

La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable

Miguel Vicente Pedraz, PhSc.⁽¹⁾

Vicente Pedraz M.
La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable
Salud Publica Mex 2007;49:71-78.

Resumen

Las definiciones de salud elaboradas desde el espacio de saber-poder de la medicina contemporánea reflejan la tensión cultural y política que 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 formas de relación con el cuerpo propias de la clase dominante, las cuales son legitimadas y naturalizadas al amparo del discurso técnico. Como un aliado del estilo de vida que impone, la práctica deportiva se muestra como un ingrediente de primera magnitud en la definición del "orden" político y social que, por otra parte, es coincidente con las exigencias capitalistas del binomio producción-consumo.

Palabras clave: salud; poder; cuerpo

Vicente Pedraz M.
The construction of a medical and sport ethics of subjugation: the body as prisoner of "the healthy" life.
Salud Publica Mex 2007;49:71-78.

Abstract

Definitions of health elaborated from the site of knowledge-power of contemporary medicine reflects the socio-political tensions that are generated between the 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 binomial.

Key words: health; power; body

La relación entre el ejercicio físico y la salud aparece en la actualidad como uno de los axiomas más recurrentes e incontestables de las publicaciones deportivas, de las pedagógicas e, incluso, de muchas especialidades médicas; inequívocamente, destaca en las investigaciones relacionadas con la calidad de vida o el bienestar. Los artículos que, al respecto, pueblan las

páginas de las revistas, ya sean técnicas o divulgativas, se muestran verdaderamente insistentes aportando, según el caso, pruebas experimentales de observación u opinión con las que contribuir en la proclama de una evidencia que ya los antiguos parecían conocer. Espoleados por el convencimiento pleno de las excelencias del resuello diario en el gimnasio o en la pista, el pro-

(1) Facultad de Ciencias de la Actividad Física, Universidad de León, España.

nunciamento de los nexos entre ambos se ha convertido en un argumento principalísimo de congresos, ferias, espacios de televisión y radio, tesis doctorales, *masters*, leyes educativas, etc.

Todo ello constituye, nos parece, la cara institucional de un proceso de legitimación social de los modos de representación y de actuación corporal mucho más amplio que, con mayor o menor incidencia en las costumbres, tiene como consecuencia el profundo enraizamiento en la conciencia colectiva de lo que podríamos denominar la concepción balsámica del ejercicio físico y, en particular, del deporte –su moderno y más comercial paradigma–. Una concepción que viene a redoblar la inveterada representación filantrópica del deporte como corrector moral y como uno de los más eficaces remedios contra la diversidad disonante: revulsivo para vagos, purga para drogadictos, templanza para violentos, pedagogía para inadaptados, ilustración para ignorantes, correctivo para delincuentes, esperanza para desahuciados, etc. La herencia, en fin, que el sistema reserva a los desheredados en una sociedad como la nuestra, obsesionada con la consonancia aunque, paradójicamente, individualista.

Entre los factores que parecen determinar este proceso de arraigo y legitimación de hábitos corporales, los de carácter económico constituyen una categoría fundamental, de modo que se puede hablar, de acuerdo con Pierre Bourdieu,¹ incluso de la génesis de un “campo” relativamente autónomo de producción y circulación de productos: los deportivos; algo que se observa a simple vista, por ejemplo, en la desmesura publicitaria, no sólo de vestuario y complementos para la práctica del deporte y ejercicios cuasideportivos, sino sobre todo en la exhortación, también institucional, hacia ciertos consumos en torno a la imagen del cuerpo –entre los que se incluyen los alimenticios, los farmacéuticos o los clínicos– y que van involucrando paulatinamente a mayor número de sujetos de clases sociales y fracciones de clase, que hasta hace muy poco consideraban dichos hábitos de cuidado corporal como excesos o lujos propios de la burguesía acomodada y ociosa. Sin embargo, no podríamos reducir el diagnóstico a un puro análisis economicista y de mercado donde, sin duda, hay una pluralidad de causas y donde, probablemente, las luchas simbólicas, así como las de capital social y cultural, ejercen una influencia determinante; a este respecto, el análisis del proceso de construcción de las hegemonías culturales y, dentro de éstas, las que comprenden las representaciones, los usos, las sensibilidades e, incluso, las necesidades corporales, ofrecen elementos esenciales de comprensión que se pueden sumar a los de carácter económico.

