

EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE COMO ATRIBUTO DEL SUJETO HIPERMODERNO

Apuntes desde la bioética y el psicoanálisis

Healthy lifestyle as an attribute of the hypermodern man. Notes from bioethics and psychoanalysis

Lic. Mg. Gabriela Manitta*

RESUMEN

Si al estado de salud se le atribuía hasta épocas recientes un valor de uso –entendido como aquello que le otorgaba a un individuo la posibilidad de hacerle frente a las contingencias y los desafíos de la vida–, en la actualidad se le adjudica también un valor de cambio, calculable como la diferencia entre lo que se invierte en salud y la rentabilidad que son capaces de generar los individuos saludables. Y, además –es esta nuestra hipótesis–, el valor de uso parece estar subsumido al valor de cambio. El hallazgo de nuestra época, entonces, no es la conquista de un estado de salud general nunca antes conocido, sino que de la salud se puede obtener una ganancia.

Palabras clave: mercado, salud, moda, psicoanálisis, bioética.

ABSTRACT

If health status was attributed until recently a value in use –understood as that which gave an individual the ability to cope with life’s contingencies and challenges– today it is also given a exchange value, calculated as the difference between what is invested in health and the profitability that healthy individuals are capable of generating. And, in addition, this is our hypothesis, the value in use seems to be subsumed to the exchange value. The finding of our time, then, is not the conquest of a state of general health never before known, but of health a profit can be obtained.

Keywords: market, health, fashion, psychoanalysis, bioethics.

* Licenciada en Psicología (Universidad del Aconcagua) y Magíster en Bioética (Universidad Nacional de Cuyo).
Contacto: gmanitta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Jacques Lacan, en una intervención realizada en 1966 ante un auditorio médico, anticipaba que desde el momento en que “la salud se vuelve objeto de una organización mundial se tratará de saber en qué medida es productiva” (Lacan, 1966, p. 98).

Si al estado de salud se le atribuía hasta épocas recientes un valor de uso –entendido como aquello que le otorgaba a un individuo la posibilidad de hacerle frente a las contingencias y los desafíos de la vida–, en la actualidad se le adjudica además un valor de cambio, calculable como la diferencia entre lo que se invierte en salud y la rentabilidad que son capaces de generar los individuos saludables. Y, además –es esta nuestra hipótesis–, el valor de uso parece estar subsumido al valor de cambio. El hallazgo de nuestra época, entonces, no es la conquista de un estado de salud general nunca antes conocido, sino que de la salud se puede obtener una ganancia.

LA SALUD PRÊT-À-PORTER

Para obtener de la salud una cuota de productividad, se requiere instalar su presencia en el mercado, ponerla a circular como un bien deseable. Y después... ¿cómo medir su productividad? Podemos imaginar dos vías: una de ellas es la evaluación de los parámetros vitales tomando como referencia la información estadística y los datos epidemiológicos, considerados como herramientas objetivas; la otra es la percepción de bienestar de los ciudadanos, considerada como una referencia subjetiva.

Leer diarios o navegar en las redes sociales basta para advertir que uno de los tópicos que convoca mayor atención es lo concerniente al cuidado de la salud. La información destinada a promover lo que se ha dado en llamar un *estilo de vida saludable* (en adelante EVS) tiene incluso apartados especiales dentro de ciertos medios gráficos donde cada día nace una nueva práctica que promete alcanzar mayor bienestar¹.

¹ Desde el *mindfulness* hasta las dietas caracterizadas por la inclusión o exclusión de ciertos alimentos, desde la meditación hasta el *running*.

Lo que definitivamente no hace bien para la salud del cuerpo, como las bebidas azucaradas o la comida chatarra, se vende garantizando su capacidad para contribuir a la salud del “alma” (porque se comparte con amigos, porque produce “felicidad”, etc.).

El cuidado de la salud parece haberse transformado en un estilo de vida y así abre las puertas a una infinidad de participantes en el mercado de la salud que se caracteriza, como cualquier otro mercado, por crear necesidades en los consumidores más que satisfacer las preexistentes.



El EVS no es solo una prescripción médica, elaborada a partir de evidencia científica, que indica lo que es preciso hacer (o dejar de hacer) para vivir más y mejor, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas (atribuidas a la adopción de hábitos no saludables) y los costos derivados del tratamiento de dichas enfermedades. El EVS parece ser también una moda. El yogurt con biopuritas ha destronado a la hamburguesa de su sitio en la publicidad; las multinacionales de comida rápida (también llamada comida chatarra) han diversificado su oferta para recaptar a un creciente número de consumidores que abandonaban sus filas convertidos a la tendencia *slow food*²

² Movimiento internacional fundado en 1986 por el sociólogo italiano Carlo Petrini. Presente actualmente en más de 50 países, sus seguidores se oponen a la estandarización del gusto que supieron conseguir las multinacionales de comida rápida (*fast food*) y buscan revalorizar las tradiciones gastronómicas locales, así como promover una noción de calidad de vida basada en el respeto por el ritmo y el tiempo naturales, el ambiente y la salud de los coproductores (no consumidores).

