

Reinventando cuerpos

Construcción de estereotipos de
belleza a partir del 'peso ideal'

JAIME EDUARDO MOSCOSO SALAZAR

Reinventando cuerpos

Construcción de estereotipos de
belleza a partir del 'peso ideal'



Reinventando cuerpos

Construcción de estereotipos
de belleza a partir del 'peso ideal'

JAIME EDUARDO MOSCOSO SALAZAR

1era. edición: Ediciones Abya-Yala

Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson

Casilla: 17-12-719

Teléfonos: 2506-247 / 2506-251

Fax: (593-2) 2506-255 / 2 506-267

e-mail: editorial@abyayala.org

www.abayayala.org

Quito-Ecuador

FLACSO, Sede Ecuador

La Pradera E7-174 y Av. Diego de Almagro

PBX.: (593 2) 3238888

Fax: (593 2) 3237960

www.flacso.org.ec

Quito-Ecuador

Diseño&

Diagramación: Santiago Calero Flores

ISBN FLACSO: 978-9978-67-313-3

ISBN Abya-Yala: 978-9942-09-044-7

Impresión: Ediciones Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito Ecuador, octubre 2011

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría
en Ciencias Sociales con mención en Antropología,
de FLACSO-Sede Ecuador; Autor: Jaime Eduardo Moscoso Salazar
Asesor de tesis: María Amelia Viteri
Lectores/as: Jorge Núñez / Jenny Pontón

ÍNDICE

Capítulo I. Biopolítica, peso ideal y belleza: notas introductorias	11
Capítulo II Construcción social de la obesidad: discurso médico, agroindustrias y representaciones negativas de lo obeso	41
Capítulo III Obesidad y economía política de los centros de estética y de adelgazamiento	67
Capítulo IV Biopolítica del peso: modelos hegemónicos de la belleza y negociación de los agentes	127
Conclusiones generales	209
Bibliografía	212

Agradecimientos

Siempre que se escribe un agradecimiento, se pude cometer el error de obviar a personas que cotidianamente fueron importantes en el camino recorrido; intentaré no cometer esa injusticia y mencionar a todas las personas que me ayudaron en la consecución de este proyecto. En primer lugar, quiero agradecer a mi Dios, quien día a día me da las fuerzas para seguir adelante: “Los muchachos se fatigan y se cansan, los jóvenes flaquean y caen; pero los que esperan en el Señor tendrán nuevas fuerzas; levantarán alas como águilas; correrán y no se cansarán; caminarán y no se fatigarán” (Isaías 40: 30-31). Esta promesa ha sido una realidad a lo largo de mi vida y, desde luego, en el desarrollo de esta tesis.

Quiero agradecer a mis padres, que siempre han sido un apoyo incondicional en mi vida, siendo los pilares que me han guiado en la realización de mis sueños y metas. Anita, sin tu apoyo, este proyecto no existiría. Gracias por soportar mis cambios de ánimo y a veces mi mal genio. Siempre estuviste conmigo en las interminables horas que duró este proyecto; eres un regalo de Dios en mi vida. Josenia, aunque lo desconoces, tu muerte fue la que motivó la realización de este trabajo; durante el tiempo que compartimos siempre fuiste una amiga y compañera incondicional.

Existieron muchos profesores/as quienes me apoyaron y me desafiaron a continuar en este proyecto. En especial, quiero mencionar a los/as siguientes: a la Dra. María Amelia Viteri, quien me acogió como su alumno en los días cuando estaba desorientado y nadie creía en este trabajo. Su respaldo emocional fue crucial en este caminar; más que ser mi asesora, siempre me brindó su amistad sincera, constantemente me desafió a profundizar en este proyecto y a mantener una rigurosidad interminable en los detalles que implica un trabajo de esta magnitud.

