es bien sabido que tales fronteras éticas han tropezado con las bases movedizas, débiles, del mundo globalizado contemporáneo. Lupton (1995), inclusive, advierte que el precio pagado por la eventual defensa de una postura de resistencia ante los dictámenes imperativos de la salud, puede ser mayúsculo, llevando muchas veces a la estigmatización social de las personas y a la fragilización de los lazos identitarios entre pares, en variados espacios de la vida diaria: de las relaciones de trabajo hasta aquellas del mundo afectivo.

Consideraciones finales: la difusión del estilo de vida saludable como dispositivo biopolítico en el campo sanitario

Diversos trabajos han demostrado preocupaciones respecto de la orientación disciplinadora de la ‘preceptiva de la vida saludable’ (Markula y Pringle, 2006; Petersen, 2007; Castiel y Álvarez-Dardet, 2010). Tal orientación, guiada por un ideal de constitución física, se muestra cada vez más cercada por implicaciones de esencia moral: a lo ‘**sin-vergüenza**’ **del sedentarismo** se debe anteponer la virtuosa opción por un comportamiento saludable socialmente idealizado.

En la actualidad, ‘ser saludable’ dejó de significar un modo simbólico a través del cual las personas buscarían alcanzar el bien estar y se convirtió en la propia finalidad de nuestra existencia, una meta persecutoria anhelada cueste lo que cueste (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010). Imbricadas en esa dimensión retórica, expresiones como ‘estilo de vida saludable’ y ‘sedentarismo’ (comportamiento de riesgo), con frecuencia asumen los respectivos sentidos de una identidad ‘normal’ y ‘patológica’ (Canguilhem, 1991), sujetándonos cada vez más por medio de esas prácticas discursivas (Foucault, 1977).

Como opina Foucault (1978), la vida biológica es un evento político cuyo control se ha mostrado fundamental para las relaciones hegemónicas entre Estado y población, ya que a través del ejercicio de las técnicas de poder sobre el cuerpo individual (reglamentación de normas y disciplinas de comportamiento) se puede llegar al control del cuerpo social.

Vistas bajo esta perspectiva, las estrategias de educación en salud y promoción de la salud que enfatizan los cambios de comportamiento (Coveney, 1998; Markula y Pringle, 2006) pueden representar contribuciones sin igual para el ejercicio del biopoder, porque implican disciplina y normas de conducta que tienen por objetivo promover una ‘buena salud’ e interferir en las elecciones individuales, informando sobre cómo alcanzar los ‘estilos de vida saludables’.

La sociedad contemporánea, atravesada por la información digital de inspiración inmaterial (Castells, 2000) sitúa los atributos biológicos de nuestra herencia genética (ADN) justamente en la intersección entre cuerpo individual y cuerpo de la especie (Lewontin, 1993), como un objetivo privilegiado tanto de las biopolíticas que convergen sobre la población humana, como de las tecnologías específicas de modelaje subjetivo.

Estas son preocupaciones analíticas que permean un espectro de gran envergadura en investigaciones afines a las temáticas de la salud (Lupton, 1995; Markula y Pringle, 2006; Bagrichevsky y Santos, 2018). Tal dimensión problematizadora puede suscitar maneras potencialmente promisorias de comprender un intrincado cuadro normativo de acciones científico-rationales que han: (i) instituido retóricas, posturas y estrategias (también) en el campo sanitario; (ii) subsidiado la formulación de políticas públicas; e (iii) impulsado (in)directamente el lucro de grandes conglomerados transnacionales del complejo médico industrial y del mercado de la cosmética, la moda, el *fitness* y el entretenimiento, moviendo cifras inimaginables.

A despecho del prestigio que goza junto a las instancias oficiales de ciencia y tecnología, el tema de la **biopolítica informacional en salud** (Deleuze, 1990; Poster, 1991) merece atención por sus densas y preocupantes implicaciones en la vida humana, en este inicio del siglo XXI.

La maraña de estas singularidades posibles de ser exploradas y reinterpretadas a la luz de la aparente polaridad entre preconización del estilo de vida saludable y la demonización del sedentarismo (y del sedentario) fue la mayor cuestión que nos impelió a situarla como problemática relevante en el presente texto. Sobre todo, teniendo en cuenta el contexto social en que estamos insertos, en el cual grandes velocidades de diseminación de nuevos protocolos discursivos y de uso de las informaciones en salud viene imponiendo renovables y mutantes modelos tecnológicos como la *internet*, cuyos contenidos, muchas veces, aportan formas acrílicas y banalizadas de interpretar acontecimientos expresivos de nuestras vidas.

El alcance y la complejidad de estas cuestiones, que implican innumerables esferas societarias, exigen rever con urgencia los fundamentos epistemológicos, políticos y éticos vigentes de los procesos comunicacionales en salud pública. Por la importancia del tema, también los estudiosos de los medios vienen haciendo esfuerzos para construir una gramática crítica del exceso, de la espectacularización y de la fabricación de imágenes y narrativas que atraviesen este campo (Lupton y Chapman, 1995; Castells, 2000).

García-Canclini (1995) ratifica esa preocupación al afirmar con ironía que nos encontramos hoy en la “sociedad del desconocimiento”, marcada por la acumulación de informaciones efímeras y poco importantes que han ocupado el papel de la comunicación pública, inclusive en la dimensión sanitaria. Análisis de esta naturaleza sugieren, a instancias de la gestión de políticas públicas, indicios para reexaminar los procesos de construcción y diseminación de mensajes falaces, que alcanzan perversamente la convivencia en colectividad y nos distancian de un cotidiano cultural de la salud más humanizado.

Fuertemente entrelazada con esas producciones subjetivas, la aversión a los llamados comportamientos de riesgo para la salud, entre los cuales figura el sedentarismo, se constituye cada vez más en la obligación moral predominante articulada con la *expertise* controladora tecnocientífica. Tal panorama alimenta el ambiente de hipervigilancia y de sospecha que sobra vigor en varios niveles y aspectos de la vida actual (Van Loon, 2002).

A pesar de la ampliación de propuestas que circulan en los medios de comunicación e información acerca de estilos de vida modelo, aún hay líneas de fuga (Deleuze y Guattari, 1987) en la disputa por la salud que pueden tomar formas más compatibles con las referencias de la historia de nuestras vidas, y en conformidad con otro *ethos*. Porque hay tantos modos posibles de ser saludable como de ser humano.

Referencias

BAGRICHEVSKY, M; SANTOS, D.S. “Shameless” sedentarism: individual responsibility for health?. *Psychology*, v. 9, n. 4, p. 760-772, 2018.

BARRETO, M.L. Health technologies and the fine balance between risks and benefits. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 397-399, 2006.

BAUMAN, Z. *Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global*. Madrid: Fondo de Cultura Economica, 2011.

BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, v. 1, p. 205-233, 1971.

BREILH, J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, p. 207-233, 1998.

BUCHANAN, D. Moral reasoning as a model for health promotion. *Social Science and Medicine*, v. 63, p. 2715-26, 2006.

CAMPOS, P.; SAGUY, A.; ERNSBERGUER, P.; OLIVER, E.; GAESSER, G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?. *International Journal of Epidemiology*, v. 35, p. 55-60, 2006.

CANGUILHEM, G. *The normal and the pathological*. New York: Zone Books; 1991.

CASTELLS, M. *The rise of the network society. The age of information: economy, society and culture – vol. 1*. Oxford: Blackwell Publishers; 2000.

CASTIEL, L.D; ALVAREZ-DARDET, C. *La salud persecutória: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

COVENEY, J. The government and ethics of promotion health: the importance of Michel Foucault. *Health Education Research*, v. 13, p. 459-468, 1998.

DELEUZE, G. *Postscript on the societies of control*. Pouparlets: Columbia University Press; 1990.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *The thousand plateaus: capitalism and schizophrenia*. Minneapolis: Minnesota Press; 1987.

FAIRCLOUGH, N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press; 1998.

FOUCAULT, M. *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Random House; 1977.

FOUCAULT, M. *History of sexuality I: the will to know*. New York: Random House; 1978.

FOUCAULT, M. *The order of discourse*. London: Routledge; 1981.

GARCÍA-CANCLINI, N. *Hybrid cultures: strategies for entering and leaving modernity*. Minneapolis: Uni Minnesota Press; 1995.

ILLICH, I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon; 1982.

KRIEGER, N. Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science. *American Journal of Public Health*, v. 89, p. 1151-1153, 1999.

LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.

LEWONTIN, R.C. *Biology as ideology: doctrine of dna*. New York: Harper-Collins Publishers; 1993.

LUPTON, D. Epidemiology as a sociocultural practice. *Critical Public Health*, v. 7, p. 28-37, 1997.

LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, v. 23, p. 425-435, 1993.

LUPTON, D. *Risk*. London: Routledge; 1999.

LUPTON, D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage; 1995.

LUPTON, D; CHAPMAN, S. A healthy lifestyle might be the death of you: discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay people. *Sociology of Health Illness*, v. 17, p. 477-494, 1995.

MARKULA, P.; PRINGLE, R. *Foucault, sport and exercise*. New York: Routledge; 2006.

PETERSEN, A. *The body in question*. New York: Routledge; 2007.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage; 2000.

PHILLIPS, L.; ILCAN, S. Responsible expertise. *Critical Anthropology*, v. 27, p. 103-126, 2007.

POSTER, M. *The mode of information: poststructuralism and context*. Chicago: Chicago University Press; 1991.

ROBERTSON, A. Biotechnology, political rationality and discourses on health. *Health*, v. 59, p. 293-309, 2001.

SFEZ, L. *La sante parfaite: critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Seuil; 1994.

SILVA, M.A.M. Trabalho e trabalhadores na região do “mar de cana e do rio de álcool”. *Agrária*, v. 2, p. 2-39, 2005.

VAN LOON, J. *Risk and technological culture: towards a sociology of virulence*. London: Routledge; 2002.

