

La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social

Mabel Gracia Arnaiz

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

Resumen

Este trabajo se enmarca dentro de una línea de estudios más amplia que tiene como objetivo analizar cómo y por qué determinados comportamientos alimentarios se han convertido en problemas sociales, y de qué forma se ha ido construyendo la normalidad dietética y corporal. Se parte de la hipótesis según la cual las ideas que soportan la definición de la obesidad como enfermedad crónica y evitable conducen a los expertos y autoridades sanitarias, y en general a la mayoría de agentes sociales, a conocer y pensar su evolución en términos de «mal» global –epidemia–, y a considerar ciertos factores culturales como sus principales causantes –ambiente obesogénico–. Paradójicamente, las medidas preventivas adoptadas a nivel mundial siguen centradas en modificar las conductas individuales y, en particular, los hábitos alimentarios. Las ideaciones acerca de la regulación del exceso de peso y la dieta ofrecen información privilegiada sobre la particular concepción de los estilos de vida y la cultura, y dan cuenta, también, de cómo se producen, estandarizan y aplican los actuales patrones de promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE: Obesidad. Epidemia. Causalidad. Estrategias preventivas.

Abstract

This text is part of a broader line of study that aims to analyze how and why certain eating habits and bodily practices have become social problems, as is the case with fatness. We will show that the ideas that support the definition of obesity as a chronic and avoidable disease are leading experts and health authorities, and other social workers, to know and to think about its evolution in terms of “global” illness (epidemic) and to consider cultural factors as their main cause (obesogenic environment). Paradoxically, the international and national preventive measures taken are focused on changing individual behavior and, in particular, eating habits. The concepts about the regulation of excess weight and food provide interesting information about a particular understanding of lifestyles and culture and they take into account the current promotion of health patterns.

KEY WORDS: Obesity. Epidemic. Causality. Preventative strategy.

Comer mucho, pesar demasiado: el diagnóstico

Desde hace unas décadas, los expertos en nutrición y dietética y las autoridades sanitarias a nivel mundial advierten de la necesidad de seguir una

dieta equilibrada, dado que con la industrialización y la profusión alimentaria, a los problemas de salud relacionados con la desnutrición se han sumado los derivados de la sobrealimentación y el sobrepeso. Definida como la acumulación excesiva o anormal de grasa, la obesidad se entiende como una enfermedad global, epidémica y multifactorial: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,600 millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 400 son obesas. Se relaciona con el incremento de la morbilidad y mortalidad, con enfermedades

Correspondencia:

Mabel Gracia Arnaiz

Departamento de Antropología. Filosofía y Trabajo Social

Universitat Rovira i Virgili

Avda. Catalunya, 35

C.P. 43002, Tarragona, España

E-mail: mabel.gracia@urv.cat

Fecha de recepción en versión modificada: 27-09-2010

Fecha de aceptación: 29-09-2010

crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares, con el aumento de muertes prematuras y pérdida de años de vida saludable, y con los excesivos costes asistenciales¹. Algunos la conciben como una (socio) enfermedad, apoyándose en su desigual distribución: «... un nivel bajo de educación y un acceso más limitado a la información reducen la capacidad para elegir con conocimiento de causa»². En la mayoría de países, la obesidad afecta a las poblaciones con menos recursos socioeconómicos y, en según qué lugares y grupos de edad, más a las mujeres que a los hombres³.

Las cifras para Europa se consideran alarmantes, aunque dispares*. En España, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2006), el 52.7% de la población adulta y el 27.5% de la población infantil presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia también ha crecido en Francia, aunque es menor. En 2003 la obesidad afectaba al 11.3% y en 2006, con un aumento más limitado, al 12.4%. Como en España, se presenta sobre todo entre los menores: el 16% de los niños tienen ahora sobrepeso frente al 5% registrado en 1980. Los hombres, en este caso, aventajan a las mujeres –10.5 frente al 8.4%– y, de igual manera, la obesidad aumenta en función de la edad, con una sobrerepresentación en hombres a partir de los 36 años y en mujeres a partir de los 46.