Como del cuerpo se trata, y los discursos que desde siempre lo han patrimonializado han sido los de la

medicina, no cabe duda de que la irrupción de los saberes técnico-médicos en la esfera del bienestar, y sobre todo en su definición, constituye un poderoso dispositivo de configuración en el seno de dichas luchas simbólicas y de capitales. Un dispositivo que, en gran medida, y según se trata de plantear en estas líneas, desempeña funciones normalizadoras y de control sobre los usos del cuerpo que por ser, de hecho, un capital cultural de clase, hace que dichas funciones normalizadoras y de control se muestren como un efectivo pero a menudo perverso juego de colonización cultural por parte de la clase y del pensamiento hegemónicos. Tan efectiva como desapercibida pasa la dimensión social e histórica de las prácticas corporales y, a la vez, tan perversa como técnicamente objetiva y aséptica se presenta la relación entre ejercicio físico y salud.

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 cultural a la que las sociedades de consumo someten a los individuos a través de los inúmeros 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 desarrollarla y debatirla partimos del análisis foucaultiano a propósito del proceso de construcción de los saberes y de los actos médicos occidentales y, particularmente, los modernos. Según Michel Foucault, la medicina sería más que una ciencia natural, una ciencia política en la medida en que a través de sus prácticas se ha ocupado de resolver técnica o científicamente problemas políticos y así establece, entre otras cosas, una presencia generalizada de médicos en el espacio social, cuyas miradas cruzadas han formado una red y ejercen una vigilancia constante, móvil y diferenciada.² Asimismo, partimos del planteamiento, ya bien arraigado de la Teoría Crítica,³ según el cual existe una estrecha relación entre el modo de existencia que presentan los individuos y los distintos modelos sociales de actuación y representación corporal; a este respecto, entendemos que dichos modelos –entre los que se incluyen las representaciones y prácticas de salud y la propia definición de ejercicio físico– constituyen una expresión de la identidad social a menudo naturalizada. Como plantea Luc Boltanski, las normas que determinan las conductas físicas de los sujetos sociales y cuyo sistema constituye su “cultura somática” son el resultado de las condiciones objetivas que esas normas retraducen en el orden cultural,⁴

o, en términos de Pierre Bourdieu, el cuerpo es la objetivación más indiscutible del gusto de clase.¹

En este sentido, si se considera que no existe ninguna práctica independiente de los gustos y de las propias necesidades de clase y, de igual modo, que no existe ninguna práctica independiente de una ideología bajo la cual se articulan sus significados, cabe plantear que las prácticas corporales –y particularmente el deporte– en las que se concreta el denominado “estilo de vida saludable” constituyen, más allá de la relación entre medios y fines que el discurso técnico establece como algo neutral y objetivo, un eventual producto histórico donde la desigual disponibilidad de recursos simbólicos ha dado lugar a la difusión-imposición de las formas de relación con el cuerpo desarrollados según los esquemas de verdad y de verdad práctica propios de la clase dominante.⁵ Esto nos obliga a cuestionarnos, al menos teóricamente, la naturaleza “natural” de la “vida sana” o saludable y nos invita a indagar sobre los elementos de la racionalidad y de la moralidad que han venido construyendo y en la actualidad configuran el marco valorativo de la conducta y de las manifestaciones corporales. Más concretamente, nos exige poner de relieve cómo los principios del discurso somatológico dominante terminan por definir “racionalmente” los modos legítimos de la economía individual y colectiva de los cuerpos, de todos los cuerpos.