Al profesor Jorge Núñez, cuya originalidad y forma de ver la vida me inspiró constantemente. Sus clases fueron las más interesantes que cursé en FLACSO, las mismas que me ayudaron en el planteamiento metodológico de esta tesis. Su frase “en la investigación no hay recetas universales, sino salidas particulares” me ayudó a resolver de formas poco previstas los problemas presentados durante el trabajo de campo. A la Dra. Erynn Casanova, cuyas sugerencias al plan de tesis fueron muy útiles en su debido momento. A la profesora Andrea Pequeño, quien gentilmente compartió algunas conversaciones que me ayudaron en la división esquemática de los capítulos. A Jenny Pontón, por sus generosos comentarios y las valiosas sugerencias que incluí en la edición final. A Elsy Gómez, por introducirme en el mundo de la cosmetología y la estética; en nuestras largas conversaciones, amplí mi panorama en este campo. Al Dr. Pablo López, quien, con mucha paciencia, me explicó los mecanismos fisiológicos de la obesidad y por compartir sin reservas la información que poseía. A la Dra. Gloria Arbelaes, quien me facilitó el acceso a información muy valiosa; durante los días que estuve en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, siempre probó su transparencia y empeño por modificar los esquemas burocráticos por los que atraviesa la salud pública de nuestro país. A las cosmetólogas, centros de estética y de adelgazamiento y centros de formación en cosmetología y estética que me abrieron sus puertas y que ayudaron para que este proyecto sea una realidad. A mis compañeros/as de posgrado, con quienes compartimos tantos momentos inolvidables, Carlos Germán, Irina, María Augusta, Álvaro, Carolina, entre otros. Finalmente, un agradecimiento a FLACSO, Sede Ecuador y su planta docente, estudiar este posgrado ha sido una aventura que nunca olvidaré.

Any, eres una bendición de Dios en mi vida.

Capítulo I

Biopolítica, peso ideal y belleza: notas introductorias

Umberto Eco (2006) nos introduce a su Historia de la belleza con la siguiente anécdota suscitada en la Grecia clásica: “Cuenta Hesíodo que, en las bodas de Cadmos y Armonía, celebradas en Tebas, las musas cantaron en honor de los novios estos versos coreados inmediatamente por los presentes: ‘El que es bello es amado, el que no es bello no es amado’” (Eco, 2006: 37).

Desde el tiempo de los griegos, se despierta un interés particular que más adelante se convertirá en objeto de adoración para la cultura occidental. Se trata de la ‘belleza’: “La palabra Kalón, que solo impropriadamente puede traducirse por ‘bello’, debe ponernos sobre aviso: Kalón es lo que gusta, lo que suscita admiración y atrae la mirada. El objeto bello lo es en virtud de su forma, que satisface los sentidos, especialmente la vista y el oído” (Eco, 2006: 39-41).

Sobre la investigación

La siguiente investigación es un ejercicio etnográfico sobre las personas que trabajan y reinventan sus cuerpos de acuerdo a estereotipos de belleza, basados en una lógica del mercado ‘occidental’ que construye y habilita cuerpos fragmentados¹ (Le Breton, 1990). Esta fragmentación del cuerpo se traduce, hoy en día, en toda la amalgama de tratamientos, ya sea en senos, glúteos, piernas, rostro, donde se promete, principalmente

¹ Le Breton (1990) nos informa que, en las sociedades antiguas, existía una concepción holística del cosmos, el espíritu y el cuerpo, los mismos que eran considerados como un todo indisoluble. Es con el surgimiento de la modernidad y el individuo, que el cuerpo humano comienza a anatomizarse y fragmentarse, inspirada principalmente en la filosofía mecanicista de Descartes. Cuando hablo de fragmentación en esta investigación, me refiero a la concepción actual de ver el cuerpo como mercancía y objeto de reconstrucción en sus distintas partes; “reconstruya sus glúteos”, “agrándese los senos”, “disminuya su cintura” son ejemplos de esta visión mercantil y fragmentaria del cuerpo.

desde la medicina, una reconstrucción estética para obtener el cuerpo y la belleza deseados.

Este estudio aborda uno de los elementos por el que se mide la ‘belleza’², que es el ‘peso ideal’³, elemento primordial que, en los días actuales, fija diferencias y marca criterios de exclusión en la sociedad, donde se plasman los paradigmas hegemónicos de la salud, belleza y sexualidad, que nos muestran un modelo de belleza normativa, basada en la delgadez extrema.

Por ello, el objetivo de esta investigación es analizar los criterios de las mujeres que asisten a centros de estética y de adelgazamiento⁴ para reinventar sus cuerpos, basados en los prepuestos hegemónicos de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’. Conforme veremos, esta re-inención del cuerpo está mediada por discursos médicos, seudomédicos y cosmetológicos, que, vía medios publicitarios, tratan de vendernos la ‘idea de la belleza’, plasmada en cuerpos ‘bellos’ e inalcanzables. Esta investigación no aborda todos los criterios de medición de la belleza, sino única y exclusivamente los relacionados con el ‘peso ideal’.