Aunque se aducen causas de origen endocrinológico, hipotalámico o genético, la obesidad más frecuente, la denominada exógena, se explica por una ingesta calórica superior a la necesaria. Ahora bien, según algunas estadísticas, los españoles ingieren un 10% de calorías menos que hace 10 años y, sin embargo, el fenómeno de la obesidad parece crecer. ¿Cómo explicar esta aparente contradicción? En principio, la contradicción se resuelve apelando a dos diferentes tipos de causas relacionadas entre sí⁴: cambios profundos en la sociedad y en el consumo alimentario. España, como otros países, ha experimentado lo que se denomina una transición nutricional⁵, esto es, una secuencia de modificaciones en la alimentación, cuantitativas y cualitativas, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y

con factores de salud. Se dice que las dietas «tradicionales» han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasas y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, de frutas, verduras y cereales. Estos cambios alimentarios se combinan con modificaciones de conductas que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y durante el tiempo de ocio⁶.

Algunos expertos han puesto de manifiesto la relación entre los dos tipos de transformaciones señaladas del siguiente modo: la comida mala es demasiado fácil y barata como para no sucumbir a la tentación de encargar algo rápido y evitarse colas en los mercados, dinero y tiempo de preparación, lavado o cocción. «Se nos dice que debemos comer bien, pero al mismo tiempo las rutinas domésticas y dinámicas de trabajo actual se asientan en una comida rápida, fácil y barata»⁷. Como se deduce de este tipo de consideraciones, los problemas de salud relacionados con la alimentación adoptan un importantísimo carácter cultural que lleva a calificar a las sociedades modernas de obesogénicas o entornos tóxicos⁸. Por esta razón, se afirma, también, que va a ser necesario un esfuerzo continuo durante muchos años, pues se trata de formar ciudadanos con una más clara capacidad de elección y, además, en este caso, abordar las reformas estructurales en los territorios urbanos que faciliten una práctica generalizada de actividades deportivas, en vez de convertirlas en una misión imposible.

Este tipo de análisis es bastante común, y también en otros países de nuestro entorno. Así, por ejemplo, el diagnóstico establecido para Francia^{9,3} es, prácticamente, idéntico: la obesidad es una consecuencia directa de una alimentación excesivamente rica, sobre todo en lípidos, y gastos energéticos insuficientes. Por un lado, los comportamientos alimentarios anárquicos; por otro, una falta de ejercicio físico. La comida basura y el picoteo son los males de una época en la que, cada vez más, se recurre a la comida para resolver tensiones. Una alimentación industrial con platos ya preparados, grasas ocultas, una falta evidente de prótidos, que, sin embargo, podrían dar sensación de saciedad. Los productos destacados por la publicidad y su etiquetado, a menudo ilegible, falto de transparencia, cuando no engañoso (por ejemplo en el caso de los productos *light* o buenos para la salud). Los especialistas insisten en las consecuencias del

*Las cifras de prevalencia de obesidad se manejan con escasa prudencia. Lluís Serra advierte que la comunidad científica ha de tener en cuenta las diferencias metodológicas a la hora comparar. Escenarios de Futur, Cosmocaixa; 2006 mayo 4; Barcelona.

desarrollo del automóvil, de los transportes colectivos, en la generalización de la calefacción y el progreso de la industria textil, el aumento del tiempo pasado delante de la televisión o del ordenador y la disminución de los trabajos manuales. Igualmente, las razones apuntadas para explicar el enorme aumento de la obesidad son semejantes en México, país que «está experimentando una transición epidemiológica y nutricional que se refleja en una disminución lenta de los problemas asociados con el desarrollo..., al mismo tiempo que aumenta dramáticamente la prevalencia de la obesidad... y otras ECNT, asociadas con la dieta y los estilos de vida»¹⁰.

Hacer dieta, controlar el peso y moverse más: las medidas

Desde que el índice de masa corporal (IMC) se ha establecido, no sin polémica¹¹, en el indicador científico más utilizado para establecer el normopeso[†] o peso sano, se está instruyendo a toda la población para que procure mantenerse entre sus límites, porque hoy estar gordo se ha convertido en sinónimo de estar enfermo¹². La obesidad no es sólo un problema de salud pública, sino económico[‡], y el argumento defendido para atajarlo es triple¹³: es posible vivir mejor siguiendo una dieta equilibrada, se trabaja más si se goza de una buena salud y representa menos costos para la colectividad. En efecto, «combatir el problema de exceso de peso... contribuirá a reducir a largo plazo los costes para los servicios sanitarios..., permitiendo a los ciudadanos tener una vida productiva hasta edad avanzada»⁴.

