

EL CUERPO PRESO DE LA VIDA SALUDABLE

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ÉTICA MÉDICO-DEPORTIVA DE SUJECIÓN

MIGUEL VICENTE PEDRAZ

Doctor en ciencias de la actividad física y del deporte. Profesor titular,
responsable de diversas materias de doctorado en las universidades de León,
Salamanca y Complutense de Madrid.

E-mail: miguel-vicentepedraz@unileon.es

RESUMEN

Las definiciones de salud elaboradas desde el espacio de saber-poder de la medicina burguesa reflejan la tensión sociopolítica que los distintos grupos sociales mantienen entre sí en la pugna por la hegemonía social. La desigual disponibilidad de recursos simbólicos en dicha pugna ofrece como resultado la imposición de las formas de relación con el cuerpo desarrolladas en el entorno por la clase dominante, las cuales son legitimadas y naturalizadas al amparo del discurso técnico. Como aliada del estilo de vida que desarrolla, la práctica deportiva o cuasideportiva se muestra como un ingrediente de primera magnitud en la definición del "orden" político y social que, por otra parte, se muestra coincidente con las exigencias capitalistas del binomio producción-consumo.

PALABRAS CLAVES: Cuerpo; vida saludable; práctica deportiva.

La presión creciente de una ética méritocrática que deposita en el sujeto la responsabilidad de los éxitos y los fracasos personales parece cifrarse en una llamada cada vez más explícita a la ordenación de las costumbres y al seguimiento de un estilo de vida ponderado; es decir, al mantenimiento de un orden práctico, emotivo e ideológico bien ajustado a los principios de regularidad en el que, a pesar del individualismo reinante, toda desviación del modelo es escrutada por una desconfiada, cuando no desafiante, mirada pública que lo marca y si puede lo confina. Una presión que actúa también o, sobre todo, en el dominio de la salud y en el que, cada vez más, las funciones domesticadoras del deporte – en un pasado reciente disimuladas por lo que tenían de vergonzantes – se muestran abiertamente como un dispositivo normalizador y como un corrector moral y físico: como un remedio casi universal con el que combatir el mal de la diversidad *disonante*. Sin el menor reparo se presenta como la mejor enmienda para los transgresores de la ley de la normalidad: moral para amoraes, correctivo para delinquentes, revulsivo para vagos, purga para drogadictos, templanza para violentos, pedagogía para inadaptados, ilustración para ignorantes, esperanza para desahuciados; la herencia que el sistema reserva a los desheredados.

Un exponente de este dispositivo es, sin duda, la relación que se establece entre la salud y el ejercicio físico, la cual se ha convertido en uno de los axiomas más frecuentes y menos discutidos de las publicaciones de educación física, de la propaganda deportiva e, incluso, de numerosas investigaciones médicas. Los artículos que, al respecto, llenan las páginas de las revistas – ya sean técnicas o divulgativas – son verdaderamente insistentes, aportando, según el caso, tal o cual prueba con la que contribuir en la proclama de las beatíficas virtudes que el resuello diario en el gimnasio o en la pista puede producir. Así, el pronunciamiento de los nexos, sobre todo, entre la salud y el deporte – avieso paradigma del ejercicio físico – es ya un argumento principalísimo en congresos, ferias, espacios de televisión y radio, tesis doctorales, leyes educativas y declaraciones universales de los más diversos y altruistas organismos internacionales.

Pero tal proclama no es sino la cara institucional de un proceso de legitimación de los modos neoconsevadores de representación y de actuación corporal de mucho mayor alcance que, con más o menos incidencia real en las costumbres, tiene como consecuencia el profundo enraizamiento en el imaginario colectivo de lo que podríamos denominar la obsesiva conciencia de sujeción. En dicho proceso, la práctica deportiva se puede considerar como un moderno catalizador ideológico del cuerpo sometido en la medida en que los tradicionales valores formativos y

reformativos del espíritu que la retórica institucional más conservadora había atribuido al deporte se han visto reforzados por idearios políticos tecnocráticos – como es el de la reducción del coste farmacéutico con la práctica cotidiana de ejercicio – que antes sólo habían sido genérica y hasta tímidamente considerados. Pues bien, uno de los factores determinantes de este proceso nos parece que tiene que ver con la irrupción tan desmesurada que desde hace tiempo ha hecho el saber técnico-médico en tantas y tantas esferas de la vida cotidiana; una irrupción que, en las últimas décadas, se está mostrando especialmente notoria en la esfera del bienestar y su definición y que se produce también a partir de la lógica de la normalización social.

