

Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud

Diet and Medicalization. An Analysis of a Mechanism
for Personal Care and Improving Health

*Paula Gabriela Rodríguez Zoya**

RESUMEN

Este artículo analiza la expansión de la medicalización al ámbito de los alimentos y la alimentación. La pregunta de investigación se interroga por la producción y circulación de sentidos sobre el cuidado y la potenciación de la salud implicados en la medicalización alimentaria en la Argentina contemporánea. Se conceptualiza un dispositivo de medicalización alimentaria y se examina su manifestación social mediante el análisis de registros publicitarios, periodísticos y normativos. Los principales hallazgos consisten en la identificación de operaciones de tecnificación y fragmentación de los alimentos, mecanismos de subjetivación alimentaria y tecnologías de gobierno alimentario para la potenciación de la salud.

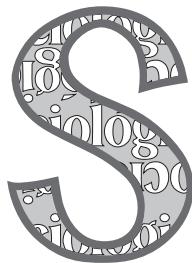
PALABRAS CLAVE: alimentación, medicalización, dispositivo, discursos, potenciación de la salud, Argentina.

ABSTRACT

This article analyzes the spread of medicalization to the sphere of food and diet. The question researched is in the area of production and circulation of meanings about care and improving health implied in the medicalization of food in contemporary Argentina. The author conceptualizes a mechanism of medicalization in the diet and examines its social manifestation through the analysis of publicity, the media, and norms. Her main findings consist of the identification of operations of fragmenting and making foods more technical, mechanisms for subjectivizing food, and technologies of dietary governance for improving health.

Key words: diet, medicalization, device or mechanism, discourses, improving health, Argentina.

* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: <paula.rzoya@gmail.com>.



INTRODUCCIÓN

Las sociedades occidentales contemporáneas son escenario de la extensión de la medicalización a nuevas esferas y problemáticas sociales. La medicalización de la sociedad refiere al proceso por el cual diversos aspectos de la vida cotidiana o la condición humana comienzan a ser tratados en términos médicos o en calidad de problemas de salud (Conrad, 1992; Foucault, 1996). Como parte de este proceso se evidencia la medicalización del dominio alimentario. En efecto, cada vez con mayor insistencia distintas prácticas y discursos que movilizan saberes médico-nutricionales y pautas para el cuidado de la salud alcanzan el campo alimentario, lo moldean y ganan legitimidad sobre la producción de comestibles, la normalización de su consumo y la regulación de su ingesta. Tal modulación del ámbito alimentario a partir de la producción y circulación de categorías médicas y sentidos asociados con la salud supone, recíprocamente, la extensión de la influencia del dominio médico sobre el de los alimentos y a la alimentación como parte del proceso de medicalización.

En estas coordenadas, la tesis central del trabajo sostiene que la medicalización alimentaria constituye una tecnología orientada al cuidado personal y a la potenciación de la salud. Para defender esta tesis la estrategia argumentativa está organizada del siguiente modo. Primero, se explicita una concepción ampliada de medicalización en la que se sustenta el desarrollo de este

trabajo (segundo apartado). Seguidamente, a partir de los aportes de la filosofía foucaultiano-deleuziana, se conceptualiza un dispositivo de medicalización alimentaria que constituye el modelo teórico propuesto en este trabajo (tercer apartado). Luego, se brindan las especificaciones de la estrategia metodológica de la investigación (cuarto apartado). Adicionalmente, se explora la manifestación social de la medicalización alimentaria en el ámbito de la Argentina mediante el abordaje de tres dimensiones imbricadas en el dispositivo: la dimensión del saber y la visibilidad (quinto apartado), la dimensión de la subjetivación (sexto apartado) y la dimensión del poder (séptimo). Para el análisis de cada una de éstas se movilizan diversos soportes empíricos que permiten examinar la producción y circulación de sentidos sobre el cuidado y la potenciación de la salud involucrados en la medicalización alimentaria.

UNA CONCEPCIÓN AMPLIADA DE LA MEDICALIZACIÓN

El concepto de *medicalización* que sustenta este trabajo se fundamenta en tres núcleos teóricos a partir de los cuales es posible comprenderla como un fenómeno complejo irreducible a la primacía de una dimensión analítica predominante.

En primer lugar, si bien es ampliamente reconocido que la construcción social de normalidad que supone la medicalización depende fuertemente del conocimiento y el discurso médico (Nye, 2003), conviene destacar también que la medicalización conforma un proceso sociocultural no monolítico, sino multidimensional, el cual puede implicar o no la profesión médica; es decir, un proceso que involucra múltiples actores y no resulta simplemente del imperialismo médico (Conrad, 2007; Rosenberg, 2006). De esta manera, la medicalización es pensada a partir de un bucle entre los profesionales y los mercados de la salud, los medios y los consumidores; una dinámica de retroalimentación entre distintas fuerzas sociales que contri-

buye a la popularización de síntomas y diagnósticos, así como a la correlativa creación de nuevos mercados de consumo (Conrad y Leiter, 2004).

Esta posición abona la concepción de lo que podría conceputalizarse como un modelo interactivo y multiactoral de la medicalización, lo cual redunda, sin duda, en un mayor rendimiento analítico respecto de posiciones que privilegian a un actor social en particular. Ahora bien, este trabajo reclama la pertinencia de desplazarse teóricamente más allá de la concepción multiactoral para avanzar en la idea de la medicalización como dispositivo, cuyo valor heurístico consiste en poner de manifiesto distintas dimensiones y elementos que, como vectores de fuerza o nervaduras, envuelven y penetran los procesos de medicalización, según se explicitará en la sección siguiente.

En segundo lugar, la medicalización resulta frecuente y casi inherentemente problematizada en relación con el deslizamiento de las fronteras entre patología y normalidad, o lo que en otros términos puede ser enunciado como invención de enfermedades (Blech, 2005), creación de no-enfermedades (Smith, 2002), venta de enfermedades (Moynihan, Heath y Henry, 2002), patologización de la vida cotidiana (Moral Jiménez, 2008) y construcción social de enfermedades (Cannellotto y Luchtenberg, 2010). Sin embargo, no debe pasarse por alto que el desarrollo de la medicalización por una vía organizada preponderantemente en torno a la construcción de distintos tipos de entidades como trastornos, malestares, desórdenes, riesgos y síndromes, es complementaria y se correlaciona con la emergencia y configuración sociocultural de un imperativo de salud (Lupton, 1997), una utopía de salud perfecta (Sfez, 2008), una moralidad de la salud (Becker, 1986) y, en definitiva, una cultura del ser saludable y una nueva conciencia que redunda en prácticas de autoobservación y autoregulación individual para el automejoramiento (Crawford, 1994).