Este diagnóstico ha llevado a expertos y políticos de todo el planeta a elaborar múltiples propuestas para hacer frente a lo que se concibe como un fenómeno generalizado de mala alimentación y falta de ejercicio. La primera ha sido la «Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud» (DPAS), adoptada por la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en mayo de 2004, y desde entonces muchos países han emprendido acciones

particulares. Por ejemplo, en España se ha creado la «Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad»¹⁴, con réplicas casi idénticas en todas las comunidades autónomas; en México, la campaña «México está tomando medidas», entre otras, y en Francia, el «Programme National Nutrition Santé» (PNNS 2006-10). Por su parte, la Unión Europea, tras afirmar que el aumento de la prevalencia de la obesidad afecta a toda Europa, ha elaborado, para apoyar y complementar las iniciativas nacionales, un marco de actuación común mediante la «Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud»⁴, la «Red sobre nutrición y actividad física» y la «Estrategia sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad»¹⁵.

No solo sorprende el fervor con el que las administraciones han respondido a la llamada de la 57.^a de la AMS, sino la similitud de los contenidos de todas las propuestas. Si bien la estrategia mundial sobre «Régimen alimentario, actividad física y salud» (DPAS) 2004¹⁶ precisaba que las decisiones sobre alimentación y nutrición estuvieran basadas en la cultura y las tradiciones y que, en consecuencia, los planes de acción nacionales tuvieran en cuenta estas diferencias, fueran culturalmente apropiados y se adecuaran a los cambios registrados en el curso del tiempo, lo cierto es que las primeras respuestas han sido extraordinariamente homogéneas. Y nos preguntamos el porqué.

Como sea que los problemas de salud relacionados con la alimentación se conciben como globales y multifactoriales, exigen, se dice, una respuesta unánime, coordinada por todos los agentes implicados, entre los que se incluyen la industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa, las diferentes administraciones y los propios padres. La ideación biomédica de la obesidad es similar en todas partes. Los programas de España, México y Francia hacen hincapié en la realización de estrategias de comunicación social, comunicación y educación interactiva (webs específicas), de observatorios de la alimentación, de la obesidad o de la calidad alimentaria, en favorecer y promover la actividad física (espacios escolares, laborales, de ocio), en mejorar el etiquetaje nutricional de los alimentos envasados, en crear alianzas estratégicas con todos los sectores implicados (disminuir las raciones en la restauración, eliminar grasas y azúcares simples en los alimentos procesados), en capacitar a los facultativos de primer nivel de atención,

[†]También se utiliza el cociente cintura/cadera, un indicador que mide la distribución de la acumulación adiposa (predominio superior o inferior) y que sirve para valorar el grado de riesgo metabólico o cardiovascular.

[‡]En Europa se estima que los costes directos e indirectos asociados a esta enfermedad suponen un 7% del gasto sanitario total (Libro Verde, 2005).

en educar a padres y maestros, en implicar a los medios de comunicación (mensajes antiobesidad y proalimentación sana y actividad física en telenovelas, programas de gastronomía y divulgación) y, finalmente, movilizar a las colectividades territoriales/locales.

No obstante, en lo relativo a los objetivos principales, estas estrategias refieren ítems donde, al final, cuenta más la voluntad individual que el compromiso colectivo. Es el caso de lograr un equilibrio energético y peso normal, limitar la ingesta calórica procedente de las grasas y azúcares o hacer al menos 30 minutos de actividad regular, entre otros. Por ello ponen énfasis antes en que los ciudadanos adquieran información nutricional que en crear medidas que disminuyan las desigualdades sociales: «¿Cómo combatir la "concentración" de hábitos nocivos que suele darse con más frecuencia en determinados grupos socioeconómicos?»⁴. La respuesta es muy ilustrativa, aunque poco tiene que ver con abordar la injusticia social: «Una educación adecuada de los consumidores constituye el primer paso para una elección con conocimiento de causa en materia de alimentación»⁴.

