

La obesidad medicalizada

Miguel Kottow

Quiero a mi alrededor hombre gordos, de aspecto sano, hombres que duermen de noche. Ese Cassius tiene una mirada enjuta y hambrienta. Piensa demasiado. Hombres como él son peligrosos.

(Shakespeare, *Julio César*)

Introducción

“La obesidad es una enfermedad crónica que constituye un problema mayor de salud en los Estados Unidos y está emergiendo como un problema de salud en muchos países desarrollados y en desarrollo” (Anderson et al., 2001, p. 579). Australia reporta tener la mayor incidencia de obesidad en el mundo, y en Chile las autoridades sanitarias y el mundo académico destacan con frecuencia su preocupación por la creciente incidencia de sobrepeso / obesidad en niños y adultos (Burrows, 2000). La gran mayoría de las referencias bibliográficas consultadas provienen de las ciencias sociales, confirmando la tendencia sostenida en los Nuevos Folios anteriores de entender que la bioética en salud pública tiene una dimensión sociológica fundamental. Como sostenidamente se ha enfatizado, tanto la bioética como la salud pública, y ciertamente la conjunción de ambas, son prácticas eminentemente sociales.

La obesidad es uno de los problemas de salud más prevalentes en el mundo occidental. La obesidad aumenta el riesgo de enfermedad médica y muerte prematura [...] imponiendo una enorme carga económica sobre el sistema de cuidados de salud. La obesidad también se asocia con una reducida calidad de vida por limitaciones substanciales y restricciones de actividades cotidianas (Mauro et al., 2008, p. 173).

En sujetos no fumadores, la obesidad, dieta y actividad física son los principales factores de riesgo (FR) asociados a neoplasias. Se estima que 30% de la población adulta en países desarrollados es obesa, porcentaje similar a lo descrito en Chile y Estados Unidos de Norteamérica... por tanto, esta característica, en no fumadores, es el FR carcinogénico más prevalente (Sánchez, Ibáñez y Klaassen, 2014, p. 2011).

Se reconoce la obesidad infantil como una enfermedad crónica, porque se perpetúa en el tiempo y se asocia a un síndrome metabólico (SM) con un mayor riesgo de Diabetes 2 y cardiopatías coronarias (Salas et al., 2010, p. 1217).

Cuatro son los aspectos que llevan la obesidad a su creciente protagonismo: alta prevalencia, creciente incidencia, asociación con al menos una docena de patologías severas, y los altos costos médicos que desencadena (Dean, 2014, p. vii).

Todos ellos son precisables cuantitativamente, pero subyace una indeterminación de su significado, comenzando por el uso inflacionario e impreciso del término 'obesidad', definida como un exceso de grasa corporal expresada en términos de índice de masa corporal (IMC), incluyendo tres subgrupos: sobrepeso con un IMC de 10-19% sobre el promedio, obesos con IMC sobre 20% y obesos mórbidos con 100 a 150% de peso sobre el promedio normal.

Clasificación de peso corporal según el Índice de Masa Corporal (IMC)

CATEGORÍA	IMC
Peso corporal normal (Pcn)	18.5 - 24.9
Sobrepeso (19% sobre Pcn)	≥ 25
Obesidad (20% p + sobre Pcn)	≥ 30
Clase I	30 - 34.9
Clase II	35 - 39.9
Clase III	≥40

Clasificación de peso normal según variaciones de IMC

CATEGORÍA	% de variación
Normal	0
Sobrepeso	≥ 10 - 19
Obesidad	≥ 20
Obesidad mórbida	≥ 100 - 150

La incidencia de obesidad va en rasante aumento, lo cual puede ser un incremento real con criterios fijos, o fluctuaciones debidas a modificaciones de criterios diagnósticos. La asociación de obesidad con otras afecciones indica que "en no fumadores, es el FR [factor de riesgo] carcinogénico más prevalente" (Sánchez et al. 2014, p. 211), sin lograr especificar una relación causa-efecto, existiendo voces que reconocen mejoras en niveles de salud con cambios de estilo de vida, aumento de actividad física y dieta, sin que ello vaya aparejado con modificaciones substanciales y duraderas del peso corporal (Anderson et al., 2001). En cuanto a los costos médicos, será necesario desglosar entre gastos terapéuticamente eficaces, gastos de comorbilidad, gastos innecesarios por carecer de eficacia, y gastos de prevención y promoción que varían según presunta efectividad, prioridad y disponibilidad de recursos.

Posiblemente sea la obesidad el tema más estudiado por la epidemiología y la medicina clínica contemporáneas, resonando con entusiasmo en los medios masivos de comunicación. La lectura rápida de una docena de artículos aparecidos en publicaciones periódicas indexadas, muestra el masivo uso de términos que atestiguan la incertidumbre de lo investigado, afirmado o criticado, atemperando con expresiones como "no parece ser", "ausencia de estimación adecuada", "puede promover", "debiera considerar", "posibles efectos" y muchos otros condicionales que, siendo cautelosos dan, por otro lado, la apertura para controversias y polémicas.

