

La compleja trama de la medicalización alimentaria

Avance de investigación en curso

GT 19 – Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población

Paula G. Rodríguez Zoya¹

Resumen

El presente artículo aborda críticamente la expansión del fenómeno de la medicalización al ámbito de los alimentos y la alimentación. En el seno de la medicalización alimentaria se reconocen dos procesos diferentes y complementarios: la medicalización de la alimentación y la medicamentación de los alimentos. El aporte central que realiza el trabajo radica en la conceptualización de un dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria de carácter estratégico para el cuidado, control y potenciación del capital humano de la salud a través de la práctica cotidiana y vital de la alimentación. El examen crítico de las dimensiones de este dispositivo comprende el análisis de discursos publicitarios, periodísticos y normativos que ilustran ciertas vías por las que la medicalización alimentaria se manifiesta socialmente.

Palabras clave: Biopolítica, Medicalización, Alimentación

1. Introducción

En la comida y la alimentación se enlazan cuestiones tan disímiles como la distinción por el gusto, el placer de la estimulación visual, olfativa y gustativa por los alimentos, las normatividades y tradiciones alimenticias, y los ritmos sociales que imprimen nuevos códigos de comensalidad. Sin embargo, desde los últimos años, este rico entramado de dimensiones parece disolverse bajo una ecuación que iguala, por antonomasia, la alimentación al cuidado de la salud. El discurso médico atraviesa el campo alimentario y gana legitimidad tanto sobre la producción de alimentos, como sobre la normalización de su consumo. Cuando ya nada de lo que se ingiere parece estar librado de connotaciones de salubridad y es casi imposible llevar una dieta que no contenga ningún compuesto alimentario concebido al fin de prevenir o revertir algún estado de salud, se constata que el fenómeno de la medicalización se ha extendido sobre un nuevo dominio: los alimentos y la alimentación.

Al hablar de medicalización se hace referencia al proceso por el cual la medicina moderna comienza a funcionar fuera de su ámbito tradicional y deja de tener un campo exterior a sí, generando nuevas esferas humanas y problemáticas sociales sobre las cuales interviene legítimamente en términos médicos (Foucault, 1996a, 1996b). El abordaje crítico del fenómeno de la medicalización en relación con el ámbito alimentario que este trabajo desarrolla, se fundamenta en el reconocimiento de dos procesos diferenciados y complementarios. Por un lado, el de la medicalización de la alimentación que implica la patologización de diversas condiciones orgánicas² y la propia medicalización de la práctica del comer para atenderlas. Por otro lado, el proceso que aquí se denomina medicamentación de los

¹ Lic. en Ciencias de la Comunicación (UBA), Doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Integrante de equipos de investigación UBACyT con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (FSOC-UBA). | Correo electrónico: paula.rzoya@gmail.com

² La patologización refiere a la invención o construcción de enfermedades como una de las operaciones centrales de los procesos de medicalización (Blech, 2005; Moral Jiménez, 2008).

alimentos, por el cual éstos son investidos de carácter medicinal y medicamentoso, incluso aunque que la forma de medicalización que tiene lugar en el campo alimentario no promueva el consumo de fármacos propiamente dichos. La necesaria unidad de estos distintos procesos es aquí concebida bajo la denominación de medicalización alimentaria.

Las sociedades occidentales contemporáneas son escenario de la extensión de la medicalización a nuevos objetos, así como de la expansión de su alcance a nuevos grupos poblacionales; y también de la emergencia de nuevas formas de medicalización como el *enhancement* o mejoramiento biomédico, dirigidas al perfeccionamiento del cuerpo, la mente y el desempeño personal (Conrad, 2007). Aunque es ampliamente reconocido que el desvanecimiento de las fronteras entre patología y normalidad, que supone la medicalización, consiste en una construcción social que depende fuertemente del conocimiento y el discurso médico (Nye, 2003), aquí se sostiene y alumbrar que el proceso sociocultural vinculado a la medicalización no constituye un bloque monolítico sino multidimensional que puede implicar o no la profesión médica (Conrad, 1992; Rosenberg, 2006). Asimismo, se destaca que la medicalización de la sociedad guarda relación con los denominados procesos de cientifización de la medicina y de socialización de la biomedicina (Burri y Dumit, 2007); así como con el creciente rol de los pacientes y consumidores en la demanda de asistencia y servicios de salud, y la correlativa creación de nuevos mercados de consumo (Conrad y Leiter, 2004).

