

TEXTO: LUCÍA HERNÁNDEZ, VANESSA GUGLIUCCI¹

SALUD EN CORPORALIDADES GORDAS

ALGUNAS
REFLEXIONES
DESDE EL CAMPO
DE LA NUTRICIÓN

Venus recreándose en la música,
Tiziano, ca. 1550. Óleo sobre lienzo.



Este trabajo busca plasmar reflexiones y cuestionamientos que emergen desde el ámbito sanitario —particularmente desde las ciencias de la nutrición— en relación con las prácticas alimentarias y su vínculo con las corporalidades gordas, dado que estas han sido históricamente el foco de intervenciones e investigaciones disciplinares. Desde mediados del siglo XX, se ha intensificado un discurso biomédico que reduce la gordura —catalogada como obesidad— a mero riesgo y enfermedad. Este marco ha configurado un complejo médico-industrial que satura el mercado con tratamientos, fármacos, dietas y ejercicios orientados a moldear cuerpos según ideales de aptitud, belleza y salud. Nuestro análisis se centra en: a) cómo la asociación entre delgadez y salud ha influido en los discursos biomédicos —donde la nutrición disputa su lugar como autoridad— respecto a las corporalidades y prácticas alimentarias promovidas; b) de qué modo la lucha contra la obesidad ha absorbido esfuerzos políticos en un contexto global que pone en riesgo nuestras capacidades futuras de alimentación y supervivencia.

La gordura-obesidad como problema de salud

En Uruguay la obesidad y el sobrepeso² son considerados por los organismos oficiales dentro los principales problemas de salud de la población, en tanto son considerados factores de riesgo para el desarrollo de las llamadas enfermedades no transmisibles, tales como la hipertensión, la diabetes y algunos tipos de cáncer, que hoy lideran las primeras causas de morbilidad del país.³

La obesidad y el sobrepeso son definidos por la Organización Mundial de la Salud⁴ como una acumulación excesiva de grasa, que en el caso de la obesidad⁵ puede ser perjudicial para la salud. En relación a las causas de la obesidad se entiende, desde el ámbito biomédico, que sus determinaciones son múltiples y abarcan aspectos individuales y del entorno.^{6,7,8,9} Sin embargo, los abordajes sanitarios con mayor apoyo a nivel internacional, tanto entre población general como desde el propio ámbito asistencial y político-sanitario, han mostrado ser aquellos donde prima la responsabilización de los individuos. Así, la alimentación y la actividad física, como pilares de los estilos de vida, cobran un rol predominante en las intervenciones promovidas desde el campo sanitario.^{10,11,12}

Por tanto, buena parte del ejercicio profesional de médicos y licenciados en nutrición ha constado en la

consejería nutricional a nivel asistencial y en la definición de políticas alimentarias en diversos ámbitos. Generalmente el enfoque con el que se ha trabajado está relacionado a las llamadas “dietas” con restricciones calóricas y de alimentos.¹³ En la mirada más tradicionalista de la alimentación el centro está orientado a “moldear” los cuerpos que no se adaptan a la norma, aunque se oculte en la llamada “alimentación saludable”, quedando algunos alimentos catalogados como “permitidos” y otros como “prohibidos”. En ese sentido, ¿cómo los discursos que promovemos desde el campo de la salud en pos de promover la búsqueda de un cuerpo delgado —como sinónimo de saludable— modifican la forma en que pensamos las prácticas alimentarias?

Al respecto, Mabel Gracia-Arnaiz¹⁴ señalaba que son cada vez más las prácticas alimentarias que son consideradas “de riesgo” por los saberes expertos. Tales juicios, procede la autora, contribuyen a la modificación de los hábitos alimentarios. Estos comienzan a ser cada vez más moldeados —aunque nunca de forma exclusiva— por la preocupación en torno la salud-enfermedad, amparadas en formas de “comer bien”. Sin embargo, tal como plantea la autora en relación a la preocupación por el sobrepeso/obesidad, el miedo a engordar es mediado, no sólo por intereses referidos a la salud, sino también con la amenaza de dejar de tener un cuerpo