En la articulación de medicalización y búsqueda del ideal de salud puede advertirse que se despliega un trabajo de cuidado sobre sí mismo, tecnológicamente mediado, el cual no actúa

sobre la base de una enfermedad que debe ser curada, un desorden que debe ser corregido o un trastorno que debe ser tratado, sino sobre la propia salud para su mejoramiento, optimización, perfeccionamiento, maximización y potenciación. En esta línea se inscriben las nociones de mejoramiento biomédico (Conrad, 2007) y de tecnologías de optimización de la vida (Rose, 2012). Por todo esto se sostiene que las tecnologías y prácticas orientadas a la perfectibilidad y potenciación de la salud conforman una vía de medicalización que no requiere la mediación de la enfermedad o la patologización.

En tercer lugar, la revisión y complejidad teórico conceptual de la medicalización que sustenta este trabajo se basa en un diagnóstico preliminar. A pesar de que la extensión de aquélla al ámbito alimentario es considerada una de las grandes tendencias contemporáneas, el espacio de producción teórica sobre el tema adolece de una clara sistematicidad conceptual. En efecto, suelen movilizarse indistintamente expresiones como “medicalización de los alimentos” (Aguirre, 2007), “medicalización de la alimentación” (Guidonet, 2005) o “medicalización del comportamiento alimentario” (García-Arnaiz, 2007).

Ante esta divergencia conceptual, se propone distinguir dos procesos complementarios pero particularmente dispares: la medicalización de la alimentación y la *medicamentalización* de los alimentos. El primero apunta a la medicalización de la práctica del comer y alimentarse como dimensión primordial de la condición humana y de la vida cotidiana; mientras que el segundo consiste en que los alimentos son concebidos, promovidos o administrados como medios para la optimización de diversas funciones orgánicas, tal como si fueran medicamentos. En este sentido, la selección y el consumo de alimentos se organizan por razones de orden médico nutricional más que por motivos pragmáticos, simbólicos o sociales. Finalmente, se presenta el concepto de medicalización alimentaria como una categoría de mayor nivel de abstracción que permite articular los dos fenómenos precedentes.

EL DISPOSITIVO DE MEDICALIZACIÓN ALIMENTARIA

De acuerdo con los razonamientos precedentes, es posible avanzar hacia la conceptualización del dispositivo de medicalización alimentaria como construcción teórica sustentada en la premisa de que es un fenómeno multidimensional. Se propone abordar la complejidad de la medicalización –en este caso, en relación con la alimentación– mediante la categoría de dispositivo, tematizada por la filosofía foucaultiana-deleuziana. El dispositivo de medicalización alimentaria constituye un modelo interactivo y multinivel que entraña un doble valor heurístico. Por un lado, permite ir más allá del planteamiento ya clásico acerca de la participación de múltiples actores en el desarrollo de la medicalización (amén de la medicina y los profesionales de la salud) y abstenerse de los debates sobre la primacía de alguno de éstos. Por otro lado, pone en juego la intervención de elementos y dimensiones heterogéneas que se articulan como fuerzas sinérgicas de un fenómeno multidimensional. En este sentido, el dispositivo de medicalización alimentaria anuda distintos vectores o fuerzas que retroactúan conjuntamente sin obedecer a un exclusivo centro de gravedad.

Claramente es posible advertir aquí un conglomerado de elementos de distinto calibre. Por ejemplo, interviene de manera preponderante la industria alimenticia, tanto en lo ateniente a los alimentos funcionales¹ –que actualmente caracterizan su producción– como a las estrategias de *marketing* que la misma industria moviliza para la comercialización y creación-ampliación de mercados de consumo de sus productos. Con ello, se ven involucrados los propios consumidores a quienes están dirigidos los discursos que la industria genera. También concierne a las ciencias de la nutrición y la dietética, pero no sim-

¹ 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: 5).

plemente en lo que respecta a su ejercicio médico, sino a los enunciados sostenidos en su nombre para dar fundamento al desarrollo y comercialización de productos alimenticios. Además, en la circulación social de estos discursos juegan un rol relevante tanto los medios de comunicación que los difunden como los discursos sociales que los replican y modulan las prácticas alimentarias. Por otra parte, revisten especial competencia las disposiciones establecidas a nivel gubernamental con el fin de regular conductas alimentarias y orientarlas, por ejemplo, hacia dietas hipocalóricas o bajas en sodio; y ello, claro está, en relación con el ajuste de las prácticas alimentarias y la configuración de una moralidad del cuidado de la salud a través de la alimentación.

El conjunto de elementos involucrados en la medicalización alimentaria puede ser comprendido como una unidad múltiple a la luz de la figura del dispositivo, concebido por Foucault como:

[...] 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 (Foucault, 1985: 128).

La red que puede establecerse entre esos elementos y dimensiones es lo que se propone pensar en términos de dispositivo, siendo además que entre esos “elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden éstas también ser muy diferentes” (Foucault, 1985: 129). De modo que la configuración del dispositivo de medicalización alimentaria no ataña simplemente a la relación entre diversos actores –como la industria alimenticia, la medicina nutricional, los consumidores, el Estado, los medios–, sino que contempla fundamentalmente los distintos carices que éstos pueden asumir como modos de intervención, sean prácticos, informativos, persuasivos, normativos, etcétera.

Al respecto, conviene recordar la aproximación que Deleuze realiza a la noción foucaultiana de dispositivo. En una conferencia titulada precisamente *¿Qué es un dispositivo?*, reflexiona que en la filosofía de Foucault este concepto refiere a una multiplicidad en la que operan diversos procesos en marcha; un conjunto compuesto por líneas de distinta naturaleza que no tienen coordenadas constantes. Es posible pensar estas líneas como dimensiones o vectores que “siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio y tanto se acercan unas a otras como se alejan” y se cruzan (Deleuze, 2012: 59). De acuerdo con esta lectura, las tres grandes instancias –saber, poder y subjetividad– trabajadas por Foucault constituyen líneas de los dispositivos.

No pueden abordarse aquí cada una de estas instancias con la extensión correspondiente; no obstante, amerita mencionar a cada una de ellas. La dimensión del saber comprende régimenes de visibilidad y de enunciación, de manera que los dispositivos son máquinas para hacer ver y para hacer hablar, no porque iluminen objetos preexistentes sino porque el modo de organizar lo visible y lo que puede enunciarse de ello es indisoluble del régimen del dispositivo. La dimensión del poder, tejida también de las líneas de saber, implica fuerzas que penetran los demás elementos de un dispositivo e informan positivamente prácticas y discursos. La dimensión de la subjetividad constituye una línea que entra en relación con la del poder cuando –como dice Deleuze– se curva, vuelve y se ejerce sobre sí misma en términos de producción de sujetos, es decir, de subjetivación.