Junto a estas macroestrategias proliferan las guías de buena alimentación, que tratan de contrarrestar los efectos del ambiente obesogénico. Se advierte a la población de que para evitar la obesidad hay que prescindir de las motivaciones no racionales que guían las preferencias alimentarias, porque una vez instaurada se convierte en una enfermedad de difícil tratamiento: «Cuando no nos sentimos bien lo compensamos comiendo y bebiendo, aunque no tengamos apetito, y en contra de nuestro raciocinio y nuestra salud»¹⁶. A la hora de prescribir dietas de adelgazamiento, numerosos facultativos consideran que los portadores de la anomalía –el exceso de grasa– son responsables de su disfunción¹³: si usted está obeso es porque come mucho o porque no sabe o no quiere comer bien. En el caso de que las personas gordas sean niños, esta responsabilidad se traslada con facilidad a los progenitores, como sucedió en 2007 en Gran Bretaña, cuando la madre de Connor McCreadie, un niño de nueve años y 89 kilos de peso, estuvo a punto de perder la custodia de su hijo acusada de negligencia, o del niño asturiano que, por lo mismo, lleva apartado de su familia desde junio de 2006. Custodiado por los servicios sociales de Asturias ha logrado perder 40 kilos de los 100 que pesaba, y no va a regresar a su hogar hasta que «el ambiente

familiar propicie los hábitos saludables del pequeño»¹⁷. Algo semejante ha sucedido en el caso de Moisés, otro niño de 10 años que ha pasado a disposición de los servicios sociales gallegos por pesar 70 kilos y, además, tener, según el juez, una estructura familiar «deficiente».

Al concebir los comportamientos alimentarios de la mayoría de la población como problemáticos, los consejos facultativos se convierten en la vía para regularlos durante todo el ciclo vital, y la educación nutricional en el baluarte de los estilos de vida saludables. Todas las guías alimentarias insisten en lo mismo. En tanto que los «hábitos se inician a los tres o cuatro años y se establecen a partir de los once, con una tendencia a consolidarse a lo largo de toda la vida», el control sobre la comida se debe ejercer en edades tempranas y desde la primera ingesta del día: «La familia, como primera transmisora de mensajes, debe tener unos conocimientos básicos sobre alimentación saludable»¹⁶.

Ahora bien, nos preguntamos hasta qué punto, por muy racional que sea este modelo, está siendo eficaz. No deja de ser sorprendente que la tasa de obesidad haya aumentado coincidiendo con el esfuerzo educativo que las autoridades sanitarias han emprendido desde hace décadas para enseñar hábitos de vida saludable, y con el hecho de que la población muestre un conocimiento óptimo de las recomendaciones nutricionales. ¿Dónde está, entonces, la utilidad de estas múltiples (y costosas) acciones?

Quizá el escaso éxito se deba a la ausencia de propuestas comprometidas. La actual estrategia francesa, ya en su segunda fase (2006-10), presenta novedades significativas respecto a la anterior. Parte de 10 principios generales, entre los que destaca que la elección alimentaria es un acto libre, en el contexto cultural y social propio de cada persona, y que hay que vigilar los mensajes difundidos y no focalizar las acciones de prevención sobre la obesidad, que es lo mismo que decir hay que desmedicalizar los mensajes de prevención.

Esta segunda versión, en la que han participado expertos de ciencias sociales, trata de enmendar algunos de los problemas de base, tales como insistir en recomendaciones nutricionales conocidas por todos, generalizar causas y abordajes, y estigmatizar la obesidad. El PNNS toma en cuenta la triple dimensión biológica, simbólica y social del acto alimentario, y destaca una serie más amplia de medidas concernientes a poblaciones específicas.

Dicha especificidad se concreta en hacer intervenciones diferenciadas según diferentes edades de la vida, objetivar las acciones sobre las poblaciones desfavorecidas a partir de tener en cuenta las redes sociales en las acciones de educación para la salud y mejorar la ayuda alimentaria aportada a las personas en situación de precariedad. Parte de estas ideas han sido recogidas en el *Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012* (septiembre de 2007), destacando la necesidad de adaptar los programas según cada contexto.