¿SE HA PUESTO DE MODA EL CUIDADO DE LA SALUD?

Para José Miguel Marinas, profesor de Ética y Sociología del consumo de la Universidad Complutense de Madrid, en la actualidad es posible diferenciar dos niveles de lujo. Uno, basado en la imitación, la competitividad y la conquista, cuyo prototipo es el “consumidor estándar [...] más pendiente del brillo y del deslumbramiento que del equilibrio”. Y el otro, basado en la sobriedad, la exclusividad y la intimidad para quien el autocuidado y el tiempo son fundamentales. Orientadas a este segundo tipo de consumidor, se multiplican las propuestas de servicios de las empresas de *lifestyle managing* (gestión del estilo de vida). Para los usuarios y clientes de estas firmas, “el verdadero lujo tiene que ver más con disfrutar que con poseer” (Marinas, 2003).

“Ser saludables” parece ser el último grito de la moda, aunque no es la primera vez en la historia que el cuidado de sí gana protagonismo. La figura del dandi, durante buena parte del siglo XIX era, según describe Joanne Entwistle (2002), el paradigma de aquel que, prescindiendo de la herencia de sangre o fortuna, hacía de su aspecto una carta de promoción en una época donde el ideal era “hacerse a sí mismo”. El dandi generalmente no tenía empleo ni tendencia política conocidos, él mismo era un objeto que se ofrecía a la mirada de los demás, objeto a ser consumido. Antepasado del consumidor actual, el dandismo es un ícono de la moda como discurso en el cual el objeto que se ofrece para el consumo es el mismo consumidor.

Para el bohemio, en cambio, otro personaje característico del siglo XIX, la búsqueda de la autenticidad exigía ofrecer una imagen coherente, donde entre lo interno y lo que se daba a ver no mediara artificio alguno. El bohemio tampoco tenía empleo o fuente fija de ingresos, pero, a diferencia del dandi, renunciaba al confort en pos de la búsqueda de experiencias nuevas con las que satisfacer los sentidos. Entwistle (2002) considera al bohemio como correlato necesario del dandi en lo que respecta a la prehistoria del consumidor actual. El bohemio sería entonces el antecesor del consumidor que se lanza una y otra vez a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

Durante el siglo que separa al bohemio y al dandi del *tecnosexuales*³, ícono de moda contemporáneo, la ciencia abonó con su discurso el suelo de las narrativas de la época que buscaban la fórmula de la “autenticidad” en la relación entre la apariencia y el carácter interno.

La Revolución industrial produjo una enorme transferencia de población del campo a las ciudades. Rodeado de extraños, disponer de parámetros para leer en la imagen del otro algún signo acerca de la peligrosidad o inocuidad de sus intenciones parecía fundamental. En este contexto, el matemático y astrólogo Adolphe Quetelet se aboca a la tarea de explicar las leyes que gobiernan el comportamiento de las sociedades. Se comienza a hablar entonces de “población”, que no es el Pueblo, sino “un conglomerado de cuerpos que nacen, viven, se acoplan, mueren y eventualmente se agradan entre sí” (Miller, 2006, p. 7).

Quetelet comenzó a aplicar las matemáticas al estudio de lo humano siguiendo el modelo de su utilización en astrología. Así, mientras la idea del promedio en astrología indicaba alguna magnitud física, respecto de lo humano se transformaba en la medida de un ente ideal⁴. Los datos hablaban de manifestaciones más o menos enmascaradas de un hombre medio que representaba a cada grupo humano. Sus interpretaciones establecieron que “cada grupo social tiene un ideal que lo distingue y lo identifica (el hombre medio) en virtud de una serie de características y aptitudes, desde las antropométricas (talla, peso, complexión, etc.), las demográficas (longevidad, morbilidad, tasas de fallecimiento, etc.) hasta las de comportamiento social (delitos, suicidios, tasas de matrimonios, etc.)” (Hernández, 2005).

No resulta difícil verificar que la aplicación de la estadística al estudio de lo humano perdura hasta nuestros días. Su hombre medio es al que]. A. Miller (2006) llama *el hombre cuantitativo*; un

³ El término, que ya existía en 1970, ha sido redefinido por el físico y matemático estadounidense Ricky Montalvo para referirse al hombre deportista preocupado por su alimentación y su cuerpo pero que, a diferencia del ahora caduco metrosexual, rechaza el uso de cirugías y cosméticos. Está atento a los últimos avances tecnológicos y es este el rasgo que define su estilo de vida.

