



Pedraz, Miguel Vicente



Poder y cuerpo: el (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud

Educación Física y Ciencia

1997, año 3 no. 2, p. 7-19

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica editada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

www.memoria.fahce.unlp.edu.ar

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar

Cita sugerida

Pedraz, M. V. (1997) Poder y cuerpo: el (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. [En línea] Educación Física y Ciencia, 3(2). Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.114/pr.114.pdf

Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/)

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode.>

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

PODER Y CUERPO : EL (INCONTESTABLE) MITO DE LA RELACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y SALUD

Miguel Vicente Pedraz

Instituto Nacional de Educación Física de León, España

Miguel Vicente Pedraz es Dr. y Profesor de Teoría e Historia de la Cultura Física en el Instituto Nacional de Educación Física de León, España. Ha escrito numerosos artículos en revistas especializadas.

Introducción

La relación entre el ejercicio físico y la salud se ha convertido en uno de los incontestables más recurrentes de las publicaciones de educación física, deportivas e, incluso, de muchas especialidades médicas. Los artículos que, al respecto, pueblan las páginas de las revistas -ya sean técnicas o divulgativas- se muestran verdaderamente insistentes aportando, según el caso, tal o cual prueba con la que contribuir en la proclama de una evidencia que ya los antiguos parecían conocer. Espoleados por el convencimiento pleno de los beneficiosos efectos que sobre el organismo produce el resuello diario en el gimnasio o en la pista, el pronunciamiento de los nexos, sobre todo, entre la salud y el deporte -avieso paradigma del ejercicio físico (y de la educación física) en nuestra sociedad- se ha convertido en argumento principalísimo de congresos, ferias, espacios de televisión y radio, tesis doctorales, materias primordiales en planes de estudios universitarios, *masters*, leyes educativas, declaraciones universales de los más diversos y altruistas organismos internacionales, etc.

Todo ello constituye 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: el renovado unguento que antaño nuestros antepasados encargaban al barbero o al boticario. Una concepción que viene a redoblar la ya de por sí arraigada representación del deporte como corrector

moral y normalizador de las costumbres; la que lo hace aparecer como uno de los indiscutibles remedios con el que combatir el mal de la diversidad *disonante* que aqueja a una sociedad, como la nuestra, obsesionada con la consonancia aunque, paradójicamente, individualista¹.

En efecto, al lado de los tradicionales valores formativos y reformativos del espíritu que la retórica institucional más conservadora y romántica había atribuido al deporte, el imaginario deportivo ha visto reforzado algunos de las virtualidades 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.

En este sentido, 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 -los sistemas sociopolíticos herederos del capitalismo decimonónico- 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 medica-lización y la deportivización de las relaciones sociales y de la cultura.

Para ello partimos del análisis foucaultiano a propósito del proceso de construcción del saber y del hacer de la medicina en las sociedades modernas y, según el cual, esta sería, más que una ciencia natural, una ciencia política en la medida en que a través de sus prácticas se ha ocupado en resolver *técnica o científicamente* un problema político estableciendo, entre otras cosas, una presencia generalizada de

¹ Bajo la perspectiva individualista que tiende a depositar en el sujeto la responsabilidad de los éxitos y los fracasos personales cifrados, sobre todo, en términos de adaptación-adequación social, el deporte ha sido mostrado y *eficazmente* utilizado como la enmienda para los transgresores de la ley de la normalidad: moral para amoraes, correctivo para delincuentes, revulsivo para vagos, purga para drogadictos, templanza para violentos, pedagogía para inadaptados, ilustración para ignorantes, esperanza para desahuciados, etc. La herencia, en fin, que el sistema reserva a los desheredados.

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 diferenciada².

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 sociales de actuación y representación corporal de tal manera que estos modelos -entre los que se incluyen las representaciones y prácticas de salud- constituyen una expresión de la identidad social muy a menudo naturalizada³. Esto nos obliga, cuando menos, a cuestionar la naturaleza *natural* de la *vida sana o saludable*: puesto que consideramos que no existe ninguna práctica independiente de los gustos y *necesidades* de clase o de cualquier otro grupo social y, de igual modo, que no existe ninguna práctica independiente de una ideología por la cual y bajo la cual existe, entendemos que las prácticas corporales en las que se concreta la denominada vida sana responde y se sustenta a la vez en criterios de clase y en una ideología a los cuales en cierto modo define.