En la próxima sección se presentan las consideraciones metodológicas de la investigación que sustentan la construcción de evidencia empírica para analizar las manifestaciones prácticas y sociales de las dimensiones del dispositivo de medicalización alimentaria. Este análisis no aspira a una captura total y estática de un fenómeno complejo como este, lo cual sería una misión vana y reduccionista. Por el contrario, sostiene que:

[...] desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso es [...] el ‘trabajo en el terreno’. Hay que instalarse en las líneas mismas, que no se contentan sólo con componer un dispositivo, sino que lo atraviesan y lo arrastran (Deleuze, 2012: 59).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis de la medicalización alimentaria en la Argentina contemporánea que plantea este artículo se realiza en el marco de una investigación de mayor alcance, actualmente en curso, desarrollada por la autora con financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) de la Argentina.

La metodología de la investigación se sustenta en un enfoque cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2006), orientado a explorar y comprender la producción y circulación social de sentido sobre el cuidado y la potenciación de la salud por vía de la alimentación. Con tal propósito, el diseño de la investigación plantea la construcción de tres *corpus* de análisis referentes a productos alimenticios y comportamientos alimentarios conformados por: i) piezas publicitarias, ii) artículos periodísticos y iii) documentos normativos.

El primer *corpus* comprende piezas publicitarias referentes a alimentos y bebidas, emitidas por televisión en la Argentina. En el marco de investigaciones previas (Rodríguez Zoya, 2013) se construyó una base de datos de mil registros publicitarios a partir del relevamiento de archivos de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sobre ella se desarrolló un proceso de selección de casos según la estrategia general de muestreo especificada más adelante, a partir de la cual se conformó el *corpus* analizado en esta investigación.

El segundo *corpus* se compone de artículos periodísticos de prensa gráfica publicados en diarios de referencia nacional en la Argentina: *Clarín*, *La Nación* y *Perfil*. La estrategia para la con-

figuración de la muestra consistió en un levantamiento de artículos en las páginas de internet de los mencionados diarios. Su búsqueda se efectuó mediante descriptores referidos a la temática en estudio. La selección atendió a recomendaciones de hábitos alimentarios, informaciones nutricionales de alimentos y dietas, promoción de la alimentación saludable y difusión de normativas atinentes a la materia.

El tercer *corpus* está integrado por reglamentaciones que regulan diversos aspectos de la cuestión alimentaria; incluye leyes, disposiciones y convenios de distintos ámbitos gubernamentales de la Argentina (local, provincial o nacional). El relevamiento de normativa alimentaria fue efectuado a través del portal de internet del Sistema Argentino de Información Jurídica del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. La estrategia de selección contempló regulaciones relativas a la producción de alimentos, al estímulo de pautas de consumo y al establecimiento de criterios de salud/enfermedad en relación con la alimentación.

La estrategia general de muestreo para la compilación de cada uno de los *corpus* fue de tipo cualitativo, no probabilístico, y la selección de casos fue intencional con fundamento en el marco teórico de la investigación. El tamaño final de las muestras se rigió por el criterio de saturación de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990). Los *corpus* analizados en la investigación de mayor alcance –en la que se basa este artículo– están integrados por cuarenta piezas publicitarias, treinta artículos periodísticos y veinte documentos normativos. Para la elaboración del presente trabajo se efectuó una selección intencional de casos de cada uno de los tres *corpus* con el fin de ilustrar el análisis desarrollado, dando lugar a tres sub-*corpus* integrados por diez piezas publicitarias, cinco artículos periodísticos y cinco documentos normativos.

La delimitación temporal del estudio comprende el período 2004-2014, con variación del intervalo de relevamiento para cada *corpus*. Por otra parte, la estrategia de análisis planteó una indagación crítica de la producción y circulación de significaciones en discursos sociales (Angenot, 2010) sobre el cuida-

do y la potenciación de la salud por medio de la alimentación. Con este fin, la investigación articuló dos técnicas de análisis: por un lado, se desarrolló un análisis del discurso audiovisual de las piezas publicitarias (Van Dijk, 2012; Verón, 2013); y, por otro, un análisis documental de los artículos periodísticos y las normativas alimentarias (Valles, 1999).

Cabe destacar que la elección de las publicidades, los artículos periodísticos y las normativas alimentarias como fuentes de datos responde a razones metodológicas de peso. Estos tres tipos de registros constituyen discursos de alcance masivo, de gran pregnancia social y capacidad de modulación de creencias, valores y comportamientos, en este caso, relativos a los alimentos y a la alimentación. Por lo tanto, resultan fuentes preeminentes para el análisis de la producción y circulación de significaciones sociales que sustentan los datos elaborados en la investigación. Es relevante señalar que el estudio de la construcción social de sentidos en torno al cuidado y la potenciación de la salud mediante la alimentación no implica la realización de un análisis de recepción ni la observación directa de prácticas alimentarias, para lo cual debieran considerarse variables sociodemográficas y socioeconómicas de los consumidores. Investigaciones posteriores pueden evaluar el rendimiento analítico de las categorías y los datos construidos en este trabajo y extender su testeo a otros dominios.

DIMENSIÓN DE SABER Y VISIBILIDAD: LA TECNIFICACIÓN Y FRAGMENTACIÓN DE LOS ALIMENTOS (Y DE LOS CUERPOS)

La tecnificación y la fragmentación de los alimentos y los cuerpos constituyen aspectos destacados de la producción de saberes y visibilidades relativos a la medicalización alimentaria, cuyo tratamiento aspira a contribuir a la comprensión de la medicalización de los alimentos. Distintas ciencias de la alimentación, como la nutrición, la bromatología, la dietética y la

tecnología de alimentos, producen un saber específico fundado y fundante del estrecho vínculo entre alimentación y cuidado de la salud. Tales especialidades de la medicina moderna tienen incumbencia y autoridad para explicar la composición de los alimentos, la respuesta metabólica y fisiológica del cuerpo ante la dieta y, por ello, también para determinar la *correcta* combinación de comestibles para una buena y sana alimentación. Según la lógica médico-nutricional, el valor de los alimentos se halla en los nutrientes que resultan aislados –práctica o conceptualmente– en virtud de la fragmentación de los mismos (Guidonet, 2005). Así por ejemplo, se sabe que la vitamina B12 de la carne roja posibilita la síntesis del hierro para la oxigenación celular y que los betacarotenos presentes en la zanahoria se metabolizan como vitamina A, lo cual permite la formación de glóbulos rojos y la reparación de tejidos corporales.