Históricamente, los estudios sobre la belleza se han relacionado con la estética y el arte. Eco (2006), desde una visión semiótica, agrupa a todas estas concepciones en movimientos artísticos, literarios y filosóficos. Partiendo de Nietzsche (2001), nos habla de la existencia de una ‘belleza apolínea’ y de una ‘belleza dionisiaca’, concepciones metafórico-filosóficas que se transmutarían en diferentes períodos históricos; así, para el siglo XIX, estos mismos movimientos darían su aparición en lo que Eco denomina la “belleza victoriana” y la “belleza del decadentismo”, y, para el siglo XX, en “la belleza del consumo” y “la

² Conceptualizar el término ‘belleza’ se torna en una tarea sumamente compleja, ya que definirla significaría hablar del “mito de la belleza” (Wolf, 2002). En esta investigación, cada vez que utilizo la expresión ‘belleza’, me refiero a los estereotipos que se crean en torno a los cuerpos de las personas –principalmente mujeres– que, desde una visión mercantil, se los construye usualmente como jóvenes, delgados y de tez blanca. Esta investigación exclusivamente se dedica a la construcción de los estereotipos de belleza basados en el ‘peso ideal’.

³ Con la expresión ‘peso ideal’ me refiero, a lo largo de esta investigación, a los criterios médicos, seudomédicos y cosmetológicos, que construyen la ‘idea de la belleza’ orientados desde una lógica mercantilista que basa sus presupuestos sociales y culturales en el paradigma de la delgadez extrema.

⁴ A lo largo de esta investigación, utilizaré indistintamente las expresiones “centros de estética”, “centros de cosmetología” y “centros cosmetológicos”, de la misma forma que “centros de adelgazamiento” y “centros de reducción de peso”. Esto se debe a que, en ambos casos, son sinónimos y estoy hablando de los mismos centros.

belleza de la provocación” respectivamente⁵. Esta concepción semiótica de Eco (2006), no analiza la belleza desde perspectivas sociológicas, ni etnográficas, por lo que no formará parte de mi argumentación teórica en el desarrollo de este estudio.

Investigaciones más recientes sobre la belleza nos hablan de ésta como una construcción cultural donde el cuerpo es “un sitio de control social directo sujeto a regímenes de belleza y delgadez” (Bordo, 1989; Brook, 1999; Butler, 1993; Grosz, 1994 citado en Casanova, 2007: 292). La inscripción teórica de muchos de estos estudios está concebida por una aplicación de la “hipótesis represiva” a los temas de la belleza y la alimentación (Wolf, 2002; Bordo, 1993; Ventura, 2000) que nos presentan a la mujer permanentemente violenta por abusos sexuales, laborales, sociales, etc. de un sistema patriarcal que explota el cuerpo y la imagen femenina.

El estudio de Wolf (2002) enfatiza en las represiones alimentarias que sufren las mujeres desde muy pequeñas, enmarcándose en un sistema de satisfacción-rechazo que finalmente, en la edad adulta, las llevará a una completa represión de su apetito oral. Esta autora nos informa que el modelo imperante de la delgadez femenina “no es una obsesión por la belleza de las mujeres, sino una obsesión por su obediencia [...] las dietas se han convertido en una obsesión normativa” (Wolf, 2002: 241).

La investigación de Bordo (1997) enfatiza en el bombardeo publicitario que encamina a las mujeres a la obtención del ‘peso ideal’, viviendo éstas en un estado de tensión y negociación permanentemente entre disfrutar las satisfacciones que la comida les brinda y minimizar las sanciones que generan los excesos y la transgresión alimentaria.

