

La obesidad, enfermedad del desarrollo

PALOMA HERRERA RACIONERO*

RESUMEN

Cuando “más es mejor” se ha convertido en uno de los ideales más arraigados del imaginario moderno, la figura del obeso encarna, literalmente, las paradojas inherentes a ese ideal. La enormidad de su peso (individual) y de su número (global) delata las contradicciones de un crecimiento incontrolado que se rechaza en los cuerpos singulares, pero parece aplaudirse en el cuerpo social. Las políticas y presiones por reducir los cuerpos obesos pueden ser esfuerzos vanos si no se acompañan de empeños análogos por enfrentar ese ideal de crecimiento y desarrollo, más allá de su mera materialización en los cuerpos y los alimentos.

1. OBESIDAD Y SOBREPESO EN ESPAÑA

Desde los años ochenta del pasado siglo, la obesidad se ha convertido en uno de los problemas nutricionales más importantes para la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, aproximadamente 1.400 millones de personas mayores de 20 años sufrían sobrepeso, de las cuales, más de 500 millones padecían obesidad¹. En España, las cifras no son más optimistas: la obesidad en adultos superaba el 17 por ciento de la pobla-

ción en 2012, y las tasas de obesidad en niños se encuentran entre las más altas de los países de la OCDE. Estos datos sitúan la obesidad como el séptimo factor de riesgo que más mortalidad causa a nivel mundial, asociada a las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial, la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante) y algunos cánceres (de endometrio, mama o colon).

La causa directa del sobrepeso y la obesidad está, al menos aparentemente, bastante clara: un desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y las gastadas, provocado por el aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, junto con un descenso en la actividad física, provocado por las nuevas formas de vivir y trabajar. Efectivamente, la considerada ya como pandemia del siglo XXI, se explica principalmente por el cambio experimentado en nuestra forma de vivir y en nuestros hábitos alimentarios. Trabajos sedentarios y mecanizados, desplazamientos en medios de transporte, ocio frente al televisor... Estas y otras prácticas disminuyen nuestro gasto energético sin una disminución similar de nuestra ingesta de alimentos. Por otro lado, las comidas rápidas, en las que predominan alimentos precocinados, han ido sustituyendo a los “pucheros”; la dieta básica en la que predominaban los hidratos de carbono ha sido sustituida por las grasas (Del Pozo *et al.*, 2012).

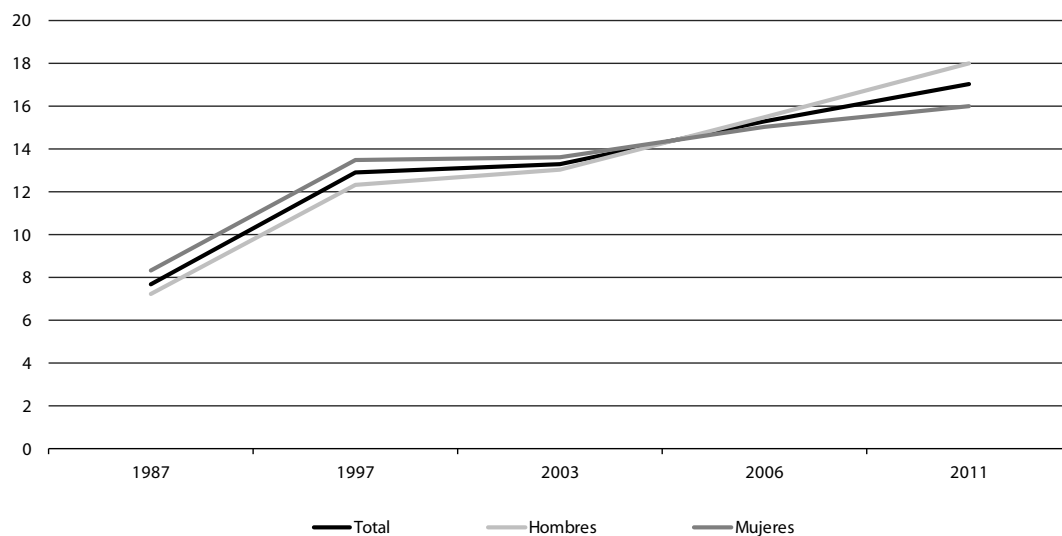
Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, sobrepeso y obesidad siguen una línea ascendente en ambos sexos, más acu-

* Universidad Politécnica de Valencia, Departamento de Economía y Ciencias Sociales (paherra@esp.upv.es).

¹ Como indicadores de obesidad y sobrepeso, la OMS utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que relaciona el peso y la talla. Así, un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso; un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

GRÁFICO 1

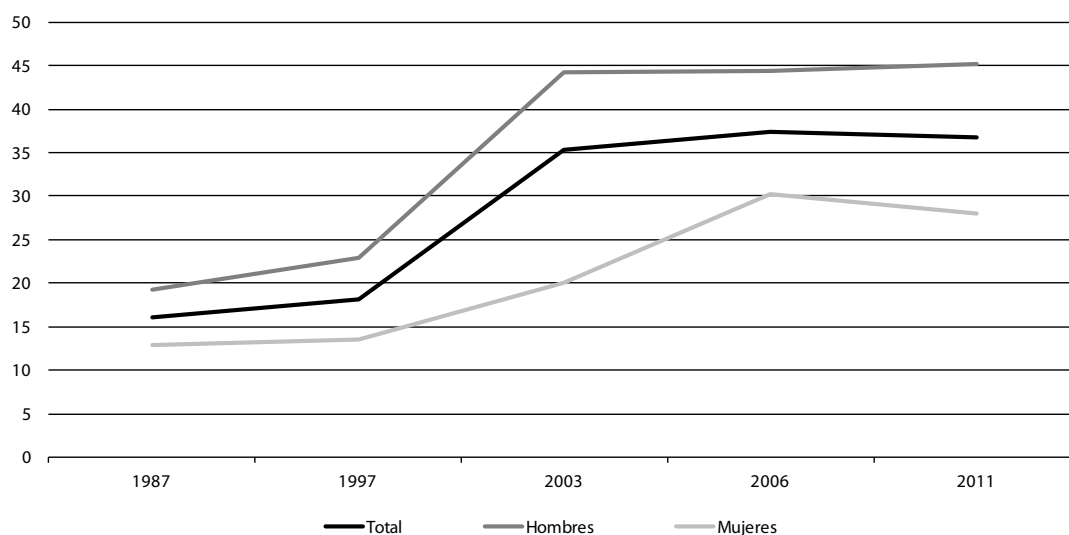
PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ESPAÑA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LA POBLACIÓN DE 18 O MÁS AÑOS



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud.