“socialmente aceptable”. En Uruguay, concretamente, puede verse que la nutrición efectivamente permea y convive con otros motivadores al momento de elegir qué comer –de forma más saliente entre población de ingresos medios que en población de bajos ingresos–¹⁵, y que la comida casera además de “rica” es considerada “saludable”¹⁶, aspecto que coincide con discursos que se ha buscado acentuar desde las políticas de salud del país.¹⁷

Pensar la gordura desde otros ámbitos

De forma similar a lo que ocurre con la alimentación, se puede hablar de medicalización de la gordura, y específicamente de su patologización –producto de la cual se la nombra como obesidad–, en tanto se trasloca al ámbito médico-científico cierta característica corporal, entendiéndola como “anormal”, “desviada” o “enferma”.^{18,19} Esta anomalía oficia de dispositivo de control en tanto las personas no saludables deberán desear adaptarse a lo que se define como “lo saludable”. Esta definición, lejos de ser un término neutro o apolítico, entrama una serie de sentidos políticos, morales y ontológicos. De este modo, las connotaciones negativas atribuidas a las personas gordas suelen encerrar enjuiciamientos morales, donde la falta de autocontrol y responsabilidad individual son consideradas causantes de esa acumulación indeseable y excesiva de grasa, que podrá ser señalada por otros sujetos moralmente aceptables –sanos–, ejerciendo un control policial sobre el cuerpo propio y ajeno.

Por su parte, desde hace ya varios años activistas gordxs vienen (d)enunciando la serie de problemas que esta patologización realizada desde los ámbitos biomédicos implica: la discriminación y estigmatización de sus cuerpos y sus vidas y la vulneración de derechos humanos varios, en particular el goce de la salud y el acceso a servicios de salud.^{20,21,22,23} Abundan evidencias generadas a nivel internacional sobre los efectos nocivos que la discriminación tiene en la vida de las personas que la padecen, muchas de las cuales se viven en los propios sistemas de salud.^{24,25,26,27,28} En relación a ello, Fox y otras²⁹, han señalado a la patologización de la gordura generada desde la órbita biomédica como la principal fuente de desvalorización de las personas gordas. Esta (re)produce la estigmatización social que esta condición conlleva. Es importante señalar además que la discriminación a las corporalidades gordas se ve atravesada por diversas desigualdades siendo, por ejemplo la más notable, la discriminación hacia personas de género femenino donde el valor estético de la delgadez se suma al mandato de salud. Los atributos asignados a las personas gordas coinciden asimismo con los utilizados históricamente para discriminar a las personas pobres, por lo que las autoras sostienen, representa una nueva forma de clasismo.³⁰

A su vez, los caminos trazados por la ciencia para alcanzar y sostener un descenso de peso no han mostrado grandes tasas de efectividad. La evidencia parece indicar que la pérdida de peso a través de dietas restrictivas no es efectiva para la modificación corporal que se busca: los estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la mayoría de las personas recupera de un tercio a dos tercios del peso perdido al cabo de un año y a los cinco años la recuperación del

peso es casi total.³¹ Otro aspecto a destacar es que la pérdida de peso puede asociarse o no a mejoras en la salud, y que en cambio sí pueden haber mejoras en los indicadores de salud –tales como cifras de presión arterial, perfil lipídico, entre otros– a través del cambio de hábitos alimentarios, más allá de si la persona pierde o no peso. Sumado a esto, las conductas dietantes restrictivas han mostrado tener efectos negativos especialmente en la salud mental de las personas.³²

Por otro lado, parece imprescindible detenernos unos momentos para señalar, tal como traen Rebollo *et al.*³³, que la alimentación está inmersa en un conjunto de redes, interacciones y circunstancias históricas y políticas. A raíz de que el control de la vida tiene carácter esencial en las disputas de poder, esta ocupa un lugar central en las disputas políticas. En dicha trama vale señalar el rol del mercado de la delgadez y su implicación en la venta de todo tipo de productos, particularmente “dietas”, para alcanzar ese ideal de salud-belleza³⁴ que mueve un negocio multimillonario.