La construcción de la salud y del estilo de vida saludable

Como han señalado, entre otros, Julia Varela,⁶ los saberes médicos, que en la Edad Media formaban parte del acervo discursivo de la teología, conservan parte de los poderes salvíficos que en aquella época pertenecieron a los oficiantes de la cura de almas. Así, y a pesar del profundo proceso de secularización que la medicina ha experimentado en los últimos siglos, donde en otro tiempo la salud era equivalente a santidad o virtud y la enfermedad un rasgo homólogo a corrupción vergonzante del ánimo, en la actualidad sendos conceptos no dejan de remitir, respectivamente, a ejemplaridad vs. desviación o relajamiento moral; muy especialmente, aunque no sólo, cuando se trata de afecciones de carácter venéreo o que afectan a la estética, la regularidad y mesura de conducta y, por supuesto, al desempeño y la eficiencia laboral. Lo que hace que la medicina oficial conserve una de las más importantes posiciones, si no la más importante, en la preservación del orden productivo y, por añadidura, en la salvaguardia de las costumbres “bien ordenadas”.

A este respecto, hemos de coincidir con Bryan Turner⁷ cuando, parafraseando a Foucault, plantea que 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 desequilibrios orgánicos. Una mediación que se materializa muchas veces en la casi amenazadora proposición de normas de conducta para casi cualquiera de los ámbitos de la vida pública y privada. En todo caso, pone de relieve que toda evaluación médica, si bien trata de apoyar sus juicios en fundamentos racionales y sus intervenciones en criterios de eficacia técnica, en última instancia se constituye sobre algún tipo de evaluación (cultural) que va más allá de la mera descripción del estado de un organismo concreto y de la neutra actuación sobre él;⁸ no cabe duda de que, a menudo, parece incapaz de sustraerse a los estereotipos de apreciación y clasificación sociales del cuerpo: estereotipos fisiognómicos, somatotipos o, simplemente, *symptoms* que trascienden lo orgánico para indicar categorías morales tales como las que suelen establecerse, de una parte, entre la enfermedad y la desidia ante la dieta, la higiene o el hábito deportivo; y, de otra, entre la salud y la perseverancia, la regularidad abnegada o el voluntarismo superador, etc., lugares comunes enormemente dependientes de patrones culturales que históricamente se han mostrado sólo relativamente estables y que hacen que tanto la salud como la enfermedad no puedan ser consideradas como condiciones moralmente neutras.⁷ Lo cual ha hecho, justamente, que la imagen corporal se haya constituido siempre como un operador escenográfico de las diferencias culturales y, también, por qué no decirlo, que la talla, el volumen y armonía de la musculatura, el régimen postural y, en general, todos los rasgos de la apariencia física sean un verdadero indicador de las desigualdades sociales.

Desde esta perspectiva, cabe entender que la relación entre el ejercicio físico (y deporte) y la salud,

* La identidad de cada uno de dichos estados y, asimismo, el establecimiento de los límites más o menos difusos entre ambos, descansan necesariamente 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 corporal (piénsese, por ejemplo, en los constructos normalidad-anormalidad, en las nociones de peso ideal o de postura viciosa, entre muchos otros ideales y contra-ideales naturalizados por más cotidianos). 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 responde 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–.

