

La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social

Reflexiones sobre programas para combatir la obesidad

Mabel Gracia Arnaiz^a

Preámbulo

La obesidad ha sido considerada como una enfermedad que acorta la vida, produce o agrava múltiples padecimientos y se ha constituido como la pandemia del siglo XXI. Ante eso, los gobiernos de todo el mundo han emprendido diversas acciones tendientes a detener su crecimiento y lograr una mejor salud para la población.

Los programas que se han establecido, tanto locales como regionales, se han centrado básicamente en considerar a la obesidad como una enfermedad que requiere diagnóstico temprano, atención oportuna y tratamiento adecuado, pero en no pocas ocasiones se ha relegado o de plano ignorado el problema social y cultural que desencadenan el exceso de peso y exceso de grasa en los grupos humanos.

^aMabel Gracia Arnaiz es profesora titular de Antropología Social en la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) e investigadora del Grupo de Investigaciones Antropológicas (GRIAFITS) de la misma universidad. Es miembro del Observatorio de la Alimentación (Universidad de Barcelona) y de la International Commission on the Anthropology of Food (I.C.A.F). Ha sido investigadora y profesora visitante del Centre d'Études de Sociologie, Anthropologie e Histoire (CNRS-EHESS, París), del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Méjico D.F.), del Centre d'Étude du Tourisme et des Industries de l'Accueil



Poravida

(Université de Toulouse Le Mirail 2), del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Méjico DF), del Instituto de Investigaciones Antropológicas (U.N.A.M, Méjico DF) y de la Universidade Estatal do Rio de Janeiro (Brasil). Su línea de investigación se ha desarrollado en torno al estudio sociocultural de la alimentación, la salud y el género, habiendo coordinado diversos proyectos y acciones de I+D y hecho trabajo de campo en España, Francia y Méjico.

^bDe la Fuente R, Kuri P. Temas de Salud Global con Impacto Local, Intersistemas SA de CV, 2011.



En el libro *Temas de salud global con impacto local*, publicado por los doctores Juan Ramón de la Fuente^b y Pablo Kuri Morales, la doctora Mabel Gracia Arnaiz de la Universidad de Barcelona escribe el capítulo "La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social", en el que, después de analizar exhaustivamente los proyectos y programas que se han iniciado en diversas partes del mundo, aborda con particular claridad este problema y hace una reflexión sobre la necesidad de incluir el enfoque social y cultural de la alimentación en los seres humanos.

La Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM solicitó a la doctora Gracia Arnaiz en lo personal, y al doctor Juan Ramón de la Fuente como editor, su autorización para reproducir el texto en su análisis central y sus conclusiones, por lo que ahora se presenta aquí.

Dr. Rafael Álvarez Cordero
Editor

Introduction

Obesity has been considered a disease that shortens life, produces or aggravates multiple diseases, and has become the pandemic of the XXI century. Because of this, governments all over the world have started different actions aiming at

stopping its growth and achieving a better health for all the population.

The programs developed, both local and regional, have focused on considering obesity as a disease that requires an early diagnosis, timely care, and appropriate treatment; yet, the social and cultural problem caused by the excess in weight and fat in human groups has frequently been paid too little attention or completely ignored.

In the book "Topics of Global Health with Local Impact", published by Drs. Juan Ramón de la Fuente and Pablo Kuri Morales,^a Dr. Mabel Gracia Arnaiz^b from Barcelona University writes a chapter, "Obesity as a Disease, Obesity as a Social Problem" in which, after analyzing in depth the projects and programs launched in different parts of the world, approaches this problem in a clear way, reflecting on the need for including the social and cultural approaches of diet in human beings.

Facultad de Medicina's journal asked Dr. Gracia Arnaiz personally, and Dr. Juan Ramón de la Fuente as publisher, for their consent to reproduce the text in its core analysis and conclusions, which are presented herein.

Dr. Rafael Álvarez Cordero
Editor



Pedro María León

¿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,^{1,c} pero poniendo cierta distancia dada la diversidad teoricometodológica empleada para presentar el problema, entendemos

c 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 clásica o ambas a la vez. En los programas de atención y prevención predominan cada vez más los enfoques eclécticos.

La obesidad ha sido considerada como una enfermedad que acorta la vida, produce o agrava múltiples padecimientos y se ha constituido como la pandemia del siglo XXI. Ante eso, los gobiernos de todo el mundo han emprendido diversas acciones tendientes a detener su crecimiento y lograr una mejor salud para la población.