Otros enfoques son posibles

De forma alternativa a las perspectivas tradicionales, aquellas incluyentes con respecto al peso han mostrado conducir a mejores resultados en materia de la salud integral. Esto se debe a que promueven una atención más ética y además efectiva, ya que el foco se corre de la pérdida de peso.³⁵ El enfoque incluyente de peso plantea que la salud y el bienestar pueden lograrse en las diferentes corporalidades. Además reconoce a la diversidad corporal y busca disminuir el estigma de peso aspectos que favorecen a una mejor salud mental.

El enfoque de Salud en Todas las Tallas —HAES (por sus siglas en inglés)— impulsa la aceptación de la diversidad corporal mediante el rechazo a la patologización de la gordura. Asimismo, promueve una alimentación flexible basada en necesidades nutricionales y centrada en las costumbres y el placer de las personas. En paralelo, desde esta perspectiva se rechazan las dietas o planes de alimentación restrictivos. Este enfoque, además de promover la justicia social, enfatiza la importancia de dismantelar los sistemas de opresión para garantizar el acceso a servicios de salud más dignos y respetuosos.³² Considerando lo anterior, podemos decir que, si bien aún predomina en el ámbito de la salud el modelo más normativo, los paradigmas de salud no centrados en el peso representan una alternativa más amigable y con resultados comprobados con evidencia. Estos permitirán un abordaje de la salud de las personas con buenos resultados y a su vez, menos estigmatizante, con una mirada más politizada de la salud.

A modo de cierre

En este breve escrito se buscó mostrar algunas contradicciones en las recomendaciones realizadas desde la órbita biomédica, específicamente en discursos en torno a las corporalidades. En un mundo cada vez más individualista donde proliferan discursos sobre autocuidado —que individualizan la responsabilidad sanitaria—, consideramos importante preguntarnos:

cuidado ¿para qué salud? Aquí se vuelven esenciales los aportes de Paz y Ramírez³⁶ que nos recuerdan que la epidemiología del riesgo –que sostiene los discursos sobre los *riesgos de la obesidad para la salud*- no son sino campos histórico-sociales, para nada neutrales, y por ende espacios de disputa de poder. Así, siguiendo con su propuesta, entendemos que no podemos sino pensar salud plural, desde epistemologías feministas que incorporen al deseo y la autonomía como imprescindibles elementos constitutivos de la salud –que no podrá ser sino colectiva- y de los derechos de todxs. En ese sentido, y como profesionales de la salud, nos parece esencial la constante reflexividad sobre los discursos y prácticas que ejercemos y dónde colocamos el foco de nuestras acciones.