IMÁGENES DEL CUERPO EN RIESGO¹

Marina Guzzo

El aire es materia pobre. En compensación, sin embargo, con el aire tendremos una gran ventaja, referente a la imaginación dinámica. En efecto, con el aire el movimiento supera la substancia. No hay substancia salvo cuando hay movimiento
(Bachelard, 2001)

Acrobacia

Las acrobacias pueden ser ejecutadas en el suelo, en el aire o en un aparato específico. La palabra acróbata viene del griego *akrobate*, que significa “*aquel que anda de puntillas*”. La acrobacia es el juego de rellenar el espacio con el cuerpo humano, lo que ocurre a partir de la medida de distancias, de pesos, de límites. Es anterior al surgimiento del circo moderno y aparece ya en jarrones griegos, porcelanas chinas y otros objetos representativos de la antigüedad (Starobinski *apud* Dufrêne, 1997).

El acróbata trabaja con los límites del cuerpo: límites de fuerza, de equilibrio, de potencia, de libertad (Soares, 2001). Límite también de riesgo y de seguridad. El cuerpo del acróbata sostiene el riesgo

¹ Este texto fue escrito a partir de la investigación realizada entre 2002 y 2004, que resultó en la disertación de maestría titulada “Riesgo como estética, cuerpo como espectáculo”, defendida en el Programa de Posgrado en Psicología Social de la PUC-SP, bajo orientación de la Prof. Dra. Mary Jane Spink.

de osar desafiar los límites de la condición humana. Sin embargo, las prácticas son definidas y esculpidas con disciplina y mucho entrenamiento. Nada ocurre por casualidad: los gestos son precisos y seguros. La acrobacia es entrenada, planeada para ser vista, para ser deseada por el público. Es para éste que aquella se transforma en riesgo y en algo inusitado. El acróbata ya sabe todo lo que le ocurrirá, es un artista que domina y coloniza su futuro, pues un movimiento más fuerte o más débil puede enviarlo al piso. El riesgo de la acrobacia no está solamente en la altura a la que es realizada o en su fuerza, o en su belleza. El riesgo reside justamente en la ejecución perfecta de todos esos elementos. El ritmo y el tiempo son esenciales para la seguridad de quien la ejecuta y son, al mismo tiempo, esenciales para que el público se de cuenta del riesgo.

En el suelo, las acrobacias desempeñan un importante papel de fuerza y de destreza muscular. Un ejemplo de esas prácticas es el número de “mano con mano” (entre dúos, tríos o más personas) y los ejercicios olímpicos. En las acrobacias de suelo existe la figura del *porteur*, que es quien sostiene o soporta el peso de otro que ejecutará movimientos con equilibrio. El *volante* es el que sube, el que está encima, el peso viviente y consciente del movimiento. Según Sebastian Gàsh² esta es una forma pura de atletismo circense que incluye las llamadas poses plásticas, en las que los artistas, con sus cuerpos definidos y plateados con brillantina, componen bellas figuras.



FIGURA 1 - “Mazurca fogo” de Pina Bausch, s/d. Fotografiada por M. Vanden Abeele.



FIGURA 2 - “Mireilly”, Fotografía de François Tuefferd, 1942.

Aparatos Aéreos

Las prácticas corporales en el aire constituyen un tipo de transgresión de los límites del cuerpo. Ellas siempre existieron para entretener, encantar y generar belleza. El mito del hombre que vuela, desde Ícaro, representa la materialización de la transcendencia humana en relación a las fuerzas del mundo natural, de la física, de la gravedad. Aquel que vuela sugiere la potencia de un hombre superior, dotado de habilidades mayores y más posibilidades de acción, visión y experimentación.

El circo también posee el objetivo de entretener, de encantar y de generar belleza, sobre todo con el cuerpo como centro, como espectáculo. En el siglo XIX parece haber existido un esfuerzo por parte de las artes circenses para incluir las modalidades aéreas de acrobacia. En contraposición al teatro, los espectáculos eran hechos para el verano y no para el invierno. En el verano las personas salían más de casa, vestían ropas más livianas, se quedaban despiertas hasta más tarde y acostumbraban ir al circo. Las modalidades acrobáticas hacían referencia a metáforas sobre el aire y sobre vuelos y se relacionaban prioritariamente con los equilibristas, trapevistas y con acrobacias ecuestres que, a pesar de ocurrir en el piso, debido a los movimientos circulares constantes y del acróbata encima del caballo, daban una idea de algo leve y aéreo.

El primer número de trapecio de vuelo revolucionó la forma de los espectáculos circenses. Jules Leotárd se presentó en el Cirque d'Hiver, en París en 1859, a la edad de 21 años, impactó e hizo brillar los

ojos de los espectadores como describe un diario de la época: “*un pájaro tropical que saltaba de rama en rama y dejaba en los ojos deslumbrados de los espectadores una impresión brillante pero confusa de sus plumas iluminadas*”³.

En 1868, el diario de espectáculos de Nueva York, *The New York Clipper*, escribiendo sobre ese acróbata, propuso el siguiente contraste: “*columpiándose en el aire de adelante para atrás, liviano como un pájaro y con un esqueleto de acero que lo carga*”.⁴ Esa imagen de Leotárd como un deslumbrante pájaro resultaba de la técnica de la acrobacia, que envolvía el despegue desde un trapecio antes que él llegase al punto más bajo de su balanceo y, desde ese punto, parecía volar y girar hasta alcanzar el segundo trapecio que era enviado en dirección a él. Otros artistas habían intentado amarrar sus trapecios a globos y alcanzaban alturas enormes y fatales, según Speaight (1980).

Esa asociación de la imagen del trapecista con un pájaro inmediatamente cautivó al público y a los artistas circenses, teniendo implicaciones directas para artistas que practicaban el aparato. El vuelo sólo era posible por la gran habilidad gimnástica, por la fuerza física del artista y, sobre todo, por la

³ “*tropical bird leaping from branch to branch and leaving in the dazzled eyes of the spectators a brilliant but confuses impression of its bright plumage*”. G. Speaight. *A history of circus* (London, Tantivy Press 1980. p. 73). Traducción mía.

⁴ “*swaying through the air backwards and forwards...las light las a bird with the iron frame which carried him.*” 7 de Noviembre de 1868. *New York Clipper*. Traducción mía.

mezcla de agilidad y ligereza. En ese número, la fuerza parecía ser vencida por la belleza y, rápidamente, el trapecio pasó a ser considerado una práctica femenina.

La tensión entre la belleza y la fuerza empleada en ese tipo de ejercicio debería causar la impresión de que el artista no está haciendo fuerza para moverse o para realizar las acrobacias.



FIGURA 3 – “Jules Léotard”, 1860.⁵



FIGURA 4 - “Jules Léotard et la course aux trapèzes”, 1860.⁶

Manual del artista circense

En 1890, Hughes Le Roux y Jules Garnier publicaron un “manual” para números circenses, llamado “*Acrobats and Mountebanks*”. El libro consistía en una serie de descripciones de las formas apropiadas para presentar y ensayar un número, incluyendo recetas de éxito y de encantamiento para el público, reglas de seguridad para el artista e los ingredientes para la composición de un número perfecto. El capítulo sobre el equilibrismo advertía y comparaba la gimnasia con el circo:

Los equilibristas son los acróbatas más artísticos, los verdaderos Olímpicos. El gimnasta excita nuestra admiración por el desarrollo de su tórax y sus costillas y por su confianza épica en sus músculos. El equilibrista no necesita el mismo esfuerzo en su trabajo. La belleza de su performance está en la delicadeza, en la variedad, en la facilidad y en la gracia de los movimientos del artista y en el valor que mujeres tienen como equilibristas, pues los hombres no consiguen conciliar la supresión de su

fuerza con sus hazañas y por eso quedan en segundo lugar como equilibristas. Ellos prefieren ramos especiales del arte y son generalmente ilusionistas, ciclistas ⁷

Tal afirmación entra en contradicción con el peligro y la dificultad atribuida al trapecio como práctica corporal y los propios autores del manual concuerdan en que los trapecistas hacen acciones olímpicas. La femineidad atribuida al número viene de un privilegio estético y no de la fuerza o del peligro. El cuerpo del hombre es visto como gimnasta y poseedor de fuerza muscular y “confianza épica en los músculos”, mientras que el de la mujer está unido a la delicadeza, variedad, facilidad y gracia, mismo al ejecutar los ejercicios aéreos de gran dificultad. La fuerza del cuerpo de la mujer parece no existir. Ella parece conseguir sus hazañas por otras habilidades diferentes a la fuerza.

El manual además habla sobre la participación femenina como las bailarinas de cuerdas:

⁷ “The equilibrists are the most artistic acrobats, the true Olympians. The gymnast excites our admiration by the development of his thorax and limbs, and the epic relief of his muscles. The equilibrist does not require the same effort in his work. The beauty of the performance lies in the delicacy, variety, facility, and grace of the artist’s movements, and on this account woman excels equilibrists, for men cannot reconcile themselves to the suppression of their strengths in the feats they achieve, and therefore take a second rank in equilibrium. They prefer special branches of the art and are usually jugglers, bicyclists” (Le Roux y Garnier, 1890, p. 210. - Traducción mía).

El amor destruye el centro de gravedad de las danzadoras de la cuerda y como una regla, las equilibristas, o sea, las verdaderas artistas [...]. No es sólo una cuestión de aversión a los peligros de la maternidad, que acaba con la carrera artística de una equilibrista, mas también es verdad que aquellas que están particularmente en este punto pueden disfrutar la performance de una equilibrista sin sentir ninguna incomodidad en relación a su vida privada⁸.

Existe en esa idea a metáfora del cuerpo femenino acróbata que es intocado, consagrado y virginal. Eso contribuye a la imagen de la transgresión de la artista que, además de romper una frontera social, rompe las fronteras de su propio cuerpo. El cuerpo femenino, que es el lugar de la maternidad, de la seguridad, de la quietud, está colgado a ocho metros de altura, invertido, ejecutando acrobacias de gran dificultad hasta para los hombres.

Le Roux y Garnier declaran que las mujeres predominan en los ejercicios aéreos, en performances de trapecios fijos y que aumentan considerablemente en número, en las compañías de trapecio volante, a partir de 1850.