A fin de arribar a una comprensión cabal de la extensión de la medicalización al campo alimentario, este trabajo examina las características de este fenómeno y los modos en que se manifiesta socialmente. Diversos elementos involucrados en la medicalización alimentaria buscan ser comprendidos a la luz de la figura del dispositivo, que Foucault (1985, p.128) caracterizara en términos de “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho”. Bajo esta perspectiva se propone denominar dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria a la compleja trama de aspectos que actualmente se tejen alrededor de los alimentos y la alimentación en tanto terreno atravesado por la medicalización.

A continuación se identifican y desarrollan tres líneas de ataque de dicho dispositivo biopolítico, en las que se articulan la medicamentación de los alimentos y la medicalización de la alimentación: la tecnificación y fragmentación de los alimentos y de los cuerpos; los mecanismos de normalización, moralización y responsabilización alimentaria; y las tecnologías de gobierno alimentario. Para su análisis se examinan discursos publicitarios, periodísticos y normativos que permiten comprender e ilustrar la manifestación contemporánea de la medicalización alimentaria.

2. Tecnificación y fragmentación de los alimentos (y de los cuerpos)

La primera línea de ataque del dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria atañe a la medicamentación de los alimentos y consiste en la tecnificación y fragmentación que atraviesan los mismos. La tecnificación de los alimentos tiene lugar con la traslación de los alimentos del contexto social al laboratorio (Guidonet, 2005), lo cual podría ser considerado como una instancia particular del proceso de modificaciones que la industrialización imprime sobre la alimentación, tal como lo fue el pasaje del alimento fresco al industrial producido y procesado mecánicamente (Aguirre, 2010). Sin embargo, vale señalar que los alimentos medicamentados que la medicalización alimentaria pone a circular socialmente no pueden ser considerados sólo como industrializados, sino también como tecnificados.

El tratamiento técnico de los alimentos supone su descomposición en fragmentos. Más precisamente, la tecnificación es a la vez condición y efecto de la fragmentación de los alimentos (Guidonet, 2005). Los alimentos son descompuestos en componentes propios como vitaminas, fibras, lípidos, proteínas, etcétera; pero también, mediante la tecnificación de los alimentos se incorporan

fragmentos alimentarios como “ActiRegularis”, “Inmunofortis” y “L Casei Defensis”. Estos nuevos componentes alimentarios constituyen marcas comerciales que las industrias alimenticias exhiben como su ventaja diferencial en el competitivo mercado de los alimentos funcionales (Olagnero et al., 2007), pilares de la medicalización alimentaria³.

La fragmentación de los alimentos encuentra relación con la concepción de la fragmentación del cuerpo en la medida en que cada fragmento alimentario –los intrínsecos a los alimentos y los desarrollados técnicamente– debe “acoplarse” a un fragmento de cuerpo, a un órgano o complementar diferentes funciones fisiológicas (Guidonet, 2005). Esta idea de fragmentos que entran en relación unos con otros se halla en el núcleo del planteo de Rabinow y Rose (2006) acerca de la “molecularización de la biopolítica”, considerada una de las principales mutaciones de la biopolítica en el siglo XXI. Esta nueva forma biopolítica encuentra sus fundamentos en el hecho que la “la biomedicina contemporánea imagina la vida en el nivel molecular, como un conjunto de mecanismos vitales inteligibles en los que participan entidades moleculares que es posible identificar, aislar, movilizar, recombinar, mediante nuevas prácticas de intervención” (Rose, 2012, p.29). El control de los cuerpos y de la vida de la biopolítica molecular se despliega, entonces, en la relación de fragmentos componentes del cuerpo y de fragmentos que son incorporados al mismo. El avance de la biotecnología nutracéutica con el desarrollo de los llamados alicamentos, así como el de la nutrigenética y el diseño de dietas basadas en el ADN de cada individuo (Sanhueza y Valenzuela, 2012) son claros exponentes de la molecularización de la alimentación.

La puesta en relación de moléculas corporales y moléculas alimenticias se vuelve manifiesta de manera privilegiada en las publicidades de alimentos funcionales. Un caso paradigmático del mercado de estos productos son los aditivados con probióticos⁴, como *Actimel*, posicionado como “el único con diez mil millones de su fermento exclusivo ‘L Casei Defensis’”. El beneficio alegado consiste en que “ayuda a reforzar el efecto barrera de la pared intestinal para que los gérmenes no puedan ingresar”. De esta manera, los fragmentos que entran en relación son tres: los fermentos de “L Casei Defensis” incorporados al producto, “la flora intestinal” del cuerpo y “las bacterias nocivas” que son expulsadas por el “efecto barrera” (*Spot 1*)⁵. Es notable, además, la producción de objetividad médica que promueve el discurso publicitario audiovisual a través de imágenes de interiores corporales por las que se busca explicar el funcionamiento orgánico y, a la vez, demostrar el efecto benéfico del producto en cuestión; aunque se trate, en todos los casos, de imágenes construidas digitalmente⁶.