⁵ De acuerdo a Eco (2006), la “belleza apolínea” es la que guarda las formas y apariencias, mientras la “belleza dionisiaca” es perturbadora y va más allá de las apariencias. La mutación de la primera se da en el siglo XIX con la “belleza victoriana”, caracterizada por las apariencias, la ostentación y el lujo de la clase burguesa, y en el siglo XX, en la “belleza del consumo”, generada por los medios de comunicación masivos que responden a las modas que propone el cine y los mercados de consumos. La segunda transmuta en el siglo XIX en la “belleza del decadentismo”, representada en el simbolismo, movimiento poético-filosófico que surge para subvertir todas las prácticas y normas burguesas, siendo su principal exponente el poeta Charles Boudelaira. Para el siglo XX, surge la “belleza de la provocación”, expresada en movimientos como el cubismo, el expresionismo y el surrealismo, que presentan un arte abstracto y ‘bello’ a través de representaciones de enfermedades mentales, visiones inducidas por drogas, el interior del inconsciente, etc. Para Eco (2006), la ‘belleza’ sería una suerte de ying/yang, una lucha constante entre la belleza apolínea/victoriana/de consumo que trata de conservar el orden y es afín al sistema, versus la belleza dionisiaca/decadentista/provocativa que es transgresora e intenta subvertir ese sistema.

Ventura (2000) por su parte, manifiesta que en la modernidad tardía, se ha construido una nueva dictadura y tiranía cuya base son los modelos estéticos que nos presentan cuerpos femeninos y masculinos bellos. El ser atractivos y seductores se ha convertido en una demanda y no cumplir con ella nos trae sanciones de exclusión y segregación social. Sin embargo, aunque este escrutinio es para ambos sexos, en las mujeres, esta examinación es mucho más sancionadora y coactiva. En el caso de los hombres, el no alcanzar las medidas propuestas puede ser suplantado por “el poder económico, los logros profesionales, el talento, la fuerza física, la celeridad, la jerarquía o simplemente la simpatía y la capacidad de seducción (al margen de sus anatomías) [que] los protege de la insignificancia o decadencia de sus cuerpos” (Ventura, 2000: 27). Las mujeres, en cambio, se encuentran atrapadas en su cuerpo y en una angustia creciente por no poder dar la talla que plantean los modelos estéticos.

Estos estudios, realizados principalmente en los EEUU, mantienen metodologías mixtas, psicosociológicas, en un esquema de represión-satisfacción, donde se hace un énfasis especial en el estado emocional de las mujeres, analizando categorías tales como culpa, ansiedad, frustraciones y autoestima. De la misma manera, cruzan categorías como género y raza, mostrándonos que son las mujeres blancas las que más sufren por alcanzar los ideales imperantes de la belleza, mientras que las mujeres afroamericanas tienen una mayor autoimagen y aceptación de su propio cuerpo (Casanova, 2008). Este aparente ideal positivo de las afroamericanas más bien esconde estereotipos raciales que presentan a estas mujeres completamente abandonadas a sí mismas en relación a sus cuerpos (Bordo, 1993, 1997). Un estudio similar en Latinoamérica lo realizó Miller (1969) en adolescentes jamaquinos/as, concluyendo que los ideales de belleza deseados en estos adolescentes se relacionan con lo blanco y lo delgado. (Miller, 1969, citado en Casanova, 2008).

En Latinoamérica y Ecuador, se ha investigado muy poco sobre la belleza y los estudios existentes están relacionados con certámenes de belleza (Rahier, 1998; Goetschel, 2004; Pequeño, 2004; Bolívar, 2007; Moreno 2007), investigaciones donde se privilegian categorías tales como el racismo, blanqueamiento, criterios de distinción, folclorización, entre otros tópicos. Ninguno de estos estudios aborda el tema del ‘peso ideal’ y su relación con la ‘belleza’. Los estudios más cercanos que se relacionan

con esta investigación son los de Aafjes (2008), tesis de maestría donde relaciona la belleza física con la práctica de la cirugía estética en Buenos Aires, y el de Esteban (2000), que analiza la imagen corporal y el género en relación con el modelaje en un contexto europeo centrándose principalmente en España.

La única investigación académica realizada en Ecuador que no guarda relación con certámenes de belleza fue realizada por Casanova Erynn (2008), la misma que se efectuó en 81 adolescentes guayaquileñas de dos colegios pertenecientes a clases económicas media alta y baja respectivamente. Esta autora concluye que, por un lado, existe un ideal “irreal de belleza” entre las adolescentes guayaquileñas, basado en esquemas caucásicos europeos y estadounidenses que ensalzan lo blanco y lo delgado, pero que, al llevar estos formatos a la vida cotidiana con personas ‘reales’ de su entorno social, estos esquemas se vuelven más flexibles. Además enfatiza que las jóvenes con mayores recursos económicos presentan una mayor satisfacción con sus cuerpos y apariencia física que sus pares de menores recursos.