Habrá que ver, en adelante, cómo se despliegan y qué consecuencias tiene en las buenas prácticas.

¿Una concepción limitada de cultura?: la discusión

Desde nuestra perspectiva, faltan reflexiones en diferentes niveles. El modelo de promoción de la salud, ante lo que concibe como una pandemia, ha optado por generalizar acerca de las causas y las consecuencias de estar gordo, y ello conlleva ciertas dificultades. La principal es lidiar con los efectos de su particular concepción del problema. Sin cuestionar, de entrada, la causalidad y las cifras ofrecidas por los estudios epidemiológicos^{18§}, pero poniendo cierta distancia dada la diversidad teoricometodológica empleada para presentar el problema, entendemos que esta ideación se deriva, en parte, de una comprensión limitada –insuficiente y/o parcial– de la gordura, la alimentación y la cultura. Dicha limitación demuestra, en cualquier caso, la necesidad de ampliar las respectivas miradas de cada disciplina, e incluir una perspectiva integradora y transdisciplinar, o lo que Claude Fischler¹⁹ denomina una actitud indisciplinaria que permita reunir esas imágenes fragmentadas del ser humano (biológico y social) y de los problemas que le atañen.

Hoy, los datos epidemiológicos sobre el aumento del sobrepeso y la obesidad son leídos por los expertos sanitarios como síntomas de que la sociedad industrializada va mal²⁰, asimilándose como evidente que la grasa mata, que la gordura es en sí misma patológica

y que todos los obesos son o serán forzosamente enfermos²¹. Pero ¿es esto así realmente? No hay consenso científico sobre si conviene más estar por encima del normopeso que por debajo y no son pocos los estudios que consideran más efectivo el ejercicio físico que la dieta¹. Entonces, ¿por qué cuando se manejan las cifras sobre obesidad se tiende a sumar los porcentajes del sobrepeso en lugar de discriminarlos? ¿Por qué no se insiste en que solo ciertos grados de gordura pueden relacionarse con el aumento de la morbomortalidad y que ponerse a dieta no siempre es la solución?

Si bien los programas están basados en acciones comunicativas positivas y dicen alejarse de las teorías que culpabilizan y responsabilizan al individuo de su enfermedad, definiendo el problema de la obesidad como un mal de carácter social y colectivo, lo cierto es que el trasfondo ideológico de las intervenciones no es otro que el de recordar que, al fin y al cabo, estar gordo solo depende de uno mismo: «La persona es, en última instancia, responsable de su estilo de vida y del de sus hijos». De forma que se busca que el individuo sano o enfermo modifique su conducta por el convencimiento de que hay una racionalidad científica que le puede ayudar: «Solo un consumidor bien informado puede adoptar decisiones razonadas»¹⁷. Las autoridades sanitarias han declarado la guerra contra la obesidad advirtiendo a las personas cuyo IMC sobrepasa la normalidad de ser futuras víctimas de la hipertensión, la diabetes o el infarto¹⁶, promocionando campañas contra el peso excesivo o las dietas milagro y creando webs para difundir información de las nefastas consecuencias de seguir regímenes poco rigurosos y científicos, y ofrecer consejos sobre la forma saludable de perder peso. Pero ¿hasta qué punto esta

[§]Las explicaciones sobre el fenómeno de la obesidad y las propuestas de abordaje varían dependiendo de los modelos utilizados, ya sean desde la epidemiología sociocultural y/o clásica o ambas a la vez. En los programas de atención y prevención predominan cada vez más los enfoques eclécticos.

¹Mientras que a nivel de estudios clínicos parece haber unanimidad en que establecer relaciones entre obesidad (IMC mayor o igual a 30) y aumento de comorbilidad, no la hay con respecto a sobrepeso y otras ECNT. Lo mismo sucede con el debate suscitado por la experta Katherine Flegal, según la cual los estudios de base estadística atribuyen, para poblaciones amplias en EE.UU., un exceso de muertes asociadas a la obesidad, aumentando incesariamente la alarma sobre el sobrepeso. Cabe citar también que la bibliografía biomédica señala que perder peso en exceso aumenta la mortalidad en personas con sobrepeso y obesidad, que las personas que presentan oscilaciones continuas de peso (subidas y bajadas) presentan una mayor mortalidad que las que, aun teniendo sobrepeso u obesidad, mantienen el peso estable a lo largo de la vida (Alemany, 2003). Por su parte, Gerardo Villa, profesor de la Universidad de León, apunta que la escasa actividad física, más que la mala alimentación, es la causa de la obesidad infantil (El País, 12/02/2008).