⁴ El índice de masa corporal que hoy se utiliza es el propuesto por Quetelet.

hombre cuyo único atributo es el de pertenecer a alguna lista o clasificación que lo convierte en un dato entre otros datos, prescindiendo de dos cuestiones fundamentales: es un hombre que habla y tiene un cuerpo.

Lo simbólico prescinde sin inconvenientes del sujeto. Cuando Jacques Lacan decía que el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante se refería a esto. La epidemiología representa al sujeto con una cifra, y a partir de allí la cifra recorre y justifica toda una serie de conclusiones, producto de su asociación a otras cifras que no precisan de su soporte carnal, humano ni hacen referencia a un contenido significativo o particular.

El discurso de la moda, por su parte, construye íconos que representan aquello que en un determinado momento es propuesto como deseable, en tanto que escaso o inaccesible para la mayoría. Se trata de símbolos que dan cuenta de algo más que una valoración estética (por ejemplo, las preferencias de determinada cultura por los cuerpos femeninos robustos o delgados). Los íconos de la moda condensan en una imagen el decálogo de atributos que garantizan la pertenencia a un determinado conjunto mediante la imitación (por semejanza u oposición) del modelo dado.

Jorge Lozano, retomando las reflexiones de Simmel, subraya que la posibilidad de imitación que ofrece la moda permite librarse “del tormento de decidir, transfiriendo a los demás las exigencias de ser originales, reduciendo la conducta de cada uno (*token*) a mero ejemplo de la regla (*type*)” (Lozano, 2000, p. 540).

LA MODA, ESE MISTERIO

El mundo de la moda tiene sus propias leyes, su temporalidad y su lógica. Si un estado del cuerpo, en este caso la salud, adquiere en este contexto una relevancia particular no es casualidad, sobre todo si tomamos en cuenta que la emergencia de la moda se asocia a algunos cambios contemporáneos relevantes en el plano histórico y social.

Al respecto, Hans Ulrich Gumbrecht (2007)

distingue tres factores fundamentales: la moda presupone un aprecio por la innovación como valor estético absoluto que no existía



antes del siglo XIX; obedece a la urgencia capitalista de producir nuevos deseos entre potenciales clientes más allá de la satisfacción de necesidades preexistentes y, por último, la moda converge históricamente con las oportunidades de movilidad y autopromoción que caracterizaron a las sociedades burguesas.

Para Gumbrecht, la moda funciona según un código de inclusión y exclusión, esto es, se está a tono con el gusto dominante de la época o no. Si bien están permitidas y hasta alentadas las pequeñas variaciones individuales, para estar “dentro” es indispensable conocer y manejar los criterios estéticos en uso.

Sin embargo, se está “fuera” respecto del mismo criterio o gusto dominante, por lo que parece más probable que la moda, en coherencia con su espíritu normativo, no tenga exterior.

Según Gumbrecht, la función que en nuestra época parece tener este fenómeno llamado moda consiste en mantener al individuo en “una siempre renovada concentración en el presente” (Gumbrecht, 2007, p. 18). Los mundos constantemente renovados que se le ofrecen al amante de la moda no dan tiempo para su interpretación.

Esta concentración en el presente que requiere la moda por parte de los consumidores coincide con la tesis de Marc Augé acerca de la aceleración de la historia en nuestras sociedades actuales:

La sobremodernidad, la aceleración de todos los factores constitutivos de la modernidad del siglo XVIII y XIX, propicia el exceso, de tal manera que todo pasa como si no hubiese historia [...] es el triunfo de la ideología de la sociedad de consumo [...] que podría sintetizarse con el lema de que portarse bien es consumir mucho [...] una de las características del consumo es la instantaneidad (Augé, 2007).

Uno de los factores constitutivos de la modernidad del siglo XIX era la todavía escasa movilidad de clases. En lo que a la moda respecta, las elites de la época marcaban tendencias y creaban estilos que cuando finalmente llegaban a las clases más populares carecían ya de toda vigencia. A mediados del siglo XX, la democratización de la moda, asociada al éxito de la producción en serie y el mayor poder adquisitivo de la clase trabajadora, diluye la antes clara relación entre moda e identidad de clase.

En este escenario nacen en los ochenta las primeras colecciones *prêt-à-porter* (listo para usar) a través de las cuales las marcas de alta costura, antes exclusivas, lanzan al mercado productos accesibles a un número mayor de consumidores. Los jóvenes profesionales o los hijos de la clase trabajadora pueden acceder a las prendas de moda o a una buena imitación, casi tan pronto como esta es mostrada en los medios de comunicación.

