

Medicalitzar i mercantilitzar l'obesitat¹

Maria Lluïsa Maldonado Simó

Doctorat d'Antropologia, Universitat Rovira i Virgili

lluisamaldonado@hotmail.com

Resum: A la nostra societat cos i salut han esdevingut una preocupació fonamental. El valor atorgat a la primesa i la consideració de l'obesitat com a patologia constitueixen una poderosa motivació contra l'excés de pes. La insistència des de la biomedicina en la necessitat de controlar el pes corporal per motius de salut legitima la idea de salut en relació amb la pèrdua de pes. Un ampli sector econòmic s'estructura al voltant del binomi bellesa-salut i, sota l'aparença de vida saludable, promou el culte al cos per raons d'estètica. Aquest article planteja el paper que la medicalització i la mercantilització de l'obesitat tenen en la problematització del pes corporal.

Paraules clau: obesitat, primesa, pes corporal, medicalització, mercantilització.

Abstract: In our society, body and health have become a major concern. The value placed on slimness and the consideration of obesity as a pathological disease form a powerful motivation against gaining excess weight. The insistence of biomedicine on the need to control body weight for health reasons legitimizes the idea of health in relation to loss of weight. A large industry has built up around the binomial of beauty-health and, under the appearance of encouraging a healthy life, promotes the body cult for aesthetic reasons. This article considers the role that the medicalization and commercialization of obesity plays in creating the problem of body weight.

Key words: obesity, slimness, corporal weight, medicalization, commercialization.

1. Aquest article és una reflexió teòrica a partir del projecte d'investigació en curs "La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social" (Plan Nacional I+D, CSO2009-07683). Mitjançant una anàlisi "des de dins" i "des de fora" del teixit assistencial, l'estudi pretén abordar les diferents dimensions de l'obesitat. El treball es du a terme en tres nivells principals: a) revisió bibliogràfica centrada en la literatura socioantropològica i epidemiològica, b) estudi de les recomanacions nutricionals i estratègies sanitàries i c) etnografia mèdica realitzada a Catalunya sobre representacions i pràctiques al voltant de l'obesitat.

1. Introducció

Els cànons de bellesa i la seva significació es transformen al llarg de la història i responen i es modifiquen en relació amb les condicions de vida i amb el context socioeconòmic i cultural. En el món occidental actual, el cos físic ha adquirit una importància extraordinària. Com a valor social, el cos ha esdevingut un mitjà de realització i desenvolupament personal, i per a moltes persones un element bàsic en la construcció de la seva identitat.

La imatge corporal, és a dir, la visió subjectiva que cada persona té del seu cos, varia al llarg del cicle vital a mesura que les estructures corporals canvien, però també gràcies a la interacció entre la nostra percepció i les actituds dels altres envers el nostre cos. Per tant, la percepció que l'individu té del propi cos està mediatitzada per les exigències que la societat ha creat respecte a l'aparença física, i que estableixen allò que socialment es considera acceptable, la qual cosa genera en moltes persones veritables sentiments d'amor i odi envers el seu cos (Schilder, 1950; Le Breton, 1998; Perpiñá, 2003; Sousa, 2008).

El culte al cos observat a la nostra societat està molt lligat a l'èxit social i afectiu, i també a la salut. Així, obtenir el cos que proposa la societat ens fa sentir millor, més saludables i adquirir més prestigi social. En els països occidentals, l'imperatiu de bellesa i de salut és en els cossos esvelts, prims.² Mentre que tenir un cos esvelt s'identifica amb bellesa, salut, equilibri i felicitat, el sobrepès i l'obesitat són percebuts com a sinònims de lletjor, malaltia, desequilibri i infelicitat. Es pot arribar a posar en dubte, fins i tot, la moralitat de la persona obesa, en considerar que la seva obesitat és fruit de la seva golafreria, deixadesa o manca de control. L'obesitat és vista sovint com un defecte de la persona, no sols com una deformació física, sinó també com una aberració comportamental, ja que fa referència a un judici moral que designa la persona com a responsable de la situació en què es troba (Goffman, 1993; Tìbere, 2007). Cahnman (1968) opina que l'estigmatització que poden patir les persones obesas és de naturalesa particularment culpabilitzant. En aquest context, invertir en el propi cos significa invertir en la pertinença a la societat.

L'ideal de primesa defineix, doncs, el model al qual hem d'ajustar-nos per ser totalment acceptats per la nostra cultura i pels seus valors estètics i morals. La

2. La nostra societat no admet qualsevol grau de primesa. Un cos excessivament prim es pot transformar en estigma (Gracia, 1996).

inadequació en relació amb aquest model dominant fa que moltes persones visquin obsessionades amb el pes corporal i provoca en moltes el desig de canviar. La vigilància individual del pes esdevé un imperatiu de salut i social, i moltes persones inicien diàriament la seva particular penitència amb la finalitat de perdre pes, legitimats pels missatges que des del sector sanitari i des del mercat s'han generalitzat.