GRÁFICO 2

PREVALENCIA DE SOBREPESO EN ESPAÑA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LA POBLACIÓN DE 18 O MÁS AÑOS



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud.

sada en varones que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7 por ciento de la población de 18 o más años tenía un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² (límite para considerar obesidad), en el año 2011 este porcentaje se situaba en el 17 por ciento, y más del 53 por ciento de la población adulta padecía sobrepeso (gráficos 1 y 2).

En todo caso, estas cifras se matizan si se incluyen variables socioeconómicas y educativas. Así, la obesidad aumenta a medida que el nivel educativo descende, y también a medida que se baja en la escala social (cuadro 1).

Por otro lado, numerosos estudios (Ortiz Moncada, 2011; Aranceta *et al.*, 2005; Gutiérrez Fisac, 2003) muestran asociaciones significativas entre obesidad, sexo y clase social. Así, de acuerdo con el estudio *Determinantes sociales del sobre-*

peso y la obesidad en España 2006, basado en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, las mujeres de clase ocupacional manual presentan un 49 por ciento más de riesgo de tener sobrepeso que las mujeres de clase no manual; esta proporción se eleva a un 96 por ciento cuando el riesgo es de obesidad. Este estudio muestra también una asociación significativa entre obesidad y estar casado/a, viudo/a, carecer de estudios y de ingresos mensuales por encima de 600 euros (Ortiz Moncada, 2011).

Otros estudios han detectado una multiplicidad de factores, unos más individuales y otros propios del conjunto de la población, que se han considerado también vinculados a la obesidad. En el cuadro 2 se presentan sintéticamente.

La gravedad y complejidad del problema han obligado a las autoridades españolas, como

CUADRO 1

OBESIDAD EN ESPAÑA. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 18 O MÁS AÑOS, SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS Y LA CLASE SOCIAL BASADA EN LA OCUPACIÓN DE LA PERSONA DE REFERENCIA*

	1987	2001	2006	2011
Total	7,38	13,20	15,37	17
Nivel de estudios				
Sin estudios		33,35	27,64	30,2
Estudios primarios completos		20,39	20,28	23,2
Estudios secundarios 1ª etapa		11,12	13,73	19
Estudios secundarios 2ª etapa / FP superior o equivalentes		6,54	11,33	13,3
Universitarios		6,11	9,48	8,5
Clase social				
I		8,20	10,29	8,9
II		10,93	10,91	11,8
III		10,05	13,88	14,7
IV		15,01	17,43	16,1
V		15,59	17,04	20,4
VI		17,15	19,37	21,6

*Se asigna a la persona de referencia la clase social siguiendo la clasificación proporcionada por la Sociedad Española de Epidemiología (códigos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 -CNO2011-), donde el grupo I corresponde a los profesionales altamente cualificados y el VI a trabajadores no cualificados. Puede verse con detalle en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/MetodologiaENSE2011_12.pdf

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud.

CUADRO 2

FACTORES DETERMINANTES DE OBESIDAD

Factores individuales

- Susceptibilidad genética
- Edad y períodos de transición biológicos
- Sexo
- Clase social, nivel socioeconómico, grupo étnico
- Eventos vitales estresantes (cambio domicilio, separación, etc.)
- Estilo de vida:
 - Dieta: cantidad, composición, etc.
 - Actividad física: en tiempo libre, vida cotidiana, etc.

Factores poblacionales

- Nivel de desarrollo socioeconómico
- Grado de urbanización
- Factores de la alimentación:
 - Alta disponibilidad de alimentos de alta densidad energética
 - Bajo precio de alimentos de alta densidad energética
 - Aumento del consumo en el hogar de alimentos precocinados o preparados
 - Aumento del consumo de alimentos fuera del hogar
 - Aumento del tamaño de las porciones
 - Aumento de la publicidad en los medios de comunicación de alimentos de preparación rápida
- Factores relacionados con la actividad física:
 - Alta disponibilidad de vehículos de transporte mecanizado
 - Aumento de la publicidad de vehículos turismo
 - Aumento del consumo de televisión, videojuegos y elementos relacionados como ordenadores, consumo de Internet, etc., durante el tiempo libre
 - Diseño de las zonas periurbanas de las ciudades que favorece el transporte mecanizado
 - Aumento del sedentarismo en el trabajo
 - Alto porcentaje de población sedentaria durante su tiempo libre

Fuente: Gutiérrez Fisac y Rodríguez Artalejo (2012: 33).

a las de los restantes países desarrollados, a emprender diversas acciones de prevención, con resultados dispares. En el año 2005, se puso en marcha la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciu-

dadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación sana y de la práctica regular de actividad física. En el marco de esta Estrategia se han desarrollado diversos programas, casi todos ellos dirigidos a escolares, como el programa piloto PERSEO, que prevé sencillas intervenciones en centros escolares para promover hábitos de vida saludables entre los alumnos, implicando también a las familias y actuando simultáneamente sobre el comedor y el

entorno. Asimismo, el programa MOVI persigue la promoción de la actividad física en el tiempo libre para prevenir la obesidad en escolares y otros factores de riesgo cardiovascular. Por otro lado, el programa *Fifty-Fifty* presenta un estudio piloto de intervención comunitaria de promoción de la salud integral en población adulta, mediante un proyecto científico de evaluación, que, a través de talleres formativos y motivacionales, busca mejorar la salud integral en personas adultas de 25 a 50 años, ayudándolas a corregir sus hábitos de salud y a autocontrolar los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo y tensión arterial elevada. El plan Cuidate + 2012, por su parte, tiene como objetivo la reducción del consumo de sal y de grasas en la alimentación diaria.

También se ha creado el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad² como órgano colegiado adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la AESAN. Es un sistema de información para conocer la situación en España de la nutrición, la actividad física, el sobrepeso y la obesidad y sus determinantes, sirviendo de plataforma conjunta de las diferentes administraciones públicas, instituciones, asociaciones o entidades de todo origen que convergen con los objetivos de la Estrategia NAOS.

Una acción relevante, en el marco de las propuestas en este programa, trata de incorporar a diferentes empresas y asociaciones de la industria alimentaria, con el fin de promover una alimentación más equilibrada, mejorando la información al consumidor a través del etiquetado nutricional, reduciendo el contenido en grasas, especialmente saturadas, azúcares y sal, o aumentando la oferta de frutas y verduras en los restaurantes. Junto a ello, se ha logrado el compromiso de las empresas alimentarias para la autorregulación de la publicidad infantil de alimentos. Firmado por las 36 mayores empresas de la industria alimentaria, el *Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud* (PAOS) establece los principios para el diseño y la difusión de los mensajes publicitarios y los mecanismos que garanticen el control y la aplicación de estas normas.

² Creado por Acuerdo del Consejo de Ministros del 18 de enero de 2013, conforme a la Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Quizá no haya habido tiempo suficiente para evaluar el alcance de estos programas, pero, de momento, su éxito parece limitado (Ballesteros, 2007). En todo caso, la experiencia va demostrando que solo la información y la educación no son suficientes para cambiar la tendencia (Montero *et al.*, 2006; Ballesteros, 2007), más cuando la presión ambiental, como veremos, actúa en sentido opuesto.