Príncipes y mendigos son ya irreconocibles por su aspecto. ¿Qué podría diferenciar entonces a individuos de distinto poder adquisitivo? ¿Qué atributo marca la diferencia en una época donde casi todo está al alcance de todos? Para Entwistle, “los pequeños detalles son los que todavía pueden marcar diferencias. La ‘calidad’, por ejemplo, es el distintivo esencial de las clases” (Entwistle, 2002, p. 166). De la misma manera que la calidad de la prenda, la buena costura o un buen forro funcionan aún como distintivo de un nivel adquisitivo superior o un

gusto más refinado y educado, la calidad de vida y el acceso a la tecnología cuenta a la hora de estar *in* o quedar *out*.

Nos referimos aquí al sentido que cobra la noción de *calidad de vida* –vaciada de toda dimensión subjetiva– al interior del mercado de la salud, en constante cooperación con los imperativos de la moda. Allí es posible reconocer una suerte de yuxtaposición entre sacralidad y calidad de vida de modo tal que en el producto final las puntadas son invisibles y el resultado parece reconciliar las diferencias. En otros términos, mientras se vacía el significante “vida” de toda referencia sagrada, trascendente, política o religiosa, se le asigna un valor tal que cualquier esfuerzo por conservarla, prolongarla y optimizarla resulta rentable. Por el contrario, todo aquello que amenace la vida (real, potencial o estadísticamente) se transforma en un riesgo que moviliza y compromete a todos y cada uno.

En este contexto *salud* se vuelve sinónimo de *vida*:

Todo esto debe ser consultado para enfrentar las medidas sobre el estilo de existencia que adoptó el amo moderno, quien, por su acción misma, hizo de la vida, pensada como salud, un objeto político [...] Las metáforas que abordan el estado de la sociedad a través de la salud y según el modelo médico terminaron realizándose y esta se volvió el problema como tal de la sociedad civil en tiempos de paz (Miller, 2005, p. 22).

Se habla entonces de “ser saludables” y no de “estar sano”. La salud se transforma en un atributo del ser, no ya un estado que se tiene y eventualmente se pierde. Cada aspecto de la vida tarde o temprano encuentra su eco en el estado de salud: desde la apariencia física o los hábitos de consumo hasta el estado de ánimo o el éxito laboral.

La *salud prêt-à-porter* no es una salud a la medida de la singularidad de cada uno, sino la salud para todos igual que llega a todos los rincones del planeta con las mismas indicaciones generales: coma sano, haga deporte, no fume ni beba en exceso. Se admiten, sí, pequeñas variaciones de estilo tales como la adopción de prácticas orientales de meditación o alimentación.

Por otra parte, a partir del momento en que la salud se vuelve un "must" de la moda, la noción de calidad de vida cobra nuevas significaciones que se asocian con un estilo de vida en particular: aquel del que disfrutaban quienes pueden elegir alejarse de la polución de las grandes ciudades, tienen tiempo libre para cocinar sano, realizar actividades deportivas y de ocio, conocen y prefieren los alimentos orgánicos, se proveen de objetos tecnológicos que facilitan hasta las tareas más triviales y acceden al asesoramiento de expertos, la atención médica privada y los fármacos capaces de optimizar las funciones orgánicas, entre otras cosas.

En un artículo periodístico destinado a describir las estrategias de marketing de las multinacionales de medicamentos, Moynihan y Cassels retoman las declaraciones de Henri Gadsden, exdirector de Merck, en una entrevista para la revista Fortune: "Declaró que desde hacía tiempo soñaba con producir medicamentos destinados a... los sanos. Porque en ese caso, Merck tendría la posibilidad de vender a todo el mundo". Tres décadas más tarde el sueño de Henri Gadsden se hizo realidad" (Moynihan y Cassels, 2006, p. 7). En la actualidad, dolencias y malestares, otrora considerados inherentes a la condición humana, se han transformado en patologías que ameritan la intervención médica y farmacológica.

Las empresas farmacéuticas cuentan con expertos en publicidad que se dedican a crear nuevas enfermedades, rebautizando dolencias conocidas hace mucho tiempo, instalando entre los consumidores el temor de que molestias ocasionales se transformen en graves patologías, etc. La "disfunción eréctil" (antes impotencia sexual), el "trastorno de ansiedad social" (antes timidez) y el "trastorno disfórico premenstrual" (antes malhumor o sensibilidad femenina exagerada durante "esos días") son algunos de los éxitos que los expertos en "el arte de catalogar un estado de salud" (Moynihan y Cassels, 2006, p. 9) cuentan en su haber. Y esto sin mencionar la infinidad de productos que se venden para optimizar el estado de salud: complejos multivitamínicos, complementos dietarios, reguladores del tránsito intestinal, suplementos para deportistas, etc.