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 transdisciplinaria, o lo que Claude Fischler² denomina una actitud indisciplinaria que permite 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 mal,³ asimilándose como evidente que la grasa mata, que la gordura es en sí misma patológica y que todos los obesos son o serán forzosamente enfermos.⁴ 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 dieta.^d Entonces,

d Mientras que a nivel de estudios clínicos parece haber unanimidad en que establecer relaciones entre obesidad (índice de masa corporal [IMC] mayo o igual a 30) y aumento de comorbilidad, no la hay con respecto a sobrepeso y otras enfermedades crónicas no transmisiones (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 Estados Unidos, un exceso de muertes asociadas a la obesidad, aumentando innecesariamente la alarma sobre el sobre peso. Cabe citar también que la bibliografía biomédica señala que perder peso en exceso aumenta la mortalidad en personas con



Johnny A.

¿Por qué no se insiste en que sólo ciertos grados de gordura pueden relacionarse con el aumento de la morbimortalidad y que ponerse a dieta no es la solución?

Si bien los programas están basados en acciones comunicativas positivas y dicen alejarse de la 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 que recordar que, al fin y al cabo, estar gordo sólo 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 enfer-

sobrepeso y obesidad, que las personas que presentan oscilaciones continuas de peso (subidas y bajadas) muestran 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).

Los programas se han centrado básicamente en considerar a la obesidad como una enfermedad que requiere diagnóstico temprano, atención oportuna y tratamiento adecuado, pero en se ha relegado el problema social y cultural que desencadena.

mo modifique su conducta por el convencimiento de que hay una racionalidad científica que le puede ayudar: “Sólo un consumidor bien informado puede adoptar decisiones razonadas”⁵.

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 infarto,⁶ promocionando campañas contra el peso excesivo



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 mal y que la gordura es en sí misma patológica.

a las dietas milagro, 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 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 sexual?

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.^e

e Su contratación se limita a chicas con IMC entre 18 y 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 homogeneizar las tallas. Esta acción, sustentada en un estudio antropométrico con 10,415 mujeres

Sin embargo, ¿qué pueden hacer todas estas reglamentaciones políticas a favor del normopeso frente al boyante mercado de 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 lucro.⁷ 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: si como poco o demasiado y engordamos o adelgazamos según las calorías consumidas/

de entre 12 y 70 años, ha determinado tres morfotipos corporales para las españolas –diálogo (39%), cilíndro (36%) y campana (25%)–, estableciendo la tasa de obesidad en 12.4%.



Kahanaboy

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 constitucionales⁸ 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”⁹ La mayoría de personas con obesidad mórbida o extrema –aquella que de forma más evidente incide en el aumento de otras enfermedades crónicas no transmítibles (ECNT)– responde a estas causas y, frente a éstas, poco puede hacerse individualmente.

Tampoco parece oportuno relacionar el aumento de la obesidad sólo 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 comple-

ja (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 alcance.¹⁰

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 sólo 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 evitan las largas jornadas laborales, cada vez más sedentarias?



Mat. Fot.

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 sus consecuencias ¿no estaremos errando el tiro o retrasando las soluciones?

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 sólo como agentes específicos causales de enfermedad/muerte que pueden ser abordados aisladamente.

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

trasnacional 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 afecta.¹¹ 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 sólo es siempre difícil sino que puede llegar a ser, para determinadas personas, imposible.

Resulta pertinente recordar aquí las reflexiones del sociólogo Jean-Pierre Poulain¹² 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? Asimismo, 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 Alimentación¹³ 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 discursa



Kahanaboy

vamente reproduce las recomendaciones de los expertos en relación con 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 condicionados por factores socioculturales. Para ello hay que manejar una concepción de la cultura y la alimentación menos limitada.

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 infarto.

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. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Fischler C. *El (H)omnívoro*. Barcelona: Anagrama; 1995.
3. Gard M, Wright J. *The obesity epidemic*. Londres: Routledge; 2006.
4. Campos P. *The obesity myth*. Nueva York Gotham Books, 2004.
5. New published <http://www.elpais.com> (consultado 27.02.2007) y <http://www.deia.com> (consultado 2.04.2007).
6. 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.
7. Gracia M, Cornelles JM (ed). *No comerás*. Barcelona: Icaria; 2007.
8. Alemany M. Mecanismes de control del pes corporal. *Revista de la Real academia de Medicina de Catalunya*. 2003; 18(2):44-9.
9. Contreras J, García M. *Qué comer, cuánto comer; la emergencia de las sociedades obesogénicas*. Congreso ALA, e.p. 2010.
10. Ascher F. *Le mangeur hypermoderne*. París; Odile Jacob: 2005.
11. Chavarrías M. *La obesidad se asocial a los nuevos hábitos alimentarios 2005*. En www.consumaseguridad.com.
12. Poulain J-P. *Education au bien manger, education alimentaire; les enjeux. Enfants et adolescents; alimentation et éducation au bien-manger 2001*. Disponible en www.lemangeur-ocha.com.
13. Observatorio de la Alimentación 2004. *La alimentación y sus circunstancias* Bxcarcelona: Alimentaria Exhibitions; 2006. *Comemos como vivimos*. Barcelona Alimentaria Exhibitions.



Dave