2. CRECIMIENTO ECONÓMICO Y OBESIDAD

Esta tendencia creciente del sobrepeso y de la obesidad que hemos observado en España es similar a la de otros muchos países³, caracterizados todos ellos por un elevado índice de desarrollo o un marcado despegue económico en los últimos años. En Estados Unidos, Europa, Australia o Canadá se han constatado aumentos relativos de la obesidad entre un 10 y un 40 por ciento desde los años ochenta (Björntorp, 1997). También en países considerados “emergentes” –como Brasil, India o China– se está instalando este fenómeno, lo que parece indicar que los factores responsables de la tendencia creciente en la prevalencia de la obesidad están estrechamente ligados al desarrollo socioeconómico (Gutiérrez Fisac, 2003; Egger *et al.*, 2012; Angulo, 1996)⁴.

Encontramos un buen ejemplo de esta relación en nuestro país. El desarrollo económico

³ Según la OMS, el 65 por ciento de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal (delgadez). Entre esos países se incluyen todos los de ingresos altos y medianos. El 44 por ciento de los casos mundiales de diabetes, el 23 por ciento de cardiopatía isquémica, y entre el 7 y el 41 por ciento de determinados cánceres son atribuibles al sobrepeso y a la obesidad. En España, se estima que una de cada doce muertes están relacionadas con la obesidad.

⁴ Según un reciente estudio publicado en febrero de 2014 en el *Canadian Medical Association Journal*, que analiza los datos de 153.996 adultos de 107.599 hogares residentes en 17 países, la obesidad y la diabetes constituyen una pandemia mundial, especialmente concentrada en los países más ricos. Sin embargo, los expertos auguran una eclosión de estas dos enfermedades en los países de bajos y medianos ingresos, a medida que estén más desarrollados e industrializados. S. A. Lear, director de la investigación, advierte que “debido al aumento en la adquisición de determinados productos –TV, automóviles, ordenadores–, los países de ingresos bajos y medios podrían experimentar el mismo aumento en las cifras de obesidad y diabetes que los de altos ingresos”. Por eso, continúa, podríamos encaminarnos “hacia un potencial escenario devastador en términos de salud pública en estos países” (Lear, 2014: 8).

que comienza en los años sesenta del pasado siglo afectó directamente a toda la cadena agro-alimentaria, manifestándose en un aumento espectacular de la disponibilidad de alimentos y de su variedad. Los desarrollos en materia de producción, conservación y transporte de los productos alimenticios consolidaron una situación de abundancia alimentaria que, unida al aumento sostenido y creciente de la renta nacional, así como de la renta per cápita anual⁵, favorecieron la amplia accesibilidad a los alimentos. La mayor disponibilidad de productos, junto con los crecimientos del ingreso medio por habitante experimentados a lo largo de los años sesenta y setenta, supusieron un aumento de la capacidad de compra de las familias, que no se tradujo solo en un incremento de las cantidades de alimentos adquiridos, sino también en una paulatina transformación de la dieta. Las cantidades de cereales y tubérculos, las legumbres, el aceite y las hortalizas fueron paulatinamente reduciéndose a favor de la carne, la leche y los huevos, alimentos de más alto valor nutritivo (Entrena, 1999; Contreras, 2002). El Informe Foessa de 1966 (uno de los primeros estudios sobre la situación social de España que introdujo un capítulo específico sobre sociología de la alimentación) situó la alimentación de la población española en “un nivel aceptable, aunque hay todavía grandes diferencias en cuanto a la distinta participación de los diversos sectores sociales en ese nivel alimenticio medio y, sobre todo, la distribución de los alimentos de la dieta está muy lejos de ser racional” (Foessa, 1966: 102).

Pero lo que los sociólogos autores de aquel primer Informe Foessa no entendían por racionalidad alimentaria exactamente lo mismo que entienden los sociólogos actuales. En aquella España de los años sesenta, que empezaba a salir del subdesarrollo, la alimentación racional que se proponía estribaba, en buena medida, en el abandono de los hábitos y valores culinarios tradicionales y en la consecuente adaptación a los estándares de la Europa ya desarrollada: “En España (como, en general en los países latinos) se da tradicionalmente importancia muy considerable al “comer”: no es fácil hacer desaparecer la comida familiar del

mediodía, no se aceptan inmediatamente los productos enlatados o congelados, se valora socialmente el ‘estar gordo’ o ‘comer mucho’, es grande la importancia de los “convites” en bodas y bautizos, de las sociedades gastronómicas, etc.”⁶ (Foessa, 1966: 103). Ciertamente, el “estar gordo” se denunciaba como un valor vigente en esa España aún subdesarrollada e, implícitamente, se consideraba un obstáculo a superar.

Cabe también destacar que tanto el informe Foessa de 1966 como el de 1970 distinguen entre una “dieta rural” y una “dieta urbana”, esta última caracterizada por ser “más equilibrada y moderna” al acercarse a los estándares centroeuropeos⁷. Paradójicamente, esta idealización de los modelos europeos frente a nuestra “dieta rural” ocurría en un momento en que estos estándares se estaban poniendo ya en cuestión en otros países. De hecho, tras la Segunda Guerra Mundial ya se evidenciaba que las consideradas “buenas dietas” de los países desarrollados eran causantes de enfermedades asociadas a la obesidad, como la arteriosclerosis, la diabetes o algunos tipos de cáncer y enfermedades no infecciosas (Menéndez, 2008). No obstante, la abundancia de grasas en la alimentación europea de aquel momento se propone a los españoles de 1976 como signo de modernidad: “Sin embargo, España, en comparación con otros países europeos, consume más pan y menos carne, leche y mantequilla” (Foessa, 1976: 514). En este mismo informe se vincula directamente este modelo alimentario con el desarrollo económico del país: “En España se consume menos [leche, carne y mantequilla] de lo que corresponde a nuestro grado de desarrollo” (1976: 516).

El desarrollo económico que tuvo lugar a partir de esos años corrió paralelo, efectivamente, a la modernización nutricional, entendida en los términos de dichos informes. Como muestra el cuadro 3, la ingesta media de energía fue aumentando desde los años cincuenta hasta estabilizarse en los últimos 15 años (alrededor de 2.754 kcal/persona y día). Esta energía es apor-

⁵ Entre 1935 y 1963, la renta real por habitante (en pesetas de 1963) se incrementó en un 86 por ciento, y la proporción destinada a la alimentación (cuyo descenso constituye indicador de desarrollo económico, según la ley de Engel) descendió desde un 50 por ciento aproximadamente, en los primeros años de la década de los cincuenta, a algo menos del 40 por ciento a finales de los sesenta, una tendencia que se aceleró a partir de 1980, cuando las familias gastaban en alimentación menos de un 30 por ciento de su presupuesto (Maluquer, 2006).