Podem dir que l'obesitat, com a fenomen social, ha despertat un gran interès en la societat occidental a causa, precisament, que reuneix dos temes que atrauen massivament els ciutadans: salut i estètica.

2. Obesitat i salut: la necessitat de tractar i prevenir

El continu procés de medicalització que es dona a la nostra societat ha fet que molts esdeveniments de la vida diària de les persones hagin estat redefinits com a malalties, la qual cosa ha propiciat una extraordinària preocupació per la salut. A poc a poc hem assumit que tot té una explicació biològica, subordinant o excloent els determinants socioculturals i psicològics de la salut i la malaltia (Menéndez, 2003 i 2005). El potent desenvolupament tecnològic aplicat a la medicina ens ha fet creure que la ciència i la tecnologia no tenen límits, i que per a cada procés existeix (o existirà) una prevenció i un tractament. Avui en dia es pot considerar que aquest procés de medicalització és en gran manera una estratègia economicopolítica que busca legitimació en el discurs biomèdic. Els factors que contribueixen a aquest fenomen són diversos i complexos. Una anàlisi exhaustiva d'aquest fet (que sobrepassa els límits d'aquest treball) hauria de tenir en compte el paper que des de les seves respectives posicions ocupen professionals sanitaris, empreses medicofarmacèutiques, responsables de la política i gestió sanitària, mitjans de comunicació i, fins i tot, la població mateixa. No nego les aportacions ni l'eficàcia de la biomedicina en molts problemes de salut, és un fet demostrat l'augment de l'esperança de vida i la disminució de la mortalitat per causes evitables en el món occidental, però, paradoxalment, sembla que això no ha comportat un major gaudi de la salut aconseguida, sinó una major sensació de vulnerabilitat, una major ansietat enfront de la malaltia i una recerca persistent, i a vegades obsessiva, de la salut perfecta. Però, si bé és humà el desig d'estar sa, d'evitar el patiment, el desig de perfecció és perillós, ja que

pot portar a la recerca de l'impossible (Màrquez i Meneu, 2003; Camfic, 2006; Márquez-Calderón, 2008). En un dels seus últims textos, Ivan Illich escrivia:

En els països desenvolupats l'obsessió per una salut perfecta ha esdevingut el factor patògen predominant [...]. Com més gran és l'oferta de salut, més les persones responen que tenen problemes, necessitats, malalties. S'exigeix que el progrés posi fi als patiments del cos, mantingui el màxim temps possible la frescor de la joventut i prolongui la vida fins a l'infinit. (Illich, 1999: 28)³

La definició de l'obesitat com a epidèmica (OMS, 1998) l'ha convertit en un dels majors problemes de salut a què s'enfronten les societats desenvolupades, amb el consegüent augment de preocupació per part d'autoritats i professionals sanitaris i de la població en general. Des d'una visió medicalitzada, s'entén que l'obesitat és patològica en si mateixa i que les persones obeses o amb sobrepès estan malaltes o ho estaran en un futur (Campos, 2006). Molts professionals sanitaris consideren que el sobrepès és el preàmbul de l'obesitat i que, per tant, cal controlar-lo per evitar que evolucioni cap a l'obesitat. Si bé és indubtable que s'arriba a l'obesitat havent passat prèviament pel sobrepès, és cert que moltes persones que presenten sobrepès no arriben mai a ser obeses, ni presenten problemes de salut (Gracia *et alii*, 2010). Estudis recents referents a la relació entre sobrepès i morbiditat assenyalen que s'ha augmentat innecessàriament l'alarma respecte del sobrepès (Flegal *et alii*, 2005 i 2007; Romero *et alii*, 2006; Foz, 2008). Els problemes de salut associats a l'excés de pes i la despesa econòmica que se'ls atribueix⁴ sembla que justifiquen la necessitat d'adoptar mesures des del punt de vista terapèutic i preventiu. Els discurs biomèdic, hegemònic⁵ i legitimat socialment pel seu reconeixement com a científic, és a dir, com a paradigma d'allò que és racional i convenient, esdevé un sistema normatiu de referència i exerceix una gran influència en la població. Tanmateix, com assenyalen diversos autors, aquest discurs no s'escapa dels valors dominants de la societat, sinó que és expressió de qüestions de caràcter moral, polític i social, i, a desgrat seu, alimenta la pressió contra l'obesitat i contra la persona obesa, i

3. La traducció és de l'autora.

4. Les xifres en els països industrialitzats oscil·len entre el 2% i el 8% de la despesa sanitària. A Espanya aquesta xifra està al voltant del 7% (Gabinete de Estudios Bernard-Krief, 1999).