Salud para todos proclamaba la declaración de Alma Ata, incluso para los que no están enfermos, agregaban los gigantes farmacéuticos, porque el estado de completo bienestar no es solo la ausencia de enfermedad. La premisa del completo bienestar autoriza la creciente medicalización de cada aspecto de existencia humana extendiendo, paradójicamente, la sombra de la enfermedad sobre la idea misma de lo humano.

El cuidado de la salud se ha transformado en un estilo de vida y abre las puertas a una infinidad de participantes en el mercado de la salud que se caracteriza, como cualquier otro mercado, por crear necesidades en los consumidores más que satisfacer las preexistentes.

El mercado fabrica objetos para el consumo y simultáneamente fabrica necesidades para sus potenciales clientes. La operación de marketing o de publicidad no opera sobre el objeto sino sobre el sujeto, y esto porque el deseo del ser-hablante no tiene objeto, no es deseo de ningún objeto en particular, sino deseo de desear. El consumidor, en esta modalidad de repetición que implica la instantaneidad del acto de consumo, dice "quiero", y el mercado le responde "lo que usted quiere es esto".

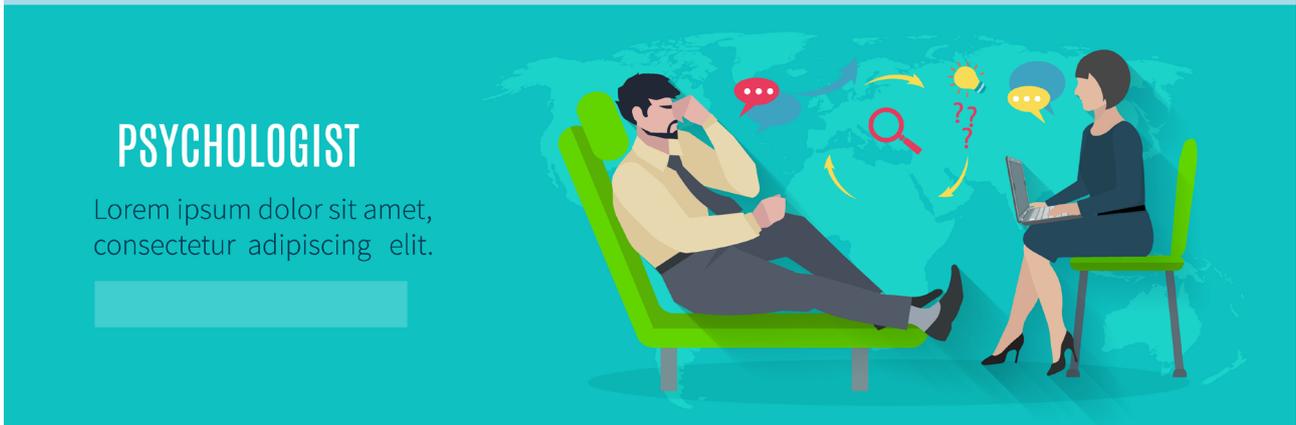
Germán García, citando a Jaques Lacan, recuerda que "comemos significantes" (García, 2005, p. 70). Esto es, no importa si en verdad el atún tiene Omega 3, nos gusta creer que así es, que consumiéndolo una vez por semana seremos más saludables, viviremos más y mejor.

Decir que el cuidado de la salud se ha puesto de moda es afirmar que funciona en el mercado como cualquier otro objeto o experiencia ofrecidos para el consumo: está sujeto a una constante voluntad de innovación, donde las investigaciones científicas publicadas por los medios de comunicación informan diariamente el último descubrimiento respecto de algún ingrediente nocivo o saludable de los alimentos, las ventajas de tal o cual rutina de ejercicios, las bondades de ciertas bebidas, etc. Según cambien las ofertas un producto puede caer en desgracia o ganar sus quince minutos de fama.