elaborada como un conjunto de formulaciones médicas meramente instrumentales sobre supuestos naturales y neutrales (la realidad humana, el cuerpo, la higiene, el bienestar, la realización personal, etc.) perpetúa una adhesión incondicional a ciertas dimensiones del poder: las que determinan y proponen-imponen el denominado “estilo de vida saludable” característico y definitorio de las clases medias urbanas y acomodadas a las que, por otra parte, pertenecen los cuadros médicos y dentro de cuyos esquemas de pensamiento se configura la racionalidad científica que les da forma. En la medida en que tales formulaciones instrumentales se naturalizan, sustrayendo el análisis político de lo que en la práctica es una producción histórica, se legitiman los esquemas representativos y prácticos sobre los que dichas clases edifican el imaginario de la salud consistente, sobre todo en cierto orden regular y previsible del comer, de la fiesta, del trabajo, del descanso, de la higiene, del mantenimiento físico, de la sexualidad, de los aderezos corporales y, en general, del actuar con el cuerpo y sobre el cuerpo, los cuales, tradicionalmente, han sido exhibidos y utilizados como elementos identitarios de dicha clase. Se establece así un imaginario de la salud y, por lo tanto, un estilo de vida que, cada vez más, se construye sobre un sistema de gestos y de gustos coincidentes con las exigencias de universalización que la sociedad de consumo plantea como condición de eficacia (re)productiva pero que, no obstante, mantiene intactos algunos de sus más espurios resortes dinamizadores: la fragmentación de la sociedad, la distinción.

Se puede decir entonces, de acuerdo con Luc Boltanski⁹ o Pierre Bourdieu¹ pero también con Georges Vigarello,¹⁰ Norbert Elias¹¹ y Eric Dunning,¹² entre otros, que la institucionalización del ejercicio físico y la construcción del estilo de vida deportivo o cuasideportivo, como 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 diferenciador– de las clases acomodadas o de cierta fracción de ellas: la burguesía urbana. Un proceso por el que los individuos que integran dicha fracción y, asimismo, quienes aspiran a integrarse en ella, tienden a desarrollar sus vidas a través de actividades y actitudes corporales bien adaptadas al imaginario práctico de la ética deportiva de sujeción y a los principios meritocráticos del logro individual, los cuales, por añadidura, son coincidentes con la perspectiva econométrica de salud pública, propia de los estados liberales, en términos de productividad y consumo. Tanto es así que la permanente y a veces obsesiva tarea de alcanzar el cuerpo sano se está convirtiendo para muchos en una verdadera opción vital que acaba otorgando le-

gitimidad social y carácter propositivo a lo que en la práctica resulta ser una imposición de clase: mecanismos coercitivos y arbitrarios para la articulación política de los cuerpos 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, casi siempre infranqueable, entre cumplidores y no cumplidores, entre sanos e insanos. Nos referimos, en este caso, 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 recibe toda manifestación corporal en tanto que sea más rara o más frecuente entre los miembros de la clase dominante.⁸

No cabe duda de que el estilo de vida saludable médicamente definido se construye –empleando el análisis foucaultiano–¹³ a partir de sutiles pero permanentes técnicas de acondicionamiento (social) que penetran el cuerpo y crean una retícula de lazos (emocionales, ideológicos, prácticos) a través de los que discurre el poder –no como algo que se ejerce sino como algo que circula– estableciendo una relación de sujeción infinitesimal, microfísica, no intencionada, pero en todo caso indeleble entre el sujeto y su cuerpo. Pero, desde luego, no es ése el único mecanismo; la relación de cuidado que mantenemos con nuestro cuerpo los hombres y las mujeres del mundo desarrollado –sobre todo en las clases urbanas acomodadas– obedece también a lo que podríamos considerar una gruesa, y muchas veces calculada, mediación 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 pasa y 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 abrumamos 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 irrupción, 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 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 estrecho canon que inculca el 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 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 rehabilitar, reintegrar, desintoxicar; desertores de la regularidad sobre los que es necesario intervenir para restablecer el orden sanitario y moral a expensas, muchas veces, del propio sujeto, cada vez más convertido en un objeto orgánico 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 proseguir y matizar nuestra argumentación para ver cómo la medicina, que parece haber heredado el cometido de controlador moral de los individuos a través del predicamento de la vida saludable, difunde la práctica y, con ella, los valores y la ideología deportivas haciéndose solidaria del orden corporal hegemónico.