La obesidad, se afirma, es una "epidemia" contra la cual es preciso desencadenar "una guerra", causante de problemas sociales como la estigmatización y la discriminación, creando una "crisis en salud pública" y un creciente "pánico moral", comprometiendo valores morales, psicológicos, sociales, biomédicos y de salud pública. La bioética no puede quedar ajena a un proceso que influye sobre políticas públicas, actitudes sociales y culturales, el mercado farmacológico, la justificación o descalificación de intervenciones médicas, educación sanitaria, campañas de prevención y promoción.

Enfermedad y epidemia

La obesidad es considerada una enfermedad de acuerdo al concepto fisiológico, que determina normas funcionales del cuerpo y desviaciones patológicas. Los valores del IMC considerados normales varían con el tiempo, contextos socioeconómicos, género, edad. Como toda anomalía o afección que se propone prevenir o tratar antes de que el individuo se considere potencial o actualmente enfermo, lleva a dificultades de asunción de autorresponsabilidad y de adherencia.

[E]l porcentaje de americanos que se describe a sí mismo como teniendo sobrepeso (35% de hombres y 42% de mujeres) ha permanecido esencialmente sin modificaciones a lo largo de los últimos 20 años... mientras los americanos se vuelven más pesados, muchos pueden no reconocerlo y aceptarlo (Callahan, 2013, p. 35).

Individuos obesos han alzado la voz para confirmar su satisfacción con tener sobrepeso importante, algunos publicando su irritación ante la insistencia social y médica por embarcarlos en programas terapéuticos que estos pacientes han rechazado por infructuosos o por excesivamente demandantes.

Recordando a Canguilhem, para quien la enfermedad comienza con la persona que se siente enferma, y la condición característica de enfermabilidad destacada por Pedro Laín Entralgo no solo como potencialidad del ser vivo sino también como consciencia de fragilidad orgánica ligada a la vivencia humana de saberse mortal (Kottow y Bustos, 2007), se da que la obesidad se establece en más de un tercio de los afectados sin consciencia de enfermedad y, por ende, sin motivación para iniciar procesos preventivos o terapéuticos.

Considerar la enfermedad como factor de riesgo de otras patologías y de muerte atrae la crítica de extrapolar datos poblacionales a individuos, y de considerar asociaciones como si fuesen causas supuestamente identificables dentro de la maraña de condiciones proximales y distales.

El calificativo de "epidemia global" utilizado, entre otros por la Organización Mundial de la Salud, se presenta con una carga ideológica más que epidemiológica. Una epidemia suele presentar un proceso de aumento del contagio por su incontrolable transmisión, sea directa, por un vector, o por ubicuidad del agente patógeno. El aumento de IMC promedio

es muy moderado en personas que pesan 3-5 kg más que la generación anterior:

Decenas de millones de personas con IMC inicialmente en el rango de 23-25 aumentan levemente de peso para ahora ser clasificadas como “sobrepeso”... así como decenas de millones previamente con valores en la veintena mayor ahora tienen un IMC levemente >30” (Campos et al., 2005, p. 55).

Por otro lado, queda corroborado que la prevalencia de obesos mórbidos ha aumentado en forma considerable y alarmante.

La epidemiología reconoce el giro del predominio de enfermedades infecciosas a afecciones de orden crónico, degenerativo, en parte dependiente de factores genéticos y epigenéticos. Transmisión y contagio, como son características de enfermedades infecto-contagiosas, no se dan en la obesidad pero, como todos los procesos y trastornos influidos por el modo de vivir –estilos de vida–, es indudable que se produce un contagio cultural que hace prevalecer hábitos y costumbres que son vistos como poco saludables. Esta polinización y la resultante uniformidad de modos de vida suscriben la pregunta si acaso realmente hay una morbilidad aumentada, o más bien un cambio cultural que sienta nuevos parámetros de normalidad.

Obesidad y sociedad: estigmatización

La imagen corporal es un complejo proceso de identidad y normatividad social. El individuo se presenta en su medio social consciente de su singularidad, pero sujeto

a evaluación y rectificación por sus pares. Hay idiosincrasias de vestimenta, conducta corporal, hábitos que son normados por la sociedad que exige, por ejemplo, que la higiene personal sea atendida en privado y antes de participar en la vida social. En el ámbito de la discapacidad, es notoria la dificultad de compatibilizar la identidad individual con la rectificación social de la identidad corporal: quien se siente competente podrá ser calificado de discapacitado y, a la inversa, quien cree limitada su vida por alguna disfuncionalidad sea, no obstante, requerido por la sociedad como empoderado para cumplir los roles asignados (Kottow, 2015).