Esas presentaciones eran generalmente realizadas en teatros y no en circos. La primera mujer a ser

⁸ *“love destroys the center of gravity of tighope dancers, and as a rule, equilibrists, that is to say the true artists...might rank with the roman vestal...it is not just a question of averting the danger el maternity, which ends the artistic career of an equilibrist but is also so that those who are particular on this points can enjoy the performance of an equilibrist without any uneasiness about her private life...”* Traducción mía. (Le Roux y Garnier, 1890).

citada como trapecista volante fue Mlle. Azella, que se presentó en Holborn en 1868 (Gosard *apud* Sttodart, 2000), como muestran los periódicos de la época. Es interesante observar una preocupación con el riesgo que esa trapecista corría al ejecutar sus peripecias en el aire, con énfasis en sus vestimentas, que podrían interferir en sus movimientos y hacerla caer: *“los fluidos vestidos femeninos podrían representar un peligro para quedar atrapada en las cuerdas [...] una cantidad de fibra y osadía es requisito para esas hazañas, atribuidas apenas a algunos hombres, y nosotros no pensaríamos, antes de ver a Azella, que fuesen posibles en alguna mujer”*.⁹

Las mujeres acróbatas provocan la metáfora de la mujer andrógina, del cuerpo andrógino, que nos recuerda la idea de Haraway (1991) sobre los *cyborgs*. La fuerza generada por el cuerpo femenino parecía causar mayor emoción en el público, que asistía con sensación de asombro a aquel cuerpo en el aire. Existía una cierta empatía y simpatía con aquella mujer, que inspiraba cierta vulnerabilidad y, tal vez por eso, mayor afectación en el público al realizar el número de trapecios volantes.

Munby, un periodista londinense, registró sus impresiones de las figuras femeninas que iba a ver ensayar o a presentarse. Él narra un encuentro con una trapecista de diez años de edad llamada Nathalie Foucart, que confundió con un niño. Según su descripción:

⁹ The Liverpool Daily post, 17 Fevereiro 1868. *“the flowing female dresses would simply be a hazard in getting caught in the ropes (...) amount of nerve, daring, and muscular strength required for such feats is given but to a few men, and, we should have thought until we saw Azella, to no woman”* Traducción mía.

hombros empinados y un rostro redondo y sonriente... Él mostraba destreza y agilidad; escalaba las cuerdas y se colgaba en el trapecio por una mano y un pie. No había nada de femenino o débil en el muchacho, pero al acordarme de las muchas chicas acróbatas que existen ahora, le pregunté a la muchacha que se sentaba del mi lado en la multitud si el artista era un chico o una chica. “Es una chica” me respondió.¹⁰

En 1871 una artista de circo llamada Lulu reveló que era hombre. Esa polémica generó acciones políticas y llevó a que reformistas morales crearan en 1879 el “*Dangerous Performances Act*”. En este acto legislativo se especificaba y vetaba la participación de niños y mujeres en ciertos tipos de ejercicios gimnásticos y números a gran altura en circos y teatros (Speaight, 1980).

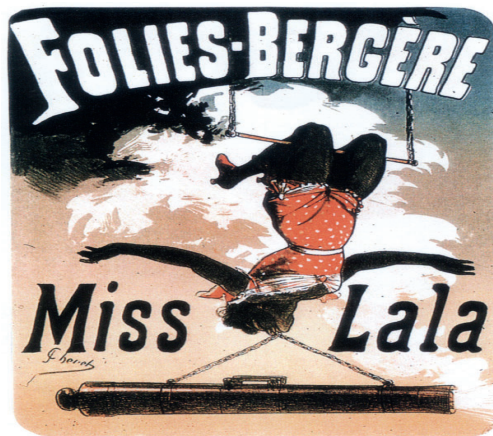


FIGURA 5 – “Miss Lala”, Poster de Jules Chéret, 1880.

¹⁰ “broad shoulders and a round plump smiling face....he showed both pluck and skill; he climbed the rope, and hung from the trapeze by one hand or one foot. There was nothing weak or feminine about the boy, but remembering how many female acrobats there are just now, I asked a girl who stood next to me in the crowd... whether the young performer were a boy or a girl. ‘It’s a girl sir’ she answered briskly”. Traducción mía. Mumby apud Sttodart, 2000.

Mlle. Lala

“... el hecho de ser una mujer no parecía pertenecer a su vocación.”

Clarice Lispector

Degas, como representante de ese momento cultural de mitad del siglo XIX, eternizó ese acontecimiento de la mujer en el circo en su obra. El cuadro de Mlle. Lala en el Circo Fernando (1879) exhibe los hilos estructurales, en los cuales la figura de un cuerpo de mujer parece estar suspendida. El Circo Fernando, fundado en 1875 en la Place Fronchot, fue rebautizado en 1890 de Circo Medrano. Era un punto de atracción para los artistas de MontMatre. Degas pasó el mes de enero de 1879 visitando el circo para ver a una trape-cista mulata que se autodenominaba Mlle. Lala. Ella era también conocida como *la femme canon* porque su número principal consistía en disparar un cañón suspenso en cadenas que ella agarraba entre los dientes, mientras estaba colgada en el trapecio por las rodillas.



FIGURA 6 – “Mlle. Lala. At Circus Fernando”, Cuadro de Edgard Degas, 1879

Sin embargo, el cuadro de Degas¹¹ la muestra en otra actuación, donde ella se deja llevar hasta a cúpula del circo gracias a una roldana mecánica. El cuadro trae espontaneidad y fugacidad, pues muestra el movimiento de rotación que el cuerpo hace, pareciendo estar libre en el aire, ya que mal da para ver la cuerda en el cuadro.

El pintor no parece haberse preocupado en mostrar la audacia, el riesgo y la osadía de la trapeicista. Al contrario, él la subtrae del contexto del circo y concentra la atención en la relación entre la artista suspendida en el espacio y la arquitectura de la cúpula. El resto no lo vemos: el trapecio, la altura a la que ella se encuentra del piso, si está con red de seguridad o no. Tampoco vemos a los espectadores. El arte calculado de Degas dio evidencia total al cuerpo de la mujer que está suspendido: Mlle. Lala se convierte en objeto de fuerzas y tensiones expresadas por la contradicción de su posición en el aire. En suspensión descendente y en estiramiento ascendente, el cuerpo parece estar en una posición arbitraria y, sin embargo, fundada en la textura de la arquitectura y en las trabas de la cúpula, que anulan el movimiento y la torsión del cuerpo de la artista. En esas diagonales y verticales del cuadro no encontramos ninguna base segura donde la acróbata podría apoyarse. El cuadro parece traducir la condición del cuerpo a merced del azar, flotando en el aire.

¹¹ Para más detalles sobre el cuadro de Mlle. Lala y el arte impresionista de Degas, ver Growe (2001).

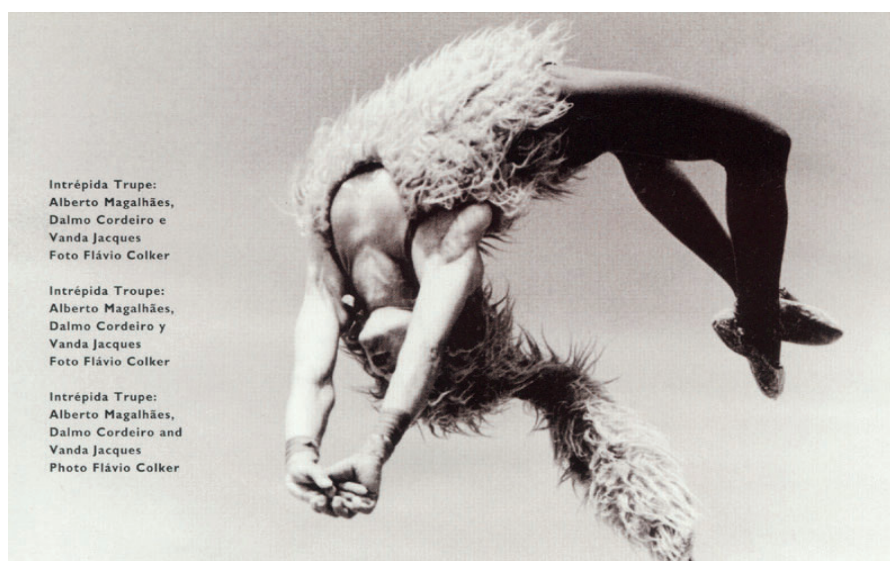


FIGURA 7 – “Intrépida Trupe” (detalle). Fotografía de Flávio Colker, s/d.

Riesgo, género y clase social

Esa figura de la mujer acróbata permite problematizar la organización del circo. Esa mezcla de clases y género que existe en algunas prácticas circenses aumenta la contradicción del circo como espacio del cuerpo libre, del cuerpo grotesco y del cuerpo transgresor de límites. En el circo, como en otros espacios de la sociedad de mitad del siglo XIX, había un control de los cuerpos y de sus acciones (así como todavía existe hoy). El circo siempre sobrevivió por público y su buena publicidad. Se consagró como una diversión familiar y, por eso, mantuvo en su organización el orden y la jerarquía social de la burguesía de la época.

Las mujeres del circo no solamente transgredían las leyes de la física o de los cuerpos seguros, sino que transgredían también las normas de buena conducta moral del siglo XIX. Ellas construían (o eran construidas) como un espectáculo del cuerpo semidesnudo,

que se igualaba al de los hombres en performances de fuerza y de agilidad, a pesar de que la delicadeza y la baja estatura eran vistas como fundamentales para la belleza del número. Así, por ejemplo, Le Roux y Garnier sugerían que se hiciese exageración en el gesto y una máscara femenina para los movimientos y para los números aéreos, para disfrazar la fuerza y el peligro envueltos en la práctica. El cuerpo era entrenado para “enmascarar” de alguna manera sus acciones reales: por atrás de un cuerpo entrenado, disciplinado, rígido y fuerte, aparecía la levedad, la delicadeza, la libertad. El artista y acróbata aéreo construye y opera la fantasía del espacio donde el cuerpo es retratado de manera insubstancial e inclasificable, desprovisto de limitaciones impuestas por género o raza. Es el cuerpo desterritorializado, el cuerpo desconectado de lugar, tiempo, relaciones. El cuerpo irreal e imposibilitado de ser real. Cuerpo creado para sostener la ilusión.



FIGURA 8 – “*Deux danseuses de corde tombent dans la cage aux lions*”, 1907.

¿Y por qué necesitamos la ilusión de la levedad? ¿Por qué no podemos oír los sufrimientos de ese cuerpo, sus gritos, sus esfuerzos y sus limitaciones? ¿De dónde viene ese deseo de superación del cuerpo?