Para ello sirve abordar 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 entre ambos términos un continuum en el que las posiciones extremas –requerimientos instintivos y requerimientos de la civilización– se enfrentaban a una difícil compatibilidad que todo “proyecto” de orden social debía encarar. Según esta premisa, y para la mayoría de las posiciones, 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, tendieron a fomentar la oposición al mundo sensible y especialmente a los placeres; una oposición bien representada, en sus diversas formas, por el ascetismo en tanto que mecanismo aprendido de disciplinamiento y autocontrol ante los impulsos –o “tentaciones”– de satisfacción inmediata de los deseos. Así, por ejemplo, Max Weber sugería 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 la 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 también las previsibles.

Pues bien, lo que se plantea es que dicha subordinación ascética –insistimos, evolucionada y secularizada–, sólo puede tener lugar mediante la confluencia de diversos aparatos ideológicos, sustitutivos de las imágenes religiosas, entre los que se encuentra la ética del trabajo, la ética pedagógica del éxito, la ética patriótica, y, 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 del 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 el proceso de secularización y racionalización de las relaciones humanas, en torno a la Ilustración y sus presupuestos filosóficos, la concordancia entre los definidores de la ascética cristiana y la idea de régimen de la salud parecen mantenerse firmes, sobre todo, en virtud de que en ambos casos el objetivo implícito es, y con planteamientos no muy distintos, el “buen gobierno” del cuerpo, el encauzamiento de esa fuente de irracionalidad e instintos que siempre ha querido verse en el cuerpo. Un buen gobierno 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 “culto y saludable”.

A este respecto, las publicaciones médicas que, sobre todo durante el siglo XVIII, en plena efervescencia del proceso de secularización de las artes curativas, se consagraron a anunciar un ascetismo moderado para alcanzar la estabilidad mental y el bienestar físico, con-

tribuyeron, a pesar de la siempre difícil relación entre cristianismo y medicina secular, a la implantación de las normas de uso de las nuevas sociedades metodistas. Estas, incardinadas en un ascetismo no tan moderado, harían del gobierno del cuerpo –representado por la frugalidad, la sobriedad, la moderación y la autocontención– un signo de posición social a la vez que un indicador externo de la virtud espiritual.⁷ No cabe duda de que la expansión económica en la Europa de los siglos XVIII y XIX, que como contrapartida produciría 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 “educada y sana” y la “desastrada” clase obrera para la que, no obstante, se reclamaba el refrenamiento corporal y de las pasiones como valor de una higiene 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 Feher¹⁴ 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 exhibido: el llamamiento al deber de mantenerse sano, que antiguamente 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 dejaron de establecerse en un marco religioso que relacionaba directamente la enfermedad con el pecado, el poder ya no precisó 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 empezó a trazarse, entonces, mediante vínculos emocionales y de fascinación que los distintos poderes de la sociedad moderna aún se encargan de tejer entre el sujeto y su cuerpo; unos vínculos establecidos según una perspectiva individualista y meritocrática que, como hemos señalado, deriva a menudo en una extrema conciencia de sujeción médicamente amparada: desde la compulsión por el ejercicio físico hasta la privación alimenticia, más o menos extrema, de los programas de adelgazamiento. A este respecto, si la tendencia obse-

siva hacia el ejercicio ofrece una imagen paradigmática de lo que el sufrimiento representaba en la ética cristiana, la dieta moderna se constituye como una metáfora de la oposición a la orgía que en dicha ética cristiana representaba el ayuno.