Muchas personas no reconocen su sobrepeso, como tampoco toman consciencia de su estatura cuando varía moderadamente del promedio. El entorno social es más crítico a los excesos de peso porque ha sido sensibilizado a considerar a estas personas como más propensas a sufrir otras patologías que pudiesen limitar su productividad. El obeso es de moralidad dudosa porque se deja tentar por excesos, es de recursos limitados ya que no se ha sometido a tratamiento médico; es indolente, por cuanto no ha tomado en serio los rigores de un estilo de vida saludable; es poco confiable al preferir la buena mesa y la distracción social por sobre la sobriedad del trabajo; en fin, la sociedad, que es aquí fiel a sí misma, nunca ha sido parca en crear moralinas infundadas. Estas caracterizaciones negativas son la antesala a la estigmatización, un fenómeno social que es fuente de severas discriminaciones e injusticias.

Los estudios sobre estigmatización de la obesidad siguen las líneas conceptuales del trabajo fundacional del sociólogo Erving Goffman (1963), de quien proviene la recomendación de que estigma debe ser estudiado con un lenguaje de relaciones, no atributos. Se ha logrado definir cinco componentes que convergen para establecer un estigma (Link y Phelan, 2001):

- Distinción y etiquetado de diferencias
- Asociación de diferencias humanas con atributos negativos
- Separación de “nosotros” y “ellos”
- Pérdida de estatus y discriminación
- Dependencia de poder social, económico y político

La estigmatización de la obesidad es producto de una serie de “agentes incluyendo los medios, la industria enfocada en baja de peso, la moda, agencias gubernamentales, la academia y la profesión médica”, alimentando los cinco componentes mencionados (Lewis et al., 2011, p. 1349):

1. Distinción y etiquetado de diferencias se obtienen mediante definición y clasificación basadas en parámetros objetivos e impersonales, como es el IMC.
2. Asociación de diferencias y negatividades, relevando la imagen del obeso flojo, glotón, desmotivado e insalubre.
3. Ilustrativo de la dicotomía nosotros/ellos es que las personas *son* obesas, formando una categoría humana propia y diferente, a diferencia de la

descripción de características –tiene pelo castaño, padece de cáncer, tiene influenza–.

4. Discriminación y pérdida de estatus de los que son obesos llevan a desventajas laborales y dificultades de acceso a cuidados de salud.
5. La estigmatización se completa con el ejercicio de poder político, social y económico, hecha realidad por medicalización, intereses corporativos y una ingente actividad académica sustentada por publicaciones que llevan el término obesidad en su título.

El proceso de estigmatización social es fuente de discriminaciones y altera la percepción de la propia identidad, llevando al afectado a sentirse inferior y reconocerse disminuido en su autonomía, tanto por los obstáculos interpuestos, como por aceptar que sus dificultades de autocontrol y autodisciplina son reales porque su entorno social se las imputa (Abu-Odeh, 2014). Se produce el círculo vicioso en que el reconocimiento social de estigma afecta la identidad de la persona que asume su deficiencia y devuelve a la sociedad una imagen efectivamente desmedrada, una circularidad que se ha caracterizado como opresión porque los afectados están sometidos a injusticias sistemáticas que son padecidas en virtud de pertenecer al grupo de los discriminados (Eller, 2014).

Contextos culturales, relaciones interpersonales y la significación que las personas dan a su obesidad son todos factores que influyen sobre las experiencias de estigma,

afectando negativamente salud y bienestar social de manera muy variable entre individuos y grupos sociales: un hallazgo repetido es que las mujeres se sienten más discriminadas y estigmatizadas que los hombres (Lewis et al., 2014). “Ejercicios obsesivos, dietas violentas y cigarrillos mantienen a muchas mujeres artificialmente delgadas, a pesar de los riesgos a la salud presentados por esta búsqueda de delgadez” (Jutel, 2001, p. 284).

Medicalización de la obesidad

Investigación

Los procesos de medicalización de la sociedad, al menos desde la publicación de *Medical Nemesis* (Illich, 1976), entendidos como una expansiva jurisdicción de la medicina sobre diversos aspectos de la existencia humana, han sido mirados con suspicacia y desagrado ante todo por las ciencias sociales y las humanidades. Los procesos de estandarización que suelen inspirar políticas sanitarias en base a investigaciones epidemiológicas son, asimismo, fuente de innumerables críticas lamentando que el cuerpo individual es transformado en evaluación cuantitativa derivada de estudios poblacionales que dan origen a ingentes bases de datos. La biomedicina responde a estas críticas enarbolando la bandera de la evidencia científica y acusando a los críticos de liviandad y sesgo en sus planteamientos.

El tema de la obesidad no puede escapar a esta polémica, toda vez que

...el conocimiento sobre causas, efectos y tratamiento del peso corporal excesivo –aquí denominado ciencia de la obesidad–, es una entidad híbrida... profundamente esculpida por, y constitutiva de, políticas de salud. La ciencia de la obesidad es una síntesis de resultados de laboratorio, investigación clínica y epidemiológica, políticas de salud pública previas y sentido común contemporáneo, llevando a un conocimiento que es relevante a la salud pública y sus políticas (Fletcher, 2014, p. 339).