En ese sentido, consideramos que la relación entre el ejercicio físico (y deporte) y la salud, elaborada como un conjunto de formulaciones meramente técnicas respecto de supuestos objetivos de la realidad (biológica) del cuerpo y respecto de supuestos objetivos de la salud (también biológica), perpetúa, debido a la ausencia de consideraciones críticas en torno a qué es lo que cabe entender por cada uno de los términos -cuerpo y salud-, una adhesión incondicional a ciertas dimensiones del poder: las que definen, determinan y proponen-imponen un estilo de vida normalizado y previsible como modelo de orden social; las que definen, determinan y proponen-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, del mantenimiento físico, de los aderezos corporales y, en general, del actuar con el cuerpo y sobre el cuerpo que, cada vez más, se orientan hacia la consolidación del hábito físico deportivo o cuasideportivo. Un estilo de vida *saludable* que, cada vez más, se construye sobre un

² Véase, a este respecto, BRUNET Icart I. (1992, 193) *La lógica de lo social*. Ed. PPU. Barcelona. Refiriéndose, sobre todo, a la medicina preclínica.

³ Nos referimos a las tesis defendidas principalmente de BOLTANSKI L. (1971) en *Les usages sociaux du corps*, en *Revue des Annales ESC*, nº 1, y, más propiamente, a los planteamientos de BOURDIEU P. en *Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo*, en *VVAA* (1986) *Materiales de sociología crítica*. Ed. La piqueta Madrid; y, asimismo, en (1988) *La distinción*. Ed. Taurus.

orden moral y racional tendiente a la homogeneización de los gestos y de los gustos coincidente con la exigencia de universalización que la sociedad de consumo plantea como condición de eficacia (re)productiva pero que, no obstante, mantiene intactos algunos de sus resortes dinamizadores: la fragmentación de la sociedad, la distinción.

En cierta medida, que conviene ser explicada y que intentaremos explicar a lo largo del artículo, el proceso de legitimación del ejercicio físico 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 distintivo- de las clases acomodadas, incluso de cierta fracción de clase -la burguesía urbana- tal como lo han puesto de relieve entre otros, los ya referidos Luc Boltanski o Pierre Bourdieu pero también Georges Vigarello, Norbert Elias, Eric Dunning, etc. Un estilo de vida por el que los individuos pertenecientes a dicha clase, 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, una salud planteada, por lo demás, desde la óptica meritocrática y como factor de productividad y consumo antes que como condición de bienestar y bienhacer según una relación de autonomía e integración con respecto del medio físico y social; una salud, en fin, cuyos definidores éticos son expresión de la ideología dominante y con los que, por otra parte, coinciden los definidores de la ética deportiva: los del hombre hecho a sí mismo y último responsable de sus logros o de sus fracasos frente al medio físico y social percibidos como escollo. En este sentido, nos parece que conviene explicar cómo ambos aspectos, salud y ejercicio físico y deporte, contribuyen perversamente a la normalización en tanto son elementos concordantes-coadyuvantes de la tendencia dominomorfista de las sociedades de consumo en el ámbito de la administración política de los cuerpos.

Para ello: consideramos, en primer lugar, algunos de los aspectos que concurren en la construcción histórica de salud y por extensión en la definición-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, cómo determinados campos del saber legitimado y hegemónico -los de la ciencia médica- desarrollan la proposición de una

forma de vida y unos usos del cuerpo acordes con el modelo políticamente dominante de *vida ordenada*. Nos ocuparemos, a partir de ahí, del 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 deportivo o cuasideportivo, en particular: 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 tendiente a descubrir, a controlar y a corregir cosas consideradas como no adecuadas o no deseables. Si bien, también históricamente, ha tendido a separarse de las pautas del discurso religioso y legislativo tratando de apoyar sus juicios en fundamentos científicos objetivos y sus intervenciones en criterios de adecuación 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 valorativo que trasciende la descripción técnica 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 uno y otro descansan, necesariamente, o bien sobre un criterio de estado ideal imaginario⁴, o bien sobre un criterio de frecuencia estadística que discrimina entre lo normal y lo no normal en el funcionamiento corporal. Pues bien, en cualquiera de los dos casos estamos ante algo más que una simple descripción técnica; en el primero, porque la representación del estado ideal puede recibir y, de hecho recibe, muy distintas interpretaciones según el contexto cultural de referencia; y, en el segundo, 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-. En este sentido, y como ha señalado Bryan Turner, se puede decir que la salud, lo mismo que la