El riesgo, en el aire

La figura del acróbata aéreo trajo consigo la idea de la superación del riesgo. El cuerpo del acróbata en movimiento, que se arriesga, supera y trasciende, puede ser clasificado como “anormal” o *freak*, que se arriesga porque está dotado de características específicas, de exageraciones en su flexibilidad, en su fuerza, en su agilidad. Al acróbata es permitido arriesgarse. Esa representación queda mezclada con la ilusión de que se arriesga sin hacer ningún esfuerzo; se arriesga porque tiene el cuerpo libre, el cuerpo potente, tiene coraje. Se arriesga porque escoge arriesgarse. ¿Pero será que él se arriesga realmente?

El manual de Le Roux y Garnier es uno de los muchos ejemplos de que las prácticas circenses están siempre basadas en normas y reglas de seguridad. Existe siempre, por detrás de una acrobacia, años de trabajo, dedicación e investigación. Hay muchos momentos de práctica y de experimentación. Y existe, sobre todo, el momento de la sistematización. Hasta el siglo XIX, el espacio de sistematización del circo, diferentemente de la Gimnasia, no fue la ciencia. El circo vivió y sobrevivió con el pasaje de conocimiento por la tradición oral de padre para hijo, de generación a generación.

Casi en el mismo período, la gimnasia empezaba a instituirse como práctica sistematizada, pensada como el conjunto de las normas de conducta moral y de pedagogías que se elaboran para “*formar o reformar el cuerpo, regulando correctamente sus manifestaciones y educando su voluntad*” (Soares, 1998a).

Amoros (*apud* Soares, 1998a) publicó su obra resaltando ítems que creía importante para la construcción de la gimnasia como un campo de certezas y de una gimnasia sólida estructura científica y filosófica sobre el cuerpo. Según Soares (1998b), en la primera mitad del siglo XIX se realizaron diversos estudios sobre el análisis de los movimientos, siendo desarrollados aparatos para la gimnasia y para mejorar la postura de los individuos, principalmente para que los mismos pudiesen servir al Estado en cualquier situación.

Esas diferencias del cuerpo del acróbata en el circo y en la gimnasia quedan más claras cuando observamos la estructura de seguridad que se hace presente en esos dos contextos. En el circo eso se dio mucho más por medio de aparatos externos al cuerpo: cinturones de seguridad, redes, cables de acero. En la gimnasia, esa seguridad vino de la ciencia: los mecanismos que dan seguridad al cuerpo son los estudios fisiológicos, anatómicos y biomecánicos que garantizan la ejecución del gesto perfecto y, por lo tanto, del gesto seguro, mismo habiendo también una serie de aparatos externos que previenen accidentes y lesiones.

Además de esos equipos de seguridad, hay también profesionales especializados en técnicas de

seguridad que permanecen al lado de los gimnastas en cada ejecución, en cada momento de la adquisición de la técnica del movimiento y en el perfeccionamiento de su ejecución.

Con la ‘deportivización’ del mundo, donde el deporte se transforma en el gran espectáculo del capitalismo y parte del engranaje del proceso civilizador (Lucena, 2001), la figura del gimnasta pasa a ser vista como realizador de grandes hazañas en relación a los saltos, a los vuelos y a la ejecución perfecta de los movimientos de acrobacias aéreas. Esa expectativa genera la tensión entre la creación y la competitividad. El aumento del grado de dificultad de los saltos mortales acontece en cada competición de gimnasia artística de nivel mundial¹².

Tal ‘deportivización’ también se hace presente en los circos, que cuentan con la mayoría de las tecnologías de seguridad citadas anteriormente, sistematizadas y publicadas por los estudios realizados en el área de la gimnasia y de la educación física, creando una estética del riesgo para sus espectáculos.

Esa estética de riesgo está presente en muchos espacios de la contemporaneidad: pos-moderno es aquel que busca y vive el vértigo: velocidades, informaciones, imágenes, caídas, vuelos. Hay un abanico de opciones para “arriesgarse” hoy, no sólo con el cuerpo, sino también con la economía, con juegos,

¹² En el último mundial de Gimnasia Artística, la gimnasta brasileña Daiane dos Santos consiguió ejecutar un salto mortal inédito en la historia de la gimnasia, que fue nombrado con su apellido “DOS SANTOS”, es un ‘*twist* doble mortal carpado de frente’, con ‘valor super Y’.

con políticas. Todo riesgo tiene, sin embargo, su doble: la seguridad. El crecimiento del mercado de seguros, la prevención y el deseo de una salud perfecta y los cuidados de sí son algunas formas de gerenciar y prevenir riesgos. En estos tiempos y espacios vertiginosos existe una lógica contraria a la seguridad, que incentiva el riesgo, incentiva a arriesgarse de alguna forma. La prudencia ya no es la virtud más esperada del hombre realizador, proactivo y moderno (Spink, 2001a, 2001b).

Muchos riesgos son naturalizados, pasan a hacer parte de nuestra cotidianidad. Sin embargo, ellos pueden ser traídos rápidamente de vuelta a nuestra vida siendo desnaturalizados y considerados de extrema importancia y urgencia. En el cuerpo, eso se hace evidente con los nuevos descubrimientos de la ciencia, la proliferación de un nuevo virus o los innumerables procesos de rejuvenecimiento. ¿Quién garantiza la seguridad de un cuerpo? ¿Qué es lo que permite el proceso de naturalización y desnaturalización de un riesgo, en relación al cuerpo?

El riesgo es hoy un importante gestor de cuerpos. Gerenciar los riesgos y prever el futuro fue exactamente lo que determinó la entrada de la sociedad en el período moderno, pues los riesgos siempre estuvieron presentes en la historia de la humanidad. Vivimos entonces en una “sociedad de riesgos”, según Beck (1993).

En este estudio sobre el cuerpo del acróbata, el principal entendimiento del riesgo es como construcción estética. Una estética de riesgo tiene como presupuesto la configuración de una sociedad de riesgos, recortada por la sensibilidad humana en la

perspectiva del vértigo y de la incertidumbre. Esta estética permite la creación de manifestaciones del riesgo como espectáculo, del riesgo como ingrediente para la venta de cuerpos y de vidas, transformando las formas de belleza, de potencia y de humanidades.

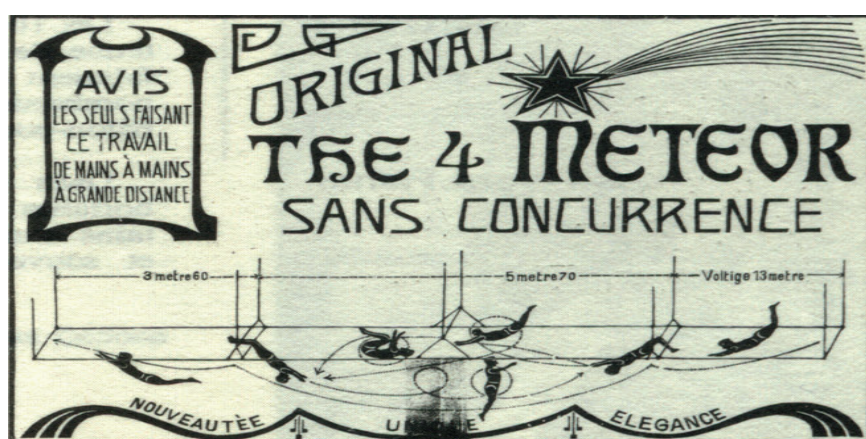


FIGURA 9 - Les Météors, s. d.

Referencias

ADRIAN, P. *Ils donnent des ailes au cirque*. Collection L'Encyclopédie du cirque. Paris: Paul Adrian, 1998. p. 81.

ARTPRESS. *Le cirque au-delà du cercle*. Spécial número 20, 1999. p. 75.

BACHELARD, G. *O ar e os sonhos*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BECK, U. *Risk society: towards a new modernity*. Cambridge: PolityPress, 1993.

BIBLIOTHÈQUE HISTORIQUE DE LA VILLE DE PARIS. *Regard sur le cirque*. Paris: Paris Bibliothèques, 2002.

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DE FRANCE NOËLLE GIRET. *Les arts du cirque*. Paris: Anthèse, 2001.

DUFRÊNE, T. *The artist and the acrobat*. Paris: Paris Musées, 1997.

GROWE, B. *Degas*. Köln: Taschen, 2001.

HARAWAY, D. A cyborg manifesto: science, technology, and socialist-feminism in the late century. In: *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. New York: Twentieth Routledge, 1991, p. 149-181.

JACOB, P. *Le cirque: un art à la croisée des chemins*. Paris: Gallimard, 1992.

LE MEN, S. *Le cirque & l'art forain*. Paris: Somogy, 2002.

LE ROUX, H.; GARNIER, J. *Acrobats and mountebanks*. London: Chapman & Hall, 1890.

LUCENA, R. *O esporte e a cidade*. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOARES, C. *Imagens da educação no corpo*. Campinas: Autores Associados, 1998a.

SOARES, C. Acrobatas e acrobacias. In: *Representações do lúdico: II ciclo de debates lazer e motricidade*. Campinas: Autores Associados, 1998b.

SOARES, C. Imagens da retidão: a ginástica e a educação do corpo. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (orgs.). *Educação física e ciências humanas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPEAIGHT, G. *A history of the circus*. London: Tanti-
vy Press, 1980.

SPINK, M. J. Trópico dos discursos sobre riscos: risco
aventura como metáfora da modernidade tardia.
Cadernos de Saúde pública, v. 17, n. 6, p. 1277-1311,
2001a.

SPINK, M.J. Os contornos do risco na modernidade
reflexiva: considerações a partir da psicologia so-
cial. *Psicologia e Sociedade*, v. 12, n.1/2, p. 156-173,
2001b.

STODDART, H. *Rings of desire: circus history and
representation*. New York: Manchester University
Press, 2000.

TORRES, A. *O circo no Brasil*. Rio de Janeiro: Funar-
te, 1998.

CUANDO LOS 'ESTILOS DE VIDA' SE VUELVEN 'ESTILOS DE RIESGO'

Luciana Vieira Caliman

Al recorrer los estudios foucaultianos realizados durante la década de 1970, en los que se esbozaron las genealogías del biopoder¹, notamos que los análisis del autor se abocaban prioritariamente a la constitución del sujeto moderno y las relaciones de poder que lo atravesaban.