Pionero de la estadística, Adolphe Quetelet (1796-1874) desarrolló el estudio poblacional del índice de masa corporal mediante la fórmula W/H^2 (peso dividido por el cuadrado de la altura corporal) que en el último tercio del siglo XX fue ratificado como el parámetro más certero por cuanto pondera el factor altura de modo más adecuado que la fórmula W/H –que da excesiva influencia a la altura– y que la W/H^3 –que distorsiona en la dirección opuesta–. Estudios posteriores confirmaron que el IMC, simple de obtener a bajo costo, permite establecer el peso corporal “ideal” en el rango entre 20 y 25, en independencia de edad y género. Con anterioridad, y desde comienzos del siglo pasado, la relación entre peso corporal y mortalidad había sido elaborada y utilizada por las compañías de seguros, precediendo en muchos decenios el desarrollo de la ciencia de la obesidad. Hacia fines de siglo, las estadísticas confirmaron un importante incremento de sobrepeso y obesidad que parecía justificar la alarma de una epidemia global, confirmando la ventaja del IMC que es un valor absoluto que no varía con cambios de prevalencia.

Más compleja y debatida ha sido la clasificación de sobrepeso y obesidad en base a cortes de categorías: bajando el corte entre normal y sobrepeso de 27.8 para varones y 27.3 para mujeres, a igual o mayor de 25, aumenta el número de personas con sobrepeso de 61.7 a 97.1 millones (Kuczmarski y Flegal, 2000, citado en Fletcher, 2014, p. 348). Este cálculo estadístico se popularizó como una muestra de la arbitrariedad clasificatoria.

Innumerables investigaciones han señalado la asociación entre peso excesivo y una cohorte de enfermedades denominadas comorbilidades: salud mental, desórdenes alimentarios, déficit atencional, sueño, dolor, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas y endocrinas (Mauro et al., 2008). La asociación de obesidad y neoplasias ha llevado a la afirmación que “en no fumadores, es el FR [factor de riesgo] más prevalente”, según un artículo que lleva por título “Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta” (Mauro et al., 2014). Inabarcable es la proliferación de publicaciones que, basadas en la asociación de obesidad y co-morbilidades, presentan estudios epidemiológicos, clínicos, bioquímicos, genéticos, que sugieren cimentar la asociación a diversos niveles, cada vez más distantes del cuerpo obeso.

Tratamiento

Por tratarse de enfermedad y epidemia, la medicina y la salud pública han desplegado enormes esfuerzos por controlar la prevalencia creciente de los pesos excesivos, de prevenir y promover estilos

de vida, intentando reducir los IMC con medicamentos e intervenciones quirúrgicas. A nivel individual, la paleta de preventiones y tratamientos es policromática, variando desde sugerencias de sentido común –reducir hábitos sedentarios, desincentivar la ingesta de comida chatarra–, el apoyo psicológico y psicosocial, el uso de medicamentos farmacológicos y de suplementos dietéticos, la expansiva tendencia a confiar en las diversas técnicas de cirugía bariátrica.

Hay un reconocimiento generalizado dentro de un campo polémico y conflictivo, de que los tratamientos de comorbilidades que incluyen medidas específicas, así como programas de reducción del peso corporal, logran eficacia terapéutica –cuando la logran– con independencia de las variaciones del IMC, de modo que aun cuando se logre paliar y controlar la comorbilidad, ello ocurre con independencia de las fluctuaciones de IMC. En otras palabras, los efectos sobre el IMC no son parámetros confiables ni determinantes en la eficacia clínica de tratar las comorbilidades.

El metanálisis de intervenciones médicas resume que “no son efectivas a largo plazo, confirmando la sabiduría común que personas que exitosamente logran bajar de peso, lo recuperan en un período de cinco años” (Anderson et al., 2001, p. 579). Los mejores resultados de baja mantenida de peso corporal se obtienen en personas que adhieren regularmente a un programa terapéutico estructurado de dieta calórica baja y modificaciones conductuales, y en aquéllos que tienen bajas iniciales masivas de 20 kg o más,

los tratamientos exitosos debiendo ser mantenidos a largo plazo.

El tratamiento medicamentoso y la cirugía bariátrica requieren disciplina y adherencia. Pacientes y médicos son llamados a entender que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere permanente atención y control ante el constante riesgo de recuperación del peso laboriosamente reducido. Si los tratamientos de la obesidad fuesen exitosos y accesibles, probablemente se reduciría la fuerte estigmatización que sufren los obesos, su nuevo IMC devolviéndoles el aprecio social de ser hacendosos y morales. La prevalencia de obesidad es mayor en estratos socioeconómicos más bajos, lo cual contrasta con los altos costos de tratamientos medicamentosos y quirúrgicos –rara vez adecuadamente cubiertos por seguros de salud–, la falta de tiempo y recursos para programas de actividad física sostenida. Como señalado, la obesidad es una condición en gran medida influida por el entorno social y la cultura imperante, que son una limitante de la adherencia al tratamiento los “saboteadores”: familias que no comparten la estrictez dietética, contactos sociales y desempeños laborales que acostumbran reuniones con excesos de comida y alcohol. Las comorbilidades incitan a reducir la actividad física y, por otro lado, los medicamentos asociados pueden tener un efecto iatrogénico de aumentar el peso, como se ha descrito para antidiabéticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo, antivirales y bloqueadores beta (Mauro et al., 2008).