El saber que permite concebir a los alimentos a partir de los nutrientes que los componen produce, a su vez, un saber que da visibilidad a estos fragmentos alimentarios por sí mismos, independientemente del alimento donde se hallan presentes. Así, los alimentos son ponderados en virtud del valor agregado que aportan sus fragmentos alimentarios como vitaminas, fibras, aceites, proteínas, minerales, etcétera, sean éstos componentes propios en lo que podría entenderse como *estado natural* de los alimentos o resultado de su modificación técnica. En las actuales condiciones de producción de la industria alimenticia, la generación de saber-visibilidad respecto de los fragmentos alimentarios es indisoluble del proceso de tecnificación de los comestibles. La tecnificación podría ser considerada 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. No obstante, vale señalar que además de la producción industrializada, esta fase implica el tratamiento tecnocientífico de los alimentos en laboratorios (Aguirre, 2010).

Este tipo de producción, más que basarse en la tecnificación de los alimentos, consiste propiamente en la tecnificación de los fragmentos alimentarios. En este sentido, la fragmentación de los alimentos es condición y efecto de su tecnificación. La industria produce y modifica componentes que son incorporados a los alimentos para generar una función diferencial o potenciar el efecto que se espera de su consumo. Por ejemplo, la producción láctea elabora una variedad de leches enriquecidas (aditivadas) con un extra de calcio, vitaminas y minerales; también crea nuevos componentes alimentarios como *ActiRegularis*, *Inmunofortis* y *L Casei Defensis*, agregados a distintos yogures desarrollados para intervenir y controlar ciertas funciones y estados orgánicos, como la regulación del tránsito intestinal en el primer caso o el refuerzo del sistema inmunológico en los otros. Estos nuevos compuestos constituyen marcas comerciales que los fabricantes exhiben como ventaja diferencial en el competitivo mercado.

Los comestibles fragmentados y tecnificados son alimentos medicamentalizados puestos a circular en el mercado para el control del cuerpo y la salud en un modelo de cuidado personal-privado –en tanto que trabajo de cada sujeto sobre sí mismo– y personalizado, porque, a pesar de tratarse de productos de consumo masivo, su comercialización hace visible demandas y requerimientos particulares. Ahora bien, es interesante advertir que cada fragmento alimentario –tanto los intrínsecos a los alimentos como los agregados mediante su tecnificación– adquiere valor en virtud de la función que se espera desempeñe al “acoplarse” a un fragmento de cuerpo, un órgano o complementar determinadas funciones fisiológicas (Guidonet, 2005). En la trama de múltiples determinaciones entre fragmentación y tecnificación de los alimentos, saber nutricional y saber tecnocientífico, entra en juego otro tipo de saber-visibilidad concerniente a una concepción fragmentaria del cuerpo. Así, es posible sostener que la medicalización alimentaria se apoya en un régimen de saber-visibilidad molecular.

Efectivamente, la concepción de fragmentos que entran en relación unos con otros para el control y potenciación de la vida constituye uno de los aspectos nucleares del planteamiento de Rose (2012) acerca de la *molecularización* de la biopolítica, considerada una de las principales mutaciones de la última en el siglo xxi. Esta nueva forma biopolítica encuentra sus fundamentos en el hecho que “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: 29). El control de los cuerpos y de la vida se despliega, entonces, mediante la puesta en relación de fragmentos componentes del cuerpo y de fragmentos que son incorporados al mismo.

La relación de moléculas corporales y moléculas alimenticias se vuelve manifiesta de manera privilegiada en las publicidades de alimentos funcionales. Un caso paradigmático de tales productos son los *aditivados* o adicionados con probióticos,² como Actimel, posicionado como “el único con diez mil millones de su fermento exclusivo L Casei Defensis”. El beneficio invocado 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” (Danone, 2008b). Es notable, además, la producción de objetividad médica que promueve el discurso publicitario audiovisual a través de la construcción digital de imágenes que visibilizan interiores corporales (fragmentos de cuerpos vistos desde adentro), por medio de las cuales se busca explicar determinado funciona-

² Los probióticos son un ingrediente alimentario microbiano vivo que, al ser consumido en cantidades suficientes, altera benéficamente la composición de la microflora intestinal que cumple una función protectora (Ashwell, 2004).

miento orgánico y, a la vez, demostrar el efecto benéfico del producto en cuestión.

Es interesante que no sólo los productos modificados en laboratorios de la industria alimentaria son presentados de esta manera. Otras mercancías que pueden ser consideradas *naturales* también son evocadas como optimizadoras del rendimiento diario o el refuerzo de las defensas del organismo. Éste es el caso del agua mineral Villavicencio, proveniente de una reserva natural de la provincia de Mendoza, Argentina. Resulta curioso que en 1904, cuando comenzó a ser comercializada, no era un producto de consumo masivo sino que estaba asociada con lo medicinal y se vendía en farmacias (Marcas con historia, s/a). En estos días, la pauta publicitaria del producto enuncia: “la vitalidad que necesitás está en los minerales que Villavicencio te trae de la montaña. Villavicencio. Sentí la fuerza. ¡Qué agua!” (Villavicencio, 2009). En este caso, los componentes moleculares que entran en interacción con el cuerpo son los “minerales” que brindan la “vitalidad” necesaria.

La optimización del vínculo entre moléculas corporales y moléculas alimenticias supone una adaptación de las propias prácticas alimentarias en pos del cuidado y la potenciación de la salud. Ese modelo de cuidado personal-privado, molecular y personalizado, conlleva la sujeción al discurso médico científico y a la producción de saberes y visibilidades en los que se apoya la promoción de los alimentos o productos medicamentizados. En ello se juega la producción de un modo de subjetividad que implica –para los individuos– responsabilizarse por la sujeción a una determinada conducta alimentaria que es normalizada y moralizada, así como por la incriminación que es posible recibir en caso de no asumir dicha responsabilidad. Tales aspectos corresponden a la dimensión de la medicalización alimentaria que es tratada a continuación.

