

# la medicalización de la obesidad

## el caso de México<sup>1</sup>

Iván Sánchez Salazar\*

### ¿Qué es la medicalización?

La medicalización ha sido definida y estudiada por diversos autores en las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI, entre ellos están Foucault, Iván Ilich, Menéndez y Mabel Gracia; su definición, en un sentido amplio, es:

*la configuración de roles y pautas sociales de comportamiento, por parte de la biomedicina, lo que supone que la incidencia va más allá de la asistencia en la enfermedad, y afecta a casi todos los ámbitos significativos de la vida social (Heras, citada en Esteban y Pallarés, 2005: 43).*

Esto quiere decir que la medicalización tiende a homogenizar la visión de algún fenómeno de la salud y a universalizar el diagnóstico y tratamiento del mismo al grado de incidir más allá del mero espacio médico, influyendo en la ideología de la población y permitiendo el control sobre la vida cotidiana de los sujetos.

### Su expresión en México

Para empezar, la medicalización de la obesidad necesita forzosamente de un aval para llevarse a cabo, es decir, necesita del apoyo de instituciones y medios para difundir las ideas y acciones para el tratamiento de ésta. En tal sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) juega un papel importante en el nivel internacional, ya que es la que dicta las pautas «científicas» sobre la obesidad; esto se deja ver en su definición del fenómeno: «El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud». De la definición anterior se entienden dos cosas: a) existen personas que acumulan de manera normal la grasa y b) otras que lo hacen de manera anormal.

1. Ponencia presentada en el 18vo. Coloquio sobre Experiencia de Trabajo de Campo e Investigación Antropológica del 24 al 28 de octubre de 2011 en las instalaciones de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. El texto fue modificado para su publicación.

\* Pasante de la Licenciatura en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH)  
i.snchez.s@gmail.com  
i.snchez.s@live.com.mx

La distinción entre «normal» y «anormal» implica una valorización sobre los hábitos alimentarios de los sujetos al ponerles una carga moral en cierto sentido, ya que con esta definición lo que se está dando a entender es que hay maneras «buenas de comer», comportamientos adecuados y sanos, y otros que en consecuencia no lo son. De igual manera los instrumentos «científicos» utilizados para dar el diagnóstico de la obesidad y de los hábitos alimentarios anormales son imprecisos o difíciles de ejecutar —por ejemplo el Índice de Masa Corporal (IMC) o la medición de pliegues cutáneos— pero que al tener esta carga de «cientificidad» se hacen creíbles al ojo del «sujeto común».

## La distinción entre «normal» y «anormal» implica una valorización sobre los hábitos alimentarios de los sujetos al ponerles una carga moral

Estas definiciones e instrumentos proporcionan la clasificación y el grado de la «enfermedad», entre sobrepeso y obesidad; mas sin embargo, la diferencia entre estos dos padecimientos, de uno o dos kilos, te puede clasificar dentro de lo normal o lo anormal, por lo cual no queda clara la situación.

Para dar solución a la obesidad, México ha optado por seguir una serie de acciones a través de políticas de salud pública que contienen la visión descrita párrafos arriba, teniendo como guía la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas<sup>2</sup> lanzada por la OMS (2004), a la cual nuestro país se adhirió en 2004; posterior a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) creó el «Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso

2. Esta estrategia básicamente tiene como base que las enfermedades crónicas son provocadas por la alimentación poco saludable y la falta de actividad física.

y la Obesidad», documento emitido por la Secretaría de Salud (2010) con carácter federal. Sus objetivos principales son:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
7. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos tamaños de porciones reducidas.



8. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos con bajo contenido o sin sodio.

Estos objetivos se resumen en palabras de Mabel Gracia de la siguiente manera:

*En la actualidad, la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, esto es, un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos (qué y cuánto comer) y la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, cuyos objetivos son lograr una nutrición sana exenta de riesgo para la salud (2007: página).*

Las acciones se han realizado principalmente en el ámbito escolar a partir de abril del año 2010, año en que el Congreso mexicano aprobó la reforma al artículo 65 y 66 de la Ley General de Salud.

La reforma obliga a las escuelas a impartir media hora diaria de actividad física e impone dejar de vender comida chatarra en sus cooperativas y/o comedores.

### **¿Por qué el interés sobre el control del peso del cuerpo?**

El interés surge a partir de que el Estado ha previsto los gastos directos e indirectos al presupuesto federal. El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) fue de 42 246 millones de pesos. Este costo de 2008 representó 33.2% del gasto público federal

en servicios de salud a la persona; para 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77 919 millones de pesos presupuestado en ese ejercicio fiscal (SSA, 2010: 11).

Otra razón para interesarse en el control del peso es la presión que se ejerce en la población por el cambio habido en las normas de peso, potenciado por los profesionales de la salud, de igual manera que el cambio paralelo en las representaciones sociales del cuerpo a partir de la influencia de la industria de la moda, la cosmética y la alimentación (Contreras, 2005).