⁴ Piénsese, por ejemplo, en las nociones de *peso ideal* o de *postura viciosa*, por no mencionar otros ideales y contraideales naturalizados por la medicina y cada vez más cotidianos.

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 satisfactoria⁵.

El segundo componente valorativo, necesariamente relacionado con el anterior, tiene que ver con las calificaciones y clasificaciones sociales que, arraigadas en la propia historia social del cuerpo, se efectúan a partir de las definiciones de salud y de enfermedad. En la medida en que una y otra -salud y enfermedad- son estados especialmente próximos a la experiencia cotidiana de la existencia, se constituyen a menudo como el *lugar común* de la apreciación del cuerpo, tanto del cuerpo propio como del ajeno; un *lugar común* de la apreciación corporal que, desde luego, trasciende lo orgánico y lo biológico para establecer conexiones con categorías morales como, por ejemplo, las que inevitablemente se establecen, de una parte, entre la enfermedad y el relajamiento o el desorden moral y, de otra, entre la salud y la *integridad* espiritual; 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 neutras⁶.

Pues bien, de lo que se trata es de indagar sobre los elementos de la racionalidad y de la moralidad que han venido construyendo y en la actualidad construyen el marco valorativo 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 de la economía individual y colectiva de los cuerpos; especialmente, los elementos del discurso médico cuyas virtualidades clasificatorias, tienden a legitimar 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

⁵ TURNER B. S. (1984, 247 y ss.) *El cuerpo y la sociedad*. Ed. F.C.E. México.

⁶ Ténganse en cuenta, a este respecto, la frecuente recalificación que han sufrido, y aún siguen sufriendo, innumerables pautas de actuación corporal y de administración personal de los gestos según la dirección y la fuerza de las tendencias morales y de racionalidad dominantes y, particularmente, según el arraigo que tales tendencias llegan a alcanzar en el seno del discurso médico. Nos referimos a ciertos hábitos higiénicos, alimenticios, estéticos, a ciertas inclinaciones sexuales, a ciertas manifestaciones de la morfología, en fin, a ciertas formas de uso social del cuerpo y de la economía de los gestos *poco normales* las cuales han tenido que deambular, demasiado a menudo, entre la consideración de enfermedad -por inmadurez, carencia o exageración-, la consideración de vicio o la consideración de simple, aunque rara y no edificante, forma de expresión del carácter.

práctica del ejercicio físico -sobre todo, ejercicio físico deportivo y cuasideportivo- exige y fomenta. Veámoslo aunque de forma somera.

Según han señalado, entre otros, el ya mencionado Bryan Turner o Julia Varela⁷, la salud perteneció al principio al acervo discursivo de la teología donde era equivalente a santidad, virtud y ejemplaridad, por lo que, en cierta medida, crimen y enfermedad eran indiferenciables. Si bien, el proceso de secularización ha hecho que en las sociedades industriales tal concepto haya decaído, la categoría de salud cada vez goza de mayor consideración hasta el extremo de que los profesionales de la salud y de las artes curativas del cuerpo, en general (oficiales o no), parecen haber recibido los poderes salvíficos que en otro tiempo pertenecieron a los oficiantes de la cura de almas. Un vestigio permanentemente reactualizado y reforzado por el que, en gran medida, la medicina -demandante principal de los saberes del cuerpo y, por extensión, de la salud-⁸ 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. Una mediación que se materializa en la casi amenazadora proposición de normas de conducta que -al lado de la religión y hasta sustituyéndola- tratando de determinar 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.