Por ello y con los antecedentes expuestos, el presente estudio es una etnografía sobre las personas que reinventan sus cuerpos en base a los estereotipos hegemónicos del ‘peso ideal’. Para lograr este cometido, se investiga la relación existente entre la obesidad y la economía política de los centros de estética y de adelgazamiento. En este sentido, se aborda cómo, a nivel mundial y específicamente en el Ecuador, la obesidad se constituyó en un problema de salud pública. Llamó mi atención poder constatar que la orientación académica de los estudios sobre salud pública en el Ecuador a partir de los años ochenta del siglo pasado y como lo hace notar Yépez (2005), se enfocan en producir una amplia gama de estudios sobre la etiología, epidemiología y comorbilidades de la obesidad. Paralelamente a esto y en contraposición a lo anterior, no encontré ningún estudio o muestra realizada en el Ecuador sobre anorexia y bulimia⁶.

En este punto, me pareció pertinente comparar los datos anteriores con el crecimiento que han tenido los centros de estética y de adelgazamiento

⁶ Es posible que existan estudios aislados realizados por instituciones privadas que efectúan este tipo de tratamientos, a los cuales hasta el momento no he podido acceder. Sin embargo, queda claro que, de existir estudios de anorexia y bulimia, estos serían muy escasos y no tienen ninguna difusión ni social, ni académica.

en la ciudad de Quito, para lo cual me dirigí a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, entidad encargada de emitir los permisos de funcionamiento a estos centros. Los datos históricos obtenidos muestran que, para el año 2009, existían un total de 97 centros de cosmetología y estética, spas y centros de reducción de peso con permiso de funcionamiento y 101 de estos centros que estaban registrados, pero que funcionaban sin poseer su respectivo permiso de funcionamiento. Un total de 195 establecimientos que brindan estos servicios, sin tomar en cuenta los subregistros de los establecimientos que funcionan sin permiso de funcionamiento y sin estar registrados⁷, que, de acuerdo a la información brindada por esta institución, se estiman en un alto porcentaje. Si comparamos estos datos con los 12 centros existentes para el año 1999, vemos cómo, en la última década, estos centros han tenido un crecimiento paulatino y galopante en la ciudad de Quito (ver Tabla N.º 1 en el capítulo III).

De la misma manera, esta investigación analiza y aborda la construcción social de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador, así como las medidas poco eficientes que provienen del Estado para combatirla, que se quedan únicamente en un plano discursivo. Similar fenómeno sucede en relación al tema de la ‘seguridad alimentaria’ y la ‘soberanía alimentaria’ en que, como se podrá constatar, existe una amplia exposición discursiva y legislativa de estos discursos médico-estatales, que, en la práctica, se constituyen en letra muerta y no tienen mayor eco para resolver el problema de la obesidad. Esto deja libre el camino para que, desde un sector privado-corporativo controlado por los centros de cosmetología y de reducción de peso, se implementen las soluciones viables a este problema. En este sentido y conforme veremos, se crea una tecnología en torno a la ‘belleza’ y al ‘peso ideal’, en que las personas, vía medios publicitarios⁸ principalmente, se ven inducidas a alcanzar modelos estéticos hegemónicos bajo los presupuestos de la delgadez extrema.

⁷ En capítulo III, aclaro la diferencia entre lo que significa ‘permiso’ y ‘registro’.

⁸ Con lo dicho, no sugiero que existe una relación directa entre las imágenes que promueven los medios publicitarios y las conductas finales de las personas. En la mitad de estos dos parámetros, existe una multiplicidad de tensiones que deben ser analizadas. Lo que implícito, es que los medios inducen y promueven, mediante imágenes al ‘régimen de la extrema delgadez’. Cómo las personas asimilan estas imágenes es otro tema que se relaciona a la ‘agencia social’ y a los espacios de resistencia que presentan los sujetos antropológicos conforme se aborda en esta investigación.