extraordinaria problematización del peso y la comida está contribuyendo a limitar la obesidad o, por el contrario, animándola, haciendo de la dieta, no una acción, sino un estado? Es más, ¿la actual concepción de la gordura como enfermedad está ayudando a estigmatizar a las personas obesas o, al revés, a trabajar por su aceptación social?

Por una parte, la medicina, durante decenios, ha prescrito a la población que adelgace, haciendo del régimen una virtud. Por otra, cada vez más psiquiatras y nutricionistas condenan el culto excesivo de la delgadez corporal y advierten contra los efectos nefastos de las dietas descontroladas. Los políticos proponen, a su vez, reglamentar las representaciones del cuerpo femenino en los medios de comunicación e intervenir, como ha sucedido en España, en la vigilancia del peso y el aspecto de las modelos de las pasarelas inventándose el concepto de belleza saludable**.

Sin embargo, ¿qué pueden hacer todas estas reglamentaciones políticas a favor del normopeso frente al boyante mercado del cuidado del cuerpo? Éste es el que ha motivado profundos cambios culturales y es el combustible del que se alimentan numerosas profesiones y empresas. Los intereses de un sinfín de negocios están en la base de no pocos deseos por cambiar la apariencia física y mantener la calidad de vida, y por ello es tan difícil discriminar en los discursos biomédicos qué hay de interés por la salud y qué por el lucro²². La asunción por la ciudadanía de los saberes biomédicos –hoy nadie discute las normas higiénicas– ha llevado a que el mercado utilice en su favor esos discursos expertos –prescindiendo de los profesionales o empleándolos como legitimadores–, para deconstruir y reconstruir permanentemente significados que alimentan la producción de bienes y servicios dirigidos al cuidado de sí de todas las edades y géneros.

Por otro lado, con frecuencia se considera que los problemas alimentarios, y en particular aquellos relacionados con el peso, tienen su origen en la cantidad de comida ingerida, como si los efectos de comer en

el cuerpo fueran una simple operación aritmética: se come poco o demasiado y engordamos o adelgazamos según las calorías consumidas/gastadas. La realidad es menos simple, ya que el peso dista de depender exclusivamente de las cantidades ingeridas de alimentos. Intervienen, junto con el ambiente, mecanismos hormonales y neurales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales²³ que no hay que menospreciar: «Sabemos que la obesidad se produce cuando coinciden en una misma persona la predisposición genética y los factores ambientales desencadenantes»⁴. La mayoría de personas con obesidad mórbida o extrema –aquella que de forma más evidente incide en el aumento del ECNT– responde a estas causas y, frente a éstas, poco puede hacerse individualmente.

Tampoco parece oportuno relacionar el aumento de la obesidad solo con la profusión alimentaria característica de las sociedades modernas. Referirse al entorno (obesogénico o lipófobo) cuando se trata de buscar las causalidades y/o responsabilidades de ciertos problemas de salud significa no definirlo como una especie de nebulosa abstracta y compleja (y por tanto difícilmente abordable), sino de aprehenderlo en tanto que organización misma de una sociedad y en tanto que fruto de procesos históricos dinámicos y de amplio alcance¹³. A pesar de la creciente globalización, la obesidad no afecta de igual modo a todas las poblaciones. Ni todos los gordos están enfermos ni todos comemos mal. Su incidencia es muy desigual atendiendo a diferencias intra e interculturales. Lo hemos visto para España, Francia o México. En estas sociedades, el nivel socioeconómico, el género, la edad o el origen étnico constituyen variables explicativas; y no solo porque las oportunidades de alimentarse y de gestionar la salud son muy distintas según dichas variables, sino porque las prácticas alimentarias dependen de numerosos factores micro y macroestructurales. ¿Por qué para combatir la obesidad no se bajan los precios de los alimentos saludables o aumentan los salarios de los más pobres? ¿Por qué se no se evitan las largas jornadas laborales, cada vez más sedentarias? Las actuales estrategias no responden a estas preguntas. Al contrario, los programas de prevención se estructuran sobre una concepción simple de estilos de vida (de la cultura), según la cual si se consigue cambiarlos se logrará combatir la obesidad y otras enfermedades asociadas. Se entienden solo como agentes específicos causantes de enfermedad/muerte que pueden ser abordados aisladamente.