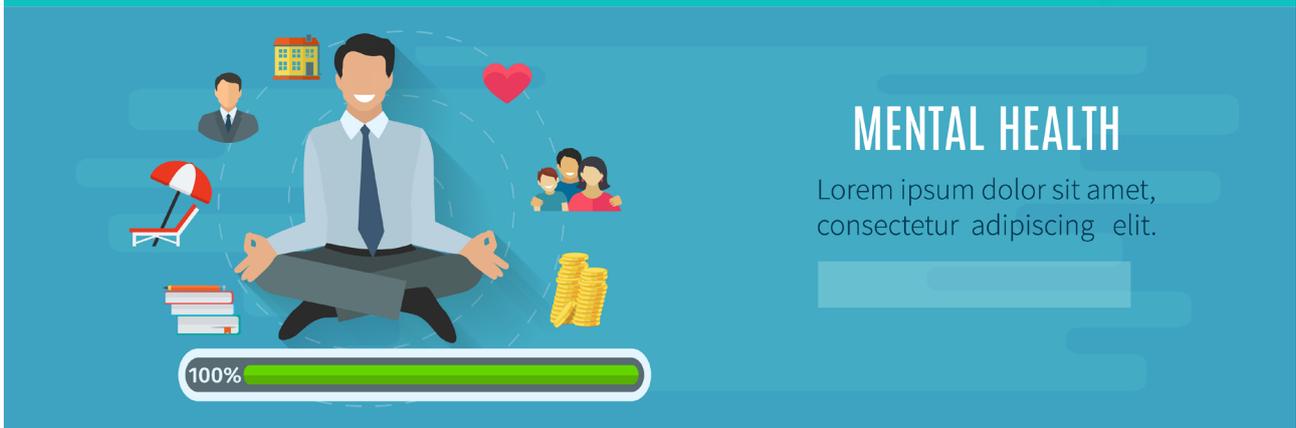
MENTAL DISORDER

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.



PSYCHOLOGIST

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.



MENTAL HEALTH

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.

En segundo lugar, la salud justifica casi cualquier esfuerzo adquisitivo. Como eslogan o argumento publicitario consigue vender desde prótesis tecnológicas, como relojes inteligentes que miden la frecuencia cardíaca, hasta suplementos alimentarios o cirugías; desde colchones hasta alimentos orgánicos. Lo curioso es que casi todo lo que se promociona para mantener u optimizar el estado de salud parece indispensable, no solo para estar mejor, sino también para no quedar fuera. Y aquí se verifica el tercer aspecto de los mencionados por Gumbrecht: haber transformado el cuidado de la salud en una moda es en parte un efecto inesperado de los triunfos de la ciencia y la medicina para abolir de la lista de las causas de

muerte las grandes pestes, las infecciones o el hambre, al menos en los países desarrollados o los sectores desarrollados de los países en vías de desarrollo.

Si el estilo de vida saludable tiene un valor simbólico, además de un valor de uso y de cambio, es porque no se trata simplemente de una necesidad. Como afirma Entwistle, “nada hay de ‘natural’ respecto a estos estilos corporales: se adquieren a través de la familia y otras instituciones culturales [...]” (Entwistle, 2002, p. 167).

Los hábitos o estilos corporales no se reducen a cómo se viste el cuerpo, sino también a cómo

se conduce, se mueve, anda y habla. Mientras que el mercado común homogeniza a los consumidores erigiendo su imperio de “para todos lo mismo”, los estilos a partir de los cuales se caracterizan las modalidades de consumo agrupan individuos que establecen lazos con los otros en busca de semejanzas. En palabras de Lizbeth Ahumada Yanet, “vemos proliferar asociaciones de todo tipo que colocan fronteras para demarcar su territorio y establecer su naturaleza de conjuntos y subconjuntos de los más semejantes” (Ahumada Yanet, 2004, p. 5).

Finalmente, en cuanto a la característica de instantaneidad o de perpetuo presente que conlleva la moda, la pregunta acerca del por qué o el para qué vivir más y mejor (actualmente mediante la adhesión al EVS) no tiene oportunidades de emerger. Lo que no significa que el discurso sobre el consumo saludable carezca de sentido; por el contrario, es justamente la saturación de sentido que consigue lo que dificulta la formulación de interrogantes al respecto. Asociado a la ideología del bienestar, no postula más que una verdad: *la gente quiere sentirse bien*.

Pero el bienestar en la actualidad se reduce al confort. Como afirma Christian Ferrer (2003–2004), las técnicas de confortación que en el pasado se ponían a funcionar para aliviar o acompañar el sufrimiento de quien había caído en desgracia, han cedido su espacio a las tecnologías al servicio del confort individual que incluyen toda la variedad de prótesis posibles a fin de prologar, sustituir, optimizar y, en el peor de los casos, disimular los límites humanos, prescindiendo de la ayuda o el auxilio del otro semejante.

CONCLUSIONES

Copjec recuerda que siempre se ha sabido que la vida humana es vulnerable a la enfermedad y la muerte, pero solo en la modernidad los discursos de poder sacralizaron esta vulnerabilidad como su aspecto esencial. Retomando a Benjamín, define la sacralidad de la vida misma como “la sacralidad de la vida corporal vulnerable al daño por parte de [nuestros] semejantes” (Copjec, 2006, p. 106).