5. Utilitzo la noció d'hegemonia de Gramsci, que descriu la forma de dominació pròpia de les societats complexes, que s'exerceix a través del control de les idees, del consens, més que mitjançant l'ús de la força (Feixa, 1994; Gramsci, 1981).

la idealització del cos prim (Alemany, 1996; Menéndez, 1996; Poulain, 2001; Tibere, 2007).

Des d'aquest enfocament biomèdic, el debat respecte a les causes que poden portar a l'obesitat se situa en la interacció entre factors interns i factors ambientals, però sovint centra l'atenció en factors individuals de tipus comportamental. La ingesta excessiva en relació amb els requeriments energètics i l'activitat física insuficient es consideren decisives. El fet de focalitzar en conductes individuals fa que la responsabilitat de l'excés de pes recaigui en gran manera sobre la pròpia persona, cosa que, d'altra banda, porta a considerar l'obesitat com a evitable o susceptible de prevenció, i permet abordar-la individualment. Definir l'obesitat com a malaltia i l'obès com a malalt posa l'individu dins d'un col·lectiu socialment protegit, però això no sembla evitar que se'l consideri transgressor de les normes i, per tant, culpable de la seva situació (Tibere, 2007). La persona obesa és vista també com una càrrega per a l'Estat a causa dels costos assistencials que en genera el tractament i de la possible decreixença de la productivitat o de la incapacitat laboral. Massa sovint s'oblida el pes que els factors socioeconòmics i culturals poden tenir en l'aparició de l'obesitat i el concurs de factors interns, aspectes que, per cert, s'escapen del control de l'obès (Barbany i Foz, 2002; Bretón *et alii*, 2006; Rubio *et alii* 2007; Gracia *et alii* 2010).

El tractament de l'obesitat és difícil i molts plantejaments terapèutics basats en l'adquisició d'hàbits de vida "saludables", principalment canvis en la dieta i en el patró d'activitat física, fracassen. Si bé és cert que la pèrdua inicial de pes acostuma a ser més fàcil, no és menys cert que els resultats a llarg termini resulten amb freqüència decebedors, tant per als pacients com per als professionals (Monereo *et alii*, 2006; Gracia *et alii* 2010). La culpa recau novament sobre l'obès en considerar que aquest fracàs sovint es deu a una manca de conscienciació, de voluntat o inèrcia enfront de la malaltia, la qual cosa, d'altra banda, permet al professional sanitari eliminar la seva responsabilitat en el fracàs del tractament. La persona amb sobrepès, assenyalada com a futura malalta, i la persona obesa, assenyalada ja com a malalta, coneixedora de les possibles complicacions que pot comportar el seu pes corporal, i que potser mai no apareixeran, pot sentir-se incapaç de seguir la rutina del tractament que se li ha proposat, culpable del seu incompliment, i sovint estigmatitzada.

La dificultat que ofereix el tractament de l'obesitat i l'increment de la seva prevalença ha empès els responsables sanitaris a posar en marxa estratègies

amb l'objectiu d'invertir aquesta tendència ascendent.⁶ La prevenció de l'obesitat és contemplada com una prioritat en salut pública i es considera fonamental la detecció sistemàtica de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en la població atesa en els centres d'atenció primària i d'atenció especialitzada (MSC, 2005; Rubio *et alii*, 2007). Les intervencions estan encaminades a sensibilitzar la població del problema que l'excés de pes representa per a la salut, així com a educar-la en l'adquisició d'uns hàbits alimentaris saludables i un estil de vida actiu, en el sentit de proporcionar informació. Tanmateix, les actuacions que s'han dut a terme fins a l'actualitat no han donat, per ara, els resultats esperats. Contreras i Gracia expliquen:

Encara que sembli que les normes interioritzades per la majoria de la població palesen un bon nivell d'apropiació dels discursos nutricionals, les pràctiques alimentàries continuen motivades per diferents limitacions materials i simbòliques, de manera que no sembla haver-hi una correspondència directa entre, d'una banda, les recomanacions dietètiques assumides per les persones i la seva definició de dieta saludable i, de l'altra, els consums reals. (Contreras i Gracia, 2008: 183)