Así, se puede decir que a principios del siglo XIX -en plena efervescencia del liberalismo económico y despunte de las políticas reguladoras del orden social que trataban de asegurar el funcionamiento del mercado- cuando tuvo lugar uno de los

⁷ VARELA J. (1989) *Sujetos frágiles*. Ed. F.C.E.

⁸ La medicina y las disciplinas que la desarrollan no son los únicos ámbitos del conocimiento depositarios de los saberes del cuerpo y sus manifestaciones como, por ejemplo, los denominados estados de salud y de enfermedad. Esto parece evidente; sin embargo, es tan evidente como el hecho de que han sido y son los discursos y prácticas curativos -constituidos en virtual monopolio de los saberes del cuerpo- los que en las sociedades occidentales han gozado -y aún gozan- de mayor relevancia en el ejercicio de la administración, no ya sanitaria, sino social y política de los cuerpos. Hasta tal punto se han constituido en virtual monopolio que se puede decir que los discursos y las prácticas médicas -amparados en el sentimiento de vulnerabilidad más inmediato que el hombre occidental ha sentido y siente: el temor a la desarticulación corporal de su estancia corporal en el mundo- son los que más profundamente han determinado la manera en que conocemos, representamos y, seguramente, sentimos nuestro cuerpo.

movimientos de mayor capitalización de las posibilidades normalizadoras de la medicina: en nombre de bienes que sólo recientemente habían empezado a ser considerados absolutos -la salud o la vida-, las prácticas de salud dotaron al poder médico de una legitimidad racional en la administración política de los cuerpos, en la regulación y normalización de las prácticas corporales, puesto que aquellos empezaban a considerarse factores determinantes de la riqueza de los pueblos en términos, claro está, de estabilidad y productividad. Estamos hablando, en efecto, de la medicina burguesa que, como ha puesto de relieve Julia Varela⁹ emergió como mecanismo higiénico de las poblaciones y del espacio urbano según la mínima organización administrativa que los promotores del *Estado Liberal* exigían y donde el orden médico concordaba perfectamente con los principios económicos y sociales de Adam Smith.

Sin embargo, frente a las tácticas todavía intimidatorias y represivas con las que el *Estado Liberal* hacía frente a los focos de desorden, desde finales del siglo XIX empezaría a articularse una nueva fórmula de control poblacional donde dichas tácticas irían siendo paulatinamente sustituidas por una política preventiva y correctora que se configuraría, en última instancia, como la metáfora de las emergentes condiciones de vida. Nos referimos al que se ha dado en denominar *Estado Interventor*, el cual, sin cuestionar los principios del capitalismo, más bien, al contrario, buscaría en la política tutelar global la solución a las posibles consecuencias indeseables que el liberalismo puro y duro podía ocasionar en términos de *desorden* social. En dicha política, la medicina se presenta como la referencia racional para el establecimiento de las mínimas exigencias de sostenimiento físico -es decir, de alimentación, de vivienda, de salubridad e higiene, etc.- pero que, en definitiva, se configura como el aparato de diagnóstico -biopolítico- que diseña la reglamentación aplicable a los cuerpos para asegurar la inserción social y con ella la rentabilidad en términos de mercado¹⁰. En nombre de la salubridad y de la prevención se impondrían políticas de control social que fueron desde el reordenamiento urbano (destrucción de barriadas, construcción de grandes avenidas, desenclave de los centros de aglomeración *peligrosa*) hasta la aplicación de medidas de control sanitario de cumplimiento *obligatorio*, asociadas a los nuevos cometidos hospitalarios y de la medicina especializada. Unas medidas que anunciaban lo que en el ya prácticamente desarticulado *Estado del Bienestar* se ha convertido, no sólo en un mecanismo de

⁹ VARELA Julia (1989, 56) o. c.

¹⁰ Véase, a este respecto, POOVEY M. (1994) *La construcción de un cuerpo social*. Ed. Episteme. Valencia.

intervención y vigilancia omnipresente sobre los cuerpos sino, sobre todo, en un aparato de orientación y ordenación de las costumbres: la medicalización de la vida cotidiana, la pública y la privada.