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, y que ha tendido a responsabilizar directamente al individuo y a las elecciones personales del propio estado corporal y, subsidiariamente, del progreso y estabilidad social ignorando, no ya el carácter no electivo de los usos y modelos de práctica corporal, sino, sobre todo, la condición socialmente adquirida de la enfermedad y su desigual distribución entre las distintas capas sociales. De donde el carácter admonitorio que aún conserva el enfermo, no tanto desde el punto de vista espiritual como civil, no puede ser considerado ideológicamente inocuo. Si la “corrupción” somática era antes la expresión exteriorizada del vicio, la patología aparece ahora, a menudo, como el testimonio de una condición y carácter individuales indisciplinares en el que puede verse reflejado el aparato doctrinal del ascetismo cristiano materializado en las diversas formas que la propaganda institucional acomete: en su vertiente prohibitiva, en las insistentes campañas antiobesidad, antitabaco, antialcohol o antisida pergeñadas, sobre todo, como campañas antiobesos, antifumadores, antialcohólicos, antidrogadictos y antipromiscuos;* y, en su vertiente exhortato-

* Resulta cuando menos paradójico el modo en que desde el poder se difunden los enunciados sobre el montante económico que cuesta anualmente atender a los enfermos por el consumo de tabaco - a los que al menos todavía, en España, no se les niega la atención hospitalaria, como solicitan algunas voces y como parece haberse puesto en práctica en algunos países desarrollados. No son raras, en este sentido, aseveraciones como ésta difundida el pasado mes de abril por algún medio de comunicación: “son tantos cientos de millones lo que nos cuesta a los no fumadores la atención médica que precisan los fumadores... y que tenemos que pagar con nuestros impuestos”; a las que la mayor objeción que se puede hacer no es la de la insolidaridad de los “sanos” para con los “enfermos” sino, sobre todo, la imagen que presenta respecto de quienes precisan de atención médica: la imagen de parásitos sociales con la que se distorsiona la realidad, incluso, en el sentido de que son presentados como si los fumadores no contribuyeran con sus impuestos a la financiación sanitaria y del estado en general. Una imagen que no parece que esté, al fin, tan lejos de las posiciones en contra de dispensar atención médica a los fumadores y que, quizás, dentro de poco dirijan sus enconadas miradas a los obesos, los hipertensos, los sedentarios, etc., como ya en muchos casos se les niega a los drogadictos, a los afectados por el sida y otros grupos marginados de los recursos sanitarios.

ria, especialmente en las campañas de la forma físico-deportiva. Unas y otras, desarrolladas a veces con pasión redentora, toman como referencia de la salud, y por extensión de la virtud, los atributos deportivos y su necesario calvario: la dieta, la privación libidinal y el ejercicio físico, los cuales, muy lejos de lo que la retórica más romántica y conservadora trata de difundir, se configuran a menudo como la expresión de la siempre amenazante ética del autodomínio aplicada al trabajo minucioso y cotidiano sobre el cuerpo: la ética de la autodisciplina neurótica en nombre de 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 en nombre de la autorrealización, la ética del individualismo en nombre de la libertad, etc., que, no obstante, subordina a los sujetos y sus cuerpos a los fines de una aviesa salud orgánica que aparece cada vez más sometida a los dictados de la cinta métrica: la salud de la apariencia juvenil, urbana, burguesa que rinde culto, como el propio deporte en el que se articula, al *citius, altius, fortius*, y su efecto discriminatorio sobre todos los no aptos por complejión o habilidad y sobre los no inclinados por gusto o por sensibilidad (o por clase) hacia la competencia y la práctica deportiva. Una ética, en fin, que con mayor o menor vehemencia, acaba haciendo de la esbeltez deportiva la antonomasia de la forma física y, paralelamente, de la gordura, la falta de forma –obsérvese la paradoja– y el signo exteriorizado de un escapismo productivo del que son presa los viejos y no tan viejos, la mayoría de las mujeres,* los nacidos en espacios sociales marginados, los “torpes”, los gordos, los faltos de agresividad, todos ellos convertidos, según la acepción de Julia Varela, en “sujetos frágiles”.⁶