Paradójicamente, la sacralización de la vulnerabilidad de la vida humana tal y como se la entiende hoy, en su dimensión meramente biológica, reniega de esa vulnerabilidad y reduce al sujeto individual a su dimensión animal. En efecto –como decía Freud–, hemos rebajado la enfermedad y la muerte al estatuto de contingencia, de riesgo prevenible:

Esta actitud nuestra hacia la muerte tiene un fuerte efecto sobre nuestra vida. La vida se empobrece, pierde interés, cuando la máxima apuesta en el juego de la vida, que es la vida misma, no puede arriesgarse [...] La inclinación a no computar la muerte en el cálculo de la vida trae por consecuencia muchas otras renunciaciones y exclusiones (Freud, 1915, p. 292).

Cómo, por qué y para qué arriesgar la vida es una tarea exclusivamente humana a partir de la cual se despliega la dimensión propiamente ética para el hombre. En principio, porque puede escoger no arriesgarla y vivir, como decía Lacan, al “servicio de los bienes” (Lacan, 1959, p. 362), de lo que se le propone como un Bien. En el tema que nos compete, la adopción de un EVS puede convertirse en un gesto de obediencia en tanto el individuo adhiere a las prácticas consideradas saludables, porque estas se le presentan como normas del buen vivir o como paradigma del gusto dominante de la época. Pero nada de esto lo interpela en la dimensión de su autonomía subjetiva, en tanto no es llamado a responder por el modo en que escoge vivir, sino solo a obedecer. Por el contrario, atribuirle a cada uno una facultad humana autónoma de juicio es lo que permite desplegar el campo de la responsabilidad:

Esta se abre a un cuestionamiento ético, a una posibilidad de juicio (y de condena) acerca de actos que ya no pueden sustraerse a la responsabilidad invocando la obediencia. Mas allá del legalismo, del respeto a las órdenes y la ley, se despliega la cuestión del sentido (Guyomard, 1999, p. 21).

Las enfermedades del estilo de vida dan cuenta de los efectos que genera el empuje a consumir sin que medie ninguna idea de proporción: ni en relación al propio bienestar, ni en cuanto al bienestar de otros: “Vivimos un empuje a

la satisfacción por el consumo, a una especie –diría yo– de fiesta permanente, donde no habría límite, donde no habría renuncia, donde *Impossible is Nothing* –como dice la publicidad–” (Naparstek, 2007, p. 18).

El capitalismo temprano se constituyó sobre la base del sacrificio, el ahorro, la moral victoriana de “primero el deber y después el placer”. El capitalismo tardío, en cambio, precisa revolucionar constantemente el deseo de los consumidores para generar la demanda de todo lo que pueda producirse. Progresivamente, el placer se transforma en un deber: debemos ser felices, todo el tiempo, con todo lo que el mercado tiene para ofrecernos. Las patologías asociadas al estilo de vida denuncian, en definitiva, los estragos de la felicidad obligatoria: abuso de sustancias (legales y prohibidas) que se vuelven tóxicas, hiper-colesterolemia, hipertensión, etc.

Dadas las circunstancias que hemos descrito a lo largo de este trabajo, ¿dónde localizar al sujeto?; ¿tendremos que definirlo según las normas a las que obedece: consumidor (si obedece los imperativos del mercado) o saludable (si adhiere al imperativo sanitario, haciendo de la conducta de salud su norma)? Pero también, ¿se trata de que cada quien se entregue, sin reservas, a los excesos que prefiera en nombre de su derecho a vivir y morir como escoja?; ¿qué podría, entonces, vincularnos unos con otros?

Si en algún punto un sujeto puede responder por sus actos es en el punto en que no hace del Otro su garante (lo que excusaría cualquier error u omisión por la vía de la obediencia a los imperativos vigentes) ni del temor al castigo su coartada.

La noción de EVS, su extensión a prácticamente todos los aspectos de la vida, su universalidad (a pesar de las diferencias individuales, culturales y sociales) y su carácter normativo derivan en gran parte de la idea de que es posible definir un estado de salud universal –una especie de paradigma– respecto del cual todo se reduciría a corregir las desviaciones para prevenir la enfermedad, preservar la vida y evitar muertes prematuras.

Sandra Caponi, a partir de los trabajos de Georges Canguilhem, señala que la salud es un objeto ajeno al campo del saber científico. Por el contrario, se trata de un concepto vulgar, es decir, común, al alcance de todos, que puede ser enunciado por cualquier ser humano. Cuando hablamos de salud no podemos evitar las referencias al placer, al sufrimiento o al dolor, incluso al bienestar, términos todos que introducen la cuestión del cuerpo subjetivo, de la experiencia privada y singular de tener un cuerpo: “La salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o promedios estadísticos y, por lo tanto, no pertenece al ámbito de los iniciados” (Caponi, 1997, p. 289).