⁶ Los hábitos que lamenta este informe como signo de subdesarrollo (la importancia dada al comer, el rechazo de productos enlatados y congelados y la resistencia a la comida solitaria fuera de casa, entre otros) coinciden, en buena medida, con los que hoy se proponen como objetivo. Curiosamente, tanto entonces como ahora estas propuestas se hacen en nombre de una misma “alimentación racional”.

⁷ Díaz Méndez y Gómez Benito (2006) ofrecen un análisis de los diferentes informes sobre la alimentación española que se van sucediendo desde los años sesenta y su relación con el contexto social en el cual se publican.

CUADRO 3

EVOLUCIÓN DE LA INGESTA Y PERFIL CALÓRICO EN ESPAÑA

	Energía total (Kcal.)	% energía procedente de grasas	% energía procedente de proteínas	% energía procedente de hidratos de carbono
1956	2.239	--	--	--
1964	3.008	32	12	57
1981	2.914	40	13	47
1991	2.634	42	14	45
2000	2.730	39	14	47
2006	2.761	41	14	46
2008	2.754	--	--	--

Fuentes: Marrodán *et al.* (2012: 57) y Del Pozo *et al.* (2012).

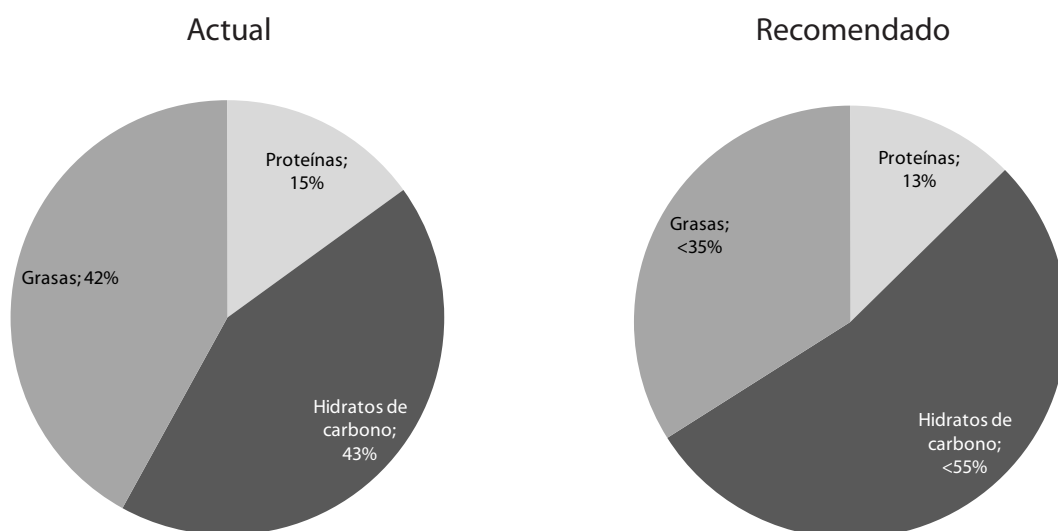
tada fundamentalmente por cereales y derivados, aceites y grasas, carnes y productos cárnicos, en detrimento del aporte de carbohidratos.

En los últimos años observamos un perfil calórico desequilibrado, pero ahora en sentido opuesto, debido a que la contribución porcen-

tual de las grasas es mayor, y la de los hidratos de carbono es menor de lo recomendado (gráfico 3). De hecho, las recomendaciones actuales están bastante más cerca de aquella "dieta rural" que en los informes de los años sesenta y setenta se desacreditaba que de los "logros" alcanzados siguiendo sus recomendaciones.

GRÁFICO 3

PERFIL CALÓRICO EN 2008 Y PERFIL CALÓRICO RECOMENDADO



Fuente: Mataix (2009).

3. EL DESARROLLO, ENTRE LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL

Pese a la proliferación de estudios y recomendaciones, el problema de la obesidad sigue aumentando. No deja de ser una paradoja más que la magnitud del problema crezca aparentemente al mismo ritmo que los estudios de expertos dedicados a analizarlo. Uno de los más reconocidos especialistas españoles en este asunto lo expresa en estos términos:

“Lo verdaderamente notable en la incidencia de la obesidad de la época moderna es que persiste, pese a las modas y los cánones estéticos que menosprecian a los gordos, pese al gran esfuerzo educativo emprendido por las autoridades sanitarias para relacionar la obesidad con las enfermedades cardiovasculares y pese a las industrias multimillonarias dedicadas a la salud, la comida dietética y el control de peso. Puesto que la mitad de la población adulta de las naciones occidentales sigue una dieta u otra, habrá que concluir que el *alimentostato* no funciona bien en las circunstancias actuales” (Contreras, 2005: 35).

Para este autor, como quiera que la mayoría de estudios se han centrado en la dimensión médica y biológica del problema, han desatendido los registros culturales y simbólicos (Contreras, 2005: 33), que acaso pudieran ofrecer nuevos enfoques que ayudaran a reorientar el tratamiento del problema. Así lo destacaba ya a finales de los años setenta también una de las mayores autoridades en el campo de la sociología de la alimentación:

“La explicación que surge espontáneamente, la más frecuente, es que las pautas culturales han sumergido la capacidad que tenía el hombre para equilibrar su alimentación del modo más beneficioso para su salud y su longevidad; en otras palabras: la “sabiduría del cuerpo” es engañada por la “locura de la cultura”. Ahora bien, lo que el análisis parece indicar es que no es la evolución cultural en sí la que contribuye a perturbar los mecanismos reguladores, sino más bien la *crisis* de la cultura que atraviesan los países desarrollados” (Fischler, 1979).

Encarar frontal y globalmente los vínculos entre la pandemia de obesidad y la crisis de civilización que expresa la “locura de la cultura” excede las posibilidades de este artículo. Para Fischler, la clave estaría en “la desestructuración de los sistemas normativos y de los controles sociales que regían, tradicionalmente, las prácticas y las representaciones alimentarias”. Esta *gastroanomia* ofrece ciertamente algunas importantes claves para el análisis, pero aquí me centraré en la dimensión simbólica a la que apunta el paralelismo que he venido constatando entre ambos tipos de crecimiento o desarrollo: el que se manifiesta en los cuerpos obesos de un número creciente de individuos y el experimentado por los cuerpos sociales, que se expresa como crecimiento o desarrollo de los países de los que tales cuerpos individuales constituyen sus poblaciones. Dicho paralelismo permite conjeturar una vinculación, no por simbólica menos estrecha, entre ambos tipos de crecimiento. Esa es la hipótesis que, si no contrastar (pues ello requeriría una investigación mucho más amplia), pretendo aquí esbozar.