Las limitaciones de buenos resultados

sostenidos en el tiempo, la baja adherencia, las dificultades económicas, y el reconocimiento que la asociación de obesidad y otras patologías no logran concretarse en causalidades determinadas, lleva a muchos obesos a la automedicación con suplementos dietéticos de venta libre OTC (*over the counter*). Estos suplementos tienen por objetivo robustecer procesos fisiológicos, ante todo en épocas de transición funcional como la adolescencia, la vejez, la escasez de alimentos; son de uso muy difundido, mas su función en el control del peso corporal es dudosa. La adición de sustancias estimulantes –cafeína, efedrina, efedra vegetal– aumenta su eficacia en producir bajas de peso, pero que son de corta duración, aunque suficientes para hacer creer que al reducir el peso corporal se previene mejor las comorbilidades. Posiblemente suceda lo contrario, la desatención a patologías que no se modifican por la mera baja de riesgo podría aumentar su efecto adverso. En una revisión meta-analítica, se llega a la conclusión de que no hay evidencia consistente y convincente del efecto isobárico de suplementos dietéticos, a excepción de la *Ephedra* sínica –extracto vegetal que contiene efedrina– pero que, a su vez, se asocia con diversos efectos adversos (Shekelle et al., 2003; Vásquez y Vanegas, 2014).

Obesidad y salud pública

Los organismos nacionales e internacionales se han dejado convencer de que el aumento de prevalencia de sobrepeso y

obesidad tiene carácter de epidemia global; en algún momento se habla de pandemia, produciendo aumentos de morbilidades asociadas, muerte prematura, y una presión creciente sobre gastos de salud tanto públicos como privados. La salud pública tradicional desarrolla programas de prevención en niños, educación y promoción dirigida a la población en general, y algunas reglamentaciones destinadas a orientar conductas alimentarias como el etiquetado de contenidos y regulación de niveles de componentes considerados potencialmente nocivos.

La Nueva Salud Pública (Kottow, 2011), cuyos ejes de acción son el individuo y su relación con el equipo de salud, el énfasis en conductas y estilos de vida individuales y en la autonomía y responsabilidad de cada uno por cuidar su salud y prevenir enfermedades, se acomoda especialmente bien a personalizar la prevención, educación, control y tratamiento de personas con problemas de peso corporal aumentado.

En ambos casos, políticas públicas y prácticas individuales presentan incertidumbres y, por lo general, una tendencia pesimista a considerar que no existen dispositivos eficaces para enfrentar la obesidad, ilustrada por el aumento consistente de la prevalencia del problema, aunque varios estudios postulan que la curva de incremento tiende a estabilizarse, es decir, la prevalencia actual del sobrepeso, la obesidad y la afectación de la población infantil y juvenil no aumentarán mayormente de las cifras actuales pero que, aun así, el proceso epidemiológico es alarmante. Dificultad adicional es que la

cultura occidental tiende al sedentarismo y al despliegue gastronómico a todo nivel. La gastronomía solía ser privilegio de los pudientes, pero ya no lo es al detectar que los excesos nutricios que son causa importante, aun cuando no única, de sobrepeso, ocurren transversalmente en los diversos y desiguales estratos socioeconómicos con alteraciones transversales de IMC alterados.

La relevancia contemporánea de la esbeltez, de la estigmatización de la obesidad, del predominio dado al aspecto del cuerpo joven o rejuvenecido, del trato peyorativo de los cuerpos alterados –discapacidad– y los cuerpos envejecidos, son otros tantos rasgos que ilustran una tendencia, que es cultural, no antropológicamente estable. El epígrafe de Shakespeare, la pintura de Rubens, el otrora respeto por la sabiduría de la senectud –el Consejo de Ancianos–, reflejan que otras épocas han sido más amigables con el cuerpo humano desviado de proporciones áureas o al menos ideales.

Bioética y obesidad

El despliegue de una ciencia de la obesidad y la alarma de una epidemia incontrolable de pesos corporales excesivos y sus severas consecuencias, se debaten en un piélagos de incertidumbres, contradicciones, evidencias contrapuestas, intereses de todo orden, que requieren ser esclarecidos en relación a los valores comprometidos en todos estos procesos. Aunque tardíamente, la bioética comienza a tomar posiciones de análisis crítico que deben hacerse cargo de la legitimidad de estos procesos, de las sospechas de una medicalización inducida

por intereses corporativos, de la validez que pueda tener el torbellino social que se va desencadenando frente al tema del exceso de peso.