Asimismo, es bien interesante observar que no sólo los productos modificados en laboratorios de la industria alimenticia son presentados con estas características. Otros productos que pueden ser considerados “naturales” también son evocados como optimizadores del rendimiento diario o el refuerzo de las defensas del organismo. Éste es el caso del agua mineral *Villavencio*, un agua proveniente de una reserva natural de la provincia de Mendoza. Resulta curioso que en 1904, cuando comienza a ser comercializada, no era un producto de consumo masivo, sino que estaba asociada a lo

³ Un alimento es considerado “funcional” si demuestra apropiadamente que “ejerce un efecto beneficioso sobre una o más funciones selectivas del organismo, además de sus efectos nutritivos intrínsecos, de modo tal que resulte apropiado para mejorar el estado de salud y bienestar, reducir el riesgo de enfermedad, o ambas cosas” (Ashwell, 2004, p.5).

⁴ Los probióticos son un ingrediente alimentario microbiano vivo que, al ser consumido en cantidades suficientes, alteran beneficiosamente la composición de la microflora intestinal que cumple una función protectora (Ashwell, 2004).

⁵ Ver anexo de *spots* al final del artículo.

⁶ Respecto al rol de las imágenes en la construcción de objetividad médico-científica resulta fecunda la perspectiva desarrollada por Ortega y Zorzanelli (2010, p.291), quienes resaltan “el papel de las neuroimágenes como poderosas fuentes en el proceso de producción simultánea de objetividad de la enfermedad y del paciente”. Para el caso de los discursos publicitarios audiovisuales que se analizan en el presente trabajo también puede señalarse que “la imagen rotula y muestra la presunta enfermedad en sí misma, tanto como el enfermo objetivado” (Ortega y Zorzanelli, 2010, p.299). Por ello, se debe afrontar un trabajo crítico de reflexión respecto del poder conferido a las imágenes tecnomédicas en la producción de estereotipos biológicos con independencia del contexto.

medicinal y se vendía en farmacias⁷. En la actualidad, la pauta publicitaria de este producto enuncia: “la vitalidad que necesitás está en los minerales que *Villavicencio* te trae de la montaña. *Villavicencio*. Sentí la fuerza. ¡Qué agua!” (*Spot 2*). En este caso, los componentes moleculares que entran en interacción con el cuerpo son los “minerales” que brindan la “vitalidad” necesaria.

La adaptación de las prácticas alimentarias para la optimización de la relación entre moléculas corporales y moléculas alimentarias supone someterse al discurso científico y, simultáneamente, responsabilizarse tanto por ese sometimiento como por la incriminación pública que es pasible recibir en caso de no asumir tal responsabilidad. Esta adaptación de las prácticas alimentarias en términos de puesta en relación de fragmentos corporales y alimentarios por medio de una moralización de la alimentación es la que instaura la medicalización alimentaria.

3. Normalización, moralización y responsabilización alimentaria

La segunda línea de ataque del dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria articula un conjunto de mecanismos relacionados que es interesante distinguir. En primer lugar, la medicalización alimentaria procede instaurando una normalización alimentaria. En este modelo medicalizado y medicalizador, la normalidad pasa por la (buena) salud y el bienestar; así es manifestado por el discurso publicitario de uno de los productos paradigmáticos del mercado de alimentos funcionales: *Activia*, un yogur aditivado con el compuesto tecnificado “ActiRegularis” que “ayuda a mejorar el bienestar digestivo reduciendo la sensación de hinchazón” (*Spot 3*). La hinchazón provocada por la irregularidad del tránsito intestinal es concebida como el factor que obtura el bienestar digestivo. En la postulación de un estado fisiológico, precisamente, como disfuncional opera la vía de patologización de la medicalización de la alimentación. La estrategia discursiva de la marca de este alimento funcional consta de dos fases. Primero, se presenta un personaje popular –en este caso, una conocida actriz argentina– que descubre el límite entre normalidad y anormalidad con respecto al tránsito intestinal y la hinchazón de su propio cuerpo: “Antes pensaba que si me sentía hinchada era normal hasta que los de *Activia* me propusieron un desafío: Tomá *Activia* todos los días y vas a comprobar que lo normal es sentirse bien” (*Spot 4*). Como segunda fase, se inviste al personaje como portador del mensaje de la marca para recomendar el yogurt a otras mujeres y desengañarlas de sus creencias sobre la hinchazón. Así, distintos interlocutores de este personaje expresan: “me paso horas acá sentada [por ser cajera en un supermercado], es normal que me sienta hinchada” (*Spot 5*), o “yo a veces me siento un poco hinchada, pero es normal, en el invierno tengo más `fiaca`, vengo menos al gimnasio”; y ante esto, el portador del mensaje de la marca rectifica las creencias sobre normalidad y determina: “No, gorda, no es normal. Lo normal es sentirse bien. Probá con *Activia*” (*Spot 6*).