En efecto, la salud medicamente definida y médicamente administrada parece haberse convertido en las últimas décadas en uno de los bienes más preciados y, asimismo, la permanente tarea de alcanzar el cuerpo sano se ha configurado como una verdadera opción vital, lo que denominamos un estilo de vida y que algunos, dado el carácter muchas veces dogmático que adopta, han llegado a considerarlo como el principal agente patógeno de nuestros días¹¹. 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 ciertas prácticas de relación con el cuerpo: mecanismos coercitivos y arbitrarios para la articulación política de los cuerpos históricamente construidos. 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, 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 apreciación de las manifestaciones corporales cuando estas son más frecuentes o más raras en según qué clases sociales¹².

Se puede decir, es cierto, que el estilo de vida saludable médicamente definido se construye -empleando el análisis foucaultiano a propósito de la microfísica del poder-, sobre todo, a partir de pequeños ardides, 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 cuerpo y de práctica (que lo son de clase) entendidos como saludables.

¹¹ ILLICH I. (1993, 87 a 93) *Escribir la historia del cuerpo doce años después de Némesis médica*. En Archipiélago, N° 15.

¹² Véase, a este respecto, RODRÍGUEZ A. y de MIGUEL M. (1990, 53 y ss.) *Salud y poder*. Ed. CIS.- Siglo XXI. Madrid.

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 acomodadas urbanas- obedece también a lo que podríamos considerar un grueso, y muchas veces calculado, proceso de intervención médico-política de ordenación de la vida cotidiana.

Uno y otro procesos, nos enseñan a pensar el cuerpo desde la óptica anatomofisiológica y patológica, nos enseñan a pensar el cuerpo en términos de órganos, sustancias y estados (mórbidos) y, a la vez, naturalizan la omnipresente intervención médica como práctica del bienestar¹³.

Una intervención que ha derivado, a veces, en persecutoria en el sentido de que llega a traspasar -lo que parece- 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 superpuesta a todos los demás espacios sociales inhabilitados ya para discursar sobre la salud y hasta sobre la ética de las experiencias somáticas, la estética de la apariencia física o la racionalidad de los modos sociales de relación corporal.

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, no ya potencial sino fehacientemente, 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; probables sediciosos sobre los que permanentemente es necesario intervenir para *restablecer* el orden sanitario, a veces, a expensas del propio individuo cada vez más *organicizado* y, por eso, cada vez más

¹³ Quizás sea por eso que, cada vez más, para hacernos entender en nuestras relaciones cotidianas respecto de lo que *nos pasa*, tenemos que recurrir a la abrupta terminología que impone el saber naturalizado 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 estará sucediendo será un leve episodio hipoglucémico, o como quiera que médicamente se tenga que decir.

*descorporalizado*¹⁴; cada vez más convertido en presa del poder público sanitario que se erige en gendarme biológico. Un gendarme que vigila a los sujetos (concretos) y escudriña los defectos (anónimos) de una función o de un órgano para la muy sospechosa *regeneración* del hombre (genérico)¹⁵.

El régimen de la salud y el régimen deportivo: el ejercicio físico o el buen encauzamiento

Sin perder de vista el carácter histórico del concepto de salud y de estilo de vida saludable, más bien al contrario, corresponde ahora poner de relieve el modo en que estos toman cuerpo en nuestra sociedad; esto es, analizar las formas de representación y actuación corporal características de una sociedad que hemos calificado como medicalizada y, asimismo, los mecanismos por los que tales formas son asumidas en la vida cotidiana. De lo que se trata es de ver cómo la medicina ha heredado el cometido de controlador moral de los individuos a través del predicamento de la salud y, a partir de ahí, poner de relieve el modo en que los valores y la ideología que fomenta el deporte converge con el imaginario burgués de la salud en solidaria defensa del orden social y moral hegemónico.

Para ello queremos 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 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

¹⁴ Como ha señalado David LE BRETON, el organismo es algo sobre lo que, a menudo, el médico y el ingeniero “...se ponen de acuerdo para tratarlo como borrador y llevarlo a la perfección última”. LE BRETON D. (1994, 198) *Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia*; en Reis, nº 68, 197 a 209.