En el sentido epidemiológico tradicional, el aumento progresivo de prevalencia de una condición mórbida no tiene el carácter “de crecimiento exponencial típico de epidemias... en los Estados Unidos hay una relativamente modesta desviación a derecha del peso promedio en la curva de distribución, con personas de pesos bajos ganando poco o ningún peso adicional, la mayoría pesando 3-5 kg más que la generación anterior” (Campos et al., 2005, p. 55). Este artículo, cuyos autores provienen de departamentos universitarios de sociología, nutrición, políticas públicas y educación, disputan cuatro aseveraciones que los lleva a concluir que la obesidad no es “una crisis de salud pública” sino que un exacerbado caso de “pánico moral”. La primera, ya vista, es que el aumento de prevalencia de obesidad es moderado y paulatino, no teniendo el carácter de epidemia. En segundo término, la aseveración de un aumento de mortalidad vinculada a incrementos de IMC, solo es válida para los extremos de IMC subnormal, o de valores sobre 30, que corresponden a obesidad y sus comorbilidades: “La mayor parte del rango considerado ‘sobrepeso’ no se asocia a aumento de riesgo” (Ibíd., p. 56). Tercero, la relación entre riesgo de enfermedad correlaciona con grasa corporal, no con IMC, y sugiere un síndrome metabólico que podría tener vínculos causales directos con las patologías en cuestión. Y, en cuarto lugar, hay múltiples evidencias de

que “los obesos son protegidos de muerte y enfermedad cardíaca al bajar sus niveles lípidos y recibir medicación antihipertensiva, sin que hayan perdido peso alguno” (Ibíd., p. 58). Las frases finales de esta publicación abren un flanco hacia temas que requieren atención.

La evidencia científica actual debería impulsar a profesionales de la salud y gestores de políticas a considerar acaso hace sentido tratar el peso corporal como un barómetro de salud pública. También debiera llevarnos a pausar y considerar cómo propagar la idea de una ‘obesidad epidémica’ fomenta los intereses políticos y económicos de ciertos grupos, mientras provoca inmenso daño a quienes son culpados y estigmatizados (Ibíd., p. 59).

La sospecha que intereses políticos y la gran industria farmacéutica tienen una influencia decisiva y predominante sobre la investigación biomédica y epidemiológica, vincula el tema de la obesidad a otras denuncias sobre la dependencia de ciencia y política de intereses económicos globales, que proliferan a costa de las poblaciones más desaventajadas (Angell, 2005). En el caso de la obesidad, sospechas y colusiones cobran especial relevancia por cuanto la sociedad contemporánea ha sido muy insistente en estigmatizar la obesidad, agregando injuria a lesión y obstaculizando cada vez más los esfuerzos de obesos por compensar y equilibrar existencia privada con vida social.

El estudio de la eficacia y la relación beneficios versus riesgos y efectos secundarios debe continuar en independencia de influencias y patrocinios interesados.

Aun cuando eficacia y beneficios de toda intervención médica requieren evidencias biológicas, consideraciones psicosociales y posibilidades de acceso, es este acopio de conocimientos especialmente relevante en temas multifacéticos como la obesidad, debiendo procederse con cautela y veracidad, evitando celebrar medidas que son dudosas y promover en forma engañosa medicamentos y procedimientos terapéuticos.

Daño y bienestar psicosocial son factores determinantes en todo programa de prevención de sobrepeso, ya que la estigmatización y sus efectos deletéreos sobre la autoestima pueden ser exacerbados como resultado de fracasos terapéuticos o, a la inversa, pueden ser estimulados para reclutar a los obesos en nuevas ofertas de tratamiento. Las propuestas médicas y de salud pública cuyo énfasis principal es en cambios de hábitos y estilos de vida, tienden a culpar al individuo por supuesta falta de responsabilidad y constancia, lo cual es impropio porque se desatiende que el modo de vida no es de libre elección y está determinado por contextos sociales y económicos (Holland, 2007). La pleitesía rendida a “los determinantes socioeconómicos” debe cuestionar su validez cuando promueve la autorresponsabilidad y la autogestión, sobre todo en países de grandes inequidades donde el ejercicio de autonomía y la igualdad de oportunidades son limitados hasta la inexistencia.

Tratamientos y programas que se dirigen a los individuos en el estilo de la Nueva Salud Pública forman parte de la tendencia biopolítica a erosionar la distinción del espacio público y el ámbito privado, una invasión necesaria cuando la conducta

singular conlleva daño público, como se reconoció en el tabaquismo pero se ha obviado en el tema alcohol. La transgresión del espacio privado ocurre en enfermedades sexualmente transmitidas y ha sido motivo de polémicas insolutas en el complejo médico-sanitario del VIH. En el caso de la obesidad, son éticamente muy poco sólidas las interferencias en el ámbito privado y fáciles de caer en excesos. En un editorial aparecido en una prestigiosa publicación médica firmada por un especialista en obesidad infantil y una abogada (2011), se aseveraba, según cita de varios medios de comunicación: “En casos de obesidad infantil severa, la remoción del niño [del hogar parental a una institución pública] puede ser legalmente justificada por los inminentes riesgos de salud y la falta crónica de los padres de abordar los problemas médicos”. La propuesta fue muy polemizada, pero de hecho han ocurrido casos aislados en Estados Unidos y en Inglaterra, volviendo a confirmar el sesgo de intolerancia a descuidos paternos en casos de obesidad infantil severa, que no se contemplan en niños afectados de otras patologías graves.