**Su contratación se limita a chicas con IMC entre 18-25 y se prohíbe maquillajes que den apariencia insana. Además, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha firmado un acuerdo con empresarios y modistas para homogenizar las tallas. Esta acción, sustentada en un estudio antropométrico con 10.415 mujeres entre 12 y 70 años, ha determinado tres morfotipos corporales para las españolas –diálogo (39%), cilindro (36%) y campana (25%)–, estableciendo la tasa de obesidad en el 12.4%.

El diagnóstico presentado en los apartados anteriores alude a profundos cambios en los estilos de vida. Para los facultativos y los gestores de las políticas sanitarias, estamos ante una enfermedad transnacional que podría evitarse, en buena medida, aprendiendo a comer bien y/o aumentando la actividad física. El diagnóstico parece correcto si se comprende la obesidad como fenómeno generalizado, pero es insuficiente o no lo suficientemente preciso si se matiza su carácter global y las personas a quienes afecta⁶. Hay que reflexionar seriamente sobre las dificultades de implantar, en una cotidianidad pautada por imperativos múltiples, la rutina que exigen los consejos dietéticos. Las exigencias diarias de muchas personas no permiten un régimen nutricional más saludable, más equilibrado y más conveniente para su salud, al menos en la medida que quisieran las autoridades sanitarias, porque para cambiar de dieta es necesario cambiar de vida, lo cual no solo es siempre difícil sino que puede llegar a ser, para determinadas personas, imposible.

Resulta pertinente recordar aquí las reflexiones del sociólogo Jean-Pierre Poulain²⁴ cuando afirma que la cuestión de ¿cómo cambiar los hábitos alimentarios? quizás no esté correctamente planteada. En primer lugar, deberíamos plantearnos la pregunta ¿cuál es la naturaleza del comportamiento alimentario? Para luego poder plantear una nueva cuestión: ¿cómo favorecer el desarrollo de prácticas apropiadas para sujetos diversos, en una sociedad y en un momento concretos? Así mismo, el diagnóstico que hemos sintetizado insiste más en los productos ingeridos o no ingeridos que en las actitudes y en las razones por las que unos alimentos son ingeridos o no lo son. Y, así, si las medidas se orientan a modificar los alimentos en lugar de las actitudes y las razones que dan lugar a los desequilibrios alimentarios y a las consecuencias de los mismos ¿no estaremos errando el tiro o retrasando las soluciones?

Por otro lado, otro de los acentos, en este caso no en el diagnóstico sino en las soluciones propuestas, radica en la necesidad de una mejor educación y aprendizaje alimentarios, pero ¿qué es, exactamente, lo que se debe aprender, por parte de quién, cómo y para qué? Estudios anteriores del Observatorio de la Alimentación²⁵ han puesto de manifiesto que, en el caso de España, la población está satisfecha con su alimentación porque considera que es buena y sana al mismo tiempo, y discursivamente reproduce las recomendaciones de los expertos en relación a lo que cabe considerar una alimentación saludable y

equilibrada. Cualquier propuesta de cambio tendría que partir de estas consideraciones.

Conclusión

En las estrategias creadas para hacer frente a la obesidad faltan enfoques interdisciplinares mejor articulados. Las acciones propuestas se han mostrado, hasta la fecha, poco eficaces. Si se pretende mejorar la alimentación, debemos saber más sobre las causas y las consecuencias de los mudables modos de vida y de las maneras de comer que les acompañan. Debemos tomar las prácticas que supuestamente son nocivas para la salud, también, como aspectos de la vida cultural y condicionadas por factores socioculturales. Para ello hay que manejar una concepción de la cultura y la alimentación menos limitada. Mejorar los hábitos alimentarios no es una tarea fácil a pesar del empeño y de los medios que puedan desplegar las administraciones o instituciones más o menos responsables. Hasta hoy se ha puesto el énfasis, casi exclusivamente, en la educación nutricional. Y la educación nutricional se ha entendido, y sigue entendiéndose, fundamentalmente, como proporcionar información orientada a lograr una dieta equilibrada. Pero no es así. Numerosos estudios ponen de manifiesto que no existe una correlación entre mayor información nutricional y mejora de los hábitos alimentarios. La certeza científica no es una razón suficiente para asegurar el éxito de las recomendaciones de los expertos.