Los propios términos de “crecimiento” y “desarrollo” actúan como embragues semánticos que vinculan de modo inmediato ambos registros, el individual y el colectivo. Lo mismo puede crecer el PIB de un país que el cuerpo de una persona. De origen y connotaciones evidentemente orgánicos y, por tanto, apropiados para predicarse de organismos biológicos, como los humanos, ambos términos han visto trasladarse sus significados a entidades colectivas y abstractas, ya sean poblaciones, niveles de renta o beneficios empresariales. Como ha analizado Lizcano (2009) a propósito de la actual crisis económica, el uso de estas metáforas que biologizan ámbitos sociales y económicos conlleva como efecto simbólico el de producir una identificación entre los organismos propiamente humanos y las entidades colectivas que se les asimilan. Esa identificación se manifiesta en expresiones como “hemos crecido un 0,5 por ciento”, con las que a menudo se anuncia un incremento de medio punto del PIB. Para este autor, tal identificación positiva habría fomentado la asunción por la población del *diagnóstico y tratamiento* de una crisis económica narrada en términos de enfermedad.

Pero las ideologías basadas en estos conceptos, herederos industriales y posindustriales del concepto ilustrado de Progreso, con mayúsculas, encuentran sus primeras dificultades cuando comienzan a manifestarse los efectos

derivados de una aspiración permanente al crecimiento por el crecimiento, y el desarrollo por el desarrollo. La potencia demoledora que el progreso científico pone de manifiesto con las bombas atómicas que ponen fin a la Segunda Guerra Mundial, el alarmante deterioro del planeta que conllevan las políticas de crecimiento económico incontrolado, o la destrucción de culturas y formas de vida milenarias que provocan las políticas poscoloniales de desarrollo, son solo algunos ejemplos de tales efectos.

El cuarto punto del Discurso sobre el Estado de la Unión pronunciado por el Presidente Truman el 20 de enero de 1949 suele considerarse como uno de los primeros documentos en que ambos conceptos orgánicos aparecen aplicados a cuestiones sociales y económicas, inaugurando así la “era del desarrollo” (Rist, 2002: 85; Esteve, 1996: 52);:

“Debemos lanzarnos a un nuevo y audaz programa que permita poner nuestros avances científicos y nuestro *progreso* industrial a disposición de las regiones *subdesarrolladas* [underdeveloped] para su mejora y *crecimiento económico*”. (...) Nuestra meta debería ser ayudar a los pueblos libres del mundo, por medio de sus propios esfuerzos, para que produzcan *más* comida, *más* vestimentas, *más* materiales de construcción, *más* energía mecánica...” (la cursiva es mía).

Este “más es mejor”, este “crecimiento constante” aparentemente sin límites, se pondría en cuestión dos décadas después, a finales de los años sesenta y principios de los setenta, con la irrupción de la crisis ambiental en la arena política bajo el impulso de una serie de informes científicos. Gran impacto provocó la aparición del *Informe sobre nuestro futuro común*, coordinado por Gro Harlem Brundtland en el marco de las Naciones Unidas (UN, 1987). Los términos “crecimiento” y “desarrollo” irían cediendo terreno al más ambiguo de “desarrollo sostenible”, entendiendo por tal aquel que permite “satisfacer nuestras necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las propias”. A la vez que se extendía la preocupación por la “sostenibilidad” se subrayaba implícitamente la insostenibilidad del modelo económico hacia el que nos había conducido la civilización industrial. Pero, en todo caso, no se trataba de limitar el crecimiento económico, sino de abrir “una nueva era de creci-

miento económico”; no se trataba de limitar el desarrollo, sino de hacerlo duradero, incorporando a ese crecimiento los costes ambientales: “lo que actualmente se necesita es una nueva era de crecimiento económico, un crecimiento que sea poderoso, a la par que sostenible social y medioambientalmente”. El adjetivo “sostenible” se predicaba, pues, del propio crecimiento: el célebre Informe proponía sostener el desarrollo, *mantener el crecimiento*, un oxímoron que refleja a la perfección la imposibilidad biológica de un proceso de crecimiento permanente, constante e ilimitado.

Es aquí donde, según la conjetura que he avanzado, la obesidad entra en escena. Es en el cuerpo de los obesos donde ahora esa contradicción se materializa y visualiza en toda su enormidad. La misma identificación que había propiciado el deslizamiento semántico desde el desarrollo orgánico hacia los “cuerpos” colectivos de la economía y la sociedad, posibilitando así la legitimación de la ideología del “más es mejor”, invierte ahora el sentido de su desplazamiento y proyecta sobre los cuerpos individuales el sentimiento de aberración ante un desarrollo sostenido y un crecimiento constante. El embrague semántico actúa también en sentido opuesto. Así, mientras que en estas entidades colectivas el proceso de crecimiento permanente puede seguir manteniendo una valoración positiva, su correlato en los cuerpos individuales ha ido adquiriendo –también reciente y progresivamente– una valoración opuesta. El cuerpo obeso se convierte en símbolo material de esa contradicción y, al impugnarlo en la imagen que da forma al símbolo, la sociedad desvía la atención de lo que este efectivamente simboliza: esa “locura de la cultura” que persigue un crecimiento y desarrollo permanentes e incontrolados. Al individualizar el rechazo –tanto popular como institucional, tanto emocional como racional– del crecimiento desmesurado en la figura del obeso, la sociedad evita enfrentarse al rechazo de un modelo de desarrollo social y económico en el que se fundamentan sus propios valores y formas de vida⁸. La figura del

⁸ Son numerosos los documentos gráficos en los que se recurre a –y se explota– esta identificación, sea con intenciones publicitarias o críticas. Entre los primeros, el anuncio con que un banco promueve la venta de acciones en su salida a Bolsa ofrece la imagen de un fértil campo de espigas junto a la leyenda “Crece con nosotros”. Entre los segundos, en una viñeta de El Roto, un experto exhibe un diagrama estadístico de crecimiento creciente, mientras afirma: “La radiografía es confusa, aún no sabemos si es desarrollo o cáncer”. Asimismo, una reciente viñeta de Forges, bajo el rótulo “Ella está bien”, muestra una señora descomunal (“Macroeconomía”) sentada sobre una multitud de individuos aplastados bajo su peso.

chivo expiatorio cumple plenamente su función en situaciones como esta, protegiendo a la colectividad de un cuestionamiento de sí misma que la pondría en grave peligro.