Conforme los argumentos teóricos planteados, las preguntas rectoras de esta investigación se orientan en saber ¿cómo se desarrolla la relación existente entre la obesidad y la economía política de los centros de estética y de adelgazamiento?, ¿cómo las mujeres que asisten a los centros de estética y de adelgazamiento reinventan y reconstruyen sus cuerpos basándose en los parámetros hegemónicos de la 'belleza' y el 'peso ideal'?, ¿cómo las mujeres negocian sus cuerpos en relación con cierta norma, que cambia conforme es cruzada por categorías tales como clase, raza, etnicidad, edad, contexto cultural?, y analizar ¿cuál es la agencia social que presentan estas mujeres y cómo se manifiesta en espacios de confrontación y de resistencia?

Sobre la metodología y el enfoque etnográfico

En primer lugar, me quiero referir a las motivaciones personales y a la autoreflexividad que me llevaron a la realización de esta investigación. Desde el primer momento en que realicé mi plan de tesis, varios compañeros y académicos de FLACSO, Sede Ecuador vieron con asombro y extrañeza este tema, exponiendo una serie de inquietudes que agrupé en una sola pregunta: ¿por qué un hombre mestizo, de clase media y de contextura delgada, investiga a mujeres 'gordas' que buscan estar más 'delgadas'? Siempre aclaré que no investigaba sobre 'mujeres gordas', sino sobre personas, sean hombres o mujeres, que asisten a centros de estética y de adelgazamiento para obtener su 'peso ideal'. Mi interés, desde un inicio, estuvo enfocado en trabajar tanto en mujeres como con hombres, hecho que no pudo efectuarse debido a que, en todos los centros de estética y/o de reducción de peso analizados, no logré encontrar a ningún hombre que estuviera adelgazando. Finalmente logré entrevistar a un hombre que estaba adelgazando, pero mediante un tratamiento médico y no estético, conforme lo discuto en el capítulo IV.

Esta investigación nació por dos vivencias personales que sucedieron en mi vida. La primera se suscitó en el primer semestre del año 2006, tiempo en que había egresado de mi pregrado en Psicología y se convirtió en una etapa de transición antes de ingresar al sistema laboral, debido a que todavía no poseía mi título por razones administrativas, lo cual me impedía trabajar y ejercer mi profesión. En este tiempo, dediqué gran parte de mi atención a mirar programas televisivos, y encontré,

con asombro, que, por las mañanas, en casi todos los canales, ya sea por programas producidos por el canal o espacios publicitarios contratados, el enfoque estaba direccionado al tema de la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’. El esquema básico que presentaban casi todos estos programas era el mismo. Se iniciaba con una mujer de contextura ancha que se presentaba con una baja autoestima y se sentía rechazada por la sociedad al no poseer el ‘peso ideal’. Luego venía el ‘milagro’ de la transformación, ya sea que tomó las pastillas mágicas, usó las fajas reductoras, o estuvo en tal o cual tratamiento. Las mujeres que presentaban estas publicidades obtenían finalmente las medidas corporales que soñaban, hecho que cambiaba su vida en todo sentido. Siempre me pregunté hasta qué punto y en qué medida toda esta gigantesca publicidad era cierta, o más bien sólo terminaba siendo un negocio redondo para las personas y/o centros que estaban detrás de estas publicidades. A partir de esta vivencia, y aún antes de ingresar a FLACSO, Sede Ecuador surgió mi interés en este tema.

Mi segunda motivación estaba relacionada a un tema sentimental. Las mujeres que me rodearon, desde mi madre hasta compañeras de la universidad, siempre vivían pendientes de lo que comían y en qué cantidades lo hacía. Frases como “esto tiene muchos carbohidratos” o “estoy demasiado gorda” (sin estarlo a mi parecer), eran muy frecuentes en mis vivencias cotidianas. Sin embargo, mi novia y luego esposa, parecía ser la única mujer que yo conocía que estaba al margen de los modelos hegemónicos de la ‘belleza’ basados en el ‘peso ideal’. Comía libremente sin ningún prejuicio ni remordimiento, hecho que produjo en ella un exceso de peso que acumuló a través de los años. Sin saberlo, ella sufría de desfases hormonales hipotiróidicos que fueron deteriorando su salud poco a poco. Finalmente, a los 32 años de edad, adquirió un cáncer en el cuello uterino, enfermedad que causó su muerte.