Aquests autors qüestionen l'actual model de prevenció i intervenció social en entendre que prescindeix del fet que la salut és només un dels molts condicionants de les conductes de les persones i no té en compte els factors socioeconòmics i simbòlics, que ajudarien a comprendre l'augment de prevalença de l'obesitat (Gracia, 2007; Contreras i Gracia, 2008; Contreras, 2009; Gracia *et alii*, 2010). Cal tenir present que aquest model de promoció de la salut (model monològic), de tipus verticalista, emfatitza la comunicació unidireccional i es basa en el fet que la transmissió de la informació des del sistema de salut és condició suficient per provocar el canvi d'actitud esperat en la població. L'assignació de posicions de "saber" (sistema biomèdic) i "no-saber" (població) justifica aquesta acció verticalista del "saber" al "no-saber", que és també una relació de poder que infravalora o omet la veu dels ciutadans. Des d'aquesta perspectiva, els grups socials són considerats passius i inexperts, i les seves conductes conseqüència de la manca de coneixements adequats i independents de les condicions socioeconòmiques i culturals en què es donen (Martínez, 2008).

6. Cal destacar, entre d'altres, l'Estratègia Mundial sobre Règim Alimentari, Activitat Física i Salut (OMS, 2004); a Espanya, l'estratègia NAOS, Estratègia per a la Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat (MSC, 2005); a Catalunya, el PAAS, Pla Integral per a la Promoció de la Salut Mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (Generalitat de Catalunya, 2008).

Se trata de una aplicación acrítica del prototipo biomédico característico de la comunicación clínica al terreno de la promoción de salud y a la implementación de las políticas sanitarias, de tal forma que la población asume la posición del paciente y el profesional el estatus de terapeuta. Lo esencial en este caso es que nos encontramos con una omisión flagrante de la perspectiva nativa y de sus comportamientos, actitudes y valores asociados. (Martínez, 2008: 180).

Les crítiques a aquest model se centren en la ineficàcia per estimular la participació ciutadana i per capacitar els grups socials en matèria de salut.

La medicina preventiva està vivint un moment de gran expansió i no sembla *a priori* que es pugui negar allò de “més val prevenir que curar” però, malgrat que les pretensions de la prevenció són benèfiques, van apareixent veus que alerten respecte dels possibles efectes adversos que, de vegades, aquestes activitats preventives poden tenir sobre la salut de les poblacions objecte d'aquestes intervencions. El fet de suposar que aquestes pràctiques són innòcues ha fet que s'investigui poc sobre l'impacte que les recomanacions preventives poden tenir, principalment a llarg termini. Alguns autors consideren que els professionals haurien d'adoptar l'enfocament de l'anomenada *prevenció quaternària*, que pretén que l'activitat sanitària no esdevingui un factor patògen quan, en nom de la prevenció o curació, s'inicien cadenes diagnòstiques o terapèutiques innecessàries o excessives, que poden acabar produint efectes indesitjables. Assenyalen que davant la prevenció convé tenir molta precaució (Gérvás i Pérez, 2006; Segura, 2008; Márquez-Calderón, 2008). La constant advertència sobre els perills per a la salut que pot comportar un sobrepès o una obesitat i la insistència, principalment, en el control de l'alimentació poden provocar en la població una preocupació exagerada pel pes corporal i l'adopció de mesures que, paradoxalment, comportin més riscos que beneficis per a la salut. L'expansió de la medicina preventiva està generant, també, una societat cada cop més vulnerable i dependent dels serveis sanitaris. Cada dia es necessiten més recursos per fer front a la demanda creixent de prestacions, cosa que està portant a la sobrecàrrega i a la insostenibilitat del sistema.

Els pobres resultats obtinguts fins ara en el tractament i prevenció de l'obesitat han suscitat un interès creixent per la genòmica nutricional, és a dir, pel coneixement de la interacció gen-nutrient i la implicació que té en l'aparició de l'obesitat, amb la finalitat d'entreveure noves estratègies nutricionals per prevenir-la o tractar-la. Aquest fet pot suposar, a la llarga, unes recomanacions per-

sonalitzades en funció dels requeriments específics de cada persona a partir de la informació continguda en el seu genoma, és a dir, una “nutrició a la carta” (Pailou *et alii*, 2004; Picó *et alii*, 2006; Silveira *et alii*, 2007; Alonso i Miján, 2010). Cal tenir present que l'increment en la incidència de l'obesitat i les advertències sobre el perill que pot implicar per a la salut està generant una important pressió per part dels consumidors, un percentatge considerable dels quals sembla estar obert a la possibilitat d'utilitzar productes dietètics específicament adaptats a les necessitats individuals en funció de la dotació genètica. Això suposa una oportunitat única per a les indústries farmacèutiques i per a les companyies del sector alimentari per desenvolupar productes que ajudin a controlar el pes corporal. Segons els experts, encara queda un llarg camí per recórrer que permeti passar de la investigació bàsica a les aplicacions comercials. Tanmateix, des de l'entorn empresarial s'han pres ja posicions per a una aplicació comercial, mitjançant el desenvolupament de diferents serveis i productes, fomentat per un important mercat potencial i per la demanda dels consumidors (Fernández *et alii*, 2009). Malgrat que els investigadors consideren que aquesta modalitat d'investigació és un camp prometedor, que pot millorar la salut i prevenir malalties relacionades amb el tipus d'alimentació i estil de vida, com és el cas de l'obesitat, s'ha de considerar si els tests genètics i els productes alimentaris personalitzats poden ser acceptats pel seu cost-benefici i pel seu pes social.