El complejo fenómeno social y cultural de la relevancia que recibe el tema de la obesidad en nuestros tiempos, compromete los esfuerzos públicos y privados que la sociología ha de desbrozar en qué medida son cooperativos, antagónicos por oposición de intereses, o generan obstáculos por simple indiferencia y falta de mutua interacción. Estas diversas formas de convivencia entre lo público y lo privado han sido foco de atención desde

la segunda mitad del siglo pasado, al darse la conjunción de una globalización económica expansiva basada en políticas de libre mercado, las ocasionales crisis financieras de la economía y el crónico desfinanciamiento de organismos internacionales que pretenden resolver problemas de inequidad y miseria, pero carecen de recursos para ir más allá de programaciones, planificaciones y gastos operacionales para reuniones, conferencias, asesorías. Estas fuerzas antagónicas, como es la oposición de globalización económico-política y el debilitamiento del Estado social y protector, o los financiamientos internacionales con exigencias de privatización de servicios tradicionalmente públicos, son cubiertas por un manto eufemístico que prefiere hablar de PPP (Private-Public Partnership), que en realidad se despliegan con la declarada intención de ser emprendimientos ventajosos para la mano pública –que recibe financiamiento–, la esfera privada –que explícitamente se asocia en el entendido que debe cuidar los intereses pecuniarios de sus “accionistas”–, y la población que recibe un servicio que de otro modo faltaría.

En asuntos relacionados con “nutrición y salud” se ha creado un clima de benevolencia hacia la formación de asociaciones público-privadas porque, supuestamente, no puede haber objeciones para abordar en conjunto un problema tan crucial como la obesidad. Numerosos son los ejemplos de la industria de los alimentos que patrocina y auspicia investigaciones cuyos resultados favorezcan sus productos, de donaciones hechas a instituciones fiscales que están

a punto de elaborar reglamentos restrictivos para el mercado y que, después de recibir apoyo financiero, rescinden de tales normativas. La denuncia de prácticas inmorales en investigación e implementación, o no implementación, de políticas públicas y normativas legales favorables a la industria y lesivas a los consumidores – basta recordar la tortuosa intención de legislar en materia de etiquetación de alimentos– ha producido, una vez más, la desconfianza pública en entidades legisladoras y fiscalizadoras en temas de alimentación, y la sospecha –en múltiples ocasiones fehacientemente demostrada–, de que la gran industria desarrolla tácticas de protección de intereses propios a nivel social, político y económico (Marks, 2014).

Conclusión

La reflexión bioética destaca al menos tres aspectos que corresponde profundizar por sus consecuencias prácticas inmediatas: 1) Los conocimientos biomédicos y epidemiológicos sobre obesidad son controvertidos y en gran parte promovidos por intereses corporativos; 2) El énfasis en programas de reducciones de peso es de escasa eficacia salvo en los extremos altos y bajos de valores IMC; 3) Programas preventivos y promocionales deben ser cautelosos en su intento de modificar aspectos personales de la existencia individual, que no son apoyados por los afectados –baja adherencia– y por prácticas culturales y de consumo establecidas que han preferido rendirse ante las fuerzas del mercado.

Frágil y temerario es abordar una temática tan compleja y multifacética como la obesidad, pero probablemente sea más difícil de justificar el silencio de la bioética en salud pública frente a asuntos tan centrales en nuestra realidad cotidiana y sometidos a tan ingentes fuerzas de poder, como es el modo en que el ser humano se nutre, se desnute y es guiado, donde es posible, a dedicarse al culto sacrificial de entender la comida como una necesidad, un culto, una lujuria, un negocio, un pecado. Estamos, no hay duda, en una encrucijada antropológica y en un punto omega del ser humano influyendo y modificándose a sí mismo.

En forma incipiente, embrionaria, la bioética no puede observar con indiferencia estos procesos, menos aún si pretende acompañar a la salud pública, eslabón ineludible en la cadena que vincula todas las aristas que el presente texto roza, en la claridad que ha de abrirse más allá y más en profundidad.

El tema de la obesidad que preocupa a la salud pública contemporánea proviene de la importancia que ya la medicina hipocrática daba a la ‘dieta’ (gr. *dayta* = régimen de vida). Su origen sanitario ha sido con creces rebasado; en el ámbito de buscar el equilibrio entre gasto calórico e ingesta, la humanidad transita por el tortuoso camino de los extremos que marcan, junto con otras inequidades, la desigualdad y deletéreas consecuencias de carencia y desnutrición por un lado, los excesos social y orgánicamente disfuncionales por el otro. Polifacético el problema, compromete al individuo, a la

sociedad, a la especie humana. Multidisciplinario ha de ser también su análisis para el desarrollo de programas que van de lo médico a lo político, de lo técnico a lo bioético, de la molécula al cosmos.