La normalización del bienestar que instaura la medicalización alimentaria debe ser diferenciada de la normalización nutricional en virtud de ser ésta sólo un nivel de los que comprende la primera. Los distintos niveles en que opera la normalización de la medicalización alimentaria pueden apreciarse mediante el análisis de un sintagma publicitario como el siguiente: “Cambiá el queso que comés durante el día por sesenta gramos de *Cremón La Serenísima* en tu desayuno para que tu cuerpo arranque el día con más calcio, más caseína, más vitalidad” (*Spot 7*). Aquí se descubren cinco aspectos significativos en los que conviene reparar. Primero, el carácter imperativo de la indicación “cambiá el queso que comés”, inscripta en un discurso publicitario de neta orientación persuasiva, configura un efecto normativo. Segundo, la indicación “sesenta gramos” alude al sentido de “dosis” de una prescripción médica, siendo éste el nivel que corresponde a la normalización nutricional. Tercero, la pauta “en tu desayuno” conlleva un doble mecanismo de normalización: fija un hábito diario y establece el momento del día en que debe llevarse a cabo, en lo se advierte la operación de medicalización de la alimentación a nivel de la práctica del comer. Cuarto, las menciones a “calcio” y

⁷ Así es mencionado en la entrada “Villavicencio” del sitio <http://www.marcasconhistoria.com.ar>.

“caseína” se deben a la fragmentación de los alimentos como dimensión clave en la medicalización alimentaria; incluso, también la “vitalidad” es presentada como uno de los fragmentos que se incorporan al cuerpo mediante el consumo del producto. Quinto, precisamente el hecho que este producto permita que “tu cuerpo arranque con...” distintos tipos de fragmentos alimentarios valorados como beneficiosos para la salud, se corresponde con el proceso de medicamentación que atraviesan los alimentos.

En segundo lugar, la medicalización alimentaria comporta un mecanismo de moralización alimentaria. Como en la utopía de la Salud Perfecta sobre la que discurre Sfez (2008), también en la trama contemporánea de la medicalización alimentaria, el control corporal es erigido en la nueva moral de lo cotidiano. Así se encarga de manifestarlo la marca *Actimel*, un alimento funcional que alega ayudar a sus consumidores a estar “mejor preparados ante muchos factores que ponen a prueba sus defensas”, mediante discursos publicitarios que sentencian “Cuidarse está bueno” (*Spot 8*). En esto puede leerse una doble operación discursiva: por un lado, se instaura el sentido de buena alimentación y, por el otro, se lo vuelve equivalente al sentido de alimentación saludable.

La imposición de un orden moral en el terreno alimentario guarda estrecha relación con las representaciones de los cuerpos, por lo que es necesario advertir su transformación durante el transcurso de un proceso de civilización del apetito (Elías, 1989) que García-Arnaiz (2007) describe en términos de la construcción social de la normalidad dietética. Este proceso es el que se despliega entre “el prestigio de la gordura” y la “revolución de la delgadez” (Vigarello, 2011). En los siglos XIV y XV, mientras el mundo acusaba grandes hambrunas, “la gordura era mirada con aprobación social, era un signo de opulencia económica y de salud, se la apreciaba como un rasgo de belleza física” (Aguirre, 2010, p.29). En cambio, hacia fines del siglo XIX se inicia la denominada “revolución de la delgadez”, que sufre un marcado auge a partir de 1920 y se consolida con la afirmación del estatuto epidémico de la obesidad como enfermedad en la actualidad (Vigarello, 2011). La patologización y medicalización de la obesidad evoca el estigma de la gula como pecado capital y con ello, se denigra un comportamiento alimentario no solamente por insalubre, sino también por inmoral. Actualmente, las representaciones de cuerpos socialmente aceptables encuentran su correlato alimentario en la tendencia del “imperio de lo light” (Cruz Cruz, 1999) y las “diet-éticas” (Bruera, 2010), tal como lo expresa el discurso publicitario de un agua mineral saborizada: “Disfrutá la liviandad de *Villa del Sur Levité*. Rica, liviana y natural. Con *Levité* disfrutá sentirte liviano” (*Spot 9*). De aquí que la moralidad que este modelo medicalizado instaura pueda ser concebida en términos de una moralidad alimentaria de la liviandad; y la dimensión del placer que todo acto del comer proporciona, sea remitida al “disfrute” que provee atenerse a esa moralidad. Así, el actual privilegio que goza la delgadez se corresponde con una alimentación que se postula como sana y buena por conceder la posibilidad de no aumentar el peso corporal o la expectativa de perderlo.