El control del peso y los hábitos alimentarios también genera gran interés en la industria alimentaria *light* y la industria dedicada al cuerpo:

*se podría sostener, incluso, que la medicina y la nutrición también generan modas dietéticas, en el sentido de que animan a la población a seguir prácticas muy específicas durante periodos de tiempos más o menos cortos (Gracia citada en Esteban y Pallarés, 2005: 254).*

### **¿Qué consecuencias ha traído la medicalización de la obesidad?**

Las consecuencias de la medicalización de la obesidad recaen en la construcción de un estigma por parte del sector médico y que es difundido por las acciones antes mencionadas al igual que por los medios de comunicación. Este estigma<sup>2</sup> se construye a partir de la división entre los sujetos que tienen los correctos hábitos alimentarios y actividad física necesaria, de quienes no poseen estos atributos deseables.

El estigma<sup>3</sup> se reproduce en el grupo social de diversas maneras:

3. Entendiendo estigma como la reformulación de la identidad social a partir de la asignación de atributos que lo diferencian de una manera indeseable (Goffman, 2001).



## La obesidad tendría que verse como la expresión sociocultural de un modo específico de vida en la biología actual humana

1. Rol de la madre. Esta es la figura que comúnmente se asocia como encargada de la alimentación de la familia,<sup>4</sup> de ella se espera que cumpla como cuidadora de la salud de la misma, al romper con estos deberes está incumpliendo con su rol de madre.

Ejemplo: al ver una madre obesa con un hijo obeso se tiende a pensar que es desobligada, ya que su hijo y ella son obesos debido a que no está siguiendo los parámetros de una buena alimentación.

2. La asignación de atributos al sujeto que tiene obesidad. Flojo, que no controla sus impulsos, que come desmesuradamente y que gran parte del día se dedica a esta actividad.

3. Se ve a la persona obesa como alguien ignorante y apático en cuanto a su alimentación y su actividad física, esto debido a que supuestamente eligen cualquier alimento que pasa por delante de ellos, cuestión falsa, ya que dentro de la elección de alimentos juegan otros factores: a) el ingreso económico, b) la percepción de que un alimento es bueno, ya sea por su calidad de frescura, porque es una comida «como Dios manda» o por el tiempo para prepararla y c) por el placer que genera el alimento.

4. La persona con obesidad es fundamentalmente holgazana. Esta visión coloca al obeso como principal responsable de su obesidad, debido a que no sigue las recomendaciones de las autoridades sobre hacer ejer-

cicio. Este juicio se hace sin el previo conocimiento del contexto en el que se desarrolla el sujeto; por ejemplo: lugar que habita, su trabajo, tiempo disponible y actividades recreativas favoritas.

### A manera de conclusión

La obesidad tiene diversas aristas, por lo cual se hace necesario empezar por una conceptualización más acertada y apegada «a la realidad» del fenómeno, es decir, a su contexto sociocultural. Un concepto operativo de la obesidad tendrá que echar mano de diversas disciplinas para poder entender los procesos en los que surge ésta, ya que el trabajo en conjunción proporcionará herramientas analíticas para entrar a su estudio de manera diferente y en complementación de los instrumentos ya establecidos hasta el momento.

Con lo anterior concluyo que la obesidad tendría que verse como la expresión sociocultural de un modo específico de vida en la biología actual humana; este modo de vida propicia la acumulación de grasa y repercute de manera visible en la fisonomía y salud del sujeto, pero que a pesar de tener consecuencias similares en los diferentes grupos en los que se presenta, también tiene diversas codificaciones a partir del contexto sociocultural del grupo que deben tomarse en cuenta para su posterior análisis. ■

### REFERENCIAS ■

- Contreras, Jesús (comp.) (2005) *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Editorial Ariel.

4. Aunque cabe aclarar que no es la única figura familiar, dentro de mi trabajo de campo para la tesis de licenciatura, me he encontrado con abuelas, tías y hermanos encargados de la alimentación de un grupo familiar extenso. Lo que resalta es que el género femenino es quien por lo regular lleva a cabo esta actividad con todo lo que implica, planeación de costos, compra del abastecimiento de alimentos, preparación y distribución de los mismos, al igual que del deshecho de las sobras.



Esteban, Mari Luz Galarza y Joan Pallarés (coords.) (2005) *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla: Fundación El Monte/Federación de Asociación de Antropología del Estado Español/Asociación Andaluza de Antropología.

Instituto Nacional de Salud Pública-INSP (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México.

Goffman, Erving (2001) *El estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gracia-Arnaiz Mabel (2007) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». En *Salud Pública de México*, 3 (49), 236-242, mayo-junio. México: INSP.

Ley General de Salud. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [Consulta el 15 de enero de 2012]

Organización Mundial de la Salud-OMS (2004) «Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud». Disponible en [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf) [Consulta el 15 de enero de 2012]

Secretaría de Salud-SSA (2010) «Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica». Disponible en <http://www.insp.mx/alimentos Escolares/> [Consulta el 18 de enero de 2012]

— (2010a) «Acuerdo nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad». Disponible en [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas\\_interes/salud\\_alimentaria.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas_interes/salud_alimentaria.html) [Consulta el 20 de enero de 2012]