

Breve introducción a la sociología del cuerpo de Anthony Giddens

Jordi Corominas

Lo que se conoce como sociología del cuerpo investiga de qué manera nuestro físico se ve afectado por las prácticas y las influencias sociales. Como seres humanos, todos somos materiales, todos tenemos un cuerpo, pero el cuerpo no es sólo algo que tengamos ni tampoco algo físico que exista al margen de la sociedad. El cuerpo está muy influido por nuestras experiencias sociales y por las normas y valores de los grupos a los que pertenecemos. Hasta hace poco tiempo los sociólogos no habían comenzado a reconocer el carácter profundo de las interconexiones que existen entre la vida social y el cuerpo. Era frecuente en los sociólogos de tendencia idealista entender la sociedad como una creación nuestra, como si primero fueran las personas, los cuerpos y después las sociedades. Y podemos reconocer fácilmente esta perspectiva en la afirmación bastante común de que primero hay que cambiar las personas para cambiar las sociedades. La visión contraria la encontrábamos en algunas sociologías materialistas donde las personas eran meras expresiones, títeres, del sistema. En su extremo, estas sociologías materialistas distinguían una especie de motor de la historia, una lógica, independiente de los cuerpos y sus voluntades que iba llevando la historia de la sociedad hacia algún tipo de fin preestablecido por algún dinamismo cósmico.



Anthony Giddens

Hoy, en la sociología del cuerpo, dominan aquellas escuelas (fenomenológicas, constructivistas, sistémicas) que, con acentos diferentes, huyen de los extremos que he trazado anteriormente. Una de las sociologías que más me han interesado para reflexionar sobre el cuerpo y la sociedad es la de A. Giddens¹. En este breve artículo pretendo exponer algunas nociones centrales de su teoría sociológica y el juego que pueden dar para acercarnos a una comprensión de cómo se constituyen socialmente nuestros cuerpos.

Teoría de la estructuración

La teoría sociológica de la estructuración de Giddens, formulada en su libro

¹ A. Giddens, *La constitución de la sociedad, bases para la teoría de la estructuración*, Amorrortu ediciones, Buenos Aires, 1995, es su obra maestra. También me parecen de mucho interés las sociologías zubirianas que se han aproximado a los planteamientos de Giddens y Bordieu. Cf. A. González, *Un solo mundo. La relevancia de Zubiri para la teoría social*, Ed. Bubok, Internet.

*La constitución de la sociedad*², plantea que para comprender la creación, reproducción y transformación de los sistemas sociales se debe analizar a la vez la estructura social y los cuerpos humanos sin dar primacía ni a la estructura ni a los cuerpos individuales. Nuestros cuerpos, son agentes, tienen un papel activo (aunque bastante limitado en sus posibilidades) en la constitución del sistema social a través de nuestras rutinas diarias. He aquí un concepto clave de Giddens: “rutinización”. Las estructuras sociales son el resultado de la reproducción de nuestras rutinas. Las rutinas o hábitos articulan nuestros cuerpos y nuestra vida cotidiana y el sistema que conforman estas rutinas constituyen las estructuras sociales.

La diferencia que establece Giddens entre **consciencia discursiva y práctica** es fundamental. La consciencia discursiva hace referencia a lo que los agentes son capaces de decir o expresar verbalmente sobre su propia acción. Es la reflexión consciente sobre nuestros actos y acciones. Y la consciencia práctica se refiere al modo más o menos preconsciente, inintencional e irreflexivo, con el que llevamos a cabo la mayoría de nuestras acciones cotidianas. Los actos regidos por la consciencia práctica no son exactamente actos mecánicos porque siempre podemos modificarlos, ni actos inconscientes porque siempre puedo llegar a reflexionar sobre ellos. Por ejemplo, en el acto de afeitarme dejo la barbilla para el final. Llevo años haciéndolo así mientras escu-

cho la radio e intento desperezarme. Sin embargo, puede suceder que cualquier día reflexione sobre los actos y cambie la rutina empezando a afeitarme por la barbilla. Del mismo modo, si me presentan una mujer suelo darle dos besos casi sin pensar, pero si voy a Estados Unidos, donde las personas no se besan, o a París, donde se dan tres besos, de pronto tengo que pensar sobre un ritual tan rutinario que de hecho sigo repitiendo en lugares donde los demás no tienen estas rutinas hasta que finalmente, no sin dificultades, logro cambiarlo. No existe una barrera entre lo práctico y lo discursivo, pero las más de las veces, aunque reconocemos y reflexionamos sobre algunas de nuestras rutinas no las cambiamos. Ya nos van bien. Por ejemplo, muchos varones son bien conscientes de que su contribución a las tareas de la casa es poca o nula, pero no renunciaran fácilmente a sus privilegios.

Las rutinas nos dan una especie de confianza, de seguridad ontológica dirá Giddens poniendo como ejemplo los campos de concentración donde las personas sobrevivientes intentaron mantener una rutinas mínimas para no morir. No podríamos vivir decidiendo y reflexionando en cada momento cómo me afeito, si beso o no beso, si sonrío o me mantengo serio. La acción no fluiría. Viviríamos en la angustia permanente. Una persona muy indecisa y analítica en todo raya lo patológico y acaban resultando invivibles sus continuas dudas. Alguien decía, y viene a cuento con lo que expongo, que se pierde

² *Op. cit.*

más por las decisiones no tomadas que por las decisiones equivocadas, y nuestros cuerpos parece que no pueden permitirse el lujo de la indecisión permanente. Optan por poner, siempre que pueden, el piloto automático. La mayoría de nuestras acciones cotidianas: dar la mano, abrazar, sonreír, conducir un coche, comer a una determinada hora, las hacemos sin pensar. (“D’esma” es la palabra catalana exacta e intraducible en todos sus matices al castellano). De hecho, a mi me sucede que incluso las composiciones musicales que aprendo para tocar en mi saxofón acaban siendo una rutina y, sorprendentemente, tengo que hacer un gran esfuerzo para concentrarme en la partitura y no pensar en otra cosa mientras toco.

Lo que nos hace ver Giddens es que tras las actividades cotidianas, aparentemente realizadas sin esfuerzo y sin problemas, se lleva a cabo un constante trabajo de mantenimiento y reproducción social. Las estructuras sociales no son algo exterior a mi cuerpo, sino que están corporeizadas, actualizadas en él. Como dice Giddens, “La sociedad sólo tiene forma, y esa forma sólo tiene efectos en las personas, en la medida en que la estructura se produce y se reproduce en lo que se hace”³. Las tradiciones, las instituciones, los códigos morales y las formas establecidas de hacer las cosas han cristalizado en nuestros cuerpos a través de las rutinas de las que podemos ser más o menos conscientes. Es difícil cambiar las rutinas, pero no im-

posible. El sistema cambia cuando las personas empiezan a reproducir las rutinas de manera diferente.

La socialización es el procedimiento mediante el cual un individuo es adiestrado, aprende rutinas desde el día del nacimiento, antes de todo propósito consciente o lenguaje, y deja de reproducirlas o transformarlas el día de su muerte. Normalmente nuestros cuerpos delatan nuestro origen social. Los miembros de una misma clase social tienen mayor número de probabilidades que cualquier miembro de otra de enfrentarse a las situaciones más frecuentes para los miembros de esa clase. Por ejemplo: Un niño de clase alta en el Brasil tiene todos los números para ir a una buena escuela y un niño de clase baja en una *bidón ville* todos los números para experimentar el odio a la policía y una fascinación por la delincuencia. Como ya hemos dicho, las estructuras no son exteriores al individuo, sino que toman cuerpo en nosotros a través de las rutinas. Si se quiere, las rutinas son estructuras interiorizadas, hechas carne, sociedad corporeizada.

Los otros están presentes en mis acciones pautando mis expresiones, introduciéndome rutinas en mi cuerpo, dándome acceso o no a determinados alimentos, afectos etc., antes de que tenga conciencia de ellos. Cuando tenemos conciencia del otro (nos damos cuenta), los otros ya han hecho buena parte del trabajo sobre mi cuerpo, mis sentimientos, mi expresión fonética, mi expresión facial y corpo-

³ A. Giddens, C. Pierson, *Conversations with Anthony Giddens*, Stanford University Press, USA, 1998, p. 77

ral y mis deseos. Esta actualización de los otros en mi cuerpo tiene un carácter de fuerza y de poder. Los demás delimitan las cosas a las que accedo, intervienen, insertan, dirigen y modulan mi acción. Los medios de comunicación, los vínculos comerciales y financieros, el trato con la naturaleza, impone una actualidad de los otros en las propias acciones aun sin darnos cuenta. De la intervención de los demás y del acceso que me permitan a las cosas depende en buena medida el dolor o el placer de los diferentes sentires, los sentimientos de gusto y de disgusto, y las respuestas positivas o aversivas.

De ese modo vemos como en todo hecho social se entreveran las cosas, los otros y yo mismo desde su misma raíz. No es solo que los otros me afecten mas o menos, sino que los otros están incorporados en mis acciones a través de una cantidad ingente de rutinas. Cuando reproducimos prácticas no hacemos otra cosa que dejar que nuestro cuerpo obre según pautas conocidas y reconocidas. Mientras el correr de la acción no sea problemático para un individuo, su conciencia práctica se expresará continuamente, sin cuestionar la rutina, pero cuando la rutina aparezca como problemática (una mujer que se resiste a cocinar siempre ella provocando que el marido no pueda leer el periódico antes de comer como era su costumbre; una multa de 500 euros por correr en el automóvil por encima de la velocidad permitida, etc.) la conciencia discursiva hace su aparición y puede el individuo tratar de

dar razones de sus actos. Ello no conlleva necesariamente que se vaya a cambiar la rutina, pero sí que aparece la posibilidad de que el cambio se produzca.

Lo primero que hay que resaltar entonces es que el sistema social y sus estructuras no son un agregado de sustancias individuales ni una realidad exterior a las realidades humanas sino el sistema de las hábitos o rutinas sociales. El sistema social es interior a la actividad de los individuos. La acción de los individuos tiene unas propiedades estructurales que perduran a través de las prácticas de los agentes y precisamente las prácticas que tienen la mayor durabilidad temporal y extensión espacial es a lo que podemos llamar institución. Los modos de conducta social aparentemente más cotidianos, triviales y menos temáticamente conscientes, tienen repercusiones más profundas en la estructuración de la sociedad mundial que las acciones más intencionales. Las "rutinas" del día a día, las hábitos que poseemos no son "accidentes" del sistema social, sino que lo integran, el momento de producción de la acción cotidiana es al mismo tiempo el momento de reproducción del sistema social.

Lo segundo a destacar es que por la conciencia discursiva nuestros cuerpos tienen cierto poder de cambio y transformación social. Sabemos por las estadísticas que hoy de media se consulta una hora el móvil y esto es una especie de rutina práctica, pero al hacerla consciente puedo modificarla. Lo mismo podemos decir de la co-

mida, puedo establecer ciertas dietas etc. Lo humano de la acción no radica para Giddens en que esta sea racional o tenga un propósito (la mayoría de nuestros actos cotidianos son irreflexivos), sino en el hecho de que lo actuado, la rutina ejecutada, podría ser diferente. No tenemos un comportamiento fijado instintivamente, pero la humanidad de la acción también es independiente de su consciencia. La mayoría de acciones cotidianas son pre-conscientes. Soy el autor de muchas cosas que no intento hacer pero que hago. Por ejemplo, actos tan triviales como conducir un automóvil o comprar un billete de avión tiene consecuencias muy alejadas en el tiempo y en el espacio y cuanto más alejados son los efectos de nuestros actos menos intencional suele ser lo que hacemos pero no menos decisivo. No obstante, estas cosas que no hago a propósito no las hago “instintivamente”, de hecho no ocurrirían si actuáramos diferente. Lo propio de la acción humana es entonces el que tenga un momento de poder para introducir una diferencia respecto a un estado de cosas preexistente. Podríamos decir que una acción es una acción humana cuando envuelve una capacidad de transformación. Estar constreñido socialmente, no tener elección, no es lo mismo que no tener poder. Aunque el esclavo quiera ser efectivamente esclavo, aunque uno no pueda dejar de repetir una determinada conducta o no tenga escapatoria ante el pelotón de fusilamiento o el hambre, esto nunca es equivalente a estar irremisiblemente empujados por procesos mecánicos u biológicos.

La superación del dualismo entre acción y estructuras exige pensar en un mismo plano lo que frecuentemente es pensado en planos diversos. No hay actores preconstituidos que hagan la sociedad como tienden a pensar las escuelas fenomenológicas y hermenéuticas ni hay sistemas y estructuras preconstituidas que nos realicen como tienden a expresar las escuelas funcionalistas y estructuralistas. Las estructuras no tienen existencia independiente de las rutinas más o menos conscientes que los agentes tienen. El estado, el mercado, el consumo, el poder, forman parte de nosotros mismos. No son un monstruo exterior al que hay que evitar o domar. Sin el sistema de nuestras rutinas cotidianas no serían lo que son. Lo macro y lo micro, lo local y lo mundial se integran en un sistema de rutinas o hábitos que articula desde los movimientos de fonación y los movimientos de las manos hasta el trato técnico con las cosas (producción) y su distribución (economía). Por consiguiente, en la acción transformadora no podemos desgajar los objetivos políticos de envergadura de las minucias de la vida cotidiana. La acción transformadora tiene que tender a difuminar los diques que a menudo persisten entre la práctica cotidiana y los proyectos políticos de liberación.

Giddens y X. Zubiri fueron los primeros teóricos en preconizar que de hecho conformamos ya una única sociedad mundial, pues hoy el sistema de hábitos o rutinas, el sistema social, es mundial y si

bien no hay una integración cultural de todos los habitantes del planeta sí que hay una precisa integración física: “Las hábitos de los que carecen de determinadas cosas están sistemáticamente referidos a las hábitos de los que se han apoderado de ellas, independientemente del sentido que cada uno dé a su carencia o a su apoderamiento. La ausencia de una conciencia de la carencia o del apoderamiento no es óbice para que los modos reales de habérselas con las cosas no estén determinados por dicha carencia o dicho apoderamiento. Un sistema de hábitos rebasa cualquier unidad de semejanza en virtud del sentido o de la conciencia. Y por eso la idea de un sistema de hábitos sirve para pensar los vínculos sociales mundiales”.⁴



A partir de su sociología teórica, Giddens abordará en su sociología del cuerpo algunos de los temas fundamentales de esta disciplina: la sexualidad, el género, los trastornos de la alimentación, la técnica aplicada al cuerpo. En general, podríamos subsumir todos los temas de

⁴ A. González, “Una sola Sociedad mundial”, *Diakonía* 74 (1995), pp. 43-47

la sociología del cuerpo en dos grandes apartados: el que se refiere a las consecuencias del cambio social sobre el cuerpo y el que reflexiona sobre la creciente separación del cuerpo humano respecto a la “naturaleza”. Cito muy someramente, a modo de ejemplo, algunos desarrollos del propio Giddens⁵:

Consecuencias del cambio social en el cuerpo

«La anorexia refleja ciertamente aspectos generales del cambio social, incluyendo en ellos el impacto de la globalización. El aumento de los trastornos de la alimentación en las sociedades occidentales coincide precisamente con la globalización de la producción alimentaria, cuyo ritmo ha aumentado en las últimas tres o cuatro décadas. La invención de nuevas formas de refrigeración junto al uso del transporte en contenedores ha permitido que los alimentos puedan almacenarse durante largos períodos y que sean servidos de un extremo a otro del mundo.

»Desde los años cincuenta, y para aquellos que pueden permitírselo (ahora la mayoría de la población en los países occidentales), los estantes de los supermercados están llenos de alimentos de todo el mundo. La mayoría de esos productos están siempre disponibles y no sólo, como ocurría antes, cuando era la época en su lugar de origen. En los últimos años, casi

⁵ Una sociología del cuerpo está implícita en todos los trabajos de Giddens. Se pueden apreciar algunas de sus reflexiones en su manual de sociología: A. Giddens, *Sociology*, 7 edición, Cambridge, 2013.

cualquiera en el Reino Unido y en el resto de las sociedades desarrolladas ha estado a régimen. Esto no significa que todos estén locos por adelgazar. En realidad, si todos los alimentos se encuentran disponibles casi siempre, tenemos que decidir qué comer: construir un “régimen”, concepto que hace referencia a lo que consumimos habitualmente.

»En primer lugar, tenemos que decidir lo que comemos en función de las diversas informaciones de tipo médico con las que la ciencia nos bombardea; por ejemplo, que el nivel de colesterol está relacionado con las dolencias cardíacas. En segundo lugar, ahora nos preocupan las calorías que contiene cada alimento. En una sociedad en la que la comida es abundante, por primera vez podemos diseñar nuestro cuerpo en relación con nuestras costumbres (correr, hacer aeróbic) y con lo que comemos.

»Los trastornos de la alimentación tienen su origen en las oportunidades pero también en las presiones y tensiones que esta situación produce. El 80% de los anoréxicos son adictos al ejercicio. Una adicción es una pauta de comportamiento compulsiva que al individuo le resulta difícil o imposible evitar. Por ejemplo, Sally, una madre soltera de veintiocho años de la región inglesa de los Midlands, fue víctima de la anorexia después de padecer, según sus propias palabras, un “deseo compulsivo de hacer ejercicio”. Empezó a hacerlo después de separarse del padre de su hijo. “Me sentía desmoralizada e in-

útil cuando se rompió la relación y quería demostrarme que aún tenía una vida y que era fuerte. Al principio, el ejercicio me hizo sentirme bien conmigo misma; los hombres se fijaban en mi y aumentó mucho mi autoestima. Ahora necesito quemar calorías constantemente para sentirme normal”. Su obsesión con el ejercicio se mantuvo incluso después de que se hubiera recuperado de la anorexia.

»¿Por qué afectan los trastornos de la alimentación especialmente a las mujeres y, de forma más aguda, a las jóvenes? Para comenzar, habría que señalar que no sólo los padecen las mujeres, ya que alrededor del 10% de los enfermos por estas dolencias son hombres. Pero ellos no tienen anorexia o bulimia tan a menudo, en parte porque las normas sociales aceptadas hacen más hincapié en el atractivo femenino que en el masculino y en parte porque lo que se considera deseable físicamente es diferente para el hombre y para la mujer. Cuando los hombres se preocupan de cultivar su aspecto físico, el ideal es un cuerpo musculoso. Para muchos de los que hacen musculación, esta actividad se hace tan compulsiva o adictiva como los trastornos de la alimentación para las mujeres.

»Por ejemplo, Sam Fussell, en su libro *Muscle*, describe cómo empezó a desarrollar sus músculos para intentar controlar la sensación de debilidad y de ansiedad que le producía el pensar que era “enclenque”. De ser muy delgado pasó a estar realmente fuerte, pero entonces era

imposible parar. No podía llevar a cabo sus actividades cotidianas sin incluir algunas horas para levantar pesas. El que se dedica a la musculación nunca está lo suficientemente fuerte, del mismo modo que la anoréxica nunca está lo suficientemente delgada.

»También hay mujeres que se dedican ahora a la musculación, pero la mayoría no realizan esta actividad cuando intentan que su cuerpo se ajuste a sus expectativas. Su ansiedad se centra en el miedo a la gordura. En la actualidad la mujer ideal debe ser delgada y esbelta. La anorexia y la bulimia son enfermedades de la mujer activa que no se padecen porque sí, sino que la persona se esfuerza por tenerlas. Los que padecen anorexia se someten a una dieta rígida y mínima, que quizá complementen con aeróbic todos los días.

»La anorexia y otros trastornos de la alimentación ponen de manifiesto que la mujer representa un papel social más importante que antes, pero que aun así se la sigue juzgando más por su apariencia que por sus logros. Los trastornos de la alimentación se encuentran enraizados en la vergüenza que produce el propio cuerpo y las que padecen esta dolencia sienten que no están a la altura de las circunstancias y que son imperfectas, de modo que interpretan en función de su ansiedad cómo las ven los demás. En este punto, las ideas de delgadez se hacen obsesivas y para quien las padece perder peso se convierte en el medio de arreglarlo todo. Una vez que la mujer inicia el régimen de

adelgazamiento y el ejercicio compulsivo, puede quedarse bloqueada en la tendencia a rehusar completamente la comida o a vomitar todo lo que ingiere. Si esta pauta no se rompe (y algunas psicoterapias y tratamientos médicos son efectivos en este sentido) la paciente puede llegar a matarse de hambre»⁶

Creciente separación de nuestro cuerpo de la naturaleza

« La propagación de los trastornos de la alimentación refleja la influencia de la ciencia y la tecnología en nuestra forma de vida actual: el recuento de calorías sólo ha sido posible con los avances tecnológicos. Sin embargo, el impacto de la tecnología siempre está condicionado por factores sociales. Tenemos mucha más autonomía respecto a nuestro cuerpo y esta situación crea nuevas posibilidades positivas pero también ansiedades y problemas antes desconocidos. Lo que está ocurriendo forma parte de lo que los sociólogos denominan la socialización de la naturaleza, expresión que hace referencia al hecho de que ciertos fenómenos que antes eran “naturales”, o que venían dados por la naturaleza, ahora tienen un carácter social, es decir, que dependen de nuestras propias decisiones.

»La reproducción humana es un ejemplo de ello. Durante siglos la vida de las mujeres estuvo determinada por el parto y la crianza de los hijos. En la época premo-

⁶ A. Giddens, *Sociología*, tercera edición, A. Editorial, Madrid, 2000, pp. 165-167

derna la anticoncepción no era efectiva y en algunas sociedades no se conocía. Incluso en la Europa del siglo XVIII, era habitual que las mujeres tuvieran hasta veinte embarazos (con abortos frecuentes y muerte de los niños). La mejora de los métodos anticonceptivos ha transformado esta situación de forma significativa. En los países industrializados no sólo ya no es “natural” tener tantos embarazos sino que apenas ocurre. Los avances en los métodos anticonceptivos propician que las mujeres y los hombres puedan decidir si quieren o no descendencia. La prevención del embarazo es sólo un ejemplo de las técnicas de reproducción.

»Son muchas las áreas en las que los procesos naturales se han hecho sociales. La medicina no siempre ha participado en los grandes procesos vitales que van del nacimiento a la muerte. La medicalización del embarazo y del parto se desarrolló lentamente, a medida que los pediatras iban desplazando al médico local y a la comadrona. Hoy día, la mayoría de los nacimientos tienen lugar en hospitales, con ayuda de equipos médicos especializados. En el pasado, los padres tenían que esperar hasta que nacía la criatura para saber su sexo y si el recién nacido estaba sano. Hoy en día, pruebas prenatales como la ecografía (una imagen del feto producida a través de ondas de ultrasonido) y la amniocentesis (que consiste en extraer parte del líquido amniótico que rodea al feto) pueden utilizarse para detectar anomalías estructurales o cromosómicas antes del nacimiento. Es-

tas tecnologías obligan a las parejas y a la sociedad a tomar nuevas decisiones éticas y legales. Cuando se detecta alguna anomalía la pareja tiene que decidir si va a tener el bebé, sabiendo que quizá tenga una grave minusvalía.

»En nuestros días gran parte del esfuerzo científico se dedica a la expansión de la ingeniería genética: alterar la estructura genética del feto para influir en su desarrollo posterior. El posible impacto social de la ingeniería genética está comenzando a suscitar un debate casi tan intenso como el que rodea el problema del aborto. Los que están a favor de este tipo de manipulación afirman que nos aportará muchos beneficios. Por ejemplo, será posible identificar los factores genéticos que hacen que algunas personas sean vulnerables a ciertas enfermedades. La reprogramación genética garantizará que estas dolencias no se transmitan de generación en generación. Será posible “diseñar” nuestro cuerpo antes del nacimiento y elegir el color de nuestra piel, del pelo y de los ojos, el peso, etc.

»No hay un ejemplo mejor de la mezcla de oportunidades y problemas que crea la creciente socialización de la naturaleza. ¿Qué elegirán los padres cuando puedan diseñar a sus hijos y qué límites habrá que poner a esa capacidad de elección? Probablemente la ingeniería genética no será barata. ¿Significará esto que todo aquél que pueda pagarlo programará a sus hijos de forma que carezcan de las características físicas que se consideren social-

mente indeseables? Qué ocurrirá con los hijos de los grupos más desfavorecidos, que seguirán naciendo de forma natural? Algunos sociólogos han señalado que un acceso diferenciado a la ingeniería genética podría producir una “clase marginada en términos biológicos”. Los que carezcan de las ventajas físicas que aporte la ingeniería genética pueden ser objeto de los prejuicios de los que sí las disfruten y, en consecuencia, estar discriminados a la hora de encontrar un empleo o de suscribir un seguro de vida o sanitario.