Las genealogías producidas en esa fase nos conducen al análisis instigante de dominios de saber-poder que, conectados e interligados con el mosaico de las políticas sobre la vida, poseen especificidades e historias propias. Son genealogías que se remontan principalmente a los siglos XVIII y XIX y que abarcan los campos de la psiquiatría, la justicia, la medicina, la constitución de la familia burguesa, la sexualidad, el sistema punitivo, el racismo, el pensamiento político y la constitución del Estado Moderno, todo esto para hablar del sujeto moderno.

Es por esto que algunos autores consideran que en los escritos de Foucault de los años '70 son pocos los elementos que hablan de la constitución del sujeto contemporáneo y del biopoder actual. Respecto de sus últimos trabajos de la década siguiente,

¹ Desarrollé un análisis de las genealogías del biopoder foucaultiano en mi disertación de maestrado titulada "Dominando cuerpos, conduciendo acciones: genealogías del biopoder en Foucault" (Caliman, 2002).

se argumenta que el autor no estaba interesado en el análisis de las relaciones de poder que participan de la constitución del sujeto contemporáneo, y sí en las posibilidades éticas y libres que marcan a ese sujeto. En este sentido, las herramientas analíticas sobre el biopoder ofrecidas por Foucault son vistas como superadas, cuando se trata de pensar en las relaciones establecidas entre el cuerpo, el poder, la subjetividad y la vida en las sociedades actuales. Para aquellos que analizan el trabajo de Foucault de este modo, el interés por los estudios del biopoder es meramente histórico.

Por cierto, Michel Foucault no tenía el objetivo de construir una teoría ahistórica del poder, aplicable a todas las relaciones de fuerza existentes en una sociedad, en diferentes sociedades, en momentos cronológicos distintos. ¡Nada sería más anti-foucaultiano! Al contrario, conforme afirma el propio autor (Foucault, 1995, 1999, 2000), no existe en su trabajo una teoría general del poder y su objetivo no era erigirla.

Sin embargo, al situar la obra de Foucault entre los trabajos históricos que no miran al presente, estaríamos siendo negligentes con una de las principales actitudes político-teóricas de su obra. En sus dichos y escritos, Foucault recordaba que, en su obra, el retorno al pasado contenía sobre todo un interés por el análisis del presente. En diversos textos y entrevistas, el autor dejó explícito que su meta era construir un pensamiento sobre (y para) la actualidad –acerca del pasado que aún nos constituye o sobre el pasado que, por ser diferente, exige de nosotros otra mirada sobre el presente.

Así, en las genealogías foucaultianas del biopoder encontramos antiguos dispositivos que no actúan más en nuestro presente. Pero también vemos esbozadas relaciones de saber-poder que están reforzadas e intensificadas en el mundo contemporáneo. Foucault previó que algunos aspectos clave del biopoder moderno serían perpetuados y exacerbados en las sociedades actuales. En este sentido, incorporando tal afirmación del autor, creo que visitar sus investigaciones históricas sobre el biopoder encuentra su importancia principal en la necesidad política de entendimiento y transformación de parte de la actualidad que nos constituye.

En las páginas siguientes, rescataré algunos elementos del biopoder en la obra de Foucault, con el objetivo de identificar sus limitaciones y posibles utilidades en el análisis del biopoder y de la subjetividad contemporánea. Para esto, es preciso tener en mente algunas precauciones señaladas por el propio autor. Comprometido en el trabajo analítico de pensar el poder, Foucault (1995) ofreció algunas actitudes clave o 'necesidades conceptuales' que el análisis constante de los problemas tratados exigía, según él mismo –y, a mi modo de ver–, aún requiere.

La primera precaución es acerca de la necesidad de constitución de una consciencia histórica de la situación presente. Se trata de comprender lo nuevo y lo viejo que se mezclan en la constitución de las subjetividades de nuestros tiempos. Al complementar esta primera necesidad, el autor menciona un segundo aspecto a ser verificado: el tipo de realidad con la cual estamos lidiando. Enfatizando que el ejercicio del biopoder formó parte

de la constitución del sujeto moderno y de la realidad económica, política y social que lo hizo posible, Foucault argumentaba que el análisis del poder es importante porque nos revela la viscosidad de la vida engendrada en sus relaciones.

Conforme las orientaciones comentadas en el párrafo anterior, analizaré de aquí en más algunos aspectos que transforman el ejercicio del biopoder en la actualidad y las características de los espacios subjetivos que pasan a constituirse en el nuevo escenario. De entre ellos, destaco la redefinición tecnocientífica de la noción de vida y su despolitización y, también, la constitución de las identidades somáticas. Por último, enfocaré especialmente el análisis de la expansión del pensamiento y de las tecnologías de la gestión del riesgo en el área de la salud, en un momento en el cual los estilos de vida se volvieron estilos de riesgo.

(Des)Politizaciones de la vida

La discusión sobre lo que marca la constitución del sujeto moderno y del sujeto posmoderno se encuentra en el centro de una querrela sociológica, filosófica, económica y política, que no se pretende finalizada. La tentativa de trazar lo que permanece inalterado, lo que se intensifica y lo que se modifica, en el pasaje de un período histórico a otro, difícilmente encuentra consensos. Por lo tanto, no es el objetivo de este texto encuadrar rígidamente los elementos que caracterizan las configuraciones subjetivas ‘moderna y posmoderna’. Creo que la construcción de esquemas ideales y totales para caracterizarlas

sólo ha empobrecido la pluralidad y la riqueza de sus procesos constitutivos. Sin embargo, a veces, ciertos elementos ganan mayor visibilidad, haciéndose dominantes y más actuantes que otros, y es siguiendo algunas herramientas foucaultianas y prosiguiendo con sus análisis que busco examinar algunos de los aspectos que caracterizan a las sociedades contemporáneas.

En sus análisis sobre el gobierno, el filósofo francés hablaba de la intensificación de las luchas en torno de la subjetividad en la actualidad, luchas por el gobierno de los otros y por el gobierno de sí, que ocasionarían transformaciones significativas, tanto en las relaciones de poder como en las acciones resistentes implicadas en su ejercicio. Para el autor, en estas transformaciones nuevos valores, sentimientos, placeres y cuerpos serían constituídos, incitados e inducidos, con la creación y valorización de otros imperativos de conducta y modelos de pensamiento. Pienso que, en las sociedades actuales, encontramos la afirmación de un imaginario fortalecedor, sobre todo, de la ciencia hegemónica como discurso totalizante y resignificador de la existencia humana.

En el ápice de las nuevas relaciones de saber-poder, la vida –anteriormente sentida y pensada en tanto acto primero o fundamento irreductible a las posibilidades humanas de intervención y de descripción– se encuentra ahora en el centro de la objetificación tecnocientífica. Asistimos a la irrupción de una conyuntura científica, biotecnológica y política que ha redefinido la vida en su carácter más específico. En las agendas de las decisiones políticas más importantes, vemos desarrollarse un fuerte debate en torno de las posibilidades y condiciones de esta redefinición.

Ciertas instancias de acompañamiento de las nuevas prácticas médicas fueron oficialmente creadas, propiciando la expansión de una nueva normalización de la medicina a través de los comités de bioética. Corrêa (1997) explicita que, en tales espacios, los debates éticos sobre la vida que se diferenciaban de las discusiones técnicas y prácticas fueron, en su mayoría, disueltos y engullidos por el discurso predominantemente médico-tecnista: *“las decisiones sobre la vida humana con pretensión de universalidad no resultarían más de una confrontación política de intereses, sino de una evaluación equilibrada de saberes y disciplinas”* (Corrêa, 1997, p. 254). En este núcleo, la propia definición de lo que se constituyó como materia ética pasa a ser objetivada por el experto y especialista de la vida.

Al constituir el tronco de una biopolítica que, por tomar la vida como objetivo, trae como consecuencia central la despolitización de la propia vida, los comités de bioética refuerzan la retirada de escena de las personas capaces de decidir sobre sus elecciones, abriendo espacio para la formulación de normas y comportamientos condensados en torno de la categoría de vida. En todo este proceso, la noción de vida viene siendo históricamente revestida de un sentido únicamente biológico y médico, bioquímico o genético, produciendo una nueva forma de esencialismo altamente tecnologizado.

En palabras de Corrêa (1997), las nuevas formas de medicina biogenética representan una profundización de la voluntad biopolítica de saber-poder, dirigida a los procesos biológicos y corporales. Vivenciamos la proliferación de un poder sobre la

vida que se expande de forma extraordinaria y con contornos que, hasta hace muy poco tiempo, eran pasibles de imaginación solamente en las ficciones científicas de las grandes producciones cinematográficas.

Para Rabinow (1999), en esta nueva conyuntura, cuerpo y población – los polos del biopoder esbozados por Foucault – estarían siendo rearticulados en aquello que el autor llama una ‘racionalidad posdisciplinaria’, en la cual un finito-ilimitado, circunscrito por las innumerables combinaciones del ADN, posibilita la creación de seres que no poseen ni una forma perfeccionada, ni una opacidad esencial. Para el autor, en las prácticas de la biogenética reciente, encontramos marcas de los saberes y poderes de un biopoder que es, sobre todo, posdisciplinario.

Rabinow alerta que “*la nueva genética deberá remodelar la sociedad y la vida con una fuerza infinitamente mayor de la que la revolución en la física tuvo jamás*” (Rabinow, 1999, p. 143). Para el autor, si los proyectos eugenésicos anteriores fueron proyectos sociales modelados por metáforas biológicas, la nueva genética posibilita que la naturaleza se torne ella misma artificial, modelada por la cultura en tanto práctica, conocida y recreada a través de la técnica. Las prácticas posdisciplinarias pasan a coexistir con tecnologías disciplinarias, al mismo tiempo que las clasificaciones post-socio-biológicas colonizan los contextos culturales más antiguos. Es en este sentido que el monitoreo y el análisis de esta nueva configuración se imponen como las tareas políticas más importantes de la actualidad.

Subjetividades somáticas

Muchos son los aspectos que podemos destacar cuando confrontamos los elementos que marcaron la subjetividad moderna con aquellos que delimitan la subjetividad actual. Entre ellos, situamos la importancia crucial de la vida íntima y la sexualidad en el mundo moderno y, de cierto modo, el declive (o la transformación) de esta importancia en las sociedades somáticas actuales. Al estudiar las relaciones entre sexualidad, verdad y poder en el occidente cristiano, Foucault destacaba los lazos intrínsecos establecidos entre la ética sexual cristiana y la constitución de una hermenéutica del deseo y de la intimidad, que tuvo sus orígenes en el pensamiento de San Agustín, en los siglos IV y V después de Cristo. Y sabemos que, en gran parte de la genealogía del biopoder, Foucault se dedicó al análisis de la historia de la sexualidad en sus aspectos individuales y colectivos.