El impacto que produjo en mí esta pérdida me hizo meditar en la importancia de la calidad y la cantidad de alimentos que ingerimos. Además surgió en mí el interés de profundizar en las causas que originan la obesidad, así como de analizar la amalgama de tratamientos que existen para adelgazar. Fue por esta razón que, a pesar de las dificultades por las que atravesó este estudio, que fueron desde el rechazo inicial de mi propuesta de investigación, tener una escasa bibliografía relacionada con el tema, hasta ser hombre, continué con este proyecto. Mi condición de hombre dio como consecuencia una gran limitación de acceso al campo

y a la información requerida, debido a que no podía pasar desapercibido en medio de tantas mujeres, y era muy evidente que mi presencia en los centros de estética y de reducción de peso tenía un interés que, a criterio de ellos, afectaba la credibilidad y veracidad de sus tratamientos.

Al constituirse este trabajo en una etnografía, es fundamental hablar sobre el ‘concepto de cultura’. En este punto me alinee con Echeverría (1994, 2000, 2002), quien nos informa que la cultura es “una historia de acontecimientos concretos de actividad cultural, singularizados libremente, sobre un plano de diferenciación completamente abierto, ajenos a todo intento de acotarlos y fijarlos dentro de fronteras preestablecidas” (Echeverría, 2000: 166). En este sentido, y conforme se abordará en desarrollo de este estudio, entiendo la cultura como un concepto dinámico, en constante creación y reinención, negándose a la posibilidad de ser homogenizada y acotada dentro de fronteras binarias. Así, el presente trabajo consiste en un ejercicio deconstructivo de los discursos hegemónicos oficiales que versan sobre la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’, mostrándome contrario a la búsqueda de ‘orígenes’, ‘esencias’ y ‘centros’.

El diseño etnográfico escogido para este estudio es multisituado (Marcus, 2001). Este tipo de etnografía se efectúa mayormente para comparar datos entre ciudades e incluso países, y es empleada principalmente para estudiar medios de comunicación, etnografía del cine, estudios socioculturales en ciencia y tecnología (Marcus, 2001: 116). Sin embargo, esta estrategia metodológica queda plenamente justificada para esta investigación, remitiéndonos a lo que el propio Marcus nos dice sobre ella, proponiéndonos:

La idea de una etnografía multisituada, que trascienda la necesidad de situar el trabajo etnográfico en una unidad de análisis territorialmente delimitada, y que permita seguir a la gente, a los artefactos y a las metáforas, historias y conflictos allí donde se produzcan, sin quedar atado a la necesidad de mantener su unidad de análisis en una zona geográfica o en un determinado contexto (Marcus, 1998 citado por Ardèvol et al., 2003: 4).

Como expliqué líneas atrás, el ingreso a estos centros se tornó una tarea muy difícil, ya que dichos establecimientos no estaban interesados en que un extraño los investigara. Por ello, la elección de una metodología

multisituada se constituyó en la estrategia más indicada para esta investigación, siguiendo a las personas en sus 'historias', sus 'conflictos' y sus 'múltiples tensiones' no ligadas a un lugar geográfico específico. Además, debemos considerar que "la etnografía no estudia un lugar [...] no hay un 'objeto de estudio'. Lo que existe es un sujeto cuyo punto de vista interesa, obviamente al investigador, porque pertenece y contiene toda una trama de relaciones significativas socialmente establecidas, a las que podemos llamar cultura" (Geertz, 1994; 2000/1973; 2002/2000 citado por Núñez, 2006: 22).

Durante meses, peregriné buscando un lugar donde efectuar el trabajo de campo sin encontrar una respuesta favorable a mi petición, a tal punto que pensé en realizar una "etnografía encubierta" tal como lo plantea Goofman (2001) en su estudio titulado Internados. A pesar de ser válida esta entrada metodológica, finalmente desistí de optar por ella, ya que, a mi entender, la etnografía es una negociación de mi posición frente al resto de personas. De ahí que mi relación con los/a informantes clave estuvo siempre bien definida y clara, y nunca les oculté los objetivos de esta investigación.