Ciertamente, que el prototipo de cuerpo subdesarrollado (“el flaco”) se erija en modelo precisamente cuando el desarrollo alcanza su apogeo, parece poner de manifiesto una paradoja radical en el corazón mismo del proceso modernizador⁹. Y es que en la figura del obeso el ideal de crecimiento se hace real, literalmente, toma cuerpo. En la obesidad parecen condensarse las consecuencias del ideal del desarrollo por el desarrollo, del crecimiento por el crecimiento... El obeso exhibe con su cuerpo el símbolo en bruto de la abundancia, de la desmesura; en él se refleja la objetivación más genuina del desarrollo. La idea de “más es mejor”¹⁰, como principio regulador de una forma de vida, se muestra encarnado en toda su rotunda naturaleza en los ámbitos más familiares y cotidianos. Tal vez la profusión de políticas y presiones que tienen por objetivo reducir –en todos los sentidos del término: disminuir, pero también someter y domar– el cuerpo obeso no sea ajena al intento de disolver esa contradicción de fondo que late en las sociedades de la abundancia, pero que en él se exhibe tan visiblemente.

Admirados o denostados según las épocas y las culturas, los obesos siempre se han hallado expuestos a la más rigurosa observación. En ellos se han proyectado los anhelos (prosperidad, fertilidad, salud...) y temores (enfermedad, avaricia, gula...) de una sociedad. Rara vez han suscitado indiferencia, ahora tampoco. Se han convertido en receptáculos y delatores de unos ideales colectivos que mueven a la mayoría de las sociedades hoy en día, los ideales del desarrollo. De este nos muestra su cara más oculta, lo que no se quiere aceptar. La *anormalidad* de los cuerpos obesos y la *enormidad* de su número en el conjunto de la población parecen denunciar tanto el fracaso de las políticas de desarrollo como el de las políticas sobre la vida saludable. La Estrategia NAOS o el Protocolo de Kioto, ¿qué son sino intentos desesperados por corregir –ralentizar– las consecuencias perversas de la desmesura?

⁹ Algunas de las paradojas que se traslucen en la alimentación moderna pueden verse en Gracia (1998), Herrera (2010) y Herrera y Lizcano (2012).

¹⁰ Lakoff y Johnson (1991: 59-62) destacan la coherencia de esta metáfora con las restantes metáforas en que se expresan “los principales valores culturales de nuestra sociedad”.

Bien se podría contraargumentar que es entre las clases económicamente más bajas o en los países pobres, alejados ambos de la abundancia, donde se dan las tasas de obesidad y sobrepeso más elevadas. Pero eso no significa que no participen en la cultura del desarrollo, una cultura que se ha cimentado gracias a la erosión, y aun devastación, de los modos de vida y de ecosistemas tradicionales y, también, de tradiciones culinarias y patrones de seguridad alimentaria. Lo cual, junto con la difusión y extensión de productos muy económicos, pero de dudosa calidad (la tan conocida “comida basura”), proporciona un buen caldo de cultivo para el aumento de la obesidad y las enfermedades asociadas a ella entre los grupos económicamente más débiles.

Esta analogía entre crecimiento corporal y crecimiento económico podría parecer una asociación meramente simbólica e, incluso, excesivamente forzada, pero, desde un punto de vista puramente biológico, bien podría enganchar con algunas de las hipótesis que la medicina evolucionista viene desarrollando para dar cuenta del auge de la obesidad y de las enfermedades asociadas a ella. La hipótesis evolutiva, defendida por científicos como J. Diamond, especula con la existencia de ciertos “genes ahorradores” que favorecen la acumulación de grasa para sobrevivir a periodos de escasez. Como ilustrativamente explica Campillo (2006), la selección natural habría favorecido el desarrollo de una peculiar condición metabólica en el *homo sapiens*, denominada genotipo ahorrador, que tiene como base el fenómeno de la insulinoresistencia y la leptinorresistencia. Este diseño permitiría que los humanos evolucionaran en difíciles condiciones alimentarias al asegurar, en las situaciones de necesidad, una reserva de energía en forma de grasa. Pero, sustituida la escasez por la abundancia alimentaria, y sin tiempo de adaptación de nuestro organismo (cuya evolución apenas se ha transformado en miles de años), el mecanismo acumulador seguiría actuando sin freno. De este modo, la alimentación actual no estaría sincronizada con nuestros requerimientos genéticos: mientras que la cantidad y calidad de los alimentos ha sufrido una total transformación, los genes que controlan cada una de las funciones del organismo son esencialmente los mismos que los que poseían nuestros antepasados (Campillo, 2006: 201).

Esta línea de investigación encuentra un caso paradigmático en los habitantes de Nauru,

una pequeña isla del Pacífico que, con poco más de 12.000 habitantes, poseía hasta no hace muchos años una riqueza de más de 2.000 millones de dólares gracias a la explotación de los depósitos de fosfatos. Antes del inicio de la prosperidad económica de Nauru, la obesidad y la diabetes se hallaban prácticamente ausentes, probablemente como consecuencia de las restricciones alimentarias a que estaba sometida su escasa población. Aislados prácticamente hasta el siglo XX, parece posible que el genotipo ahorrador funcionase a su máxima capacidad, regulando adecuadamente el metabolismo de los nauruanos conforme a su alimentación. Con la llegada de la riqueza derivada de la explotación comercial de los recursos naturales de la isla, cambió el estilo de vida y la alimentación, ahora ya basada en carnes y dulces ricos en grasas y azúcares simples. En Nauru, las tasas de mortalidad debidas en su momento a las enfermedades inducidas por la colonización, se podrían asemejar a las generadas por la posterior “cocacolonización”, en particular, la diabetes y, en general, las derivadas de una obesidad generalizada que alcanza a más del 60 por ciento de una población vertiginosamente “desarrollada”, económica y anatómicamente. Paralelamente, en Nauru se materializa también otra de las consecuencias de un desarrollo económico desbocado: el 90 por ciento de la isla ha quedado asolada por la actividad minera, convirtiendo la isla en uno de los lugares de la tierra más devastados ecológicamente (Folliet, 2010). Esta sí podría ser una conexión, y bastante menos simbólica que fisiológica, entre el desarrollo económico y el desarrollo orgánico de los humanos, donde lo incontrolado del primero sería causa directa del descontrol del segundo.

4. EL ESTIGMA DE LA OBESIDAD

No obstante, todos estos desequilibrios suelen percibirse como inevitables o lógicamente derivados de una forma de vida que “nosotros” hemos “escogido”. El sistema nos ofrece cualquier cosa –por un precio– y es nuestro derecho y nuestro deber poder elegir. Desde luego, no se pueden negar los beneficios de la democratización de la alimentación, pero esta aparente libertad de elección también oculta, a través de una sofisticada operación cosmética, su cara menos amable al desviar la atención de las causas pro-

fundas que provocan estos trastornos y diferir de este modo las soluciones sociales para hacerlas recaer en el propio individuo. Así, la responsabilidad recae en el individuo al sufrir un daño (el sobrepeso, por ejemplo) causado por su decisión personal (comer bollería industrial o no). No solo se excusan los cambios que la modernidad ha traído consigo, sino también a productores, políticos y expertos, que externalizan los riesgos a menudo generados por sus propias medidas y actividades, desviándolos hacia los individuos, hacia las decisiones que ellos toman, aunque resulte muy difícil, y a veces imposible, saber la magnitud, la naturaleza o, incluso, la propia existencia de dicho daño. No cuesta encontrar continuas apelaciones a la necesidad –e incluso responsabilidad– del comensal de conocer –cuando no de interpretar, relacionar, descifrar, analizar...– el contenido de los productos (grasas de muy diverso tipo, azúcares, sales, proteínas, bífidos, estanoles, etc.) si no quiere arriesgar su salud. El nuevo higienismo que impregna la alimentación ha hecho emerger un conjunto de regulaciones y recomendaciones alimentarias que actúan simultáneamente sobre la responsabilidad de cuidarse, sobre el sentimiento de culpa de no hacerlo y sobre la exigencia de adquirir una verdadera competencia dietética (Gracia, 2007).