Desde esta perspectiva, la medicina, y en general los saberes que buscan operar sobre los estados patológicos del cuerpo, puede proporcionarle al sujeto los artificios que le permitirán sostenerse y atravesar las dificultades propias de poseer un cuerpo que difiere de la máquina en su funcionamiento. La función del médico aquí se limita a auxiliar al sujeto en la tarea de darle sentido a ese conjunto de síntomas que él no puede descifrar en solitario, puesto que se le presentan opacos en su expresión.

Una salud sin definición científica y universal –como propone Caponi– es al mismo tiempo una salud que valida y soporta las intervenciones que el saber médico puede sugerir como artificios para sustentarla, pero nunca imponer. Es también una salud que admite tantas variaciones como sujetos hay, centrándose en la posibilidad diferente para cada cual, de disponer de los propios recursos y de los que brinda el entorno para atravesar las dificultades vitales a las que inevitablemente cada ser humano está expuesto a lo largo de su vida. Por el contrario, la salud de un sujeto se ve amenazada cuando este no cuenta con los recursos que le permitan hacer frente a las exigencias a las que está expuesto, y ese es el punto que queda velado tras la ideología de la salud obligatoria: que un creciente número de personas ve deteriorada su salud como resultado de la precariedad de sus condiciones de vida, y no de su comportamiento.

Pensar la salud desde la perspectiva del sujeto en juego es estar dispuestos a admitir una amplia gama de variaciones y anomalías en el seno de la idea misma de salud –no como paradigma sino como dimensión subjetiva– al punto de considerar que el momento de la emergencia de la enfermedad es aquel en el cual el propio sujeto advierte que por alguna razón (evidente u opaca para él) ha perdido los recursos con los que contaba para lidiar con las contingencias de la vida. Lo anormal aquí no es necesariamente patológico, puede incluso ser provechoso para un sujeto en particular.



BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1915). *De guerra y de muerte. Temas de actualidad*. Obras Completas, Vol. XIV. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998.
- Lacan, J. (1959- 1960). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina* En: Lacan, J. Intervenciones y Textos 1. Buenos Aires: Manantial; 2002: 86-99.
- Copjec, J. (2006). *Imaginemos que la mujer no existe: Ética y sublimación*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde- ManguinhoS*, IV (2), pp. 287- 307, jul. Disponible en formato PDF: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05.pdf>
- García, G. (2005). *Actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama.
- Miller, J- A. (2006). La era del hombre sin atributos. *Virtualia* [revista en Internet], julio- agosto (15), pp. 2-21. Disponible en: <http://www.eol.org.ar/virtualia/>
- Rodríguez, J. C. (2003). Mañana voy a una fiesta, cómprame un vestido que me quede bien. *El Mundo*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/magazine/2003/218/1070033221.html>
- Entwistle, J. (2002). *El cuerpo y la moda. Una visión sociológica*. Barcelona: Paidós Contextos.
- Hernández Cid, J. R. (2005). Adolphe Quetelet, un precursor de las matemáticas aplicadas en las ciencias sociales. *Laberintos e infinitos* [revista en Internet]. Disponible en: <http://laberintos.itam.mx/PDF/num4/110>
- Lozano, J. (2000). Simmel: La moda, el atractivo formal del límite. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (89), pp. 237- 250. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/simmel.html>
- Gumbrecht, H. U. (2007). Tres enigmas de la moda. *La mujer de mi vida*. (41), pp. 16- 18.
- Friera, S. (2007). Marc Augé y la aceleración de la historia en la sociedad actual. Hoy tenemos dificultades para pensar nuestro mundo. *Página/ 12*. Recuperado de: www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/espectaculos/2-5974-2007-04-11.html
- Miller, J.- A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética / con colaboración de: Eric Laurent*. Buenos Aires: Paidós.
- Moynihan, R. y Cassels, A. (2006) Comerciantes de enfermedades. *Medicamentos: ¿Derecho o mercancía?* Santiago de Chile: Aún Creemos en los Sueños, pp. 7- 13.
- Ahumanda Yanet, L. (2004) Modalidades contemporáneas del lazo social: perspectivas éticas. *Virtualia* (9), pp.1-7. Disponible en: <http://www.eol.org.ar/virtualia/>
- Ferrer, C. (2003-2004). La curva pornográfica. El sufrimiento sin sentido y la tecnología. *Artefacto. Pensamientos sobre la Técnica*, (5), pp. 5-18.
- Guyomard, P. (1999). *El deseo de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. (2007). La ciudad de la fiesta. En: Laurent, E.; Musachi, G.; Belaga, G., (Cord.). *Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales*. Buenos Aires: EOL – Gramma, pp. 17-20.