¹⁵ Esta presión y vigilancia biológica permanente se manifiesta, entre otros aspectos, en hechos culturales tan singulares como la naturalidad con la que asumimos: que nuestra vida es algo que limita en su comienzo y en su final con el hospital; que la gestación, el nacimiento y la muerte son sobre todo cuestiones médicas que el médico certifica; que el lapso entre nacimiento y muerte se conjuga a través de toda una serie de controles y de actuaciones médicas rutinarias (observación minuciosa del desarrollo, calendario institucional de vacunación, certificaciones de salud para ingresar en la escuela, en el club deportivo, en el ejército, en el mundo laboral, para obtener un permiso de conducción, etc.) que parecen sustituir los ritos tradicionales de iniciación y pasaje y que sustituyen, en general, los ritmos *naturales* de la vida cotidiana.

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, tendía a fomentar la oposición al mundo; una oposición bien representada, en sus diversas formas, por el ascetismo en tanto que mecanismo aprendido de disciplinamiento y autocontrol ante los impulsos -a veces, tentaciones- de 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 -evolucionada y secularizada-, 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 la salud y del estilo de vida saludable a las que da lugar. Pero dicha sustitución no deshace sino que, de alguna forma, refuerza la idea del paralelismo entre las formas de subordinación religiosa y las formas seculares de control entre las que se encuentra la medicina y las políticas de salud. Aunque, como hemos señalado, las relaciones entre poder y cuerpo sufren una inflexión cualitativa con el proceso de secularización y racionalización (modernización) de las relaciones humanas, la concordancia entre los definidores de la ascética cristiana y la idea de régimen de la salud se mantienen firmes; sobre todo, en virtud de que en ambos casos el objetivo implícito es, y con planteamientos no muy distintos, el *buen* encauzamiento, el *buen gobierno* de esa fuente de irracionalidad permanente que es el cuerpo, como mediación, más o menos explícita, en el fomento y, en su caso, conservación del orden -divino o humano- establecido. Un encauzamiento que se agrega -como, por otra parte, históricamente siempre ha sucedido- con los elementos de distinción de clase, diseñando, en este caso, el estatuto de la burguesía *saludable*.

En este sentido, la privación alimenticia de la dieta moderna de adelgazamiento, ofrece una imagen paradigmática del autocontrol médicamente institucionalizado que reproduce fielmente la oposición al orgiasticismo que el ayuno representaba en la ética cristiana. Cómo ha señalado Turner¹⁶, durante el siglo XVIII, en plena efervescencia del proceso de secularización de la medicina, muchas publicaciones médicas se consagraron a anunciar el ascetismo moderado para alcanzar la estabilidad mental y el bienestar físico. A pesar de la siempre difícil relación entre cristianismo y medicina secular, la difusión de dichas obras contribuyó a fundamentar las normas de las nuevas sociedades metodistas que, incardinadas en un ascetismo no tan moderado, harían del gobierno del cuerpo -representado por la frugalidad, la sobriedad, la moderación y el disciplinamiento- un signo de posición social a la vez que un indicador externo de la virtud espiritual. La expansión económica que, como contrapartida, producía un ambiente urbano de creciente hacinamiento hizo 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 de necesaria concurrencia con las condiciones de producción capitalista. Según señala Turner, sería este el contexto en el que el ascetismo pietista, asociado con el régimen médico de la vida saludable, daría lugar a un código moral compatible con el interés capitalista de poseer una fuerza de trabajo disciplinada: el interés -siempre político- por la salud se cifraba antes que en la preocupación por atajar las enfermedades que podían aquejar a los miembros de la clase trabajadora, en la previsión de los efectos desastrosos que para la economía y el orden social podía acarrear el empobrecimiento físico de los proletarios.

En este contexto, la enfermedad, que, como han señalado Heller y Feher¹⁷ entre otros, siempre ha servido como metáfora política, vería reforzados el carácter de indicador subversivo o, cuando menos, el significado de dispersión moral que había detentado desde los inicios de la tradición cristiana. Aunque el llamamiento al deber de ser saludable, 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.

¹⁶ TURNER B. (1984, 109) o.c.

¹⁷ HELLER A. y FEHÉR F. (1995, 69 y ss.) *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*. Ed. Península. Barcelona.