En cualquier caso, y sea cual sea la interpretación, la figura del obeso parece haber adquirido un claro papel de chivo expiatorio en el cual el grupo exorciza buena parte de sus males, temores y frustraciones¹¹. En esa figura confluye la imputación de las más variadas infracciones, desde la de ingerir todo tipo de sustancias sin ningún control, hasta la de anteponer el placer a los dictados de la medicina, sin olvidar el atentado estético al ideal del cuerpo que promueven tanto los especialistas en salud como en mercadotecnia. Según Girard (1986: 52), existe una clara diferencia entre las “persecuciones históricas”, de carácter laico, y las que sufre el “chivo expiatorio”, que son típicamente religiosas, simbólicas o –como él dice– míticas. En las primeras, es posible hacer una distinción nítida entre los “culpables” y sus “crímenes”; en las segundas, “el culpable es tan consustancial a su falta que no podemos disociar esta de aquel. [...] Le basta con ser el que es”. El chivo expiatorio no es un sujeto al que la falta le adjetiva, sino un sujeto al que la falta le es sus-

¹¹ Sobre el cambio de percepción en España de la figura del obeso, a través de las resemantizaciones y los discursos públicos, puede verse Fernández-Ramírez *et al.* (2012) y Rodríguez Ponce (2005).

tantiva: su falta o defecto (que en este caso es un exceso) es su sustancia. Así, tampoco el obeso es un sujeto al que le acontece –entre otras cosas– estar obeso: es “un obeso”, al que su falta le constituye. La gordura define su esencia: es un obeso.

A la larga lista de enfermedades de las que se ha culpado a los chivos expiatorios a lo largo de la historia, se añade ahora una nueva enfermedad, transmitida en este caso por la comida. Tanto las autoridades sanitarias como los *media* hablan de “la pandemia del siglo XXI” o de la necesidad de “atajar la epidemia” de la obesidad. Se trata, pues, de una enfermedad, pero no una enfermedad cualquiera, ya que ese mal tiene origen en una culpa: es el propio obeso el culpable de su condición¹². En última instancia, su gordura es consecuencia directa de una decisión personal, porque ¿obliga el sistema a comer bollería industrial o hamburguesas XXL?

La *Obesity Society* norteamericana estableció una correlación positiva (esa forma moderna de causalidad, tan fácilmente transformable en culpabilidad en estas situaciones) entre la obesidad y los accidentes de tráfico, así como también entre la obesidad y los suicidios. Tampoco faltan los estudios que –como el realizado por *The Engineering Economist*– llegan a calcular los gastos adicionales en gasolina (3.800 millones de litros anuales) que cuesta transportar los kilos de más de los norteamericanos que han engordado, ni los cálculos del impacto del exceso de peso de la población obesa en el deterioro del medio ambiente: 3,4 millones adicionales de toneladas métricas de CO₂ solo en el transporte aéreo¹³. Como decía Girard (1986: 52), “el desdichado produce los desastres con tanta naturalidad como la higuera los higos”.

En la estela de estudios sobre la estigmatización que siguió a la publicación de la obra de Erwin Goffman (1970) *Stigma*, en 1963, Cahnman (1968) se preguntaba por qué Goffman no incluía la obesidad en la amplia lista de estigmas físicos, y lo cifró en que, siendo autobiográficas las fuentes que usaba, los obesos no figuraban en ellas,

¹² Estudios como el llevado a cabo por Dejong (1980) concluyen que “el que una persona con una anomalía física sea o no denigrada depende del grado en que tal individuo pueda ser culpado o tenido como responsable de su aspecto.” Resulta, pues, determinante para la estigmatización del obeso que las causas de su obesidad se atribuyan a factores personales o colectivos.

¹³ Suplemento del *New York Times* en *El País*, 9 de noviembre de 2006.

pues no se atrevían a hablar de su obesidad ni a protestar por el tratamiento que recibían, dada la sensación de vergüenza y de culpa que les atenazaba. Tras constatar que el rechazo a las personas obesas era ya entonces en Estados Unidos mayor que el sufrido por motivos de color o de raza, este autor mantenía que el mayor estigma de estas personas vendría dado no solo por su discriminación, sino también por haberse difundido la idea de que se lo merecen y porque, además, ellas mismas llegan a asumir tal tratamiento como algo justo.

A diferencia de otros grupos sociales que han hecho de su discriminación (como ciertos grupos étnicos o las mujeres) o su estigmatización (como la producida por distintas deficiencias físicas, hoy integradas en el término “discapacidad”) un crisol sobre el que construir una identidad afirmativa y reivindicativa, los obesos parecen seguir asumiendo entre nosotros esa autonegación producida por el sentimiento de culpa. Ello no solo los estigmatiza, sino que hace de ellos el blanco ideal para asumir la condición de chivo expiatorio sobre el que nuestras sociedades de la abundancia pueden crucificar sus propios temores ante los previsibles desastres con que un crecimiento desbocado parece amenazarnos.

La reciente aparición en la escena política de movimientos de “activismo gordo”, como los que se expresan en la revista *GordaZine* o el proyecto de investigación y la web *CuerposEmpoderados*, se propone precisamente subvertir esa individualización de la culpa y “reapropiarse del insulto” como modo de recuperar la visibilidad y de construir una identidad afirmativa¹⁴. “Me parece importante –declara Lucrecia Masson– volver a nombrarme ahora como gorda, nombrarme como gorda como estrategia de auto-enunciación. (...) Porque no creo en redenciones ni en evoluciones, ni en la barbarie convertida en civilización”¹⁵. Quizá cuestionar y repensar cómo

¹⁴ Sobal realiza un interesante recorrido por las conceptualizaciones de la obesidad (moral, médica y política) centrandose la atención en las negociaciones y los acuerdos de diferentes grupos de poder para imponer una definición de este concepto. De este modo, la obesidad no es –o no exclusivamente– una mera cuestión de salud, sino que su medicalización muestra esencialmente una forma de poder, y es por ello por lo que su “desmedicalización” ha de realizarse de la misma manera. En el caso estadounidense analizado por el autor, grupos identificados a sí mismos como obesos están utilizando las mismas estrategias políticas (acuerdos y negociaciones con determinados grupos de interés) para promover un cambio en la definición médica de la obesidad.