En un texto conjunto de Michel Foucault y Richard Sennet (1988), vemos más claramente cómo la sexualidad y el sexo se convirtieron en los elementos más importantes para la definición y el conocimiento de sí en las sociedades occidentales. El objetivo de los autores era analizar las relaciones establecidas entre la consciencia de sí, la subjetividad y la sexualidad. En el trabajo mencionado, Foucault esbozó el modo como se dió la constitución de tales relaciones en el occidente cristiano del siglo III hasta el siglo IV.

Por supuesto, Sennet se ocupó del final del siglo XVIII y XIX. Para ambos, en el período histórico analizado, asistimos al desplazamiento de un énfasis en la sexualidad centrada en su aspecto relacional, social y

político, hacia una sexualidad focalizada en el deseo y en la intimidad de cada individuo, vivida especialmente en sus momentos de soledad y aislamiento. El deseo sexual pasaba a estar cada vez más encerrado en lo privado. A partir de entonces, estaban sentados los cimientos necesarios para la constitución de una hermenéutica del deseo y de la intimidad, que pasaba a decir la verdad sobre la totalidad de la personalidad individual.

En el complejo cuadro que posibilita la constitución del *homo psychologicus* y la afirmación del individualismo como valor fundamental de las sociedades occidentales capitalistas, Bezerra (2002) destaca el encuentro de al menos tres elementos: la tradición filosófica occidental que se dedicó al estudio de la naturaleza de los estados del alma y las causas del sufrimiento humano; el universo del arte que, en un movimiento progresivo, ayudó a modelar la práctica de la introspección en las subjetividades modernas; y el surgimiento de la clínica moderna, tan bien tematizado por Foucault en su libro “El nacimiento de la clínica”. Unida a estos factores e íntimamente relacionada con ellos, toda la red de relaciones de poder, de un biopoder con sus tecnologías y dispositivos modernos, puede ser evocada en la constitución de lo que caracterizaba la subjetividad afirmada en el tejido de la modernidad.

Particularmente, lo que me interesa en el argumento del autor es la afirmación de que el cuadro subjetivo constituido en la confluencia de esos elementos estaría pasando por innumerables transformaciones en las sociedades occidentales contemporáneas. En las subjetividades actuales, presenciamos un

nuevo desplazamiento, en el cual la sexualidad y la intimidad, como elementos centrales en la constitución de los espacios subjetivos modernos, dan lugar a nuevas formas de conocimiento, constitución y dominio de sí. En la actualidad, el cuerpo y la apariencia surgen como valores centrales que pasan a orientar y administrar las experiencias subjetivas.

A partir de entonces, el individuo es el que *aparenta* ser, pudiéndose hablar de un proceso de ‘somatización de la subjetividad’ en el cual la distinción entre cuerpo y *self*, apariencia y esencia no encuentra más sentido. En lugar de una *interiorización* subjetiva, asistimos a la constitución de valores y principios *externalistas* que orientan la constitución de las nuevas subjetividades, “*nuevas formas de construcción identitaria –bioidentidades– se fabrican teniendo como base no un repertorio de sentimientos, creencias o filiación a horizontes supra-individuales, sino en función de ítems ligados a la naturaleza del organismo individual*” (Bezerra, 2002, p. 4).

Estos cambios señalan transformaciones fundamentales en los aspectos que caracterizan el análisis foucaultiano del poder sobre la vida. Más allá de esto, teniendo en cuenta otras características del biopoder enfatizadas por Foucault, actualmente sería por lo menos irrisorio hablar de una ascensión de la clase burguesa, de la consolidación del Estado-nación o de la permanencia de lo que, en el siglo XIX, se constituyó como racismo de Estado. Con relación al papel que la familia burguesa asumió en la constitución del biopoder moderno, presenciamos en la actualidad un proceso de desintegración y rearticulación de la familia como institución social y económica privilegiada

en la actuación de los dispositivos biopolíticos. La ideología familiarista migra y supera los muros estrictos de la casa a todo el imaginario social, económico y político (Ortega, 2002). También en este desplazamiento encontramos un nuevo elemento característico del poder sobre la vida contemporánea.

Gestión de riesgos

Para Bauman (1998), todas las transformaciones comentadas en los temas anteriores forman parte de un cambio ético, político, económico y social extremadamente amplio y complejo, pues

[S]i hace 200 años profundos cambios en los patrones sexuales se asociaron a la construcción del sistema panóptico de integración y control social, hoy cambios igualmente profundos acompañan la disimulación de ese sistema: un proceso de desregulación y privatización del control, de la organización del espacio y de los problemas de la identidad (Bauman, 1998, p. 183).

El autor llama nuestra atención sobre los efectos de la desregulación y la privatización progresiva de las redes de seguridad y protección, otrora proporcionadas por el Estado. Foucault señala el inicio de estas transformaciones en algunos trabajos sobre el gobierno. Una de las cuestiones que destaca este autor son las relaciones entre ‘seguridad’ y ‘libertad’ establecidas en el interior del biopoder y de las subjetividades modernas. De acuerdo con Foucault, son relaciones mutantes, pero siempre interligadas e inclusive dependientes. En la configuración que se

fortalece en la así llamada ‘posmodernidad’, se establece otro pacto entre las necesidades de seguridad y libertad, una nueva relación que pasa a ser caracterizada por una creciente voluntad de libertad asociada a una vivencia incierta, incontrolable y atemorizadora del mundo.

El sentimiento de incertidumbre también caracterizaba la constitución de una modernidad aturdida por el desequilibrio y por la desestructuración de los valores tradicionales. Sin embargo, el aspecto nuevo es que, en las sociedades actuales, la incertidumbre deja de ser vista como un inconveniente temporario para ser sentida como permanente e irreductible. El sentimiento dominante es la sensación de un nuevo tipo de incertidumbre, no sólo limitada a las (in)capacidades de una persona, sino, igualmente, respecto de la futura configuración del mundo y de la manera correcta de vivir en él.

De acuerdo con los trabajos de Foucault, la necesidad moderna de orden y seguridad creó una ‘manía de regulación’, alimentada por los diversos aparatos de protección públicos y privados. En las sociedades vigentes, la tentativa de desterrar toda posibilidad de riesgo (virtual o probable), inspirada por el cálculo de las estadísticas de probabilidad, se volvió aún más potente. Presenciamos la expansión por toda la sociedad del ideal de prevención que rige el sueño del absoluto control de los accidentes y el mito de la razón calculada. El riesgo se encuentra en todo lo que el individuo aún no aprendió a controlar. Al mismo tiempo, se ve la proliferación escarnecedora de las tecnologías de seguridad privada como uno de los más rentables nichos de mercado, en un

momento en que casi todas las cosas son establecidas como factores de riesgo y todas las personas como potenciales individuos en riesgo.

En esta nueva configuración, gran parte de los malestares que perturban el mundo occidental provienen de una especie de libertad de búsqueda del placer, que tolera una seguridad individual demasiado pequeña (Bauman, 1998). Es a partir de este cuadro que gana sentido la pandemia de ideas obsesivas referentes a la ocurrencia de los riesgos y daños, tanto vistos en términos ambientales como particularizados en la idea de 'estilo de vida'.

Dando continuidad a los estudios foucaultianos sobre el gobierno y enfatizando la importancia que el cálculo del riesgo ha ido adquiriendo en los últimos años del siglo XX, Robert Castel (1987, 1991) habla de una nueva gestión de los riesgos. Una gestión en la cual el examen de la prevención y del riesgo está cada vez más conectado con la nueva racionalidad de gobierno de las sociedades contemporáneas. Como señalaba Foucault, alimentamos una racionalidad neoliberal que pasa a reactivar el énfasis en el mercado en tanto regulador de las actividades económicas, el crecimiento de la desconfianza sobre la capacidad de los gobiernos políticos y el desplazamiento de una 'dependencia del bienestar' hacia una comercialidad activa.

Castel (1987, 1991) demuestra cómo el nuevo régimen de acciones combinadas en la prevención del riesgo es capaz de extenderse fuera y dentro de las estructuras de intervención estatal. En su forma más específica, tal régimen se constituye como una nueva tecnología de gestión administrativa de las poblaciones.

Un gobierno real de las poblaciones se hace posible con la identificación de los miembros de la sociedad que pueden ser juzgados, a través de la manifestación de una combinación de factores específicos, como significativamente en riesgo para sí y para toda la comunidad. Otro tipo de control y vigilancia se construye en esta relación, una vigilancia que no depende necesariamente de la particularizada del especialista. Las técnicas clásicas de gerenciamiento del divergente o del asocial, a través del encarcelamiento y de la tutela desarrollados hace 150 años, pasaron a ser sustituidas por un gerenciamiento basado en una orientación no custodial. Es en ese sentido que podemos afirmar que la crisis de la disciplina anunciada por Foucault tomó forma en la nueva tecnología de riesgo.

Para aquel mismo autor, el gerenciamiento de los riesgos, en la forma más específica de su aplicación, no fue inventado para planear espacios de contención neutralizante del anormal. En el interior del juego mayor del mercado social, su objetivo es promover circuitos especiales de *movilidad protegida* para los individuos deficientes o menos competitivos. El desarrollo de las técnicas de seguro hace posible, dentro de una población asegurada, la subdivisión de estratos específicos de 'riesgo marginal'. Castel afirma que esa marginalidad, al ser identificada y clasificada en términos de mayor o menor riesgo, en vez de permanecer en un territorio inexplorado y peligroso es transformada en una zona organizada, activa y reorientada al interior del mercado.

Nuevamente, se hace necesario retornar a Foucault. El objetivo de la nueva racionalidad de gobierno que implica la gestión de los riesgos es

menos el de anular su marginalidad y más el de dispersarla y disiparla, en el seno de una sociedad determinada. Se ve, por lo tanto, la afirmación de un tipo de ejercicio del poder que no pretende hacer de los individuos sujetos pasivos y dóciles. Como una tecnología de gobierno, de un 'biogobierno', el cálculo del riesgo orienta individuos capaces de cierta movilidad, aunque diferencial (e inclusive para diferenciarla), que pueda ser guiada, limitada o incitada, orientada y protegida, por lo tanto conducida y gobernada.