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 lleva a cabo, entonces, a través de vínculos emocionales y de fascinación que los distintos poderes de la sociedad moderna se encargan de tejer entre el sujeto y su cuerpo; unos vínculos establecidos según una perspectiva individualista y meritocrática que a veces deriva, según veremos, en 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 las elecciones 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 carácter cultural de la enfermedad y su desigual distribución 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, antialcohólicos, antidrogadictos y antipromiscuos¹⁸ 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

¹⁸ Resulta cuando menos sospechoso 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 esta difundida el pasado mes de abril por algún medio de comunicación “...son tantos los miles 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.

estado de gracia, los atributos deportivos y su necesario calvario: la dieta, la privación libidinal y el ejercicio físico. Unos atributos, los deportivos, que lejos de lo que los discursos institucionales tratan de transmitir se configuran como los atributos de la siempre amenazante ética del autodomínio protestante aplicada, en este caso, al trabajo sobre el cuerpo: la ética de la autodisciplina neurótica 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 del desarrollo (o 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, como el propio deporte en el que se articula, 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 mujeres¹⁹, los nacidos en según qué espacio social, los faltos de agresividad, los *torpes*, los gordos, etc.), todos ellos convertidos, por añadidura, en sujetos distantes de la salud, sujetos enfermizados²⁰.

No es extraño, a este respecto, 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*

¹⁹ 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.

²⁰ En el momento de escribir estas líneas, mediados del mes de mayo, observo con insistencia inusitada en televisión, radio y prensa espacios dedicados a la apariencia física en los que el telón de fondo es la eliminación de los *kilitos de más* de cara a la temporada de verano. Con mayor o menor vehemencia, la delgadez acaba configurándose como la metáfora de la forma física y el signo exteriorizado de la disciplina; paralelamente, la gordura se configura como la metáfora de la falta de forma física (observese la paradoja) y el signo exteriorizado de la indisciplina, del transfuguismo productivo. Un transfuguismo del que empiezan a ser presa incluso los viejos, cada vez más 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, ¡para ahorrar en medicina!

-tales como la anorexia o la bulimia- tan correlacionados con tendencias compulsivas hacia la actividad física sobre un fondo obsesivo en torno a la *mala* imagen corporal²¹. Unas críticas que, por lo demás, cuentan no sólo con los datos contrastados de la morbilidad deportiva sino también con un argumento incuestionable: el hecho de que, como raras veces ocurre en torno a alguna práctica lúdica y/o profesional, se ha tenido que desarrollar no ya una sino varias especialidades médicas para atender a tan fecunda fuente de afecciones como la que desencadena la práctica deportiva y tan problemática tarea preventiva como la que requiere la realización de ejercicio físico: nos referimos, claro, a la denominada medicina deportiva. Sin embargo, tales críticas suelen constituirse en el interior de un debate meramente técnico -y, por lo tanto, ideológicamente acomodaticio- según el cual no se cuestiona ¿qué salud? sino, engañosamente, ¿qué deporte?; una pregunta que salvaguarda la incontestable relación de este con la salud porque “...*alguna forma sana habrá de practicar el ejercicio físico y el deporte, correspondiendo a los técnicos determinarla*”. Es la estrategia discursiva del poder tecnocrático por la que cualquier debate comprometedor es reconducido hacia cuestiones exteriores o formales en nombre de la razón técnica; un terreno ideológicamente seguro en el que la autoridad del saber pericial -reconvertido, a veces, en *sentido común*- amortigua la crítica fundamental: la que recae, en este caso, sobre los atributos deportivos de hecho y su relación con una idea y unas prácticas de salud cuya construcción histórica de improbable neutralidad obedece, al fin y al cabo, a criterios de clase. A este respecto, la variedad de debates técnicos en los que se ampara la disertación legitimista y apologética del deporte suele coincidir en el mismo *diagnóstico* y en el mismo *preparado* o antídoto: la visión polimorfa del deporte complementada con la teoría del *justo medio*, respectivamente, según los cuales hay muchas formas de entender y de practicar no sólo el deporte sino también de realizar el ejercicio físico