Pues bien, la tesis que defendemos es que la relación incontestable que se ha establecido entre el ejercicio físico y la salud constituye uno de los exponentes de la colonización normalizadora a la que las sociedades de consumo someten a los individuos a través de los innúmeros aparatos ideológicos y políticos de control de los que están dotados. En este caso, la colonización normalizadora biologicista por intermedio de la inculcación de las formas de socialidad médicamente controladas y deportivamente orientadas: es decir, la medicalización y la deportivización de las relaciones sociales y de la cultura.

Para debatirla partimos del análisis foucaultiano a propósito del proceso de construcción del saber y del hacer médico en las sociedades modernas. Según Foucault (1966), habría que considerar el saber médico como una ciencia política, dado que a través de sus prácticas se ha ocupado en resolver *técnica o científicamente* problemas eminentemente políticos estableciendo, entre otras cosas, una presencia generalizada de médicos en el espacio social, cuyas miradas cruzadas forman una red y ejercen en todo lugar y en todo tiempo una vigilancia constante, móvil y diferenciada. Asimismo, partimos del planteamiento ya bien arraigado en la teoría social del cuerpo según el cual existe una estrecha relación entre el modo de existencia que presentan los individuos y los distintos modelos de actuación y representación corporal, de tal manera que dichos modelos – entre los que se incluyen las representaciones y prácticas de salud – constituyen una expresión de la identidad social muy a menudo naturalizada¹. Esto nos obliga, cuando menos, a cuestionar la naturaleza *natural* de la *vida sana o saludable*: puesto que no existe ninguna práctica independiente de los gustos y de las *necesidades* de clase y, asimismo, no existe ninguna práctica independiente de una ideología que la conforma, entendemos que

¹. Nos referimos a las tesis que ya defendía Luc Boltanski en *Les usages sociaux du corps* y, más propiamente, a los planteamientos de Pierre Bourdieu en *Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo* o en *La distinción*.

las prácticas corporales en las que se concreta la denominada vida sana responden y se sustentan a la vez en criterios de clase y en una ideología a los cuales en cierto modo define.

A este respecto, cabe entender que la relación entre el ejercicio físico y la salud, elaborada como un conjunto de propuestas de vida cotidiana al amparo del discurso técnico hegemónico de la salud, perpetúa una adhesión a incondicional a ciertas dimensiones del poder: aquellas que definen y proponen un estilo de vida normalizado y previsible como modelo de orden social; aquellas que determinan e imponen el denominado estilo de vida *sano* o *saludable* consistente, sobre todo, en cierto orden del comer, de la fiesta, del trabajo, del descanso, de la higiene, de la sexualidad, del mantenimiento físico, de los aderezos corporales y, en general, del actuar con el cuerpo y sobre el cuerpo los cuales, cada vez más, se orientan hacia la consolidación del hábito físico deportivo o cuasideportivo. Un estilo de vida que, construido sobre un orden moral e ideológico proclive a la homogeneización de los gestos y de los gustos, es coincidente con el principio de universalidad que la sociedad de consumo exige como condición de eficacia (re)productiva; principio que, no obstante, mantiene intactos algunos de sus más espurios resortes dinamizadores: la fragmentación de la sociedad; la distinción.

Se puede afirmar que el proceso de legitimación del ejercicio físico deportivo o cuasideportivo, en tanto que paradigma del estilo de vida saludable, tiene mucho que ver con el proceso de legitimación-naturalización del estilo de vida propio – y por lo tanto distintivo – de las clases acomodadas, incluso, de cierta fracción de dichas clases – la burguesía urbana. Un estilo de vida por el que los individuos que la componen, y por extensión-colonización muchos individuos pertenecientes a las clases *advenedizas*, desarrollan sus vidas a través de actividades y actitudes esencialmente vueltas hacia una salud individualmente construida y orgánicamente considerada aunque institucionalmente administrada; una salud planteada, desde una óptica econométrica de estado, es decir, como factor de productividad y consumo antes que como condición subjetiva de *bienestar*; asimismo, una salud entendida como bien adquirido antes que como una relación de autonomía personal siempre dinámica; una salud, en fin, cuyos definidores éticos coinciden con los de la ideología deportiva: los del hombre hecho a sí mismo. En este sentido, nos parece que conviene explicar cómo ambos aspectos, salud y ejercicio físico deportivo, contribuyen perversamente a la normalización en tanto se elementos coadyuvantes de esa tendencia dominomorfista que, en el ámbito de la administración política de los cuerpos, sostienen las sociedades de consumo.