3. Obesitat i estètica: la necessitat d'un cos esvelt

Les prescripcions mèdiques per mantenir-se dins del que es considera un pes normal s'han vist potenciades per un poderós mercat, que es beneficia de la preocupació de la població pel pes corporal i ofereix una infinitat de productes i serveis destinats a controlar-lo. Avui en dia estar prim ja no és un privilegi natural del qual només uns quants poden gaudir, la ciència i la tecnologia fan possible dominar la natura fins a un punt abans inimaginable.

L'obsessió generalitzada pel control del pes es manifesta en multitud d'ofertes que permeten construir un cos “a la mida”, però sovint no a la mida de les persones, sinó dels interessos comercials. El creixement desmesurat de consultes i serveis per perdre pes, les inversions de la indústria farmacèutica per elaborar principis actius per tractar l'obesitat o la multiplicació de productes dietètics i complements per baixar pes, l'edició d'incomptables llibres sobre

dietes, la proliferació de centres d'esport, l'increment d'intervencions quirúrgiques o endoscòpiques per eliminar greix o perdre pes, la sorprenent expansió de la cirurgia estètica, entre d'altres, aconseguixen un volum de facturació molt considerable. Les solucions que ofereix aquest mercat es venen gràcies a la promesa de resultats segurs i immediats, mínim esforç personal i assequibles econòmicament o facilitats de pagament (podríem deduir que actualment si una persona està grassa és perquè vol), i s'encobreixen els esforços i patiments que sovint exigeix el culte al cos i el desig d'estar prim. S'entén, doncs, que estar prim depèn purament i exclusivament de la voluntat i la disposició individuals. A la nostra societat gastar diners, temps i a vegades salut (paradoxalment, primera s'associa a salut) per aconseguir un cos esvelt i prim no és un fet excepcional; contràriament, es contempla per moltes persones com una cosa normal i racional (Gracia, 1996; Vera, 1998; Ventura, 2000; Martínez Barreiro, 2004; González, 2005; Díaz Rojo *et alii*, 2006; Gracia i Comelles, 2007; Gracia *et alii*, 2010).

Aquest mercat sorgeix perquè és rendible, i necessita continuar sent-ho si vol subsistir a la nostra societat de consum. És d'esperar, per tant, que no es talviï esforços per ampliar beneficis. Per aconseguir-ho garanteix una transformació física i vital que alliberarà les persones preocupades pel seu pes (i per la seva salut) dels seus complexos, estimulants perpètuament la demanda, la multiplicació infinita de les necessitats i fent creu als consumidors que escullen allò que se'ls imposa. Podem dir que en l'actualitat s'ha passat d'un mercat dirigit per l'oferta a un mercat dominat per la demanda. El principi del consum és la insatisfacció, cosa que impulsa les persones a consumir sempre més, ja que la conquesta mai no és definitiva.

Para que la búsqueda de la plenitud no ceje y las nuevas expectativas sean convincentes y tentadoras, las promesas ya hechas deben quedar sistemáticamente incumplidas, y la esperanza de plenitud debe quedar frustrada. Cada promesa en particular debe ser engañosa en sí, o al menos exagerada, no sea cosa que la noria de la búsqueda se detenga o que su velocidad (así como su intensidad) esté por debajo de los niveles necesarios para asegurar el circuito de los bienes de la fábrica al comercio y del comercio a la basura. (Bauman, 2007: 71)

Moltes persones volen estar primes, però les solucions que ofereixen els diferents mètodes per perdre pes no permeten una satisfacció completa que

exclogui la recerca de noves millores, que generi noves demandes. Apareixen constantment tècniques noves, productes nous i millorats que prometen una major rapidesa i facilitat de resultats, així com noves funcions mai abans imaginades que, suposadament, satisfaran les noves necessitats. Les ofertes comercials lligades a les diferents propostes per perdre pes i la seva publicitat evidencien les estratègies comercials per posicionar-se en el mercat. Mitjançant estudis de mercat i una brillant presentació en els mitjans de comunicació, s'aconsegueix que tots tinguin una bona acceptació social (Bauman, 2007).