»El dilema ético más polémico que han planteado las nuevas técnicas de reproducción en las sociedades contemporáneas es este: ¿en qué condiciones debería ser posible abortar a las mujeres? La polémica se ha hecho tan intensa precisamente porque se centra en problemas éticos fundamentales que no tienen una solución fácil. Los que están “a favor de la vida” creen que el aborto está mal siempre, excepto en circunstancias extremas, porque equivale a un asesinato. Para ellos, las cuestiones éticas están sujetas, por encima de todo, al valor que hay que conceder a la vida humana.

»Los que están “a favor de la elección” señalan que el control de la madre sobre su propio cuerpo -su derecho a disfrutar de una vida gratificante- debe ser la principal consideración. La polémica ha generado numerosos episodios violentos. ¿Es posible que se resuelva alguna vez? Al menos un destacado experto en teoría jurídica y social, Ronald Dworkin, ha señalado que

sí es posible. Según este autor, las profundas divisiones que existen entre los que subrayan el derecho a la vida y los que recalcan el de la elección ocultan las razones aún más profundas que hay para el acuerdo entre los dos bandos y que, por tanto, puede haber cierta esperanza.

»En otras épocas de la historia, la vida valía relativamente poco. Sin embargo, en la actualidad nos hemos acostumbrado a otorgarle un carácter sagrado. Los dos bandos están de acuerdo en ello pero lo interpretan de forma diferente; uno hace hincapié en los intereses del niño y otro en los de la madre. Según Dworkin, si se logra convencer a ambos bandos de que comparten un mismo sentido ético, será posible establecer un diálogo más constructivo.

»El carácter sagrado de la vida humana también es el valor primordial que subyace en el desarrollo de los sistemas sanitarios de las sociedades contemporáneas. “Salud” y “enfermedad” son términos que se definen cultural y socialmente. Como se demostró en el análisis de los trastornos de la alimentación, en cada cultura es diferente lo que se considera sano y normal. En todas existen ideas conocidas sobre la salud y la enfermedad en un sentido físico, pero gran parte de lo que hoy consideramos medicina es consecuencia de la evolución de la sociedad occidental en los tres últimos siglos.

»En las culturas premodernas la familia era la institución que se ocupaba de las

enfermedades y dolencias. Siempre han existido individuos que se especializaban en curar utilizando una mezcla de remedios psicológicos y mágicos y muchas de estas terapias tradicionales siguen existiendo en las culturas no occidentales de todo el mundo. Por ejemplo, la medicina ayurvédica (curación tradicional) se viene practicando en la India desde hace casi dos mil años. Se basa en una teoría del equilibrio entre los aspectos psicológicos y físicos de la personalidad, y los desequilibrios se tratan con remedios que inciden en la alimentación y utilizan hierbas.

»La medicina popular china es parecida, ya que se basa en la idea de una armonía general de la personalidad y se sirve de hierbas y de la acupuntura, una técnica que consiste en insertar agujas en lugares estratégicos del cuerpo del paciente. La medicina moderna promovió un enfoque de la enfermedad que considera que su origen y tratamiento son físicos y explicables de forma científica. La aplicación de la ciencia a la diagnosis y a la curación mediante la medicina fue la característica principal del desarrollo de los sistemas sanitarios contemporáneos. Otros rasgos, directamente relacionados con el anterior, son la aceptación de que el hospital es el lugar en el que hay que tratar las enfermedades graves y el desarrollo de un cuerpo de profesionales de la medicina que se rigen según un código ético aceptado y que tienen un considerable poder social.

»La concepción científica de la enfermedad se vinculó a la exigencia de que el

aprendizaje de la medicina fuera sistemático y largo; los sanadores autodidactos fueron excluidos. Aunque la práctica médica profesional no se limita a los hospitales, éstos constituían un medio en el que los médicos, por primera vez, podían tratar y estudiar a un gran número de pacientes, en circunstancias que facilitaban la concentración de la tecnología médica. En la época medieval, las enfermedades principales eran de tipo infeccioso, como la tuberculosis, el cólera, la malaria y las pestes. La peste negra del siglo XVI (que se extendió con las pulgas de las ratas) mató a un cuarto de la población inglesa y devastó amplias zonas de Europa.

»En los países industrializados las enfermedades infecciosas son en la actualidad causas de mortalidad menores y algunas han sido prácticamente erradicadas. En estos países la muerte suele sobrevenir por enfermedades no infecciosas como el cáncer y las dolencias cardíacas. En las sociedades premodernas las más altas tasas de mortalidad (el porcentaje de la población que muere al año) se daban en los recién nacidos y en los niños, mientras que hoy en día este indicador aumenta con la edad.

»A pesar del prestigio que ha adquirido la medicina moderna, hasta el siglo XX los progresos en este campo no causaron más que una pequeña reducción en los índices de mortalidad. Mucho más decisivas fueron las mejoras en las condiciones de salubridad, en la nutrición, el alcantarillado y la higiene, especialmente para la

disminución de los índices de mortalidad infantil. Hasta bien entrado el siglo XX los medicamentos, los avances quirúrgicos y los antibióticos no disminuyeron las cifras de mortalidad de forma significativa. El uso de los antibióticos contra las enfermedades infecciosas de tipo bacteriano se inició en los años treinta y cuarenta, mientras que las vacunas (contra la polio, por ejemplo) se desarrollaron más tarde.

»Entre las sociedades industrializadas existen notables diferencias en cuanto a la distribución de las enfermedades. En los países occidentales hay cuatro tipos de dolencias que causan alrededor del 70% de las muertes: el cáncer, las enfermedades coronarias, los infartos y las enfermedades pulmonares. Hoy día se sabe más acerca del origen de estos males y se controlan mejor sus efectos, pero ninguno de ellos ha logrado curarse completamente. Parece evidente que estas enfermedades están relacionadas con la dieta y la forma de vida, ya que su distribución varía según los países, las regiones y la clase social.

»Los individuos que tienen una mejor situación económica y social están, por regla general, más sanos, son más altos y fuertes y viven más que los de posición social inferior. Las diferencias son mayores respecto a la mortalidad en el primer año de vida y a la infantil en general, pero el riesgo de muerte para los más desfavorecidos es mayor que el de las clases acomodadas en cualquier edad. Hay varias razones que explican esta situación.

Los estratos sociales más acomodados suelen tener una dieta más rica y un mejor acceso a la atención sanitaria, por lo que es más probable que se aprovechen de estas ventajas.

»Las condiciones laborales también inciden directamente en la salud. Los que trabajan en oficinas y en ambientes domésticos están menos expuestos a los accidentes o al contacto con materiales peligrosos. Es difícil calcular hasta qué punto se han extendido las enfermedades laborales, porque no siempre es fácil determinar si una dolencia se ha adquirido por el trabajo o por otras causas. Sin embargo, algunas enfermedades laborales están bien documentadas, como las pulmonares que aquejan a los mineros, a consecuencia de la inhalación de polvo y el trabajar con asbesto, que se ha demostrado que produce ciertos tipos de cáncer.

»Jake Najman ha estudiado recientemente los datos que vinculan la salud con las desigualdades económicas. También ha tenido en cuenta cuáles podrían ser las estrategias más adecuadas para mejorar la salud de los grupos sociales más desfavorecidos. Después de estudiar datos de diversos países, su conclusión fue que el índice de mortalidad de aquellos que forman parte del 20% que menos gana era entre un 1,5 y un 2,5 más alto que el de aquellos que están en el 20% que más gana. Además, este contraste se está acentuando en vez de disminuir y lo mismo puede decirse de la esperanza de

vida (la edad que, en el momento de nacer, cabe esperar alcanzar).

»¿Cómo puede contrarrestarse la influencia de la pobreza en la salud? Una de las posibilidades son los grandes programas de educación sanitaria y de prevención de la enfermedad. Sin embargo, estos sistemas tienden a funcionar mejor entre los grupos más prósperos y con más educación y, en cualquier caso, no suelen producir más que pequeños cambios en el comportamiento. Un mejor acceso a la atención sanitaria ayudaría, pero sólo hasta cierto punto. Para Najman, la única política eficiente sería combatir la pobreza en sí misma, con el fin de reducir las enormes diferencias que hay entre los ingresos de los ricos y los pobres⁷.

⁷ *Ibíd.*, pp. 167-171.