En tercer lugar, la medicalización alimentaria que opera por vía de la normalización y la moralización, despliega un mecanismo de responsabilización alimentaria. Como lo hacen notar García-Arnaiz y Guidonet, especialistas en antropología de la alimentación, este modelo “basa sus preceptos en dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud” (García-Arnaiz, 2007, p.241). De esta manera, “el sujeto se convierte en un agente que participa activamente en el trabajo del médico” (Guidonet, 2005, p.343). La responsabilización alimentaria opera a nivel personal y privado, y conlleva la corrección de los comportamientos alimentarios según los principios de normalidad y moralidad instaurados por la medicalización alimentaria. Nuevamente, el discurso publicitario de alimentos subraya el modo en que este mecanismo opera sobre la autopercepción de desvíos alimentarios a la vez que genera la necesidad de su corrección o normalización. En un *spot* de sopas instantáneas, el personaje portador del mensaje de la marca es señalado públicamente por los desórdenes alimentarios que comete, mientras el mismo relata: “Cuando me atacaba el hambre entre comidas era un problema, picoteaba dulce, salado, frito y nunca estaba satisfecha. Entonces encontré

Knorr Quick, una opción rica, saludable y reconfortante para calmar mi hambre. Calmá tu hambre con una *Knorr Quick*” (Spot 10).

El mecanismo aquí denominado responsabilización alimentaria es concomitante a lo que Rose y Novas (2005) llaman “ciudadanía biológica”, inscripta en la emergencia de nuevas formas de socialidad y subjetivación biológica, por la que los individuos moldean sus relaciones con ellos mismos en términos del conocimiento de su propia individualidad somática. El ciudadano biológico debe informarse sobre los procesos biológicos que tienen lugar en su cuerpo y decidir sobre su propio cuidado, de manera que el cuidado del cuerpo y la salud pasan por una elección personal que asume carácter de imperativo. En la trama de la medicalización alimentaria, el cuidado personal y privado de la salud se ejerce mediante una buena y sana alimentación dado que el consumo de alimentos medicamentados constituye la vía para incrementar y potenciar la salud, lo que entraña una concepción de salud fundamentada en la noción de “capital humano” (Foucault, 2007). Esto puede apreciarse en la definición de la misión que *Danone* asume como grupo empresarial multinacional de productos alimenticios: “Su principal guía en la investigación científica es que los alimentos son los medios principales que permiten al hombre preservar el capital de su salud”⁸. No es ocioso señalar que la mayoría de los productos cuyos discursos publicitarios fueron analizados (*Actimel*, *Activia*, *Queso Cremón*, *Agua Villa del Sur*) pertenecen a este grupo multinacional en virtud de una alianza comercial con la empresa local de lácteos *La Serenísima*.

4. Tecnologías de gobierno alimentario

La tercera línea de ataque del dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria procede por un conjunto de tecnologías de gobierno alimentario. La racionalización de las dietas constituye un factor decisivo de control político del cuerpo y la población (Turner, 1982), de modo que la medicalización alimentaria comporta indudablemente una dimensión política que “cristaliza cuando el fenómeno social patologizado traspasa las fronteras de la práctica clínica. Del espacio individual al colectivo, de la clínica médica a la salud pública, la medicalización adquiere un estatus de normalidad” (Guidonet, 2005, p.339). Las tecnologías de gobierno alimentario actúan como mecanismos de control de la salud que involucran una red de discursos, saberes, poderes, prácticas, instituciones, infraestructuras burocráticas y preceptos morales. Aquí se postulan tres tipos de tecnología de gobierno alimentario, abordarlas mediante casos y medidas concretas de su despliegue permite observar el modo en que permea el control de la salud de la población mediante la medicalización alimentaria.

El primer tipo de tecnología de gobierno alimentario actúa sobre la propia concepción de salud y enfermedad y comprende un conjunto de medidas, entre las que se destaca la Ley Nacional de Trastornos Alimentarios N° 26.396, sancionada por el Gobierno de la Nación Argentina en 2008. Por medio de esta ley se reconocen como enfermedades, formas inadecuadas de ingesta alimentaria como la obesidad, la bulimia y la anorexia. Es decir, se consagran como patológicos modos de comer perjudiciales para la salud, operación paradigmática de los procesos de medicalización.