DIMENSIÓN DE SUBJETIVACIÓN: NORMALIZACIÓN, MORALIZACIÓN Y RESPONSABILIZACIÓN ALIMENTARIA

Esta dimensión del dispositivo de medicalización articula un conjunto de mecanismos relacionados que es interesante distinguir. Mediante la normalización, la moralización y la *responsabilización* alimentaria los sujetos son conducidos a observarse y a observar su práctica alimentaria para modificarla y modificarse en tanto que sujetos de esa práctica. Por tanto, tales mecanismos activan modos de subjetivación, en el sentido foucaultiano de prácticas sobre sí mismo por las cuales el sujeto se constituye y se transforma en cuanto tal (Foucault, 2011b).³

En primer lugar, la medicalización alimentaria instaura un modelo de normalización regido por el bienestar, la vitalidad y la plenitud como pautas de *normalidad*. Las prácticas o intervenciones promovidas para encauzar el propio estado de salud –así como la percepción del mismo– en este parámetro de normalidad no son necesariamente dirigidas contra un estado fisiológico postulado como disfuncional o patológico, sino en favor del bienestar con fines de incrementarlo. Puede advertirse que allí opera el principio de potenciación de la salud y la vida por sobre el de patologización. En este sentido, el trabajo sobre sí o forma de subjetivación que activa la normalización alimentaria no gira en torno a una enfermedad ni se orienta a su cura, sino que consiste en el desarrollo de un hábito alimentario de cuidado (que también lo es de consumo) para alcanzar, mantener y potenciar el estado de bienestar y plenitud.

Esta construcción es puesta de manifiesto, por ejemplo, en 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

³ Como fue señalado en el apartado metodológico, el estudio desarrollado no contempla la observación directa de prácticas, sino el análisis de discursos por el que se reconstruyen las prácticas alimentarias que los mismos promueven.

hinchazón" (Danone, 2012c). La hinchazón provocada por la irregularidad del tránsito intestinal es concebida como el factor que obtura la normalidad y el bienestar digestivo; el cual se sugiere que será mejorado mediante el consumo de este producto medicinalizado. 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 en 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" (Danone, 2012b). Como segunda fase, se inviste al personaje como portador del mensaje de la marca para recomendar el yogur 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" (Danone, 2012a), o "yo a veces me siento un poco hinchada, pero es normal, en el invierno tengo más 'fiaca', vengo menos al gimnasio". Ante estas declaraciones, 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" (Danone, 2012d).

La normalización del bienestar que instaura la medicalización alimentaria debe ser diferenciada de la del tipo médico-nutricional, en virtud de constituir 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" (Danone, 2010). Aquí se descubren cinco aspectos significativos en los que conviene reparar. Primero, el carácter imperativo de la indicación "cambiá el queso que comés", inscrita 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 médico-nutricional. Tercero, la pauta “en tu desayuno” conlleva un doble mecanismo de normalización: fija un hábito cotidiano y establece el momento del día en que debe llevarse a cabo, en lo que se advierte la operación de medicalización de la alimentación a nivel de la práctica del comer. Cuarto, las menciones a “calcio” y “caseína” se deben a la fragmentación de los alimentos como dimensión clave de 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 benéficos para la salud, se corresponde con el proceso de medicamentalización de los alimentos.

Por otra parte, la medicalización alimentaria comporta un mecanismo de moralización. La trama contemporánea que pone en juego tecnologías de optimización (Rose, 2012) y de mejoramiento biomédico (Conrad, 2007), activa y requiere un ejercicio de cuidado y control corporal permanentes. Como en la utopía de la salud perfecta sobre la que discurre Sfez, cuando la salud se convierte en una obsesión cuyo fin se desplaza siempre en pos de su potenciación y perfectibilidad, el control corporal se erige en la nueva moral de lo cotidiano (Sfez, 2008).⁴ El orden moral de la medicalización alimentaria no se corresponde con una doctrina moral explícitamente formulada en términos prescriptivos, sino que refiere al comportamiento de los individuos respecto de un conjunto de reglas y valores trasmitidos difusamente. Esta distinción se basa en la contraposición que establece Foucault (2011a) entre un código moral y una moralidad de los comportamientos.

⁴ Sobre la relación entre salud y moralidad, particularmente en su articulación con la alimentación, Henderson *et al.* (2009) exploran la centralidad de la búsqueda de salud en el discurso en torno a la compra de alimentos y a los comportamientos alimentarios. Su investigación da cuenta del discurso moral sobre la comida y la responsabilidad personal y moral de comer bien y alimentar a la familia de manera sana.

En esta clave puede leerse el eslogan “Cuidarse está bueno”, de la marca Actimel, un alimento funcional que pregoná ayudar a sus consumidores a estar “mejor preparados ante muchos factores que ponen a prueba sus defensas” (Danone, 2008a). De esta manera, el sentido “bueno” constituye el vértice de una doble operación discursiva: por un lado, remite a un cuidado alimentario que beneficia por favorecer el refuerzo de las defensas para estar “mejor preparados”; por el otro, ese cuidado que hace bien –y por ello se le considera saludable– es comprendido como el buen cuidado. La equiparación de una alimentación saludable con una buena alimentación conlleva la postulación del comportamiento alimentario saludable como el comportamiento correcto. La conformación de una moralidad en esta materia encuentra fundamento en el valor de la salud perfecta, la vida saludable y, principalmente, en el valor adjudicado a la capacidad y autodeterminación de los sujetos para desarrollar un modo de vida saludable y lograr una salud perfecta. En este sentido, observar la propia práctica alimentaria y ajustarla al comportamiento correcto constituye un modo de erigirse en sujeto activo y responsable por la gestión de los propios medios para mantener una buena salud y mejorarla.

Sin lugar a dudas, la configuración de una cultura del ser saludable y el ajuste de las prácticas de cuidado y consumo que propugna la medicalización alimentaria están fuertemente vinculadas con la autopercepción de la salud/enfermedad y con las expectativas y las demandas sobre el propio cuerpo, que resultan indisociables de la clase social a la que pertenecen los sujetos (Boltanski, 1975; Bourdieu, 2007). Efectivamente, las prácticas alimentarias son construcciones sociales complejas que se hallan múltiplemente determinadas por variables de clase, edad, etnia, religión y género, entre otras.⁵

⁵ Cabe destacar que este trabajo se interesa especialmente por la producción y circulación de sentidos en torno al cuidado y la potenciación de la salud en el marco de la medicalización alimentaria. Investigaciones posteriores podrían, por ejemplo, orientarse a analizar el tema en cuestión según diferencias de clase social. Entre otros estudios realizados en la Argentina bajo esta perspectiva pueden mencionarse los de Aréchaga (2010) y Bazán y Ferrari (2011).