Desde un punto de vista clínico pero comercial no puede pedirse más: pacientes relativamente sanos, motivados, dispuestos a pagar su pérdida de peso en oro, y que una vez liberados de sus grasas excesivas se muestran muy contentos y dan por buenas todas las penalidades a que se les ha sometido, y que [...] además volverán al cabo de poco tiempo a quitar la grasa que han ido acumulando. (Alemany, 1996: 51)

En una societat complexa com la nostra, la influència que exerceixen els mitjans de comunicació en les opinions i actituds de les persones no pot posar-se en dubte. Com sabem, la percepció dels problemes sovint no depèn tant de la seva magnitud real com de la seva col·locació al centre del debat públic. Així, la rellevància que adquireix un assumpte és més gran com més gran és el nombre d'actors que li concedeixen importància. La presència en aquests mitjans de temes relacionats amb l'obesitat, la primesa, la salut i l'estètica és constant, i malgrat que els estàndards de bellesa i primesa poden no ser originats ni promoguts exclusivament per ells, sí que és cert que han contribuït poderosament a difondre i incentivar valors relacionats amb el plaer de tenir un cos saludable, estèticament acceptable i ben vist per la societat (Gracia, 1997; Archer, 2005). El discurs publicitari s'adapta a les esperances dels consumidors i, alhora que insisteix en les propietats o beneficis del producte anunciat, no deixa de recordar que el seu consum és font de salut i felicitat. Com explica Gracia (1995), la validació social dels productes oferts prové no sols de les característiques que tenen, sinó també dels arguments que utilitzen els missatges publicitaris. És en aquest sentit que la retòrica publicitària utilitza el discurs biomèdic, relacionant salut i primesa, i malaltia i excés de pes, amb la finalitat de dotar de més credibilitat el producte. Però sota l'aparença de vida saludable s'hi amaga el culte al cos per raons d'estètica. Seguint, probablement, el discurs biomèdic, en la publicitat de productes i serveis per controlar o reduir el pes corporal sovint

és present la idea de la moral de l'esforç o del control com a virtut (Gracia, 1996 i 2002; Santiso, 2001; Díaz Rojo *et alii*, 2006).

Amb massa freqüència els mitjans de comunicació, i especialment la publicitat, trivialitzen en excés la relació existent entre pes corporal i salut, i generen en la població una sèrie d'equívocs i perills inherents a les alternatives que van creant i disseminant. Cal considerar que la referència al discurs mèdic sobre obesitat no és únicament un procés de transmissió, sinó que pot contenir una certa manipulació del contingut. Per tant, la seva transmissió no és neutra, sinó que pot respondre a una finalitat comercial en la qual sembla valer tot per tal que el negoci funcioni, és a dir, que busca principalment vendre el producte.

La societat de consum inculca o imposa uns patrons de comportament que són viscuts per moltes persones com un exercici de llibertat, un acte d'autoafirmació, de domini de si mateixes. Així, la pressió social per aconseguir un cos esvelt genera poca resistència a causa, precisament, que es presenta com una llibertat d'opció. Tanmateix, els importants interessos econòmics que estan en joc deixen poc espai a les decisions individuals. Malgrat tot, algunes persones (una minoria) mostren disconformitat cap als ideals dominants respecte del cos i defensen formes alternatives d'acceptació de la diversitat corporal (Contreras i Gracia, 2005).

4. Algunes consideracions finals

La medicalització i la mercantilització de l'obesitat han afavorit, presumiblement, la problematització de l'obesitat i la idealització de l'esveltesa corporal. La vigilància del pes ha esdevingut un imperatiu de salut i social, i ha empès moltes persones a practicar un comportament consumista a la recerca de l'ideal corporal i de la salut perfecta.

És evident que la sanitat i la medicina han aportat i aporten solucions a molts problemes de salut, però això no ha d'impedir adoptar una postura més crítica i analitzar els possibles efectes adversos que es poden derivar de la medicalització de l'obesitat. Cal repensar els missatges que arriben des de la biomedicina i valorar fins a quin punt les reiterades recomanacions per evitar el sobrepès i l'obesitat poden fomentar la por d'engreixar-se, l'estigmatització de l'obesitat i el desig d'aprimar, i considerar les conseqüències que els reiterats intents per perdre pes poden tenir sobre moltes persones. Al meu entendre,

seria prudent analitzar quins problemes constitueixen realment una malaltia i quins no, i retornar a la societat problemes que tenen l'origen en les relacions socials o estils de vida. La realitat no és solament biomèdica i la comprensió del fenomen de l'obesitat no pot deslligar-se de tot allò social i cultural que envolta l'individu. Mentre les variables socioculturals continuïn en la perifèria en la interpretació i la comprensió d'aquest fenomen, mentre no estiguin presents aquestes variables a l'hora de plantejar possibles programes de prevenció i atenció, i mentre no s'estableixi una relació dialògica entre autoritats, professionals sanitaris i població, difícilment s'aconseguirà entendre la realitat del fenomen i donar una resposta adequada a la situació.