Existen antecedentes claros de esta ley que permiten avizorar factores económicos, mediáticos y políticos de la medicalización alimentaria, como la movilización que tuvo lugar en 2007 frente al Congreso de la Nación Argentina con el objetivo de reclamar al Estado que la obesidad sea considerada definitivamente una enfermedad. La demanda concreta estribaba en la sanción de una norma que obligue a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga a incluir la obesidad en sus coberturas médicas (La Nación, 2007). Reporta particular interés que esta movilización haya sido convocada por el programa de televisión Cuestión de peso –un *reality show* sobre personas que luchan por bajar de peso–, cuya puesta en escena se jacta de la consagración de la obesidad como enfermedad. Más aún, mediante operaciones discursivas de exhibición de crueldad hacia los participantes activa un

⁸ Así es señalado en la entrada “Historia de Actimel” del sitio <http://www.actimel.com.ar/2012/historia-de-actimel.php>.

mecanismo de normalización constante que ancla la identidad de “gordo”, de modo que los participantes, amén de lograr una considerable reducción de peso, nunca alcanzan el ideal; al mismo tiempo que instaura un mecanismo de ejemplificación del deber de llevar una alimentación saludable.

Con respecto a la bulimia y la anorexia, el mundo de la moda puso en práctica una medida que prohíbe desfilarse a modelos cuyo Índice de Masa Corporal (IMC) sea inferior a 18, según lo establecido por la OMS⁹. Esta acción fue pionera en España y rápidamente fue seguida por otros centros de la moda como Londres y Milán. En Buenos Aires, algunos encuentros de moda cuentan con médicos y miembros de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia que pesan a las modelos durante las pruebas de vestuario y calculan su IMC para determinar si pueden desfilarse o si deben ser asistidas por un especialista para comenzar un tratamiento (Lauricella, 2006).

El segundo tipo de tecnología de gobierno alimentario es dirigida al consumo o directamente a la población y actúan a través de disposiciones estatales y acuerdos con distintos sectores que tiene injerencia para hacer operativas las medidas. Entre las acciones legislativas se distingue la Ley Básica de Prevención de Enfermedades (Ley N° 1906, sancionada por el gobierno de la ciudad de Buenos Aires en 2005) que establece la obligación de los establecimientos gastronómicos porteños de ofrecer al público “una carta que contenga diferentes comidas elaboradas con alimentos sin sal y sin azúcar agregadas, de bajo contenido graso y otras indicaciones que la autoridad sanitaria considere necesarias” (Vallejos, 2006). También resultan demostrativos los acuerdos entre organismos estatales y sectores industriales como los celebrados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del Programa Provincial de Hipertensión Arterial en 2011. Uno de éstos fue acordado con la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina para que los bares y restaurantes bonaerenses quiten los saleros de las mesas a fin de que no se hallen al alcance de los comensales. Por otro lado, se concertó con la Federación Argentina de la Industria del Pan y Afines reducir el 40% del nivel de sodio en la elaboración del pan (Perfil, 2011)¹⁰.

El tercer tipo de tecnología de gobierno alimentario es dirigida a nivel de la producción o indirectamente a la población y comprende medidas que conciernen a las industrias alimenticias en general, a sus laboratorios de investigación y desarrollo en particular, y a las autoridades gubernamentales que intervienen en políticas biotecnológicas en materia alimentaria. En este tipo de medidas se enmarcan, por ejemplo, las establecidas por el Código Alimentario Argentino (CAA)¹¹, cuya actualización está a cargo de una comisión integrada por representantes del gobierno nacional, provincial, de la industria e invitados expertos (Ciappini, 2001). Resulta elocuente la manera en que diferentes aspectos de la medicalización alimentaria se hallan articulados en este cuerpo normativo. La dimensión de la tecnificación de los alimentos se afirma por la misma necesidad de modificar y actualizar las normativas sobre alimentos según los adelantos técnicos producidos en la materia. La dimensión de la fragmentación de los alimentos se hace presente en tanto el CAA establece el carácter obligatorio de detallar la información nutricional en el rótulo de cada producto, consignando el nombre de los nutrientes y sus contenidos por unidad y por porción. Asimismo, la normalización nutricional se manifiesta en tanto el CAA fija que el porcentaje de ingesta diaria de referencia establecido para cada componente debe estar disponible en el etiquetado de los productos. Esto último procede del mecanismo de responsabilización alimentaria, que también se expresa en el CAA ya éste alude a que

⁹ La OMS clasifica el peso corporal en: bajo peso (IMC igual o menor a 18,5); peso normal (IMC entre 18,5-24); sobrepeso (IMC entre 25-29); y obesidad (IMC igual o superior a 30). El IMC se obtiene dividiendo el peso (en kilos) por la altura (en metros) elevada al cuadrado.