Las prácticas de consumo ponen de manifiesto, como ha señalado la etnografía, que la salud no es la única motivación para alimentarse ni para hacerlo de un modo determinado. Los comportamientos alimentarios no son fácilmente normalizables. La alimentación es funcional en cada una de sus circunstancias o contextos. Además de la nutricional, cabe considerar, al mismo nivel, otras dimensiones importantes que tienen que ver con las necesidades más inmediatas y cotidianas, y las fórmulas más pragmáticas, o simplemente las posibles, para resolverlas: sociabilidad, ingresos, cuidados, tipos y grados de conveniencia, identidad, presencias, etc. Ignorar estas relaciones y especificidades es, casi con seguridad, condenar al fracaso cualquier campaña preventiva. Para evitarlo, las políticas de prevención deberán tener en cuenta los principios fundamentales que condicionan las maneras de vivir y conciliar recomendaciones que son generales con apremios que son individuales y sociales.

Bibliografía

1. Le Guen, J-M. *Obesité, le nouveau mal français*. París: Armand Colin; 2005.
2. Libro Verde. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 2005.
3. Barbany M, Foz M. Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2002;25(suppl 1).
4. Contreras J, Gracia M. Qué comer, cuánto comer: la emergencia de las sociedades obesogénicas. Congreso ALA, e.p. 2010.
5. Popkin BM. Nutritional Patterns and Transitions. Population and Development Review. 1993;19(1):138-57.
6. Chavarriás M. La obesidad se asocia a los nuevos hábitos alimentarios. 2005. En: www.consumaseguridad.com.
7. Montaner J. El reto de aprender a comer. 2004. En: www.consumaseguridad.com.
8. Tojo R, Leis R. La obesidad infanto-juvenil: una enfermedad ambiental, socioeconómica y conductual. Fundación María José Jove; 2006 septiembre 23.
9. Basdevant A, Guy-Grand B. Médecine de l'obésité. París: Flammarion. Bernand Guy-Grand; 2004.
10. Barquera S, Tolentino L, Rivera Domarco J. Sobrepeso y obesidad. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
11. Sobal J. Commentary: globalization and the epidemiology of obesity. International Journal of Epidemiology. 2001;30:1136-7.
12. Gracia M. Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación. Salud Pública México. 2007;49(3):236-42.
13. Ascher F. *Le mangeur hypermoderne*. París: Odile Jacob; 2005.
14. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2005.
15. Libro Blanco. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 2007.
16. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS, (DPAS, 2004). En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf
17. News published <http://www.elpais.com> (consulted 27.02.2007) y <http://www.deia.com> (consulted 2.04.2007).
18. Parra-Cabrera S, Hernández B, Durán-Arenas L, López-Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. Revista de Salud Pública. 1999; 3:315-25.
19. Fischler C. *El (H)omnívoro*. Barcelona: Anagrama; 1995.
20. Gard M, Wright J. *The obesity epidemic*. Londres: Routledge; 2006.
21. Campos P. *The obesity myth*. Nueva York: Gotham Books; 2004.
22. Gracia M, Comelles JM (eds.). *No comerás*, Barcelona: Icaria; 2007.
23. Alemany M. Mecanismes de control del pes corporal. Revista de la Reial Academia de Medicina de Catalunya. 2003;18(2):44-9.
24. Poulain J-P. *Education au bien manger, éducation alimentaire: les enjeux. Enfants et adolescents: alimentation et éducation au bien-manger*. 2001. Disponible en www.lemangeur-ocha.com.
25. Observatorio de la Alimentación. 2004. *La alimentación y sus circunstancias*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions; 2006. *Comemos como vivimos*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions.