

La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social?

INTRODUCCIÓN

La obesidad se convirtió en un problema agobiante tanto para los países más desarrollados como para los menos desarrollados. Junto con el cigarrillo, son los únicos factores de riesgo ostensiblemente visibles para todos los mortales y que no necesitan de un experto llamado médico para reconocerlos. Pero la obesidad, que ha alcanzado al cigarrillo como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura, al contrario del cigarrillo, es el factor más descuidado, a pesar de la sobrecarga de enfermedad que impone en todo el mundo.

El sobrepeso (IMC > 25 kg/m²), que está ligado a la pobreza y al género femenino, afecta al menos a 1.100 millones de adultos (incluidos 312 millones que son obesos con un IMC > 30 kg/m²) y al 10% de los niños. Con el nuevo criterio asiático de sobrepeso con un corte más bajo de IMC, de 23 kg/m², el número es aún más alto: alcanza los 1.700 millones de personas. Esta situación lleva a una disminución de la expectativa de vida de 7 años a la edad de 40 años, debido a las enfermedades cardiovasculares, a la diabetes tipo 2 o a algunos tipos de cáncer.

El sobrepeso y la obesidad han logrado el reconocimiento general sólo durante los últimos 10 años, en contraste con la malnutrición, la desnutrición y las enfermedades infecciosas, que siempre han dominado el pensamiento de los epidemiólogos, los médicos y la población.

La obesidad se reconoció luego de su estampida epidémica, ya que la prevalencia, particularmente en niños y jóvenes, ha aumentado tres veces o aún más en muchos países europeos y en los Estados Unidos desde la década de los ochenta, y ya más de la mitad de los adultos en la mayoría de los países europeos tienen sobrepeso.

Las causas principales de la epidemia de obesidad son bastante claras: comemos en exceso, especialmente alimentos ricos en grasas, azúcares extraídos, o cereales refinados, y hemos declinado progresivamente nuestra actividad física.

Sin embargo, la evidencia clínica aún no ha confirmado si la disminución intencional del peso en individuos obesos prolonga la vida tanto como reduce el riesgo de otras enfermedades asociadas. Las evidencias preliminares sugieren una reducción del 30-40% en la mortalidad relacionada con la diabetes por la disminución moderada de peso (menos del 10% del peso

La corpulencia no es solamente una enfermedad por sí misma, sino el precursor de otras.

HIPÓCRATES

corporal). Se encontró que personas con diagnóstico de diabetes reciente, que pierden 10 kg en su primer año, habían ganado 4 años de vida adicionales.

RIESGO DE OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA OBESIDAD

Hipertensión

El riesgo de hipertensión es hasta cinco veces mayor entre las personas obesas en comparación con las de peso normal, y aproximadamente dos terceras partes de los casos de hipertensión están asociados con exceso de peso. (1)

En el ensayo clínico *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) se demostró que las dietas grasas, especialmente con grasas insaturadas, inducen tanto aumento en la presión arterial sistólica y diastólica como hipercolesterolemia. Las dietas densas en energía así como ricas en grasas y azúcares refinados promueven el aumento de peso y también incrementos de 6,9 mm Hg en la presión arterial sistólica y de 5,3 mm Hg en la diastólica. La densidad de energía se reduce con el consumo mayor de frutas y vegetales; en el ensayo clínico DASH, la presión arterial disminuyó en forma adicional a la cantidad de sal ingerida.

Los datos de DASH sugieren que la presión arterial se puede disminuir independientemente de los cambios en el peso, en especial en hipertensos, y el efecto sería equivalente al logrado con una de las drogas hipotensoras habituales.

Enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular

Por encima de un IMC de 21 kg/m² se desarrolla dislipidemia progresiva, con aumento de la partícula de LDL pequeña, que aumenta 3,6 veces el riesgo de ateromatosis.

La hipertrofia ventricular izquierda se desarrolla en el 70% de las mujeres con obesidad e hipertensión, y se considera que alrededor del 14% de los casos de insuficiencia cardíaca en la mujer y el 11% en los hombres son atribuibles a la obesidad.

Los hallazgos del estudio cooperativo de la cohorte de Asia-Pacífico, con más de 300.000 adultos seguidos por casi 7 años, muestran que por cada unidad de cambio en el IMC existe una diferencia del 9% en la enfermedad cardíaca isquémica y aproximadamente del 8% en las muertes por enfermedad hipertensiva y por accidente cerebrovascular isquémico.

Diabetes mellitus

Alrededor del 90% de los individuos que desarrollan diabetes tipo 2 tienen un IMC > 23 kg/m²; el riesgo de diabetes aumenta notablemente en las personas con obesidad abdominal y en las mujeres que presentaron diabetes gestacional, y también por aumentos precoces de peso, especialmente en la niñez y en individuos con historia familiar de diabetes. (1)

Distintos cánceres

La disminución de la obesidad sería una de las más importantes causas conocidas de prevención del cáncer, ya que aproximadamente el 10% de todas las causas de cáncer entre no fumadores está relacionada con la obesidad. El sobrepeso y la inactividad serían responsables de un cuarto a un tercio de los cánceres de mama, colon, endometrio, riñón y esófago.

Artrosis y artritis

La obesidad lleva a dolores de las articulaciones y no es rara la artrosis de la rodilla y de la cadera; aun el compromiso del túnel carpiano implica una contribución metabólica.

La hiperuricemia y la gota son características bien conocidas del aumento de peso.

Alteraciones de la fertilidad debidas a la obesidad

A mayor grado de obesidad, más intenso es el efecto sobre la función del ovario; la obesidad es responsable probablemente del 6% de la infertilidad primaria.

Con la obesidad es más común la diabetes gestacional, aumenta tres a diez veces el riesgo de preeclampsia, dificulta el trabajo de parto y la expulsión, con una incidencia mayor de partos por cesárea y de muertes maternas e infantiles.

La alteración en las hormonas sexuales en las mujeres por lo común también está acompañada de hirsutismo y ovario poliquístico, caracterizado por resistencia a la insulina y producción de andrógenos de los estrógenos, parcialmente debido al adipocito.

Efectos sobre el sistema respiratorio

La obesidad restringe la capacidad vital y el efecto del tejido graso alrededor del cuello induce obstrucción de la respiración, con disrupción de la respiración hasta más de 30 veces por la noche, ronquidos y pausas mayores de 10 segundos, conocida como apnea del sueño.

Hepatitis grasa no alcohólica

La prevalencia en la población general de hígado graso no alcohólico es de cerca del 2% al 9% y se desarrolló rápidamente como parte de la epidemia de obesidad. Puede progresar de los cambios grasos benignos a la cirrosis, la hipertensión portal y el carcinoma hepatocelular, y se está convirtiendo en una causa común de insuficiencia hepática terminal en los países desarrollados.

El 50% de los hígados grasos desarrollan fibrosis, el 30% cirrosis y el 3% insuficiencia hepática con necesidad de trasplante.

La influencia de la vida fetal y la niñez temprana

Las diferencias étnicas que se ven en Asia (diabetes con IMC menores, a partir de 23 kg/m²) parecen estar marcadas por generaciones de desnutrición fetal y posnatal combinada con aumento de peso precoz y rápido en la niñez, lo cual parece que lleva al desarrollo de resistencia a la insulina y al llamado síndrome metabólico.

Por fortuna, a pesar de este estigma, se conoce que el desarrollo de diabetes se puede prevenir sustancialmente, tanto en poblaciones blancas como asiáticas, con pérdidas de peso pequeñas como consecuencia de cambios dietéticos y la adición de ejercicios moderados.

Características psicológicas de la obesidad

Dos trastornos comunes de la comida están unidos tanto con la depresión como con la obesidad: el síndrome de comida de fiesta (subgrupo de la bulimia) y el síndrome de comidas nocturnas (Figura 1). Reconocer estas características es esencial para poder realizar la evaluación psicológica y el consejo en estos trastornos que afectan a una proporción sustancial de obesos que asisten a las llamadas "clínicas de obesidad".

CONTRADICCIÓN ENTRE LA SOCIEDAD Y LAS EMPRESAS DE ALIMENTOS

Marketing de las empresas de alimentos

En los últimos 20 años, las grandes compañías internacionales de alimentos han creado un mercado de comidas con un poderoso *marketing* que se dirige a todos, pero en especial e intencionalmente a niños, que son demasiado jóvenes para distinguir que lo que muestra un aviso no es la verdad. Inducen a comer alimentos con muchas calorías que son poco nutritivas pero altamente rentables, la así llamada comida "chatarra".

Las compañías, que tienen tan buen éxito en este esfuerzo, apoyan las ventas de "*alimentos para chicos*" con presupuestos de *marketing* que totalizan un anual estimado de 10.000 millones de dólares. Por ejemplo, *McDonald's* gasta 529 millones para apoyar una venta de 24.400 millones de dólares. Estas compañías de alimentos tienen un largo conocimiento de los beneficios comerciales de la promoción de tamaños más grandes de porción (porciones *big*). (2)

Comer fuera de casa, un hábito instalado en las últimas décadas, también restringe la posibilidad de controlar la composición y la calidad de los alimentos.

Desde 1994, las compañías introdujeron 600 productos nuevos para niños, en su mayoría bombones, gomas de mascar, bocaditos salados y sólo un cuarto son alimentos más sanos, como alimentos para bebé, productos panificados y agua en botella.

Fig. 1. Características de los síndromes de comida de fiesta y de comidas nocturnas. (Tomado de ref. 1.)

Síndrome de comida de fiesta (subgrupo de la bulimia)

- Ingesta de grandes porciones, comidas rápidamente y sin control
- Tres o más: alimentación rápida, alimentación solitaria, comer a pesar de estar lleno, comer sin hambre, disgusto consigo mismo, culpa, depresión
- Angustia intensa mientras come
- Si el vómito es parte del trastorno, clasificarlo como bulimia
- Características no compensatorias, por ejemplo, exceso de ejercicio, purgantes o ayunos

> 2 días por semana por 6 meses

Síndrome de comidas nocturnas

- Hiperfagia nocturna; > 50% del consumo diario después de la comida de la noche
- Culpa, tensión y ansiedad mientras come
- Despertares frecuentes y más ingesta de comida
- Anorexia por la mañana
- Consumo de azúcares y otros carbohidratos en momentos inapropiados

Persistente por más de 2 meses

Costos de la epidemia de obesidad

Estudios nacionales en los Estados Unidos del IMC de diferentes grupos demuestran que la ingesta es el determinante dominante, con la disminución de la actividad física siguiendo más que precediendo el aumento de peso en muchos casos. Una declinación en la actividad fue probablemente una característica particular en las décadas de los sesenta a los ochenta, pero la transformación de nuestro hábito alimentario en respuesta a la intensa competencia de la industria es ahora el amplificador principal de la epidemia de obesidad.

Todo esto hace que se produzca un aumento gradual de peso entre las edades de 20 a 40 años, cuando declinan las necesidades de energía en aproximadamente 270 kcal por década; esto produce un aumento de peso de 0,5-1 kg por año, lo cual implica una cantidad de 3.500 a 7.000 kcal, un error en la regulación del consumo de alimento menor del 0,5% al 1% del consumo promedio diario.

Esto creó la epidemia de obesidad que en el año 2000 en los Estados Unidos implicó un costo total estimado de 117.000 millones de dólares. Aproximadamente 61.000 millones correspondieron a costo médico directo y 56.000 millones se debieron a costos indirectos.

En 1996, 31.000 millones del costo del tratamiento para enfermedades cardiovasculares entre los adultos estaban relacionados con el sobrepeso y la obesidad.

En 2000, los costos de salud asociados con la inactividad física treparon a 76.000 millones. Si el 10% de los adultos comenzara un programa de caminatas regulares, se podrían ahorrar 5.600 millones en costo por enfermedades cardíacas.

A su vez, se calcula que una pérdida de peso del 10% sostenida reduciría el costo médico durante el largo de la vida de la persona con sobrepeso entre 2.200 y 5.300 dólares, porque disminuirían los costos asociados con la hipertensión, la diabetes tipo 2, la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular.

Como ya sucedió con el cigarrillo, en la regulación de la industria de la alimentación se enfrentan el poderoso *lobby* de la industria, en este caso de procesamiento de comidas, que quiere mantener y aumentar sus ganancias, y el resto de la sociedad que debe afrontar los costos de los daños sociales. El Estado, en determinadas situaciones históricas, es el órgano jurídicamente responsable de intervenir para refrenar los poderosos intereses de la industria, presentes dentro del mismo Estado, ante la concientización y el reclamo del resto de la sociedad.

EL MERCADO DE ALIMENTOS Y LA OBESIDAD EN LA NIÑEZ

¿Se debe regular?

Aun los más doctrinarios en la defensa del mercado libre aceptan que es necesaria una intervención externa cuando el mercado falla por una categoría que llaman "racionalidad imperfecta". Significa que cuando los individuos hacen una elección irracional es necesario que intervenga el Estado. Por supuesto, los economistas clásicos y neoclásicos son renuentes a asumir que los adultos toman decisiones irracionales en el mercado. Pero cuando la decisión debe tomarla un niño, la sociedad generalmente acepta que no está maduro para tomar decisiones racionales, como serían la elección de tomar alcohol o de manejar un automóvil o, en este caso, de tomar decisiones inde-

pendientes de sus padres sobre lo que deben beber o comer.

A pedido del Congreso de los Estados Unidos, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y Prevención por medio del Instituto de Medicina (IOM) realizaron el estudio *Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity* (Mercado de alimentos para niños y jóvenes: Amenaza u oportunidad), que proporciona un escalofriante relato acerca de cómo estas prácticas afectan la salud de los niños. El IOM dice que el mercado de alimentos se dirige intencionalmente a niños que son demasiado jóvenes para distinguir entre un aviso y la verdad, induciéndolos a comer comida "chatarra". Sigue diciendo que las compañías han sido tan exitosas en este esfuerzo que no se puede permitir más que el negocio actual continúe. (2)

El IOM declara políticamente su primera conclusión: la dieta de los niños estadounidenses tiene "necesidad de mejorar".

Al menos el 30% de las calorías en la dieta del niño promedio deriva de dulces, gaseosas, bocaditos salados y comida rápida. Las gaseosas son responsables de más del 10% del ingreso calórico, y representa el doble desde 1980.

En un análisis de los resultados de 123 artículos publicados, y a pesar de las limitaciones de las investigaciones, el IOM encuentra que la evidencia sostiene que el *marketing* de los alimentos influye de manera muy fuerte en la preferencia, los requerimientos y el consumo de alimentos en los niños y que la idea de que algunas formas de *marketing* aumentan el riesgo de obesidad en los niños "no puede ser rechazada".

Los niños estadounidenses gastan aproximadamente 30.000 millones de dólares anuales de su propio dinero en dichos alimentos, y las compañías diseñan productos para aumentar aún más la extracción de dólares en este mercado.

¿Cómo lograron este extraordinario éxito? A pesar de que las compañías no proveyeron información de las que son propietarias, porque no querían que sus documentos privados fueran públicos, el IOM lista numerosas firmas que conducían operaciones de *marketing* enfocadas en niños en edad preescolar, con el empleo de métodos en un estilo -fotografía, etnografía, grupos focales- que parecía orwelliano. De esa forma dilucidan el apuntalamiento psicológico de la elección de los alimentos por los niños, "el arquetipo del chico", la "psiquis de la madre como la que tiene la capacidad de autorizar en la familia" y "la diada de información niño-padres". Como documenta el IOM, esta empresa es pasmosa en su amplio y descarado esfuerzo para tener una base de investigación que permita explotar la sugestión de los niños y los jóvenes... pero no están solamente vendiendo productos a un consumidor: están vendiendo comida "chatarra" a niños que estarían mejor si no la comieran. (2)

Los métodos recientes de las compañías son aún más intensos y penetrantes. Todavía predomina la televisión, pero se están corriendo hacia propaganda

colocada en juguetes, juegos, material educativo, canciones y películas, con actores que inducen y personajes célebres que garantizan el consumo. Y todavía tienen una campaña "de reserva" menos visible, que implica dichos orales, mensajes de texto de teléfonos celulares e Internet. Todo ayuda a enseñar a los niños a reconocer las marcas, para que molesten a sus padres hasta lograr que se las compren. El IOM notifica que a los 2 años de edad la mayoría de los niños pueden reconocer productos en el supermercado y pedirlos por su nombre.

Pero el propósito más insidioso del *marketing* actual es persuadir a los niños para que coman alimentos hechos "a medida para ellos" y no lo que comen los adultos. Algunas campañas ayudan a convencer a los niños de que conocen más que sus padres acerca de lo que ellos "supuestamente" deben comer. Los expertos de *marketing* intentan explícitamente minar la decisión de la familia en la elección de los alimentos al tratar de convencer a los niños de que ellos, no los adultos, deberían controlar esas decisiones. Por eso, en las encuestas, los niños ahora informan mayoritariamente que ellos, y no sus padres, deciden qué comer.

El IOM concluye que estos datos establecen la "necesidad y oportunidad [para]... dar vuelta las fuerzas del 'marketing' hacia mejores dietas para los niños y los jóvenes americanos". Ésta no será una tarea pequeña, ya que los alimentos "chatarra" son la mayor fuente de ingreso de las compañías de alimentos. (2)

Como las compañías se ven crecientemente amenazadas, responden con técnicas "gatopardistas": cambian algo para no cambiar nada. Por eso ahora están promoviendo productos "aparentemente" más sanos, como dulces enriquecidos con vitaminas, chocolates con grano de cereales enteros y bocaditos salados libres de grasas *trans*. Sin embargo, esto les permite que los productos más promocionados sigan siendo los dulces, las bebidas gaseosas y los bocaditos.

El informe del IOM aporta una evidencia completa para que el Estado, como con el cigarrillo, lleve adelante acciones jurídicas y políticas, como prohibir el *marketing* y la venta de comida "chatarra" y suministrar gratuitamente mejores alimentos en las escuelas, como frutas y vegetales. Otras acciones de valor serían las restricciones en la utilización de personajes de los dibujos animados, actores o personajes célebres recomendando la comida "chatarra", etiquetas con advertencias sobre el daño a la salud en los envoltorios de los alimentos "chatarra", prohibición de *marketing* directo en la televisión y el encubierto en otros medios.

¿LA OBESIDAD ES UNA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DE UN "ESTILO DE VIDA" O SOCIAL DE UN "MODO DE VIDA"?

Ya en 1848, Rudolph Virchow, tratando de explicar las epidemias y razonando por analogía, trazaba un

paralelo entre el individuo y la sociedad, y escribía: *“Si la enfermedad es la expresión de la vida individual en condiciones desfavorables, las epidemias deben ser indicativas de las perturbaciones importantes en la vida de las masas.”*... *“¿No vemos que las epidemias señalan siempre las deficiencias de la sociedad?”*, preguntaba Virchow. *“Uno puede señalar las condiciones atmosféricas, los cambios cósmicos generales y similares, pero ninguno puede causar epidemias por sí mismo. Las producen sólo donde debido a la situación social la gente ha vivido por largo tiempo en condiciones anormales.”* Y proseguía *“... ya no cabe duda de que la historia de las epidemias debe formar parte inseparable de la historia cultural de la humanidad. Las epidemias son importantes signos de advertencia que al verdadero hombre de Estado le dicen que se ha producido una perturbación en el desarrollo de su pueblo, que incluso una política indiferente no puede dejar de tomar en cuenta.”* Y en 1849, Virchow llevó su idea a su conclusión lógica: *“La historia de las epidemias artificiales es por lo tanto la historia de las perturbaciones que ha experimentado la cultura humana. Sus cambios nos muestran con poderosos trazos los puntos de viraje en los que la cultura se desplaza en otra dirección. Toda verdadera revolución cultural es seguida por epidemias, porque sólo de forma gradual una gran parte del pueblo entra en el nuevo movimiento cultural y comienza a disfrutar de sus beneficios.”* (3)

Es obvio que Virchow no compartiría la conclusión de los epidemiólogos contemporáneos, que piensan que los “factores de riesgo” para enfermar y morir se deben a nuestro “estilo de vida”.

Cuando se habla de “estilo de vida”, se está diciendo que los hábitos de nuestro comportamiento o conducta individual son culpables de nuestros riesgos, en este caso de la obesidad. De esta manera, subrepticamente “culpamos a la víctima” y estigmatizamos únicamente a la persona por su conducta (o falta de conducta) individual. Pero dado que nunca existimos, desde nuestro remoto origen, como personas aisladas sino como personas sociales, hablar de una conducta individual es sostener un mito ideológico que encubre el hecho de que conducta significa en el latín original “*conducida, guiada*”, o sea que la desconstrucción de la palabra conducta nos indica que toda *conducta* por serlo es social.

A pesar de todas las evidencias empíricas, se insiste en divorciar el comportamiento individual de su base social; por eso, las ciencias sociales se redefinen como ciencias de la conducta; estudiándolas como el comportamiento de personas aisladas, como si cada uno de nosotros fuéramos Robinsones en nuestras islas. Pero no sólo los procesos sociales determinan una constelación particular de “factores de riesgo” o de epidemia de obesidad en nuestro caso, sino que tienen que ser visualizados en función de los procesos sociales críticos, históricamente específicos, de un modo más complejo que un simple cambio voluntario de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo.

Esa estructura social traduce esa conducta en un “modo de vida”; con esta expresión queremos abarcar al sistema de condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades. Entendiéndolo así, la obesidad, más que un “estilo de vida” individual, se convierte en un “modo de vida” determinado de cada clase, capa o sector social que se expresa en los hábitos dietéticos, composición de la alimentación y otras condiciones de vida y aun en la forma y la composición física de nuestros cuerpos.

Ya en la década de los setenta, Luc Boltanski, investigador del Centro de Sociología Europea dirigido por el conocido Pierre Bourdieu, en su libro “Los usos sociales del cuerpo” (4) utilizando encuestas extensas realizadas en Francia afirma que *“Los gustos alimenticios de los miembros de las clases superiores, que prefieren alimentos ‘sanos y livianos’, legumbres verdes, comidas asadas o ‘alimentos crudos’, los alimentos ‘de régimen’, que nutren pero no engordan, se basan, en buena medida, en la voluntad de ‘cuidar la silueta’, de evitar ‘la gordura’ o la ‘celulitis’, de mantenerse delgados o de adelgazar.”*

La valoración de la ‘delgadez’ aumenta cuando se pasa de las clases populares a las clases altas, al mismo tiempo que se incrementa la atención prestada a la apariencia física y disminuye la valoración de la fuerza física, de modo que dos individuos de la misma corpulencia serán considerados delgados en las clases populares y obesos en las clases superiores. En una encuesta realizada en Marsella con amas de casa revela que la proporción de mujeres consideradas obesas... aumenta cuando se desciende en la escala social. Pero las esposas de los ejecutivos son las más numerosas en responder afirmativamente a la pregunta sobre la existencia de obesos en su familia.”

En su reciente obra, la antropóloga argentina Patricia Aguirre (5) nos dice que las representaciones *“comprenden visiones acerca de la vida, las edades, los géneros, la salud y el cuerpo que funcionan como principios de incorporación de la comida construyendo ‘gustos de clase’ donde cada sector se reconoce y se diferencia”*.

Habría tres representaciones del cuerpo, con superposición de sus límites, que funcionan como principio de inclusión de tres tipos de alimentos, que se organizan a su vez en tres tipos de comensalidad. (5)

Cuerpo fuerte = alimentos rendidores = comensalidad colectiva

“Es el ideal del cuerpo fornido que se verifica en las formas, la postura y la actividad. Ese imaginario está seguramente relacionado con el valor de mercado del cuerpo y supone que para los trabajos que requieren esfuerzos físicos los empleadores no elegirían un cuerpo esbelto.”

Entonces, los *“alimentos también deben ser ‘fuertes’ como la carne o los fideos. El principio de incor-*

poración que los rige es que sean alimentos 'rendidores'; esto quiere decir que deben ser baratos, deben llenar y deben gustar al mismo tiempo". O sea que una canasta de los pobres debe brindar más alimentos a menor precio y con mayor sensación de saciedad (harinas, fideos, papas, grasa, azúcar, yerba, etc.).

Hace que la monotonía de los alimentos "rendidores" se consuman como "comida de olla", en ciertas épocas en "ollas populares", que favorece la comensalidad que trasciende la familia y se abre también a otras personas; a nadie se le niega un plato porque la comida es un valor de primer orden.

Son desnutridos crónicos, con un déficit de talla marcado desde la niñez y obesos por un exceso de energía de las grasas e hidratos de carbono. "Estos 'cuerpos fuertes' -dentro de su propio sistema clasificatorio- se convierten en 'gordos' desde la mirada de los otros sectores, y 'flojos' cuando su debilidad no se correlaciona con su tamaño."

Cuerpo lindo = alimentos ricos = comensalidad familiar

"Para los sectores de ingresos medios la representación del ideal del cuerpo es la belleza de las formas, que suele identificarse con la delgadez.

"Es el grupo que presenta la peor de las cargas, pues sostener un cuerpo lindo y delgado teniendo como principio de inclusión los alimentos 'ricos' (identificados con las grasas, azúcares, pastas y carnes rojas) puede tornarse una misión casi imposible. Por eso sus integrantes suelen ser cultores de cualquier tipo de dietas, verdaderos ayunos que se viven como momentos de abstinencia entre grandes atracones.

"La comensalidad del sector, en tanto, es familiar. La mesa pasa a convertirse en un altar donde las mujeres dejan su tiempo, su arte, su historia y su recuerdo. A este entorno valorizado tanto por la comida como por la situación se accede por invitación y luego de dar claras señales de pertenencia (un novio, una pareja, una amiga, etc.).

"Frente al comportamiento colectivo de los más pobres y al individualismo de los más ricos; la clase media se piensa a sí misma como el último baluarte de la mesa familiar; aunque en esa mesa manden el televisor y las novelas costumbristas a la hora de la cena."

Cuerpo sano = alimentos light = comensalidad individual

"En el sector de mayores ingresos rigen las representaciones del cuerpo sano, identificadas con la preocupación por mantenerse delgados, que en este tiempo se asocia tanto a la estética como a la salud. Este sector tiene como único principio de incorporación los alimentos 'light', productos sin grasas (ejerciendo una verdadera lipofobia) y sin azúcar. La mesa de los ricos se inclina por un tipo de comensalidad donde predominan los platos individuales, aun en las comidas del grupo familiar.

"En este sector se comparte la mesa pero no necesariamente la comida. Esta actitud se diferencia radicalmente de las adoptadas por otros sectores sociales. Así podemos encontrar -en una cena familiar- a la madre comiendo un plato basado en la 'dieta de Saturno', al padre eligiendo un alimento bajo en colesterol, a un hijo siguiendo una dieta para deportistas de alto rendimiento y a una hija decididamente vegetariana. Se comparte la mesa pero la comida es individual; cada uno ha elegido según su necesidad, gustos, creencias y fantasías."

En nuestro mundo globalizado, la mesa familiar está en franco retroceso. En todas partes en el mundo encontramos los mismos productos industrializados para los que pueden pagarlos, perdiéndose los productos regionales con sus gustos locales. Además, todos los sectores "picotean", los pobres pan, los demás chocolates o un "snack" frente a la heladera. La soledad del comensal actual es patética, se perdió la comida como lugar para cumplir roles, contar historias, enterarse de acontecimientos, recuerdos casuales, comentar sobre los otros, que modelaban una interpretación y visión del mundo.

DISCUSIÓN DE LAS MEDIDAS PARA PARAR LA EPIDEMIA DE OBESIDAD

Las medidas para combatir la epidemia que se apoyan en cambiar la conducta individual a través de la educación han fallado rotundamente y para justificarse acusan a las personas de no escuchar y adoptar conductas irracionales. Se les podría decir una frase ya famosa, "es la economía, tonto".

En una economía de mercado, John Cawley, un economista de la salud de la Universidad de Cornell (Nueva York), (6) dice que desde la perspectiva de un economista, las personas son seres racionales que tratan de obtener el máximo de felicidad dentro de la restricción de sus circunstancias, tales como su ingreso, tiempo disponible y otros recursos. Prosigue diciendo que muchas iniciativas de salud pública tratan de cambiar las preferencias, alentando a la gente, por ejemplo, a comer pescado en lugar de carne roja. "Los economistas no tienen ni idea de cómo cambiar las preferencias", dice Cawley. Los economistas dicen "si usted quiere cambiar las conductas, cambie los costos". "Más que decir a la gente que pare de comprar cigarrillos, que no tendrá mucho impacto", dice Cawley, si se eleva el precio para fumar con impuestos al cigarrillo, y estableciendo por edicto que es inconveniente fumar en los lugares de trabajo, restaurantes y pubs, eso sí funciona.

Aun desde el punto de vista de un economista liberal, es aceptable la intervención económica del Estado si existe un "fallo del mercado". En el caso de la epidemia de obesidad, hay tres categorías de fallo de mercado que la justificaría.

Una de las categorías es el fallo del mercado por la llamada "racionalidad imperfecta", que ya discutimos

extensamente en las elecciones irracionales de los niños donde las empresas utilizan técnicas de *marketing* escalofriantes.

Otra categoría es la llamada “información imperfecta”, que es cuando no se conoce la composición de los alimentos que se compran en la cantidad de energía, sal, grasa, hidratos de carbono, etc., que se solucionarían, solamente en la teoría, exigiendo la declaración de los componentes con mediciones estandarizadas en las etiquetas de todos los alimentos.

La última categoría es lo que los economistas llaman “externalidades”. Esto ocurre cuando en el mito liberal de las personas éstas no cargan con el verdadero costo de sus decisiones que en su lugar es soportado por otros. Con este argumento pretende que los obesos paguen por todos los costos de sus enfermedades a consecuencia de su obesidad. Es difícil o imposible de decir cuál o cuáles de las enfermedades que padece un individuo se debe a la obesidad o a otros factores y, además, es una manera perfecta de culpabilizar a la víctima.

Sin embargo, un análisis desde el punto de vista económico, puede muy fácilmente demostrar que las personas de más bajos ingresos están “forzadas” a consumir una dieta “obesígena” porque las dietas “saludables” son caras. La diferencia en el costo por caloría entre alimentos con alto contenido en azúcares y grasas y aquellos con frutas frescas y vegetales es tan grande que hay que utilizar escalas logarítmicas para compararlos.

Cuando disminuye el ingreso, dice Adam Drewnoski, director del Centro de Nutrición de Salud Pública de la Universidad de Washington, (6) “*la primera cosa que sale de la canasta del mercado es la fruta, seguida por los vegetales frescos, seguidos por el pescado, seguido por la carne y el queso, y se queda con cereales dulces, azúcares y grasas, y éstos son los alimentos que eligen los grupos de bajos ingresos.*”

Para mejorar la dieta de la gente de bajos ingresos, los alimentos saludables deben estar disponibles y baratos. En lugar de subsidiar los productos que contienen hidratos y cereales, Drewnoski (6) dice que deberían estar subsidiados las frutas y los vegetales y que se les debería dar mayor apoyo a los programas que distribuyen frutas y vegetales gratis a los niños de las escuelas y a los ancianos.

Una agenda para discutir en la Argentina

O sea que, resumiendo, en la Argentina, siguiendo consejos de economistas estadounidenses y como implementó Peter Hodgson, ministro de salud de Nueva Zelanda, se podría prohibir en los colegios la venta de bebidas gaseosas y *snacks* por máquinas o de comida “chatarra” y distribuir gratuitamente frutas y vegetales, y actuar de manera similar en el otro extremo desprotegido, que son los ancianos. A su vez, se podrían declarar exentas del IVA, y aun subsidiarlas

para bajar ostensiblemente sus precios, a las frutas, las verduras y las hortalizas, y aumentar los impuestos de la comida rápida tipo “chatarra”.

Resulta improbable que la resolución de colocar rótulos en los envases de los alimentos ayude a aquellos que lo necesitan, que son la mayoría –los de ingresos más bajos–, para quienes el único rótulo relevante es el precio.

Si quisiéramos hacer prevención primaria de la obesidad, no deberíamos olvidar que el amamantamiento del bebé está asociado con un riesgo reducido de sobrepeso en los niños.

La actividad física regular es otra de las claves en cualquier esfuerzo en el control de la obesidad, ya que caminar 2.000 pasos extra por día, cerca de 15 a 20 minutos de caminata, quema el exceso de calorías y ayuda a prevenir el aumento de peso. (7)

Las estrategias comunitarias que incrementen los niveles de actividad física incluyen las campañas en toda la comunidad y necesitan indefectiblemente que los cambios se realicen no sólo en nuestro pensamiento, sino también en la estructura física de las ciudades para construirlas en escala humana y no en la escala de los automóviles, con espacios verdes recreativos, sendas peatonales y para bicicletas seguras, colocación de indicaciones en “puntos de decisión” (tales como signos colocados en ascensores y escaleras mecánicas para alentar a la gente al uso de las escaleras contiguas) y prácticas de educación física en las escuelas.

CONCLUSIONES

Después de este recorrido, podríamos decir que la prevención de la obesidad solamente es posible con cambios fundamentales en las sociedades como, por ejemplo, producir y disponer de alimentos saludables y baratos, realizar un planeamiento urbano para asegurar que la gente se ejercite más, difundir la educación acerca de la alimentación comenzando en las escuelas y establecer un código global para promover solamente los alimentos y las bebidas saludables para los niños y también para los adultos. (8)

Pero ningún sistema de salud está cumpliendo con el desafío de manejar la obesidad, y ninguna sociedad ha desarrollado una estrategia efectiva para prevenirla.

Tenemos un desafío claro por delante, necesitamos una política pública coherente y sostenida, que es esencial para dirigir los cambios necesarios. Estos cambios imprescindibles entrelazan a la política de distintos ministerios o departamentos estatales, con los medios, a la propia industria de la alimentación y también a la venta al menudeo y los sectores de la diversión. Sólo de esa manera podemos esperar progresos visibles para frenar primero y reducir después la creciente epidemia de obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haslam DW, James WPT. Obesity. *Lancet* 2005;366:1197-209.
2. Nestle M. Food marketing and childhood obesity—A matter of policy. *N Engl J Med* 2006;367:2527-9.
3. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI; 1985.
4. Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Ediciones Periferia; 1975.
5. Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital Intelectual; 2004.
6. McCarthy M. The economics of obesity. *Lancet* 2004;364:2169-70.
7. Larkin M. Can cities be designed to fight obesity? *Lancet* 2003;362:1046-7.
8. Editorial. Curbing the obesity epidemic. *Lancet* 2006;367:1549.