¹⁰ También desde 2011 en Valencia, España, se fabrica el primer pan con efecto adelgazante. El “Lineapan”, según su denominación comercial, está enriquecido con L-Carnitina, que ayuda a acelerar el metabolismo, y un mayor valor proteico y contenido de fibras que el pan común, lo que ejerce un efecto de saciedad y absorción de grasas (El Intransigente, 2011).

¹¹ El Código Alimentario Argentino tiene por finalidad establecer la definición y composición de los productos, factores de calidad e higiene, límites de aditivos alimentarios, pesos, medidas y disposiciones sobre el rotulado de los productos en las etiquetas.

consumidor necesita disponer de información con incidencia en materia de salud para decidir sobre su alimentación, y asume el propósito de brindar información clara, necesaria y suficiente en las etiquetas de los productos. Mediante estas disposiciones también se revela el imperio de la moralidad de la alimentación saludable instaurada por la medicalización alimentaria.

Con todo, es fundamental destacar el modo en que las tecnologías de gobierno alimentario se vinculan a los distintos procesos de la medicalización alimentaria. Así, la primera tecnología de gobierno que actúa sobre las concepciones de salud y enfermedad tiene relación con el proceso de patologización de condiciones fisiológicas y estados orgánicos que opera como mecanismo primordial de la medicalización. La segunda tecnología de gobierno alimentario que interviene sobre el consumo o dirigida directamente a la población se vincula a la medicalización de la alimentación ya que actúan sobre las prácticas del comer y el alimentarse. Finalmente, la tercera tecnología de gobierno que se ejerce sobre la producción o indirectamente a la población opera a nivel de la medicamentación de los alimentos. Los distintos procesos identificados bajo la forma contemporánea de la medicalización alimentaria, así como los múltiples modos en que se manifiestan práctica y socialmente, conforman un conjunto de elementos heterogéneos articulados en el dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria.

5. Conclusiones

Se ha conceptualizado y desarrollado el dispositivo biopolítico de medicalización alimentaria de carácter estratégico para el cuidado, control y potenciación de la salud, así como la reposición y análisis del conjunto de dimensiones que lo conforman. La concepción de este dispositivo permite poner en relación elementos disímiles como la producción de alimentos funcionales y las estrategias de *marketing* desplegadas por la industria alimenticia para su comercialización; los enunciados sostenidos en nombre de las ciencias de la nutrición que fundamentan el desarrollo de tales productos; las disposiciones establecidas a nivel gubernamental a fin de controlar conductas alimentarias y orientarlas hacia determinados tipos de dietas; los discursos biomédicos que atraviesan las prácticas alimentarias; así como la configuración de una moralidad de cuidado del cuerpo y la salud que erige el binomio alimentación-salud como axioma de las pautas alimentarias.

La medicalización alimentaria es una tecnología de potenciación de la vida que engarza fuerzas sociales, industriales, mediáticas, políticas, biomédicas y tecnocientíficas en torno a los alimentos y la alimentación; sustentada por una dinámica de retroalimentación entre dichas fuerzas, lo que refuerza su alcance y efectividad práctica. En la biomedicalización alimentaria se enlazan formas de patologización de condiciones fisiológicas y estados orgánicos, y formas de intervención para el mejoramiento de la salud y la optimización de la vida no necesariamente buscadas o promovidas en base a condiciones previamente patologizadas. Así, la biomedicalización alimentaria atribuye competencias nutricionales a los individuos y activa modos de subjetivación atravesados por discursos biológicos y biomédicos, orientados a la acumulación de más y mejor capital-salud mediante el ejercicio responsable de un saber-cuidarse alimentario.

Este dispositivo biopolítico modula códigos sociales de gestión de la salud mediante la práctica social y biológica del comer. Se requiere una toma de distancia crítica respecto de una práctica consustancial a la vida como la alimentación a fin de impulsar un proceso que habilite la desnaturalización y disputa de los sentidos que rigen actualmente dichos códigos y prácticas; la reflexión sobre el gobierno de la vida de públicos y poblaciones; y promueva la producción de nuevas representaciones sobre modos de cuidado de la salud y la alimentación.