Es fa imprescindible reavaluar uns ideals corporals inassequibles per a una gran part de la població, així com ajustar les expectatives extraordinàries creades pel mercat de la primesa, que fa del consum una pretesa font de felicitat i salut. Davant d'aquestes expectatives, seria bo posar les coses al seu lloc, evitant augmentar la insatisfacció corporal i la frustració que produeix no aconseguir els resultats esperats i desterrant la idea que la ciència i la tecnologia faran possible el cos i la salut perfectes. Cal construir uns models de cossos alternatius als que imposa la societat de consum, més ajustats a la realitat quotidiana, i defugir la utopia del cos perfecte. Les persones obeses o amb sobrepès s'haurien d'aprimar en la mesura que el seu pes pugui suposar un risc per a la salut, no perquè el seu lloc a la societat estigui supeditat al pes corporal. La distinció entre obesitat com a entitat que pot comportar un risc per a la salut i pressió social per aconseguir la perfecció corporal que dicta la societat sustentada en interessos econòmics és fonamental.

Fóra desitjable, també, fomentar una cultura mediàtica que permeti a la població interpretar críticament la informació que ofereixen els mitjans de comunicació, que ajudi a separar allò que és rellevant d'allò irrellevant, a reconèixer la informació de qualitat de la que busca simplement un cert impacte mediàtic, o una finalitat exclusivament comercial, que, en definitiva, concedeixi a les persones l'oportunitat de pensar i decidir per si mateixes.

Bibliografia

- ALEMANY, M. (1996). *Obesidad y nutrición*. Madrid: Alianza.
- ALONSO, S. R.; MIJÁN, A. (2010). "Nutrición y genes", *Alimentación, Nutrición y Salud*, 17 (2): 45-54.

- ARCHER, F. (2005). *Le mangeur hypermoderne. Une figure de l'individu éclectique*. París: Odile Jacob.
- BARBANY, M.; FOZ, M. (2002). "Obesidad; concepto, clasificación y diagnóstico", *ANALES Sis Navarra*, 25 (Supl. 1): 7-16.
- BAUMAN, Z. (2007). *Vida de consumo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- BRETÓN, I. *et alii* (2006). "Balance energético". A MORENO, B.; MONEREO, S.; ÁLVAREZ, J. [dirs.]. *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Panamericana, 61-72.
- CAHNMAN, W. J. (1968). "The stigma of obesity", *The sociological quarterly*, 9 (3): 283-299.
- CAMFIC, SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA (2006). *Malalts de salut? Reflexions al voltant de les noves demandes i les respostes del sistema sanitari*. Vol. 24 (Supl. 1), 2n trimestre.
- CAMPOS, P. *et alii* (2006). "The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?", *International Journal of Epidemiology*, 35: 55-60.
- CONTRERAS, J. (2009). "Dimensiones socioculturales de la obesidad". A: M. Foz [dir.]. *Humanitas, Humanidades Médicas*. Tema del mes on-line, 43.
- CONTRERAS, J.; GRACIA, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- (2008). "Preferències i consums alimentaris: entre el plaer, la conveniència i la salut". A: DÍAZ C.; GÓMEZ, C. [coords.]. *Alimentació, consum i salut*. Col·lecció Estudis Socials, núm. 24. Fundació "la Caixa", 149-186.
- DÍAZ, J. A.; MORANT, R.; WESTALL, D. (2006). *El culto a la salud y la belleza. La retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ESTEBAN, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- FEIXA, C. (1994). "El teatre de l'hegemonia. Revisitació de Gramsci", *El Contemporani*, Universitat de Barcelona, 2: 27-33.
- FERNÁNDEZ, J. L., GAGO, L. BENITO, J. (2009). *Informe de Vigilancia Tecnológica, "Panorama actual de la Nutrigenómica"*. Disponible a <<http://www.madrimasd.org/biotecnologia>> [consultat: 28-04-2011].
- FLEGAL, K. M. *et alii* (2005). "Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity", *JAMA*, 293 (15): 1861-1867.