Para ello consideraremos, en primer lugar, algunos de los aspectos que concurren en la construcción histórica de salud y por extensión en la formulación

contemporánea de estilo de vida saludable. Tendremos en cuenta hasta dónde llega, en dicha formulación, las recomendaciones meramente técnicas que sobre la salud formula principalmente la medicina – si es que estas son posibles – y dónde comienza la normatividad ético-moral y política; es decir, veremos cómo determinados campos del saber legitimado y hegemónico – los de la ciencia médica – desarrollan la proposición de una forma de vida y de unos usos del cuerpo acordes con el modelo de *vida ordenada*. Nos ocuparemos, a partir de ahí, el discurso institucional y el tipo de mensajes implícitos que comporta el *régimen* de la vida saludable, en general, y la recomendación institucional del ejercicio físico: la medicalización y deportivización de la vida cotidiana.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

La medicina, al lado de la religión y del derecho – de los que inicialmente no se distinguía sustancialmente –, se ha configurado a través de la historia como una actividad ocupada en descubrir, controlar y corregir cosas consideradas como no adecuadas o no deseables. Si bien, también históricamente, ha tendido a separarse de las pautas del discurso religioso y del jurídico tratando de apoyar sus juicios en fundamentos racionales, así como sus intervenciones en criterios de eficacia técnica, lo cierto es que se ha constituido y se constituye sobre algún tipo de evaluación de la conducta humana que inevitablemente va más allá de la mera descripción del estado de un organismo concreto y más allá, también, de la neutra actuación sobre él. Esta evaluación se configura según diversos componentes que podríamos resumir en dos.

El primer componente de la evaluación médica recae, precisamente, sobre la definición de los conceptos genéricos de salud y enfermedad. Efectivamente, la identidad de cada uno de dichos estados y, asimismo, el establecimiento de los límites más o menos difusos entre ambos, descansan, necesariamente, o bien sobre un criterio de estado ideal imaginario, o bien sobre un criterio de frecuencia estadística que discrimina entre lo normal y lo no normal en el funcionamiento corporal². Pues bien, en cualquiera de los dos casos estamos ante algo más que una simple descripción técnica: en un caso, porque la representación del estado ideal puede recibir y, de hecho recibe, muy distintas interpretaciones según el contexto cultural; y, en el otro, porque la colocación de las fronteras de la normalidad res-

² Piénsese, por ejemplo, en los constructos *normalidad-anormalidad*; repárese en las nociones de *peso ideal* o de *postura viciosa* entre muchos otros ideales y contraideales naturalizados por la medicina y cada vez más cotidianos.

ponde a criterios que tienen que ver con un paradigma científico y la siempre arbitraria estrechez o amplitud con que son interpretadas desde él los comportamientos y las funciones corporales – incluidas las biológicas. En este sentido, y como ha señalado Bryan Turner, se puede decir que la salud, lo mismo que la enfermedad, no constituyen hechos sino relaciones resultantes de los procesos clasificatorios que hacemos los humanos; son, sobre todo, clases dentro de un marco conceptual y explicativo construido y legitimado socialmente con el objeto de aproximarnos y organizar la experiencia de forma satisfactoria (TURNER, 1984).

El segundo componente evaluativo tiene que ver con las calificaciones y clasificaciones sociales que, arraigadas en la propia historia social del cuerpo, se efectúan a partir de las respectivas definiciones de salud y de enfermedad. En la medida en que una y otra son estados especialmente próximos a la experiencia cotidiana de la existencia, se constituyen a menudo como el *lugar común* de la apreciación y calificación del cuerpo: estereotipos fisiognómicos, somatotipos o, simplemente, *symptomata* que trascienden lo orgánico para indicar categorías morales tales como las que, por ejemplo, suelen establecerse, de una parte, entre la enfermedad y el *relajamiento* moral, la desidia o la indolencia y, de otra, entre la salud y la *integridad* espiritual, la cordura o la sensatez; un *lugar común* enormemente dependiente, por lo tanto, de unos patrones perceptivos que históricamente se han mostrado sólo relativamente estables y que hacen que, tanto la salud como la enfermedad, no sean condiciones moralmente neutras.

Se trata, entonces, de indagar sobre los elementos de racionalidad y de moralidad que confluyen en la construcción del marco evaluativo de la conducta y de las manifestaciones corporales. Más concretamente, se trata de poner de relieve los elementos del discurso somatológico dominante por el que se definen los modos legítimos y los no legítimos de la economía individual y colectiva de los cuerpos; especialmente, los elementos del discurso médico cuya eficacia clasificatoria tiende a naturalizar y a hacer incontestable la relación entre salud y ejercicio físico y, asimismo, a construir el estilo de vida sano o saludable en torno a los valores que la práctica del ejercicio físico – sobre todo, ejercicio físico deportivo y cuasideportivo – exige y fomenta. Veámoslo.

Aunque el proceso de secularización del concepto de cuerpo experimentado en la modernidad ha hecho de la salud y de la enfermedad – en otro tiempo equivalentes a virtud y corrupción, respectivamente – unas categorías de relativa racionalidad, es innegable que aún mantienen muchos vestigios del acervo teológico con el que se fueron elaborando. Una consecuencia de ello, o quizás la causa, es que los profesionales de la salud y de las artes curativas del cuerpo (oficiales o no) parecen haber recibido los poderes salvíficos que en otro tiempo pertenecieron a

los oficianes de la cura de almas. Unos poderes permanentemente actualizados y por los que, en gran medida, la medicina – demandante principal de los saberes del cuerpo y, por extensión, de la salud – conserva una de las más importantes posiciones, si no la más importante, en la salvaguardia de las costumbres y en la conservación del orden. A este respecto, una mirada a la historia reciente de occidente nos muestra cómo el poder médico se ha configurado principalmente como una mediación administrativa en el desorden social en tanto que extensión *natural* y legítima(da) de su mediación técnica en los siempre relativos desórdenes orgánicos. Este poder, que se materializa en la casi amenazadora proposición de normas de conducta que – al lado de la religión y hasta sustituyéndola –, parece estar autorizado para mediar en todos los ámbitos de la vida cotidiana: desde lo alimenticio a lo sexual pasando por el trabajo, el estudio, la diversión, la cosmética y casi cualquiera de las facetas de la vida pública y privada que se nos pueda ocurrir.

Tanto es así que la salud, médicamente definida y médicamente administrada, se ha convertido en uno de los bienes más preciados y, por extensión, la a veces obsesiva tarea de alcanzar el cuerpo sano se está configurando, ya, como una verdadera opción vital; como un verdadero estilo de vida que algunos, dado el carácter dogmático que a menudo adopta, han llegado a considerarlo como el principal agente patógeno de nuestros días (ILLICH, 1993). Pero justamente esto, la conversión de la salud médica en uno de los bienes más preciados y la configuración de un estilo de vida en torno a la búsqueda del cuerpo que la define, es lo que otorga legitimidad social y carácter propositivo a lo que en realidad es una imposición de prácticas corporales de clase convertidas en último término en mecanismos coercitivos para la articulación política de los cuerpos. Unos mecanismos que, por añadidura, se convierten en dispositivos de distinción social puesto que, como toda norma de clase, además de establecer cuáles son las pautas del buen comportamiento – en este caso, del comportamiento saludable – establecen la frontera, siempre infranqueable, entre cumplidores y no cumplidores, entre sanos e *insanos*. Nos referimos, cómo no, al carácter distintivo que presenta la enfermedad en la sociedad no sólo en el sentido, ciertamente objetivo, de la desigual distribución de la misma entre las distintas capas sociales, sino, sobre todo, en el sentido de la diferente valoración que reciben toda manifestación corporal en tanto que sea o no frecuente entre los miembros de la clase dominante (RODRÍGUEZ; DE MIGUEL, 1990).

Se puede decir, es cierto, que el estilo de vida saludable médicamente definido se construye – de acuerdo con la microfísica foucaultiana –, sobre todo, a partir de sutiles pero permanentes técnicas de acondicionamiento (social) que involucran al cuerpo en el trabajo de la salud mediante la creación de vínculos emocionales respecto de cierto modelo de práctica corporal. Pero, desde luego, no es ese el

único mecanismo; la relación sanitaria que mantenemos hoy los hombres y mujeres en las sociedades desarrolladas de Occidente con nuestro cuerpo – sobre todo, en las clases urbanas acomodadas – obedece también a lo que podríamos considerar un grueso, y muchas veces calculado, proceso de intervención médico-política de ordenación de la vida cotidiana. A través de ambos procesos aprendemos a pensar el cuerpo desde la óptica anatómofisiológica y patológica; aprendemos a interpretarlo en términos de órganos, sustancias y estados (mórbidos) a la vez que naturalizamos la omnipresente intervención médica como práctica del bienestar. Justamente la que nos lleva a entender, en nuestras relaciones cotidianas, lo que *nos pasa*, bajo la abrupta terminología que impone el saber de la medicina: ya no estamos tristes sino que padecemos depresión, no sentimos ira o temor sino que *liberamos adrenalina*, no nos agobiamos sino que *nos estresamos*, pronto dejaremos de tener hambre porque lo que, en realidad, nos suceda será un *leve episodio hipoglucémico*, o como quiera que médicamente se deba decir.

Pero esta clase de invasión, lejos de determinar sólo un lenguaje y una cierta relación simbólica de clase con el cuerpo, ha derivado, a veces, en una moral persecutoria en el sentido de que llega a traspasar el umbral de lo que parecen los límites razonables de su competencia: de la patología al sufrimiento, de la carencia al deseo, de la restauración del órgano afectado a la restauración del narcisismo contrariado etc., generando una definición arbitraria de *hombre sano* – y, por extensión, de hombre virtuoso y feliz; una definición de hombre sano que se superpone a todos los ámbitos de la existencia y nos inhabilita para hablar de nuestra experiencia corporal, de la ética de nuestros actos y hasta de la apreciación estética de la apariencia si no es bajo la óptica del discurso médico. A este respecto, es preciso poner de relieve cómo las propuestas de salud, institucionales o no, empiezan a hacer del cuerpo, de todo cuerpo, por el hecho de serlo, un organismo enfermo; tanto más cuanto menos se acerca uno a la improbable normalidad: demasiado gordos, demasiado flacos, demasiado bajos, demasiado altos, demasiado activos, demasiado pasivos, demasiado tímidos, demasiado irascibles, demasiado... Nocivos conspiradores del *régimen* a los que es preciso re-habilitar, re-integrar, des-intoxicar; sobre los que es necesario intervenir para *restablecer* el orden sanitario y moral a expensas, muchas veces, del propio sujeto, cada vez más *biologizado* y, por eso, cada vez más *descorporalizado*.

EL RÉGIMEN DE LA SALUD Y EL RÉGIMEN DEPORTIVO: EL EJERCICIO FÍSICO O EL BUEN ENCAUZAMIENTO

Tengamos en cuenta el carácter histórico del concepto de salud, la contingencia sociocultural del estilo de vida saludable y el sentido político de las prácticas

corporales que lo configuran. Se trata de ver cómo la medicina, que parece haber heredado el cometido de controlador moral de los individuos a través del predicamento de la salud, difunde los valores, la ideología y la práctica deportiva haciéndose solidaria del orden hegemónico.

Para nuestra argumentación nos sirve partir de la ambigua y siempre polémica relación entre naturaleza y cultura. Sin pretender entrar, ni mucho menos, en el juicio de las soluciones que la filosofía ha adoptado al respecto en los últimos siglos, el razonamiento más generalizado – desde Hobbes a Freud pasando por Rousseau, Weber o Durkheim – ha tendido a establecer un *continuum* entre los requerimientos instintivos y los requerimientos de la civilización cuya compatibilidad debía ser encarada por todo *proyecto* social. Según esta premisa, en las sociedades primitivas habría sido la religión la que inicialmente desempeñara el cometido de controlador racional y sagrado de los impulsos – sobre todo los sexuales – imponiendo ciertas obligaciones, ciertas prohibiciones y, con ello, cierta normalización de las costumbres que, en general, tendía a fomentar la oposición al mundo; una oposición bien representada, en sus diversas formas, por el ascetismo en tanto que mecanismo aprendido de autocontrol de los impulsos – a veces, tentaciones – y de renuncia a la satisfacción inmediata de los deseos. Así, por ejemplo, Weber sugiere que la racionalización capitalista – en la que, además de producirse la separación de los medios de producción, se inculca la doctrina del trabajo como vocación – encuentra su fundamento en una de estas formas del ascetismo, ciertamente, evolucionada y secularizada: aquella en la que presión sobre los instintos se subordina no a una búsqueda espiritual derivada de imágenes religiosas sino a la búsqueda profana de un excedente económico que sobrepasa las necesidades presentes y previsibles.

Pues bien, lo que se plantea es que dicha subordinación ascética sólo puede tener lugar mediante la confluencia de diversos aparatos ideológicos sustitutivos de las imágenes religiosas entre los que se encuentra en un lugar preeminente la ética médica y su materialización en las eventuales definiciones de vida saludable. Pero dicha sustitución, lejos de romper el paralelismo entre las formas de subordinación religiosa y las formas seculares de control, entre las que se encuentran las políticas de salud, lo reafirma y lo legitima. Aunque, como hemos señalado, las relaciones entre poder y cuerpo sufren una inflexión cualitativa con la modernización de las relaciones humanas, sobre todo a partir del siglo XVIII, la concordancia entre los definidores de la ascética cristiana y el régimen de la salud se mantienen firmes; sobre todo, en virtud de que en ambos casos el objetivo implícito es el *buen gobierno* de esa *fuerza de irracionalidad* que siempre ha sido el cuerpo, el *buen encauzamiento*. Un *buen gobierno* del cuerpo que se suma – como, por otra parte, históricamente

siempre ha sucedido – a los elementos de distinción de clase, diseñando, en este caso, el estatuto de la burguesía *saludable*.

A este respecto, la privación alimenticia de la dieta moderna de adelgazamiento ofrece una imagen paradigmática del autocontrol médicamente institucionalizado que reproduce fielmente la oposición a la orgía y el desenfreno que el ayuno representaba en la ética cristiana; a pesar de la siempre difícil relación entre cristianismo y medicina secular, la divulgación médica habría contribuido, incluso desde la época medieval, a fundamentar los preceptos que siempre hicieron del gobierno del cuerpo – representado por la frugalidad, la sobriedad y la medida – un signo de posición social a la vez que un indicador externo de la virtud espiritual (VICENTE PEDRAZ, 1999). No cabe duda de que la expansión económica en la Europa de los siglos XVIII y XIX, que como contrapartida produjo el hacinamiento urbano, fue haciendo de la aplicación y uso de las reglas ascéticas – reconvertidas en normas higiénicas y de salud – el emblema de la distancia entre la burguesía *culta y sana* y la *desastrada* clase obrera para la que, no obstante, se reclamaba el refrenamiento corporal y de las pasiones como valor de la salud física concurrente con las condiciones de producción capitalista. La confluencia de la tradición ascética y los programas de vida saludable irían dando forma, en ese contexto, a un código moral compatible con la necesidad de poseer una fuerza de trabajo disciplinada: el interés – siempre político – por la salud se cifraba antes que en la preocupación por prevenir y curar las enfermedades que pudieran aquejar a los trabajadores, en la previsión de los efectos desastrosos que para la economía y el orden social podía acarrear el empobrecimiento físico del proletariado. La enfermedad, que, como han señalado Heller y Fehér (1995), entre otros, siempre ha servido como metáfora política, vería reforzado el carácter de indicador subversivo o, cuando menos, el significado de dispersión moral que desde tiempo atrás había detentado: el llamamiento al deber de mantenerse sano, que en otro tiempo apelaba a la rectitud moral en nombre de la espiritualidad, apelaba ahora a la higiene física en nombre del orden social y del progreso económico.

Ahora bien, cuando las referencias a la salud dejan de establecerse en el marco religioso que vinculaba directamente la enfermedad con el pecado, el poder ya no precisa del ascetismo religioso propiamente dicho para mantener los cuerpos y sus expresiones en los límites del *buen* encauzamiento. El control sobre las condiciones y manifestaciones del cuerpo se efectúa, entonces, a través de vínculos emocionales y de fascinación como los que en la actualidad tienden a establecerse entre el sujeto y su cuerpo; unos vínculos que, de acuerdo con la ética meritocrática, deriva a menudo en lo que más arriba denominábamos obsesiva conciencia de sujeción. Entre los vínculos que forman esta indisoluble relación, ocupan un lugar

preeminente aquellos que la sanidad burocrática de las sociedades tecnológicas avanzadas desarrollan y difunden con el sello de la ética de la vida saludable; una ética que, con el trasfondo del modelo de cuerpo de la burguesía acomodada, *culta* y *saludable*, ha tendido a responsabilizar directamente al individuo y a los gustos personales del estado sanitario de cada cual y, subsidiariamente, del progreso y estabilidad social, ignorando, no ya el carácter arbitrario de los usos y modelos corporales, sino el hecho fehaciente de la desigual distribución de la enfermedad entre las distintas capas sociales.

El enfermo, que antes era inmoral desde el punto de vista espiritual, ahora no lo es menos, aunque desde el punto de vista civil: una nueva forma de culpabilización en la que no puede dejar de verse reflejada la antigua ascética religiosa materializada, en su vertiente prohibitiva, en las insistentes campañas antiobesidad, antitabaco, antialcohol o antisida pergeñadas, sobre todo, como campañas antiobesos, antifumadores, antialcoholizados, antidrogadictos y antipromiscuos y, en su vertiente exhortatoria, en las campañas de la forma físico-deportiva las cuales, desarrolladas a veces con pasión redentora, toman como referencia de la salud y, por extensión, de la virtud, de la dignidad personal o del estado de gracia, los atributos deportivos y su necesario calvario: la dieta, la privación libidinal y el ejercicio físico. Unos atributos que replican la siempre amenazante ética del autodomínio aplicado, en este caso, al trabajo sobre el cuerpo: la ética de la autodisciplina en nombre la proporcionalidad muscular, el peso ideal y las pulsaciones-pasiones; la ética de la competencia en nombre de la pretendida excelencia física; la ética de la perseverancia y la abnegación en nombre del jesuítico *día de mañana*; la ética del individualismo en nombre de la autorrealización (que curiosamente siempre depende del reconocimiento de los demás) y que, no obstante, subordina a los individuos y sus cuerpos a los fines de una aviesa salud orgánica que rinde culto al *citius, altius, fortius* y su demoledor efecto discriminatorio sobre todos los no aptos y los no inclinados por gusto y por sensibilidad (y por clase) hacia la competencia deportiva (los viejos – y no tanto –, la mayoría de las mujeres, los nacidos en según qué espacio social, los faltos de agresividad, los *torpes*, los gordos etc.), todos convertidos, por añadidura, en sujetos distantes de la salud, sujetos enfermos. Una ética que, con mayor o menor vehemencia, acaba haciendo de la delgadez deportiva la metáfora de la forma física – el signo exteriorizado de la virtud – y, paralelamente, de la gordura, la falta de forma (observesé la paradoja) y el signo exteriorizado de la indisciplina y del transfuguismo productivo. Un transfuguismo del que empiezan a ser presa incluso los viejos, cada vez mas acusados, me temo, de no haberse conservado jóvenes por falta de ejercicio y casi conminados a emprender programas de actividad para rejuvenecer y, de paso, ipara ahorrar en medicinas!

No es extraño, en este contexto, que las escasas críticas que ponen en tela de juicio la relación entre el ejercicio físico y deporte y la salud lo hagan en función del nada despreciable cúmulo de casos en los que aquellos aparecen como los responsables directos de traumatismos, dolencias, disfunciones sobrevenidas, afecciones crónicas físicas y psicológicas de las que destacan, muy especialmente, los denominados *desórdenes alimentarios* – tales como la anorexia o la bulimia – u otros como la vigorexia tan correlacionados con tendencias compulsivas hacia la actividad física sobre un fondo obsesivo en torno a la *mala* imagen corporal y de los que a menudo también se responsabiliza – o culpabiliza – al sujeto que la padece, despreciándose el valor de los imaginarios culturales que las determinan. En todo caso, tales críticas suelen constituirse en el interior de un debate meramente técnico acomodaticio según el cual no se cuestiona tanto *qué salud* como, engañosamente, *qué deporte*; una cuestión que salvaguarda la pretendida neutralidad política de la salud y, por añadidura, la neutralidad política del propio ejercicio físico deportivo. Respecto de este se construye y legitima una imagen ambigua pero intencionalmente polimorfa según la cual, habiendo muchas formas de practicar el ejercicio físico deportivo, lo más relevante de la diferencia entre todas ellas no sería tanto el significado cultural y político o el contenido ideológico de cada modalidad, como su adecuación o no a los parámetros de vida saludable establecidos por la autoridad pericial; una autoridad que – amparada en la neutralidad de la razón técnica – se encarga de determinar las formas aceptables y las formas espurias del ejercicio físico: la buena práctica y la mala práctica; la práctica saludable e insaludable. En el primer caso, el ejercicio físico ponderado, regular, vigilado por un experto y, en definitiva, sometido a los cánones de la producción corporal de clase; en el segundo caso, ciertas especialidades deportivas marginales y hasta censuradas, la práctica intensiva, la práctica sin control profesional, y en definitiva al margen de las expectativas, los gustos y las representaciones de la clase dominante.

En este sentido, lo mismo que el conjunto de prácticas que socialmente definen la salud obedece a criterios de clase y en función de tales criterios dichas prácticas se distribuyen de manera heterogénea a través de las distintas capas sociales, también la calificación de las prácticas corporales deportivas y cuasideportivas, responden a procesos históricos de conformación; unos procesos cuya improbable neutralidad ideológica explica más de la antítesis *buena y mala práctica* que la mera y aparentemente neutra calificación de los expertos.

Efectivamente, en la medida en que todos los elementos de clase tienden a actuar de manera solidaria en la construcción del universo simbólico de la distinción, se establece una concordancia casi lineal entre el discurso de la salud y el discurso de la práctica física deportiva; ambos, engranados por la maquinaria argumental del

discurso técnico, hacen que las prácticas corporales típicas de las clases acomodadas – moderadas en el tipo de esfuerzo, atendidas por un técnico etc. – aparezcan como prácticas saludables y, al contrario, que las prácticas de las clases bajas – prácticas generalmente más compulsivas o la ausencia de práctica – como prácticas no saludables. Si como parece claro existe una bastante estrecha relación entre las condiciones de las prácticas físicas con las que tienden a identificarse las clases acomodadas y lo que técnicamente plantean los expertos – que suelen pertenecer a dichas clases – como prácticas saludables y, asimismo, entre las condiciones de las prácticas físicas (o ausencia de prácticas) con las que tienden a identificarse las clases bajas y lo que técnicamente plantean los expertos como prácticas no saludables, entonces el imaginario de la salud aplicado al ejercicio físico y a las prácticas deportivas revela, antes que nada, la arbitraria imposición de los esquemas representativos y de sensibilidad corporal de una clase o grupo social, sobre todo, en la medida en que se puede observar una tendencia centrípeta hacia los valores y los usos de la clase o fracción dominante de ella que, a menudo, no guarda relación con los condicionantes económicos de la práctica.

Lo que queremos decir es que la heterogénea distribución social de las prácticas físicas calificadas como *saludables* responde a algo más que a la mera fragmentación social por la posibilidad o imposibilidad económica de acceso a según qué prácticas. Siendo un producto histórico del entorno *no popular* aplicado como valor universal se muestra, en última instancia, como una metáfora de la distinción no tanto económica como política en la que el proceso de nivelación se muestra siempre problemático y el efecto discriminatorio permanentemente reactualizado. Y es que las diferencias de los esquemas de percepción corporal históricamente estructurados imprimen un ritmo de cambio esencialmente distinto según el espacio social de referencia de tal forma que, cuando los valores y prácticas son asumidos – nunca del todo – por las clases colonizadas, las clases colonizadoras ya han transformado sus valores y sus prácticas lo suficiente como para mantener la distancia social relativa. Bajo la marca del *desarrollo cultural* o de la *nueva sensibilidad*, preservan su posición distinguida; en este caso, una posición de práctica y emotividad corporal a las que los miembros de los grupos sociales desfavorecidos siempre parecen llegar demasiado tarde.

The body as prisoner of “the healthy life”: the construction of a medico-sporting ethics of subjugation

ABSTRACT: Definitions of health elaborated from the site of knowledge-power of bourgeois medicine reflects the socio-political tensions that are generated between different social groups in the struggle for social hegemony. In this struggle, the unequal availability of symbolic resources results in the imposition of forms of relationship with the body that have been developed by the ruling class, and are legitimated and naturalized with the support of technical discourse. In this context, sporting and bodily practices become allied with a life style imposed by the dominant class, and become a major ingredient in the definition of a social and political order that coincides with capitalist demands linked to the production/consumption binomy.

KEY-WORDS: Body; healthy life; sport practice.

O corpo preso à vida saudável: a construção de uma ética médico-esportiva de sujeição

RESUMO: As definições de saúde elaboradas no espaço do saber-poder da medicina burguesa refletem a tensão sociopolítica que os diferentes grupos sociais mantêm entre si na luta pela hegemonia social. A desigualdade de recursos simbólicos na referida luta oferece como resultado a imposição das formas de relação com o corpo praticadas pela classe dominante, as quais são legitimadas e assimiladas, protegidas pelo discurso técnico. Como aliada do estilo de vida que desenvolve, a prática esportiva ou quase esportiva mostra-se como um ingrediente de primeira grandeza na definição da “ordem” política e social que, em contrapartida, coincide com as exigências capitalistas do binômio produção-consumo.

PALAVRAS-CHAVE: Corpo; vida saudável; prática desportiva.

REFERENCIAS

BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps. *Revue des Annales*, París, ESC, n. 1, 1971.

BOURDIEU, P. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. In: V. V. A. A. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 1986. p. 183-194.

_____. *La distinción*. Madrid: Taurus, 1988.

ELIAS, N. *El proceso de la civilización*. Madrid: F. C. E., 1987.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI, 1966.

_____. Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto. In: V. V. A. A. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 1986. p. 25-36.

HELLER, Á.; FEHÉR, F. *Biopolítica*: la modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península, 1995.

ILLICH, I. Escribir la historia del cuerpo doce años después de Némesis médica. *Archipiélago*. n. 15, p. 87-93, 1993.

LE BRETON, D. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n. 68, p. 197-209, 1994.

RODRÍGUEZ, A.; DE MIGUEL, M. *Salud y poder*. Madrid: CIS; Siglo XXI, 1990.

TUBERT, S. Desórdenes del cuerpo. *Revista de Occidente*, n. 134-135, 1992.

TURNER, B. S. *El cuerpo y la sociedad*. México: F. C. E., 1984.

VARELA, J. *Sujetos frágiles*. Madrid: F. C. E., 1989.

VICENTE PEDRAZ, M. La construcción del discurso médico y el arte de gobernar el cuerpo. Salud y moral en la Baja Edad Media Occidental. *Apunts*, n. 57, p. 10-18, 1999.

Recebido: 10 out. 2005

Aprovado: 6 dez. 2005

Endereço para correspondência
Miguel Vicente Pedraz
Departamento de Didáctica de la Expresión Musical,
Plástica, Corporal, Dibujo y Educación Física y Deportiva
Universidad de León
Facultad de Educación
Campus de Vegazana
24071 – León