La configuración de un orden moral en el terreno alimentario guarda además estrecha relación con los valores asociados a la representación de los cuerpos. Por ello, se hace necesario advertir la transformación de tales valores y representaciones durante el transcurso de un proceso de civilización del apetito (Elias, 2009), lo que García-Arnáiz (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: 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 en la actualidad con la afirmación del estatuto epidémico de la obesidad como enfermedad (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, 1999) y las “diet-éticas” (Bruera, 2010). Así puede ser apreciado en 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” (Danone, 2011). El valor y prestigio de la delgadez tiene su correlato en un comportamiento alimentario que se postula como saludable y bueno por estimular la expectativa y la posibilidad de no engordar y, en última instancia, de perder peso corporal. De aquí que la moralidad que este modelo medicalizado instaura pueda ser concebida en términos de liviandad; mientras que la dimensión del placer que todo acto del comer proporciona es remitida al “disfrute” que provee atenerse a esa moralidad.

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: 241). De tal manera, “el sujeto se convierte en un agente que participa activamente en el trabajo del médico” (Guidonet, 2005: 343). Sin embargo, como destaca (Crawford, 1994: 1351), “este nuevo individuo autónomo, auto-determinado y auto-responsable podría simultáneamente devenir en objeto de nuevas formas de poder que pueden disciplinarlo”.

La *responsabilización* alimentaria implica el cuidado personal y privado de sí mismo, lo cual conlleva un ajuste de los comportamientos alimentarios según los principios de normalidad y moralidad de la medicalización alimentaria. Nuevamente, el discurso publicitario de comestibles subraya el modo en que este mecanismo opera sobre la autopercepción de desvíos 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 en los que incurre, mientras él 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” (Unilever, 2011).

El mecanismo de *responsabilización* alimentaria guarda estrecha relación con la emergencia de nuevas formas de subjetivación biológica, por la cual los individuos moldean sus relaciones con ellos mismos en virtud del conocimiento de su propia individualidad somática (Rose, 2012). Ello implica la formación de competencias dietético-nutricionales, el conocimiento de categorías médicas (en lo que los discursos publici-

tarios de la industria cumplen un rol considerable), así como la atención a los procesos biológicos o estados orgánicos del propio cuerpo, la autoobservación de la práctica alimentaria y la toma de decisiones relativas a la misma. Es decir, la gestión de un saber, una disposición personal y una elección con respecto al cuidado del cuerpo y de la salud; elección que, no obstante, asume carácter imperativo. El modelo de cuidado personal y privado de la medicalización alimentaria se corresponde con un modelo de alimentación correctamente saludable, el cual implica el consumo de alimentos medicamentalizados como vía para cuidar y potenciar la salud.

En este modelo de cuidado, la salud adquiere el estatuto de un capital que debe ser preservado e incrementado, de modo que el ajuste a la alimentación medicalizada constituye una inversión racional sobre sí mismo para obtener un mejor rendimiento. Es precisamente esta perspectiva la que sustenta la definición de la misión institucional de Danone, uno de los grandes grupos transnacionales 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” (Danone, 2012e). La consideración de esta posición comporta incluso mayor relevancia en tanto la mayoría de los productos, cuyos discursos publicitarios fueron aquí tratados (Actimel, Activia, Queso Cremón, Agua Villa del Sur, Agua Villavicencio), pertenecen al mencionado grupo multinacional en virtud de alianzas comerciales con empresas locales.

La concepción del cuidado como inversión sobre sí mismo y la de la salud como capital integran de manera conjunta un marco de pensamiento en la que resulta central la generalización social de la forma “empresa” y, con ello, la constitución del individuo como *homo oeconomicus*; es decir, “un empresario de sí mismo que hace una serie de gastos de inversión para conseguir cierta mejora” de su propia persona (Foucault, 2007: 271). A este nivel se juega una suerte de interfaz del gobierno y el individuo o superficie de contacto entre la persona y el poder, lo cual conduce a la próxima dimensión del dispositivo de medicalización alimentaria.

DIMENSIÓN DEL PODER: TECNOLOGÍAS DE GOBIERNO ALIMENTARIO

La dimensión del dispositivo de medicalización alimentaria relativa al poder comprende un conjunto de tecnologías de gobierno alimentario, concebidas en el sentido foucaultiano de técnicas y procedimientos destinados a dirigir la conducta de los hombres (Foucault, 2007), claro está, en relación con la alimentación y el cuidado de la salud. El despliegue de estas estrategias de poder excluye formas coercitivas y de dominación; tampoco se trata de un ejercicio estrictamente disciplinario, de adiestramiento individual. Las tecnologías de gobierno alimentario constituyen mecanismos de control disperso, a distancia, orientados a modular conductas y concepciones respecto de la salud alimentaria. Tales mecanismos conforman una red de discursos, saberes y poderes que permean en distintos espacios sociales e involucran a diversos actores hasta ahora no considerados.

En primer lugar, corresponde señalar la intervención del Estado en sus distintos niveles de organización a través de leyes nacionales, provinciales y municipales; además, otro ámbito gubernamental, como la Organización Mundial de la Salud (oms), se hace presente mediante el establecimiento de parámetros internacionales sobre la materia. Asimismo, participan sectores industriales y organizaciones o asociaciones civiles; y en el ámbito privado convergen el sector gastronómico y la industria alimenticia, cuyos discursos publicitarios fueron troncales en el desarrollo de las dos secciones precedentes. Además de los anuncios de productos comestibles, aquí se pone en consideración la circulación y producción de sentidos en programas de televisión y medios de prensa.

Cabe explicitar una cuestión que sobrevuela lo desarrollado hasta el momento. Los aspectos trabajados en torno a la dimensión de subjetivación de la medicalización alimentaria remiten al ejercicio de cuidado como forma de gobierno de sí de los individuos en tanto público consumidor, y al mismo tiempo articula las formas de saber-poder heteroimpuestas a los individuos consi-

derados colectivamente; es decir, las tecnologías de gobierno alimentario constituyen estrategias encaminadas al gobierno de los otros. Puede advertirse que en ambas dimensiones el cuidado es constitutivo al gobierno, pero mientras que en la primera forma parte de las mismas prácticas por las cuales los sujetos se modelan y gobiernan a sí mismos, en la segunda es el blanco al que se dirigen las tecnologías de gobierno. Aquí se abordan tres tipos de tecnología de gobierno alimentario mediante casos, medidas y reglamentaciones concretas que permiten observar la dinámica práctica de las formas de control.