Con la perspectiva de expandir tal discusión, algunos críticos han destacado la proliferación e intensificación de la filosofía del riesgo como característica central de la actualidad. Autores como Donzelot (1991), Ewald (1991), Petersen (1997) y Castel (1987; 1991), al analizar las transformaciones en el trabajo, el sistema de seguridad, las políticas de promoción de la salud y la psiquiatría, respectivamente, apuntan a la creciente importancia que la noción ha recibido en los ámbitos examinados. Hay difusión de la filosofía del riesgo en la salud, en los *mass media* y en el gerenciamiento de la vida personal o colectiva. En palabras de Ewald,

[La] tecnología del riesgo, en sus diferentes dimensiones epistemológicas, económicas, morales, jurídicas y políticas, se volvió principio de una nueva economía política y social. Los seguros se hicieron sociales no solamente porque nuevos tipos de riesgo se volvieron pasibles de ser asegurados, sino porque las sociedades europeas pasaron a analizar sus problemas y a sí mismas en los términos de una tecnología de riesgo generalizada (Ewald, 1991, p. 210).

Con toda la importancia que ha asumido, el concepto de riesgo pasó a ser analizado por pensadores como Beck (1997) y Giddens (1991). A pesar de sus diferencias teóricas, ambos autores ven el clima y el sentimiento de riesgo en la cultura moderna tardía como el elemento clave para los análisis de la subjetividad y del yo en un momento marcado por incertidumbres y miedos. Independientemente de las motivaciones, el riesgo se ha convertido en un parámetro existencial fundamental de la vida en la modernidad reflexiva. El cálculo del riesgo se transformó no sólo en una técnica específica, presente en algunos espacios y campos de trabajo, sino en el principio que ha orientado las elecciones y los itinerarios de la vida cotidiana.

En este escenario, presenciamos una progresiva capitalización de la existencia humana como aspecto central de la nueva racionalidad de gobierno. La idea de la vida como emprendimiento de sí exige el ejercicio de un trabajo continuo y permanente que haga posible su provisión, preservación y reconstrucción, en tanto la noción de individuo como gestor de sí pasa a ser fortalecida como premisa básica de la vida contemporánea. En sus elecciones personales, el individuo debe estar apto para adoptar una actitud prudente y calculada. Para Gordon (1991), está en curso la construcción de un nuevo *ethos*, en el cual la actitud prudente pasa a estar íntimamente entrelazada con la aptitud de cada sujeto para la consciencia de sí y para su propia realización.

No son pocas las alusiones hechas a la responsabilidad y la obligación que cada individuo posee en la conquista permanente de su calidad de vida

y su bienestar. El culto a la autonomía y la libertad individual se constituyó en valor central en la posmodernidad. Si estos fueron elementos heredados de la configuración moderna, hoy se imponen como un tipo de *deber* que cada ciudadano toma para sí con fervores dignos de un credo religioso. Empero, sabemos que la responsabilidad individual por la elección y la manutención de la vida y los medios necesarios para hacer este trabajo posible son desigualmente distribuidos. De ahí la necesidad de creación de una acción crítica y política que perciba que “*el deber de la libertad sin los recursos que permiten una elección verdaderamente libre es, para muchos, una receta para la vida sin dignidad, llena, por el contrario, de humillación y autodepreciación*” (Bauman, 1998, p. 243).

La libertad de elección se ha convertido en una de las principales variables estratificadoras de la sociedad en un momento en que, cada vez más, los lugares sociales son determinados de acuerdo con el grado de libertad que cada individuo posee para elegir y construir sus estilos de vida. En la concepción de riesgo social que reemplaza el énfasis inicial de una indemnización colectiva por la idea de que la moderación del riesgo es una obligación cívica individual, encontramos un fuerte aliado de esos desarrollos. Foucault (1994b) ya alertaba sobre la necesidad de estudiar las relaciones entre los sistemas de seguridad y los modos o estilos de vida implementados a partir de sus exigencias. Con relación a la necesidad destacada por este autor, un elemento radical marca tal configuración: hoy es el propio estilo de vida el que se constituye como sistema de seguridad individual y colectiva.

Estilos de vida saludables

La manifestación más evidente de la filosofía del riesgo puede ser claramente encontrada en lo que algunos autores han llamado *healthism*, traduciendo la actual obsesión por la salud. Tal fenómeno postula que los individuos deben preservar su capacidad física de los agravios de la enfermedad y del riesgo, denotando incapacidad o falla individual cuando ese cuidado no es realizado por el propio individuo. Descrito como una forma particular de *bodyism*, el estilo de vida saludable pasa a articularse con la creciente preocupación por las prácticas ascéticas que objetivan la mantención de una apariencia joven y de una buena forma corporal.

En el extremo de esta preocupación se encuentra el músculo, que marca, se impone y pesa en la mirada, masa que ejerce su efecto sobre la masa. El 'músculo' no es un elemento que vive en gueto. El espectáculo del cuerpo está en calles, casas, oficinas, gimnasios, patios, parques sofisticados de las megaciudades y espacios del interior, aparentemente desligados de tal alcance. Un espectáculo que se distingue de las teatralizaciones subjetivas anteriores por no tener fin, pues no finaliza con un personaje dejando lugar a otro personaje, otra máscara, otras apariencias. La apariencia permanente es la única posible, retrato fiel de su poseedor, su propio artesano. En ese nuevo espacio, el renacimiento individual pasa necesariamente por una especie de conversión corporal.

Al analizar la cultura californiana del cuerpo, Courtine (1995) argumentó que el *bodyism* se convirtió en un modo de vida, un signo de pertenencia e

integración que se sustenta a partir de la racionalidad del consumo. Marcando esa nueva configuración, la salud es concebida en el interior de esa retórica y práctica política que hacen del cuerpo el propio estilo de vida. Muchos críticos de la posmodernidad han destacado la importancia económica y ética crucial que el cuidado de la salud y la preocupación por el cuerpo han adquirido en las sociedades contemporáneas. El perfeccionamiento de un “yo” disciplinado demostrado por la búsqueda incesante de la salud y de la forma física se transforma en el significado clave a través del cual los individuos pueden demostrar su conformidad o no con las exigencias de un mundo competitivo. El cuerpo saludable pasa a ser la marca de la distinción, aquello que separa a los perdedores de los vencedores; los términos saludable y no saludable asumen el lugar de una identidad normal y anormal.

De acuerdo con tales análisis, el discurso contemporáneo de la salud no es sólo un ejemplo más de proliferación de la ética de la autonomía y de la filosofía del riesgo, sino el aspecto que más ha asumido esa posición y se ha difundido por el cuerpo social. La inversión estética, dietética y sanitaria en torno de la salud y del cuerpo se ha transformado en una exigencia para la obtención de calidad de vida y para la realización personal en las sociedades de gobierno actuales.

En la misma dirección, Rose (*apud* Bunton, 1997; *apud* Nettleton, 1997) señala la relación existente entre la racionalidad política del liberalismo avanzado y su ética de la autonomía y el discurso del riesgo para la salud. En conformidad con los análisis foucaultianos, el autor argumenta que los valores

que influyen el gobierno de los hombres se juxtaponen a aquellos que moldean el gobierno de sí, y estos son, en la actualidad, predominantemente los que privilegian un 'yo' independiente y saludable.

En un momento en que muchos medios de vida son permitidos, pero casi ninguno es considerado seguro, se ofrecen soluciones totalitarias todo el tiempo. Varias son las promesas que pretenden aliviar el fardo de la libertad individual excesiva e insoportable, de la soledad y del abandono a los que el mercado y la exigencia consumista inducen, como única alternativa. En el conjunto de estas soluciones, la inversión en el cuerpo y en la salud surge como uno de los principales objetivos, individual y colectivo, en la búsqueda de una felicidad cada vez más volcada a los intereses del 'yo'.

En su análisis del biopoder, Foucault se mantuvo continuamente interesado en las maneras mutantes a través de las cuales el cuerpo y las instituciones sociales ligadas a él entran en relaciones políticas. En el espectáculo posmoderno, un nuevo sujeto de la salud es vendido e investido como producto a ser consumido. Un sujeto que es al mismo tiempo autónomo y disciplinado, autogerenciado y estilizado. Hablamos del sujeto reflexivo guiado por los signos y las relaciones de las mercancías de la salud. Sobre él pasa a constituirse un nuevo gobierno del cuerpo.

La gestión de sí y del otro

Articulado con el escenario descrito en los asuntos precedentes, se puede realzar otro aspecto del gobierno actual: si de ahora en adelante las habilidades

de los individuos, su capacidad de juzgar y sabiduría de elección pasan a decidir las formas por las cuales la vida puede ser experimentada, las incertidumbres posmodernas han reforzado cada vez más la importancia de los especialistas restauradores de la personalidad. En un momento en que se exige la construcción de un individuo autónomo, reflexivo, activo y autosuficiente, se proclama cada vez más la necesidad de la presencia de especialistas para auxiliar tal realización. Un autocontrol conducido, inducido y orientado por una *expertise* cada vez más en expansión marca el cotidiano frenético del sujeto posmoderno. Un control sutil y disperso que difiere de las antiguas instituciones cerradas, principalmente por ser percibido como parte de una ascesis individual requerida.

En esta nueva conyuntura, algunas características anunciadas por Foucault y relativas a las formas de ejercicio del biopoder se encuentran extremadamente vinculadas: el cuerpo físico, inicialmente emblema de la fuerza y del trabajo, se vuelve objeto de una disciplina ahora ejercida por el propio individuo en el trabajo de su autoelaboración. Disciplina entrelazada con los valores de una política de mercado y de consumo que tiene por objetivo la conducta de sujetos activos y reflexivos.