6. Bibliografía

- Aguirre, P. (2010). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Ashwell, M. (2004). Conceptos sobre Alimentos Funcionales. Washington: International Life Sciences Institute.
- Blech, J. (2005). Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino.
- Bruera, M. (2010). Diet-éticas modernas. Razón, experiencia y resistencia alimentaria. En M. Katz, P. Aguirre y M. Bruera (Eds.). Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura (pp.111-154). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Burri, R. y Dumit, J. (Eds.) (2007). Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge and New Modes of Life. Nueva York: Routledge.
- Ciappini, M. C. (2001). Normas para el etiquetado de alimentos envasados. Rosario: Universidad del Centro Educativo Latinoamericano.
- Conrad, P. (2007). The medicalization of society. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad, P. y Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics): 158-176.
- Cruz Cruz, J. (1999). Antropología de los hábitos alimentarios. En Manuel Hernández Rodríguez y Ana Sastre Gallego (ed.), *Tratado de la Nutrición* (13-31). Madrid: Díaz de Santo.
- El Intransigente (2011). Fabrican en Valencia el primer pan con efecto adelgazante. (2011, 7 de junio). El Intransigente. Recuperado de <http://www.elintransigente.com/notas/2011/6/7/fabrican-valencia-primer-efecto-adelgazante-86561.asp>.
- Elias, N. (1989). El proceso de la civilización. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1985). El juego de Michel Foucault. Saber y Verdad (128-162). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996a). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. La vida de los hombres infames (pp.67-84). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (1996b). Historia de la medicalización. La vida de los hombres infames (pp.85-105). La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- García-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49(3): 236-242.
- Guidonet, A. (2005). Come, ¿y calla? Alimentación, (des)medicalización y cultura. *Trabajo Social y Salud*, 51: 333-360.
- La Nación (2007). Una ley sobre la obesidad. (2007, 30 de octubre). La Nación, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/957649-una-ley-sobre-la-obesidad>.
- Lauricella, V. (2006). Una cuestión de peso. (2006, 30 de noviembre). La Nación, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/863200-una-cuestion-de-peso>.
- Moral Jiménez, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94: 85-104.
- Nye, R. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2): 115-129.
- Olagnero, G.; Genevois, C.; Irei, V.; Marcenado, J. y Bendersky, S. (2007). Alimentos funcionales: Conceptos, definiciones y marco legal global. *DIAETA*, 25(119): 31-39.
- Ortega, F. y Zorzanelli, R. (2010). A cerebralização da fadiga: uma análise da hipótese cerebral no caso da síndrome da fadiga crónica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(2): 289-305.
- Perfil (2011). Adiós a la sal en las mesas de los restó bonaerenses. (2011, 30 de mayo). Perfil, Buenos Aires. Recuperado de http://www.perfil.com/contenidos/2011/05/30/noticia_0032.html.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). *Biopower Today*. *BioSocieties*, 1(2): 195-217.
- Rose, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.
- Rose, N. y Novas, C. (2005). Biological citizenship. En Aihwa Ong y Stephen Collier (ed.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (439-463). Oxford: Blackwell.
- Rosenberg, Ch. (2006). Contested Boundaries. *Psychiatry, disease, and diagnosis. Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3): 407-424.
- Sanhueza, J. y Valenzuela, A. (2012). Nutrigenómica: revelando los aspectos moléculares de la nutrición personalizada. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(1): 71-85.
- Sfez, L. (2008). *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*. Buenos Aires: Prometeo.
- Turner, B. (1982). The government of the body: medical regimens and rationalization of diet. *The British Journal of Sociology*, 33(2): 254-269.

Vallejos, Soledad (2006). Será obligatorio el menú light para cuidar la salud. (2006, 5 de noviembre). La Nación, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/855943-sera-obligatorio-el-menu-light-para-cuidar-la-salud>

Vigarello, G. (2011). Las metamorfosis de la gordura. Historia de la obesidad desde la Edad Media hasta el siglo XX. Buenos Aires: Nueva Visión.

7. Anexo de spots televisivos

1. *Actimel, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2008. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=63RN6L98Fk0>.
2. *Villavicencio.* Argentina, 2009. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=hu8m245gH-E&feature=related>.
3. *Activia, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=icm0xjfNRcw>.
4. *Activia, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?feature=endscreen&NR=1&v=zBsVkqIECYQ>.
5. *Activia, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2012. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=fP_9-OQyPHM&feature=related.
6. *Activia, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=BBzoao-Fp-Y&feature=relmfu>.
7. *Queso Cremón, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2010. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=s8zubZhAVpk>.
8. *Actimel, La Serenísima, Danone S.A.* Argentina, 2008. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=yLznS_nGa3k.
9. *Agua Villa del Sur, Danone S.A.* Argentina, 2011. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=i_CcCuAgc0o.
10. *Knorr Quick, Knorr, Unilever.* Argentina, 2011. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=i8Q-5rP4il4>.