El primer tipo actúa sobre la concepción de salud y enfermedad y comprende un conjunto de medidas y acciones. Entre ellas se destaca la Ley Nacional de Trastornos Alimentarios N° 26.396, sancionada por el Gobierno de la Nación Argentina en 2008 (Honorable Congreso, 2008). Por medio de ella se reconocen como enfermedades formas inadecuadas de ingesta alimentaria como la obesidad, la bulimia y la anorexia. Es decir, se consagran como patológicos los modos de comer perjudiciales para la salud. Quizás en ello pueda verse la manera más palmaria de la operación de patologización en la medicalización alimentaria con respecto al predominio de las formas de potenciación de la salud y la vida, señalado y puesto de relieve en los análisis precedentes.

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 (conocida popularmente como “el abrazo de los gordos al Congreso”) 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 adelgazar—, 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 mecanismo de normalización constante que ancla la identidad del “gordo”, de modo que los participantes, amén de lograr una considerable reducción de su peso corporal, nunca alcanzan el ideal; al mismo tiempo, instaura un mecanismo de exemplificación del deber o moralización de una alimentación saludable.

Con respecto a la bulimia y la anorexia, antes de la sanción de la mencionada Ley de Trastornos Alimentarios el mundo de la moda puso en práctica una medida que prohíbe desfilar a modelos cuyo índice de masa corporal (IMC) fuera inferior a 18, en virtud de los parámetros establecidos por la OMS.⁶ 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 desfilar o si deben ser asistidas por un especialista y comenzar un tratamiento (Lauricella, 2006).

El segundo tipo de tecnologías de gobierno alimentario es dirigido al consumo o directamente a la población. Estas estrategias proceden a través de disposiciones estatales y acuerdos con distintos sectores que tienen incumbencia para hacer operativas tales medidas. Entre las acciones legislativas se distingue la Ley Básica de Prevención de Enfermedades (Legislatura de la CABA, 2005), que proclama 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).

⁶ La OMS (2006) 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.

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 de Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina para que los bares y restaurantes bonaerenses no coloquen saleros en 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 en cuarenta por ciento el nivel de sodio en la elaboración del pan (Perfil, 2011). Estas tecnologías normativas ponen de manifiesto que la racionalización de las dietas constituye un factor decisivo del control político del cuerpo y de la población (Turner, 1982).

El tercer tipo de tecnologías de gobierno alimentario es dirigido a nivel de la producción y, de manera indirecta, a la población. 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 disposiciones se enmarcan, por ejemplo, las establecidas por el Código Alimentario Argentino (Poder Ejecutivo, 1969),⁷ cuya actualización está a cargo de una comisión integrada por representantes de los gobiernos nacional y provincial, de la industria e invitados expertos (Ciappini, 2001). Resulta contundente 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 necesidad, expresada en el CAA, 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 el mismo docu-

⁷ El Código Alimentario Argentino (CAA) 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.

mento, que establece el carácter obligatorio de detallar la información nutricional en el rótulo de cada producto, consignando el nombre de los fragmentos alimentarios o 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 también remite al mecanismo de *responsabilización alimentaria* que se expresa en el CAA, ya que indica que los consumidores necesitan 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 alimentaria* regida por el valor de un comportamiento correctamente saludable. Con todo, es posible pensar que el conjunto de tecnologías de gobierno alimentario constituye una estrategia de control abierto y disperso del dispositivo de medicalización alimentaria para el cuidado personal y la potenciación de la salud.

CONCLUSIONES

Este trabajo conceptualizó un dispositivo de medicalización alimentaria y analizó un conjunto de elementos heterogéneos que lo conforman. La figura del dispositivo y su organización en las dimensiones de saber y visibilidad, subjetivación y poder constituyen la matriz teórico-analítica empleada para la exploración de la manifestación social del fenómeno en estudio. A tal fin, se han movilizado diversos discursos (publicitarios, artículos periodísticos y normativas alimentarias) de alcance y circulación nacional en el ámbito de la Argentina. Al respecto, ataÑe señalar que el análisis desarrollado corresponde a un estudio de tipo exploratorio-cualitativo válido para los *corpus* construidos en la investigación, por lo que los resultados no permiten una generalización empírica como la que habilitaría un estudio cuantitativo de tipo inferencial.

El trabajo puso de relieve que la medicalización alimentaria constituye una tecnología que produce y organiza saberes y visibilidades de los alimentos y los fragmentos alimentarios medicamentalizados, y atribuye saberes y competencias nutricionales a los individuos para el desarrollo de una práctica orientada al cuidado personal y la potenciación de la salud. La medicalización moraliza, tecnifica y privatiza el cuidado de la salud conforme a comportamientos alimentarios considerados saludables, con el fin de preservar e incrementar el capital humano de la salud. Así, el dispositivo de medicalización modula y actualiza códigos sociales de gestión de la salud y de la vida mediante la práctica social y vital del comer.

La medicalización alimentaria promueve el ejercicio responsable de un saber-cuidarse atravesado por discursos biológicos y biomédicos orientados a la acumulación de más y mejor capital-salud. De esta manera, la práctica de cuidado que impulsa constituye una forma de inversión sobre sí mismo. Ya sea mediante la activación de modos de subjetivación, que requieren la propia objetivación y autoobservación de los individuos, o mediante el diseño de formas de saber-poder heteroimpuestas a ellos, la medicalización alimentaria constituye una tecnología de gobierno que actúa en el presente para hacer probable un desempeño futuro óptimo en términos de salud y rendimiento vital.

Finalmente, el análisis puso de manifiesto la articulación de los procesos de medicalización de la alimentación y de medicamentalización de los alimentos, así como la primacía de estrategias de potenciación de la salud por sobre los mecanismos de patologización. Resultaría pertinente evaluar los rendimientos teórico-analíticos del modelo del dispositivo de medicalización alimentaria por medio de su testeo en otros dominios empíricos vinculados con la alimentación o mediante el análisis de otros procesos de medicalización contemporáneos.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, Patricia (2007). "La medicalización de los alimentos". *Diario Clarín*. 3 de noviembre de 2007. Disponible en: <<http://edant.clarin.com/diario/2007/11/03/sociedad/s-04906.htm>> [Consulta: 27 de octubre de 2013].
- AGUIRRE, Patricia (2010). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- ANGENOT, Marc (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo xxi Editores.
- ARÉCHAGA, Ana Julia (2010). "El cuerpo y las desigualdades sociales: el espiral [sic] de la reproducción social". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 2 (2): 16-26.
- ASHWELL, Margaret (2004). *Conceptos sobre alimentos funcionales*. Washington: International Life Sciences Institute.
- BAZÁN, Cristina y Liliana Ferrari (2011). "Las dietas hipocalóricas y la delgadez como sinónimos de salud en un grupo de mujeres de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense". *Cuadernos Sociales* 11 (1): 37-73.
- BECKER, Michel (1986). "The Tyranny of Health Promotion". *Public Health Reviews* 14: 15-25.
- BLECH, Jörg (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- BOLTANSKI, Luc (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- BOURDIEU, Pierre (2007). *Campo del poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- BRUERA, Matías (2010). "Diet-éticas modernas. Razón, experiencia y resistencia alimentaria". En *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura*, 111-154. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