¹⁵ “El cuerpo como espacio de disidencia”, entrevista en *Diagonal*, 27 de marzo de 2014: 23.

los cuerpos obesos han llegado a constituirse en chivo expiatorio de nuestras sociedades hiperdesarrolladas no solo pueda contribuir a que tales cuerpos encuentren un lugar digno en nuestras sociedades, sino también a que estas últimas redefinan sus metas y encuentren también un lugar digno en el planeta y en el concierto de las restantes culturas y civilizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

ANGULO, A.M. *et al.* (1996), "Desarrollo económico e ingestión de calorías en España", *Revista Española de Economía Agraria*, 175: 41-62.

ARANCETA-BARTRINA, J. *et al.* (2005), "Prevalencia de obesidad en España", *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125 (12): 460-466.

BALLESTEROS, J.M. (2007), "La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS)", *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5): 443-449 (http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000500002&lng=en&nrm=iso).

BJÖRNTORP, P. (1997), "Body fat distribution, insulin resistance, and metabolic diseases", *Nutrition*, 13 (9): 795-803.

CAHNMAN, W.J. (1968), "The stigma of obesity", *The Sociological Quarterly*, 9 (3): 283-299.

CAMPILLO, J.L. (2006), *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*, Barcelona, Crítica.

CONTRERAS, J. (2002), "Los aspectos culturales en el consumo de carne", en: GRACIA, M. (coord.), *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel: 221-224.

— (2005), "La obesidad: una perspectiva sociocultural", *Zainak*, 27: 31-52.

DEJONG, W. (1980), "The stigma of obesity: The consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance", *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 75-87.

DEL POZO DE LA CALLE, S.; GARCÍA IGLESIAS, V.; C. CUADRADO VIVES *et al.* (2012), *Valoración nutricional*

de la dieta española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario, Madrid, Fundación Española de Nutrición (FEN), MAGRAMA.

DÍAZ MÉNDEZ, C. y C. GÓMEZ BENITO (2008), "Evolución de las recomendaciones alimentarias sobre salud y alimentación, en: DÍAZ MÉNDEZ, C. y C. GÓMEZ BENITO (coords.), *Alimentación, consumo y salud*, Barcelona, Fundación La Caixa: 25-54.

EGGER, G. *et al.* (2012), "Economic growth and obesity: An interesting relationship with world-wide implications", *Economics and Human Biology*, 10: 147-153.

ENTRENA, F. (1999), "De la alimentación de subsistencia al consumo preferencial: el caso español", *Estudios sobre Consumo*, 50: 27-35.

ESTEVA, G. (1996), "Desarrollo", en: SACHS, W. (ed.), *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*, Lima, PRATEC: 52-78.

FERNÁNDEZ-RAMÍREZ, B. *et al.* (2012), "El discurso popular sobre la obesidad: análisis de contenido de una discusión virtual", *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 52 (<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/baltasar1.pdf>).

FISCHLER, C. (1979), "Gastro-nomie et gastro-anomie: Sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne", *Communications*, 31: 189-210.

FOESSA (1966), *Informe sociológico sobre la situación social en España*, Madrid, Euramérica.

— (1970), *Informe sociológico sobre la situación social en España*, Madrid, Euramérica.

FOLLIET, L. (2010), *Nauru, la isla devastada*, Madrid, Península.

GIRARD, R. (1986), *El chivo expiatorio*, Barcelona, Anagrama.

GOFFMAN, E. (1970), *Estigma. La identidad deteriorada*, Madrid, Amorrortu.

GRACIA, M. (2007), "La vigilancia del peso y la dieta o de las relaciones entre ideología, ciencia y mercado: a propósito de los trastornos del comportamiento alimentario", IX Congreso Español de Sociología, *Poder, cultura y civilización*, Barcelona, 13-15 septiembre.

— (1996), *Paradojas de la alimentación contemporánea*, Barcelona, Icaria.

GUTIÉRREZ FISAC, J.L. *et al.* (2003), "La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España", *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Sup. 1): 101-110.

— (2006), "Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad", en *Gaceta Sanitaria* 20 (Supl. 1): 48-54.

GUTIÉRREZ FISAC, J.L. y F. RODRÍGUEZ ARTALEJO (2012), "España", en: SERRANO, M. (coord.), *La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina-Fundación Mapfre: 25- 40.

HERRERA, P. (2010), *Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno*, Madrid, Plaza y Valdés.

HERRERA, P. y E. LIZCANO (2012), "Comer en Utopía", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 137: 79-98.

LAKOFF, G. y M. JOHNSON (1991), *Metáforas de la vida cotidiana*, Madrid, Cátedra.

LEAR, S. A. (2014), "The association between ownership of common household devices and obesity and diabetes in high, middle and low income countries", *Canadian Medical Association Journal*, 10 de febrero (<http://www.cmaj.ca/content/early/2014/02/10/cmaj.131090>).

LIZCANO, E. (2009), "La economía como ideología", *Revista de Ciencias Sociales* (2ª época), 16: 85-102.

MALUQUER, J. (2006), "Consumo y precios", en: CARRERAS, A. y X. TAFUNELL (coords.), *Estadísticas históricas de España: siglos XIX y XX*, Bilbao, Fundación BBVA, vol. III.

MARRODÁN, M.D. *et al.* (2012), "Transición nutricional en España durante la historia reciente", *Nutrición. Clínica y dietética hospitalaria*, 32 (supl. 2): 55-64.

MATAIX, J. (2009), *Nutrición y alimentación humana*, vol. 2, Madrid, Ergón.

MÉNENDEZ PATTERSON, A. (2008), "Avances científicos en nutrición y alimentación", en: DÍAZ

MÉNENDEZ, C. y C. GÓMEZ BENITO (coord.), *Alimentación, consumo y salud*, Barcelona, Fundación La Caixa: 55-80.

MONTERO, A. *et al.* (2006), "Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales", *Nutrición Hospitalaria* 21 (4): 466-473.

ORTIZ MONCADA, R. *et al.* (2011), "Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España", *Medicina Clínica*, 137: 678-684.

RIST, G. (2002), *El desarrollo: historia de una creencia occidental*, Madrid, Catarata.

RODRÍGUEZ PONCE, M.I. (2005), "La enfermedad en español: enfoque etnolingüístico", *Anuario de Estudios Filológicos*, XXVIII: 249-264.

SOBAL, J. (1995), "The medicalization and demedicalization of obesity", en: MAURER, D., y J. SOBAL (eds.), *Eating Agendas. Food and Nutrition as Social Problems*, Nueva York, Walter de Gruyter Inc.: 67-90.

UNITED NATIONS (1987), *Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development*, Nueva York, UN.