²¹ TORO Josep, a propósito de la anorexia nerviosa diagnosticada a algunas mujeres, señala que si bien esta sólo concurre cuando hay restricción alimentaria, autoinanición, muchas de ellas se desarrollan sólo a partir del incremento de la actividad física con la intención expresa de la reducción del peso corporal. Muy particularmente, parece, que se da el caso en personas que, previamente a la aparición del cuadro clínico, practicaban algún deporte o ejercicio físico continuado y/o pertenecían a familias de tradición deportiva. Asimismo, y como aspecto significativo para nuestro propósito, la mayoría de las personas anoréxicas practicantes de actividad física continuada -dependientes o adictas- declaran realizar el ejercicio físico no para perder peso sino para ponerse *en forma*. TORO J. (1996, 209 y ss.) *El cuerpo como delito*. Ed. Ariel. Barcelona. Esto, lo que pone de relieve es que la anorexia es una enfermedad cultural asociada a una práctica también cultural y que como tal obedece a condiciones culturales por encima de razones naturales; en este caso, la condición cultural es la inculcación del *cuerpo como delito* cuando este no se ajusta a las expectativas creadas en función del grupo o grupos sociales dominantes.

-formas puras o sanas con arreglo a la *verdadera* esencia y formas perversas o insanas, perversas o exageradas que, en el caso del ejercicio físico, toma las formas técnicas antitéticas de *la buena práctica* -algunas especialidades ponderadas, la práctica moderada, la práctica bajo la mirada del experto, etc.- y *la mala práctica* -algunas especialidades deportivas censuradas, la práctica maximal, la práctica sin control profesional, etc.-.

Pero, como parece evidente, en la construcción de la antítesis *buena y mala práctica* (práctica sana o no sana) interviene algo más que la mera y aparentemente neutra calificación de los expertos: 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 lo largo y ancho de las capas sociales, también la calificación de las prácticas corporales deportivas y cuasideportivas, como su desigual distribución social, se han configurado históricamente como marcas de distinción. 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 del discurso técnico, hace 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 grupo dominante 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 política²² 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 suficientemente sus valores y sus prácticas de modo que continúan manteniendo una posición de sensibilidad corporal distinguida aunque bajo la marca de lo culturalmente más avanzado; en este caso, una posición de sensibilidad corporal distinguida en cuanto a los modos del mantenimiento saludable del cuerpo -ejercicio físico y otras prácticas-, a la cual, los miembros de los grupos sociales desfavorecidos siempre parecen llegar, desde la óptica legitimista, demasiado tarde.

Pero la (incontestable) relación entre el ejercicio físico y la salud, resultante como hemos visto de la aplicación omnimoda de los esquemas de representación de las clases acomodadas no presenta un movimiento de traslación diáfano de valores de la salud como, por otra parte, sucede en cualquier otra esfera de la cultura. Según hemos señalado en otra parte²³, dicha traslación se produce según una problemática oposición de fuerzas por la que la tendencia de las clases acomodadas a imponer el estilo de vida propio se ve mediatizado por la tendencia a la utilización de dicho estilo de vida como un reservado, como el modo genuino de identificación. Una problemática tendencia, de la que no están exentas las clases sociales en ascenso, cuya explicitación ha de contribuir, al menos, a dilucidar algunos aspectos semiocultos de la realidad social del cuerpo; de la realidad ideológica y políticamente entretejida del cuerpo.

²² Para el sentido común, para el saber legitimado, dicha fragmentación social sería una simple consecuencia de la capacidad de acceso por parte de algunos a lo *naturalmente saludable* -aquellos que pertenecen a las capas sociales con recursos- y la incapacidad de acceso por parte de otros (aquellos que pertenecen a las capas sin recursos), según el planteamiento técnico-legitimista de la salud que hemos tratado de analizar a lo largo del artículo.

²³ VICENTE M. y BROZAS M. P. (1996, 811-824) *Lo culto, lo no culto y lo popular: la transformación de las prácticas físicas tradicionales ante la cultura física dominante*. Actas del Primer Congreso Internacional de luchas y juegos tradicionales. Puerto del Rosario. Fuerteventura.