- CANNELLOTTO, Adrián y Edwin Luchtenberg (2010). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de San Martín.
- CIAPPINI, María Cristina (2001). *Normas para el etiquetado de alimentos envasados*. Rosario: Universidad del Centro Educativo Latinoamericano.
- CONRAD, Peter (1992). "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.
- CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- CONRAD, Peter y Valerie Leiter (2004). "Medicalization, Markets and Consumers". *Journal of Health and Social Behavior* 45: 158-176.
- CRAWFORD, Robert (1994). "Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and AIDS". *Social Science and Medicine* 38 (10): 1347-1365.
- CRUZ Cruz, Juan (1999). "Antropología de los hábitos alimentarios". En *Tratado de la nutrición*, editado por Manuel Hernández Rodríguez y Ana Sastre Gallego, 13-31. Madrid: Díaz de Santo.
- DANONE (2008a). *Actimel*, comercial TV, 35 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=yLznS_nGa3k> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2008b). *Actimel*, comercial TV, 40 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <<http://www.youtube.com/watch?v=63RN6L98Fk0>> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2010). *Queso Cremón*, comercial TV, 46 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <<http://www.youtube.com/watch?v=s8zubZhAVpk>> [Consulta: septiembre de 2013].

- Danone (2011). *Agua Villa del Sur*, comercial TV, 38 seg. Argentina, La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=i_CcCuAgc0o> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2012a). *Activia*, comercial TV, 40 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=fP_9-OQyPHM&feature=related> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2012b). *Activia*, comercial TV, 42 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?feature=endscreen&NR=1&v=zBsVqkI_ECYQ> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2012c). *Activia*, comercial TV, 39 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <<http://www.youtube.com/watch?v=icm0xjfNRcw>> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2012d). *Activia*, comercial TV, 43 seg. Argentina: La Serenísima, Danone S. A. Disponible en: <<http://www.youtube.com/watch?v=BBzoao-Fp-Y&feature=relmfu>> [Consulta: septiembre de 2013].
- DANONE (2012e). “Historia de Actimel”. En *Actimel*. Disponible en: <<http://www.actimel.com.ar/2012/historia-de-actimel.php>> [Consulta: septiembre de 2013].
- DELEUZE, Gilles (2012). “¿Qué es un dispositivo?”. En *¿Qué es un dispositivo?*, editado por Giorgio Agamben, 57-72. Buenos Aires: Simón Dice Editora.
- ELIAS, Norbert (2009). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (1985). “El juego de Michel Foucault”. En *Saber y verdad*, editado por Julia Varela y Fernando Álvarez Uriá, 127-162. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, Michel (1996). “Historia de la medicalización”. En *La vida de los hombres infames*, editado por Michel Foucault, 85-105. La Plata: Altamira.

- FOUCAULT, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (2011a). *Historia de la sexualidad* 2. “El uso de los placeres”. Buenos Aires: Siglo xxi Editores.
- FOUCAULT, Michel (2011b). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GARCÍA-ARNÁIZ, Mabel (2007). “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario”. *Salud Pública de México* 49 (3): 236-242.
- GUIDONET, Alicia (2005). “Come, ¿y calla? Alimentación, (des)-medicalización y cultura”. *Trabajo Social y Salud* 51: 333-360.
- HENDERSON, Julie, Paul Ward, John Coveney y Ann Taylor (2009). “Health is the Number One Thing We Go For: Healthism, Citizenship and Food Choice”. Ponencia presentada en The Future of Sociology, The Australian Sociological Association, 2009 Annual Conference, Australian National University, Camberra, 1-4 de diciembre. Disponible en <<https://www.tasa.org.au/wp-content/uploads/2015/03/Henderson-Julie.pdf>> [Consulta: septiembre de 2013]
- HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2008). Ley Nacional de Prevención y Control de Trastornos Alimentarios, Ley N° 26.396, 13 de agosto.
- LA NACIÓN (2007). “Una ley sobre la obesidad”. *La Nación*, 30 de octubre. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.ar/957649-una-ley-sobre-la-obesidad>> [Consulta: noviembre de 2013].
- LAURICELLA, Virginia (2006). “Una cuestión de peso”. *La Nación*, 30 noviembre. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.ar/863200-una-cuestion-de-peso>> [Consulta: noviembre de 2013].
- LEGISLATURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (2005). Ley Básica de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad y Diabetes, Ley N° 1.906, 6 de diciembre.
- LUPTON, Deborah (1997). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. Londres: Sage.

- MARCAS CON HISTORIA (s/f). "Villavicencio". En *Marcas con historia*. Disponible en: <http://www.marcasconhistoria.com.ar/detalle_villavicencio.php> [Consulta: octubre de 2013].
- MORAL JIMÉNEZ, María de la Villa (2008). "Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad. Patologización preventiva de la vida cotidiana". *Boletín de Psicología* 94: 85-104.
- MOYNIHAN, Roy, Iona Heath y David Henry (2002). "Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering". *British Medical Journal* 324 (7342): 886-891.
- NYE, Robert (2003). "The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century". *Journal of History of the Behavioral Sciences* 39 (2): 115-129.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2006). "BMI classification". En *Global Database on Body Mass Index*. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> [Consulta: octubre de 2013].
- PERFIL (2011). "Adiós a la sal en las mesas de los restó bonaerenses". *Perfil*, 30 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www.perfil.com/contenidos/2011/05/30/noticia_0032.html> [Consulta: octubre de 2013].
- PODER EJECUTIVO NACIONAL (1969). Código Alimentario Argentino, Ley N° 18.284, 18 de julio.
- RODRÍGUEZ ZOYA, Paula (2013). "Medicalización y salud perfecta: la doble cara del nuevo paradigma de la salud". Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo xxi*. La Plata: Editorial Universitaria de la Universidad Pedagógica.
- ROSENBERG, Charles (2006). "Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis". *Perspectives in Biology and Medicine* 49 (3): 407-424.
- SFEZ, Lucien (2008). *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*. Buenos Aires: Prometeo.
- SMITH, Richard (2002). "In Search of 'Non-disease'". *British Medical Journal* 324 (7342): 883-885.