- (2007). “Cause-Specific Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity”, *JAMA*, 298 (17): 2028-2037.
- Foz, M. (2008). “¿Es el sobrepeso nocivo para la salud? *Revista Española de Obesidad*, 6 (2): 62-65.
- GABINETE DE ESTUDIOS BERNARD-KRIEF (1999). *Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas*. Madrid.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2008). *Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)*. Departament de Salut.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ, M. (2006). “Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria”, *Gaceta Sanitari*, 20 (Supl. 3): 66-71.
- GOFFMAN, E. (1993). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrotu.
- GONZÁLEZ, B. (2005). “La obesidad como problema de salud y como negocio”, *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7 (3): 83-87.
- GRACIA, M. (1995). “La incidencia de los mensajes publicitarios en el comportamiento alimentario”, *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 8-9: 137-168.
- (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- (1997). *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- (2002). “Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa”. A: Gracia Arnaiz, M. [coord.]. *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel, 349-377.
- (2007). “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario” *Salud Pública de México*, 49 (3): 236-242.
- GRACIA, M.; COMELLES, J. M. [eds.] (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- GRACIA, M. et alii (2010). *Joves grassos, pobres joves? Formes de discriminació i resistència entorn de l'obesitat*. Informe de recerca Observatori Català de la Joventut. Secretaria de Joventut. Generalitat de Catalunya.
- GRAMSCI, A. (1981). *Cuadernos de la cárcel; edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana*. Tomo 1. Mèxic DF: Era.

- ILLICH, Ivan (1999). "L'obsession de la santé parfaite", *Le Monde Diplomatique*, març: 28. Disponible a: <<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>> [consulta: 21-02-2011].
- LE BRETON, D. (1998). *Anthropologie du corps et modernité*. París: PUF.
- MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. (2008). "Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo", Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl. 1): 205-215.
- MÁRQUEZ, S.; MENEU, R. (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5 (2): 47-53.
- MARTÍNEZ BARREIRO, A. (2004). "La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas", *Papers*, 73: 127-152.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MENÉNDEZ, E. L. (1996). "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular". A: GONZÁLEZ ALCANTUD, J. A.; RODRÍGUEZ BECERRA, S. [eds.]. *Creer y curar: la medicina popular*. Biblioteca de Etnología. Granada: Diputación Provincial de Granada: 31- 61.
- (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.
- (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (MSC) (2005). *Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.
- MONEREO, S. et alii (2006). "Prevención de la obesidad: el reto del siglo XXI". A: MORENO, B.; MONEREO, S.; ÁLVAREZ, J. [dirs.]. *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 337-347.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998). *Preventing and managing the global epidemic*. Ginebra.
- (2004). 57ª Asamblea Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Resolución WHA 57.17. Ginebra.
- PALOU, A. et alii (2004). "Nutrigenómica y obesidad", *Revista de Medicina Universidad de Navarra*, 48 (2): 36-48.

- PERPIÑÁ, C. *et alii* (2003). "La imagen corporal en los TCA: estereotipos culturales y sociales". *Viure en Salut, TCA. El pes de la imatge*. Generalitat Valenciana, 59: 8-9.
- PICÓ, C. *et alii* (2006). "Alimentos funcionales y obesidad: estrategias, eficacia y seguridad", *Revista Española de Obesidad*, 4 (3): 156-174.
- POULAIN, J. P. (2001). "Mettre les obèses au regime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité? Les dimensions sociales de l'obésité", *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 36 (6): 391-404.
- ROMERO-CORRAL, A. *et alii* (2006). "Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies" *Lancet*, 368: 666-678.
- RUBIO, M. Á. *et alii* (2007). "Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra)", *Revista Española de Obesidad*.
- SANTISO, R. (2001). "Las mujeres en la publicidad: análisis, legislación y aportaciones para un cambio", *Acciones e Investigaciones Sociales*, 13: 43-60.
- SCHILDER, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. Nova York: International Universities Press.
- SEGURA, A. (2008). "Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas. El lado oscuro de la fuerza. A: M. Foz [dir.]. *Humanitas, Humanidades Médicas*. Tema del mes on-line, 31.
- SILVEIRA, M. B.; MARTÍNEZ-PIÑEIRO, L.; CARRARO, R. (2007). "Nutrigenómica, obesidad y salud pública", *Revista Española de Salud Pública*, 81: 475-487.
- SOUSA, P. M. L. de (2008). "Body-image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects", *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2): 551-563.
- TIBERE, L. *et alii* (2007). "Adolescents obèses face à la stigmatisation", *Obes*, 2: 173-181.
- VENTURA, L. (2000). *La tiranía de la belleza. Las mujeres ante los modelos estéticos*. Barcelona: Plaza y Janés.
- VERA, M. N. (1998). "El cuerpo, ¿culto o tiranía?", *Psicothema*, 10 (1): 111-125.