- Escuela de Nutrición, Universidad de la República. Integrantes del grupo interdisciplinario Cuerpos, Alimentación y Subjetividades.
- Cabe aquí remarcar la gran diferencia conceptual y simbólica entre “obesidad/sobrepeso” y “gordura”. En este escrito se referirá a la obesidad cuando se remita a investigaciones provenientes del ámbito académico que así la consignen y para referir al uso generalizado en el ámbito sanitario –en tanto es así como se nombra a la gordura-, sin desconocer que se trata de un dispositivo de medicalización de los cuerpos (Menéndez, 2020), tal como se mencionará más adelante.
- Ministerio de Salud. (2022). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. Caracterización de problemas priorizados Morbimortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/FINAL%20Morbimortalidad%20por%20ENT%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesidad y Sobre peso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Otro asunto que frecuentemente genera discusión por las grandes limitaciones que conlleva es el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) como criterio diagnóstico principal de obesidad, especialmente por su uso extendido en el ámbito asistencial. Para ahondar en este asunto, se sugiere acudir a la revisión realizada por Nuttall (2015).
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- Wright, S. M., & Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Radiology*, 37(5), 730–732. <https://doi.org/10.1007/s00261-012-9862-x>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis: Adult obesity from childhood obesity. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49139>
- Greener, J., Douglas, F., & van Teijlingen, E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social Science & Medicine*, 70(7), 1042–1049. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.017>
- Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J., Vu–Nguyen, K., Nieuwendyk, L. M., VanSpronsen, E., Reed, S., & Wild, T. C. (2014). Understanding key influencers’ attitudes and beliefs about healthy public policy change for obesity prevention: Understanding Key Influencers’ Attitudes and Beliefs. *Obesity*, 22(11), 2426–2433. <https://doi.org/10.1002/oby.20860>
- Mazzocchi, M., Cagnone, S., Bech–Larsen, T., Niedźwiedzka, B., Saba, A., Shankar, B., Verbeke, W., & Traill, W. B. (2015). What is the public appetite for healthy eating policies? Evidence from a cross-European survey. *Health Economics, Policy and Law*, 10(3), 267–292. <https://doi.org/10.1017/S1744133114000346>
- Lavia, J. (2022). *Sobrevivir a un mundo gordofóbico* (1era ed.). Ediciones B.
- Gracia Arnaiz, M. (2007). *Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario*. 49(3), 236–242.
- Ares, G., Machín, L., Girona, A., Curutchet, M. R., & Giménez, A. (2017). Comparison of motives underlying food choice and barriers to healthy eating among low medium income consumers in Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213315>
- Gugliucci, V., Vitola, A., Girona, A., Santín, V., Vidal, L., Giménez, A., Curutchet, M. R., & Ares, G. (2022). Social representations of cooking and homemade meals. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 28, 100534. <https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2022.100534>
- Ministerio de Salud. (2016). *Guía Alimentaria para la población uruguaya*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%A1a%20Alimentaci%C3%B3n%202022.pdf>
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (Tinta Limón). <https://www.aacademica.org/moira.perez/51.pdf>
- Contrera, L. (2019). De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: Gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro. En M. Dillon & Fundación Soberanía Sanitaria (Eds.), *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón Ediciones : Fundación Soberanía Sanitaria.
- Cabaleiro, A. (2021). *Te lo digo por tu bien* (2a ed.). Penguin Random House Grupo Editorial.
- Contrera, L., & Cuello, N. (2016). *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmezuradas de la carne* (1ª ed.). Madre Selva.
- Piñeyro Bruschi, M. (2020). *Guía básica sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia*. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias. https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/publicaciones/gordofobia_guia_26052021.pdf
- Tovar, V. (2018). *Tienes derecho a permanecer gorda* (1ª ed.). Melusina.
- Rubino, F., et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Ryan, L., et al. (2023). Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obesity Reviews*, e13606. <https://doi.org/10.1111/obr.13606>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived Discrimination and Physical, Cognitive, and Emotional Health in Older Adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.007>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Fox, R., Park, K., Hildebrand–Chupp, R., & Vo, A. T. (2023). Working toward eradicating weight stigma by combating pathologization: A qualitative pilot study using direct contact and narrative medicine. *Journal of Applied Social Psychology*, 53(3), 171–184. <https://doi.org/10.1111/jasp.12717>
- Sprovera, M. A. E., Gonzáles, E. A., Grancelli, F. B., & Paredes, M. H. (2017). Gordura, discriminación y clasismo: un estudio en jóvenes de Santiago de Chile. *Psicología & Sociedad*, 29(0). <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29164178>
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Ciencia del Peso: Evaluando la Evidencia para un Cambio de Paradigma. *Nutrition Journal*. <https://alimentacionconectada.com/wp-content/uploads/2016/05/weight-science-paradigm-shift-bacon-Sp.pdf>
- Mauldin, K., May, M., & Clifford, D. (2022). The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight. *Nutrition in Clinical Practice*, 37(6), 1291–1306. <https://doi.org/10.1002/ncp.10885>
- Rebollo, A. G. C., Hernández, O. G., & Villarreal, L. Z. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: Problematicando las dietas. *Revista Mexicana de Sociología*.
- Bruna Velis, A., & Rosales Mertens, T. (2019). El Mandato de la Delgadez: Una lectura decolonial de la gordofobia en el Chile neoliberal. *XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima, Perú. <https://www.aacademica.org/000-030/2641>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Danielsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *Journal of Obesity*, 2014, 1–18. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Paz, A., & Ramírez, C. (2019). Riesgo(s) en disputa: El poder de definir el futuro deseable. En M. Dillon & Fundación Soberanía Sanitaria (Eds.), *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón Ediciones : Fundación Soberanía Sanitaria.