Sin embargo, se establecen algunas limitaciones a los análisis foucaultianos en cuanto al papel de la medicina moderna. Para Michel Foucault, la medicina fue un elemento central en la constitución y expansión del biopoder moderno y, por consiguiente, en la constitución de las subjetividades modernas. Al apuntar a la creciente intensificación de un modelo de medicina prioritariamente estatal, sus análisis se sitúan cada vez

más distantes de la creciente privatización, presente en los discursos y en la asistencia a la salud occidental. Al mismo tiempo, el proceso de medicalización contemporáneo ha sido caracterizado por elementos diversos de los realizados por los estudios foucaultianos (Clarke et al, 2000). Las cuestiones relevadas por la crítica al antiguo proceso de medicalización que el biopoder posibilita son cada vez más incorporadas al movimiento de su propia expansión. Los discursos y cuidados de la salud no se resumen más al ámbito hospitalario o a los espacios estrictamente médicos; por el contrario, se ha expandido en un vasto mercado. Los lugares actuales de expansión de las relaciones de poder se vuelven mucho más dispersos y ampliados.

Aún así, Foucault señalaba que desde la segunda mitad del siglo XX, la creciente preocupación y la demanda por una salud-mercancía ya formaba parte de la constitución de una nueva moral, una nueva economía y una nueva política del cuerpo. El autor anticipaba un proceso que se intensifica en la constitución de los sujetos de la salud posmoderna. El nuevo gobierno de las subjetividades ya no pone en foco el derecho a la salud, sino el deber que cada individuo tiene que asumir en la construcción de estilos de vida saludables.

Elementos del biogobierno actual

En todos los aspectos hasta aquí abordados, los estudios foucaultianos sobre el gobierno permiten pensar críticamente el funcionamiento del panorama actual de la gestión individual y colectiva, en la búsqueda de la salud. Foucault habla de la constitución

de una ‘sociedad de seguridad’ como una de las características del biopoder en la modernidad. En líneas generales, es la intensificación y la reinscripción de ese proceso lo que presenciamos cuando el riesgo y la prevención son vistos como elementos centrales de la racionalidad contemporánea de gobierno.

Aunque el filósofo francés no haya trabajado directamente con la idea de riesgo, sus escritos ofrecen los principios fundamentales para el análisis de esa noción como parte integrante de la nueva racionalidad de gobierno implicada en las luchas subjetivas, racionalidad que disuelve la responsabilidad de seguridad por todo el cuerpo social y para cada sujeto. Con Foucault, se puede decir que presenciamos una intensificación sutil de la tecnología de seguridad, vinculada a la expansión de la tecnología de riesgo, un movimiento que no representa un abandono de la gubernamentalización de las sociedades modernas, sino la disminución de su estatización, ampliando aún más las relaciones entre el par libertad-seguridad para el nuevo mercado social. Un nuevo gobierno del *Omnes et Singulatim* pasa a ser ejercido. Sobre el sujeto contemporáneo se desarrolla también un doble estreñimiento político: la individualización neoliberal y la totalización disciplinaria. Cada persona es convocada a ejercer sobre sí un autogobierno que está al servicio de la totalidad social (Michaud, 2000, p. 36).

La filosofía del riesgo unida al ideal de salud surge como una potente tecnología individual y colectiva de gestión de la vida en el contexto posmoderno. Esta tecnología pretende dar cuenta de una incertidumbre perpetua y repugnante sobre todos los aspectos que hablan del futuro, en una ‘sociedad

de riesgo' que transformó casi todo en libertades arriesgadas. ¿Estaría en juego la tentativa frustrada de construir una libertad ausente de riesgos, perspectiva basal del malestar contemporáneo? ¿Cuáles serían las implicancias éticas, políticas y económicas de este cuadro en la construcción de los espacios subjetivos actuales? ¿Cómo pensar la construcción de alternativas éticas teniendo como base las producciones subjetivas, el cuerpo y la salud, articuladas con la búsqueda de seguridad y autonomía?

Pensar críticamente sobre tales desafíos es la invitación que este artículo hace a los lectores. Creo que las concepciones foucaultianas sobre el biopoder señalan un posible camino: analizar las nuevas formas de subjetivación resultantes de la interacción entre el capitalismo, la nueva tecnología del riesgo y la exigencia de creación de estilos de vida saludables. Tal desafío se inserta en la necesidad proclamada por el autor de imaginar y hacer existir nuevos esquemas de politización: *“a las nuevas técnicas de poder [...] se debe oponer una politización de formas también nuevas”* (Foucault, 1994a, p. 234). Construir nuevas relaciones entre el par *libertad-seguridad* es el desafío político que este análisis evoca; relaciones que abran el camino hacia experiencias más ricas y ampliadas, en la creación de otros espacios subjetivos, de resistencia.

Por cierto, el objetivo de pensar con Foucault en las nuevas posibilidades de 'sujetos libres', cuyos cambios contemporáneos las hacen posibles, sobrepasa los límites de tiempo y espacio de mi análisis. Así y todo, la red de aspectos hasta aquí descritos alerta sobre el hecho de que la nueva situación abarca factores complejos y en constante tensión; es posible pensar

en la creación de una afinidad de nuevas relaciones de poder, nuevos espacios de alivio o de desencadenamiento del sufrimiento, que apuntan también a nuevas prácticas de libertad.

Foucault (1994a) resaltó que, en el nuevo escenario, las antiguas formas de resistencia política al poder se volvieron ineficaces y caducas. Pero al colocar la intransigencia de la libertad en la base de las formas de gobierno actuales, este autor alertaba acerca de la necesaria y siempre presente producción de resistencias aún más inventivas. Al destacar algunos aspectos de las relaciones del gobierno de la vida en las sociedades contemporáneas, pretendí mapear y localizar algunos de sus nuevos y antiguos mecanismos, llamando la atención sobre los desafíos a los que estas configuraciones incitan. Como estrategias activos, es necesario que conozcamos las relaciones que delimitan el poder para ser capaces de crear otras posibilidades de ejercicio ético-político de la libertad.

Aunque el escenario enfocado se presente como aparentemente ya montado en todos sus detalles, insisto a los lectores que sus bastidores permanecen velados. Inclusive teniendo en cuenta los más diversos ámbitos del gobierno de la vida actual, que en este momento histórico está marcado por incertidumbres y provisoriedades, por la búsqueda de seguridad y por una subjetividad externalizada, creo en la pluralidad de acciones de resistencia, capaces de contraponerse a las dimensiones reduccionistas y totalizantes presentes en los discursos dominantes sobre salud y riesgo. Una esperanza activa siempre se delinea en los trabajos de Foucault y es este tipo de 'sentimiento-acción' lo que he pretendido inducir e incitar.

Justamente a partir de Foucault, creo en la actualidad de su afirmación de que tal ejercicio del poder no sería necesariamente una realidad insoslayable, “*sino que el análisis, la elaboración, el retomar la cuestión de las relaciones de poder, y del ‘agonismo’ entre relaciones de poder e intransitividad de la libertad, es una tarea política incesante; y que es exactamente esa la tarea política inherente a toda existencia social*” (Foucault, 1995, p. 246).

Referencias

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BECK, U. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna/*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BEZERRA, B. *O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica*. Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

BUNTON, R. Popular health, advanced liberalism and good housekeeping magazine. In: PETERSON, A; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997.

CALIMAN, L. *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

CLARKE, A. et al. Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Paris, Sciences Sociales et Santé*, v. 18, n. 2, p. 11-40, 2000.

CORRÊA, M. *A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre a reprodução assistida*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado/IMS/UERJ, 1997.

COURTINE, J. J. Os Stakhanovistas do narcisismo – body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo In: SANT’ANNA, Denise Bernuzzi. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2.ed. - Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EWALD, F. Insurance and Risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

FOUCAULT, M. e SENNETT, R. Sexualidad y soledad. In: ABRAHAM, T. (Org). *Foucault y la ética*. 1.ed. Buenos Aires: Biblos, 1988.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*, curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps. In: *Dits et écrits – v. 3*. Paris: Gallimard, 1994a.

FOUCAULT, M. O sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. Um système fini face à une demande infinie. In: *Dits et écrits – v. 4*. Paris: Gallimard, 1994b.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GORDON, C. Governmental Rationality: An introduction. In: BURCHELL, G.; GORDON, G.; MILLER, P. (Orgs). *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

MICHAUD, I. Des modes de subjectivation aux techniques de soi: Foucault et les identités de notre temps. In: *Michel Foucault: de la guerra des races au biopouvoir*. Paris: PUF, 2000.

NETTLETON, S. Governing the risky self – how to become healthy, wealthy and wise. In: PETERSON, A.; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.

ORTEGA, F. *Genealogias da amizade*. São Paulo: Iluminuras, 2002.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSON, A.; BUTON, R. (Orgs). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997.

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

Contato:

E-mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br

- 1) Hable consigo mismo: aportes de un plan de inmanencia ética, estética y política de los conceptos de salud – Luiz Carlos Rigo, Eliane Ribeiro y Tatiana Silveira
- 2) El debate sobre el “concepto ampliado de salud” y sus implicaciones ético-políticas: extractos del contexto brasileño – Marcos Bagrichevsky
- 3) Cuidar y curar para gobernar: las campañas de salud en la escuela – Iolanda Santos
- 4) ¿Dejar de comer y/o hacer ejercicio? juventud, cuidados corporales y ‘trastornos’ alimentarios en la perspectiva de género – José Geraldo Damico y Dagmar Meyer
- 5) Mercadorización biopolítica: elecciones saludables en tiempos de consumo – Santiago Pich y Ivan Marcelo Gomes
- 6) Metamorfosis del cuerpo, estetización de la salud – Francisco Romão Ferreira
- 7) Medicalización de la apariencia: los curiosos arreglos de un discurso científico de la belleza – Paulo Poli Neto y Sandra Caponi
- 8) Promoción de la salud, *empowerment* y el discurso de vida activa – Marcos Santos Ferreira y Luis David Castiel
- 9) Promoción de la salud e inequidades socio-económicas: desafíos y dilemas para la implementación de la actividad física en Brasil – Marcos Bagrichevsky y Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
- 10) Actividad física y salud: una agenda sociológica de investigación – Hugo Lovisolo
- 11) ¿Sedentario sinvergüenza, saludable responsable?: el imperativo de los riesgos individuales bajo el orden biopolítico – Marcos Bagrichevsky, Luis David Castiel y Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
- 12) Imágenes del cuerpo en riesgo – Marina Guzzo
- 13) Cuando los ‘estilos de vida’ se vuelven ‘estilos de riesgo’ – Luciana Caliman

ISBN: 978-85-5644-049-5



9788556440495