En tanto el sobrepeso aparece como un producto cultural de las sociedades contemporáneas, el hambre se ha naturalizado como penosa realidad de todos los tiempos, exacerbado por la expansión demográfica y la irracionalidad con que se propicia la explotación de los recursos naturales. Salud pública y bioética han de recordar que hay más hambrientos que obesos en la población mundial y que, si la obesidad reduce las expectativas de vida, cuánto más lo hace la desnutrición.

Referencias

- Abu-Odeh, D. (2014). Fat Stigma and Public Health: A Theoretical Framework and Ethical Analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24 (3): 247-265.
- Anderson, JW., Konz, EC., Frederick, RC., Wood, CL. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 74: 579-584.
- Angell, M. (2005). *The Truth About the Drug Companies*. New York: Random House.
- Burrows, R. (2000). Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez. *Revista médica de Chile*, 128(1): 105-110.
- Campos, P., Saguy, A., Ensberger, P., Gaesser, G. (2005). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology* 35: 55-60.
- Callahan, D. (2013). Obesity. Chasing an Elusive Epidemic. *Hastings Center Report* 43(1): 34-40.
- Dean, M. (2014). Editorial Note. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(3): vii-xvi.
- Eller, G.M. (2014). On fat oppression. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24(3): 219-245
- Fletcher, I. (2014). Defining an epidemic: the body mass index in British and US obesity research: 1960-2000. *Sociology of Health & Disease*, 36 (3): 338-353.
- Gofman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Holland, S. (2007). *Public Health Ethics*. Cambridge Malden: Politi Press.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis*. New York: Bantam Books.
- Jutel, A. (2001). Does size really matter? *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(2): 283-296.
- Kottow, M. (2011). Bioética y la Nueva Salud Pública. *Nuevos Folios de Bioética* núm. 4.
- Kottow, M. (2015). *Carne y cuerpo*. Santiago: Ocho Libros. En prensa.
- Kottow, M., Bustos, R. (2005). *Antropología médica*. Santiago: Mediterráneo.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Blood, R.W., Castle, D.J., Hyde, J., Komesaroff, P.A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 73: 1349-1356.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- Marks, J.H. (2014). Towards a Systemic Ethics of Public-Private Partnerships Related to Food and Health. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24(3): 267-299.
- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S., Sharma, AM. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine* 19: 173-180.
- Salas, MI., Gattas, VZ., Ceballos, XS., Burrows, RB. (2010). Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. *Revista Médica de Chile* 138: 1217-1225.
- Sánchez, CR., Ibáñez, C., Klaassen, J. (2014). Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta. *Revista Médica de Chile* 142: 211-221.

Alimentación humana como fenómeno complejo: Una mirada sociocultural

Sebastián Medina

En lo que respecta a la dieta humana, como ya he dejado dicho antes, no es posible tratar por escrito con exactitud hasta el punto de establecer la justa proporción de los ejercicios frente a la cantidad de alimentos. Pues son muchos los impedimentos. En primer lugar, las constituciones naturales de los hombres que son diferentes... las edades tienen diversas necesidades; además están las disposiciones de los países, y los cambios de los vientos, las variaciones de las estaciones, y las características del año...

Corpus Hippocraticum,
"Sobre la Dieta", s. V-IV a.C.

Introducción

Este ensayo destaca algunas de las múltiples dimensiones imbricadas en el fenómeno de la alimentación humana desde un punto de vista socioantropológico. La importancia de una comprensión integral se hace evidente para el sector sanitario cuando observamos con preocupación la abundante evidencia del fracaso de las políticas sanitarias que pretenden modificar los "estilos de vida" individuales, basándose en explicaciones monocausales y esquemas conductistas sobre el ser humano y su comportamiento social.

La alimentación humana dentro de este marco de interpretación, se nos presenta

como una práctica natural-social *compleja* que se ubica en un punto nodal donde determinaciones de carácter estructural, como la clase, etnia y género (que modelarían las grandes posibilidades alimentarias) se entrecruzan con influencias heterogéneas devenidas de la tradición gastronómica local, religión, políticas alimentarias y de salud; y otras de corte existencial y psicológico, como el deseo, la culpa y la ansiedad; además de servir como expresión de resistencia de tendencias globales en el territorio local (geofísico y corporal). No se trataría, sin embargo, de una complejidad producto del gran número de variables involucradas en el fenómeno –a esto le llamaría *complicado*– sino que su carácter inconmensurable respondería a que nuestra práctica científica disciplinar ha sido incapaz de reconocer aquí la unidad en lo múltiple, y lo múltiple en la unidad (Morin, 1998).

Alimentación humana y pobreza

Clásicamente relacionada con la carencia alimentaria, la pobreza producida por las profundas desigualdades sociales en el actual capitalismo tardío lejos de disminuir se han exacerbado, demostrando de paso, la incapacidad de las agencias internacionales como la ONU, OMS o