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 causantes directos de traumatismos, dolencias, disfunciones sobrevenidas, afecciones crónicas físicas y psicológicas, de las que destacan, muy especialmente, los denominados “desórdenes alimen-

tarios” –tales como la anorexia o la bulimia– u otros como la vigorexia tan correlacionados con tendencias subyugantes 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 la importancia de los imaginarios culturales, así como las condiciones sociales, 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 éste se construye y legitima una imagen ambigua pero intencionadamente 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 la adscripción cultural, el sentido político o el contenido ideológico de cada modalidad, como el grado de adecuación a los parámetros de vida saludable establecidos por la autoridad pericial; una autoridad que, amparada en la supuesta neutralidad de la razón instrumental, se encarga de determinar las formas aceptables y las formas espurias del ejercicio físico: la buena práctica y la mala práctica. 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 sociales de conformación; unos procesos cuya improbable neutralidad ideológica puede explicar 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,

* Pese a que cada vez es más habitual la práctica deportiva entre las mujeres y no está tan mal vista como hace tan solo un par de décadas, los valores del deporte siguen siendo los valores viriles y su práctica –masculina o femenina– aparece inevitablemente –salvo casos excepcionales de especialidades inventadas ex profeso para mujeres– ligada a ellos en un entorno cultural que, no obstante, ha acabado por asumir cierta masculinización o androgenización de la mujer.

atendidas por un técnico, con contenido simbólico, 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 clase. Una tendencia en la que, como apuntábamos al principio, el condicionante económico, el coste de la práctica, sin ser despreciable, no es ni el único ni, a menudo, el más importante de cuantos factores determinantes intervienen.

Siendo que los valores y los significados culturales otorgados a cada práctica actúan como filtros ideológicos de diferenciación social, la heterogénea distribución social de las prácticas físicas saludables –dotadas del valor y el significado cultural de lo “saludable”–, pone de relieve, a la vez que un desigual reparto de recursos materiales, un desigual reparto de recursos simbólicos por lo que, a la postre, las diferencias en los usos corporales ahondan las fracturas sociales; en todo caso, mantienen las condiciones de desigualdad –por encima de la deseable diversidad cultural– en una sociedad en la que el proceso de nivelación se muestra siempre problemático y el efecto discriminatorio permanentemente reactualizado por mucho que la homogeneización cultural aproxime los gustos y las sensibilidades. Y es que las diferencias de los esquemas de percepción corporal históricamente estructu-

rados imprimen un ritmo de cambio esencialmente distinto según el espacio social de referencia (dominante/no dominante) de tal forma que, cuando los valores y prácticas son asumidos –nunca del todo– por las clases no dominantes, las clases dominantes ya han transformado sus valores y sus prácticas lo suficiente como para mantener e, incluso, aumentar 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 las clases bajas siempre parecen llegar demasiado tarde.

Referencias

1. Bourdieu P. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus, 1988.
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI, 1966:56.
3. Horkheimer M. Teoría crítica. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
4. Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Periferia, 1975:85.
5. Bourdieu P. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En: Wright C, Foucault M, Pollak M, Marcuse H, Habermas J, Elias N et al. Materiales de sociología crítica. Madrid: La piqueta, 1986:183-194.
6. Varela J, Álvarez F. Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1989.
7. Turner BS. El cuerpo y la sociedad. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.
8. Rodríguez A, de Miguel M. Salud y poder. Madrid: CIS-Siglo XXI, 1990:53.
9. Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Periferia, 1975:99-107.
10. Chartier R, Vigarello G. Las trayectorias del deporte: prácticas y espectáculo. *Apunts* 1982;76(XIX):289-305.
11. Elias N. La génesis del deporte como problema sociológico. En: Elias N, Dunning E. Deporte y ocio en el proceso de la civilización. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1992:157-184.
12. Dunning E. La dinámica del deporte moderno: Notas sobre la búsqueda de triunfos y la importancia social del deporte. En: Elias N, Dunning E. Deporte y ocio en el proceso de la civilización. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1992:247-270.
13. Foucault M. La microfísica del poder. Madrid: La Piqueta, 1985:144.
14. Heller Á, Fehér F. Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península, 1995:69.