Más bien y como contrapartida, propuse a los centros estéticos y de adelgazamiento que podría trabajar en sus centros brindando gratuitamente tratamientos psicológicos a las personas que lo necesitaran, existiendo el distanciamiento entre el oficio de etnógrafo y el de psicólogo. Aunque a todos los centros les pareció interesante la propuesta, finalmente pesó más el cuidar su imagen y no mostrar los secretos celosamente guardados de sus tratamientos 'exclusivos'. Únicamente el centro Cosmiatra Spa aceptó esta propuesta, solicitándome preparar una conferencia de autoestima y motivación en un colegio del sur de la ciudad de Quito, donde se realizó una exposición de maquillaje y de los diferentes tratamientos que ofrecía el centro.

En este sentido, el campo de este estudio se construye de una manera simbólica, explorando todos los lugares donde aparecen los discursos hegemónicos de la 'belleza' y del 'peso ideal'. A partir de estos presupuestos, seis fueron los lugares detectados: los centros de cosmetología y de reducción de peso; los centros de formación artesanal e institutos superiores donde se forman las cosmetólogas y cosmiatras; el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, así como la

Dirección Provincial de Salud de Pichincha; otros entes estatales y privados tales como la Dirección Nacional de Nutrición, la Sociedad Ecuatoriana de las Ciencias de la Alimentación y la Nutrición (SECIAN), la Junta Nacional de Defensa del Artesano (JNDA), la Dirección de Defensa del Consumidor (DIDECO), la Defensoría del Pueblo, la Tribuna del Consumidor y del Usuario, y el Colegio de Nutricionistas Dietistas de Pichincha; los artículos producidos por revistas académicas y/o producidos por médicos especialistas en nutrición humana; y los artículos e imágenes seudomédicas que aparecen en revistas populares de circulación masiva. A continuación, vamos a abordar el porqué de la elección de estos lugares y documentos.

El trabajo de campo se lo efectuó durante todo el año 2009, en cuatro centros estéticos y/o de reducción de peso de la ciudad de Quito. En primer lugar, está el centro Moldeando tu Figura⁹, ubicado al norte de la ciudad de Quito, donde pude realizar tres entrevistas en profundidad y una historia de vida; el centro Cosmiatra Spa, ubicado en el sector sur de la ciudad donde se realizaron cuatro entrevistas a profundidad, logrando profundizar en tres historias de vida. Esta elección se debió a que estos realizan tratamientos de adelgazamiento implementando una amalgama muy amplia de técnicas estéticas, como son masajes reductores, drenaje linfático, mesoterapia, electroestética, hidroterapia, maderoterapia, por señalar las más importantes, hecho que provee una ventana amplia de análisis de las técnicas para obtener el ‘peso ideal’. Además, el realizar el trabajo de campo en un centro ubicado al norte de la ciudad de Quito, y en otro ubicado al sur de la ciudad, me ayudó a realizar las respectivas comparaciones e intersecciones de las trayectorias de vida en las mujeres que asisten a uno u otro lugar para adelgazar, cruzada por la categoría “ubicación geográfica” conforme se aborda en el capítulo IV.

Mi interés en particular estuvo enfocado desde un inicio en realizar el trabajo de campo en el centro de reducción de peso Delgadez Extrema. La importancia de esta transnacional médica-estética radicaba en ser la que mayor publicidad y marketing maneja tanto en medios escritos como televisivos en la ciudad de Quito. Como era de esperarse, la negativa fue rotunda por parte de este centro que no me permitió realizar ninguna

⁹ Todos los nombres de centros y de los/as informantes clave -salvo casos puntuales donde se aclaran los nombres reales- son ficticios y aparecen en forma de seudónimos. En el mismo sentido, cada vez que me refiero a mi persona dentro del texto utilizaré la palabra “entrevistador”.

entrevista dentro de sus instalaciones. Por ello, decidí buscar personas que adelgazaron o estaban adelgazando en dicho centro, mediante un sistema “prospectivo”¹⁰, método con el cual logré realizar diez entrevistas en profundidad y recopilar información sumamente valiosa como se podrá apreciar en el desarrollo de este trabajo.

De la misma manera, logré entrevistar a otras tres mujeres que adelgazaron en la transnacional estética Mentiras Camufladas, que, en igual forma, mantiene una gran publicidad mediática en la promoción de sus tratamientos. Además realicé una entrevista en profundidad a la dueña del centro China Tatuada, estética que, a pesar de no ser una transnacional, mantiene programas sobre cosmética de producción local¹¹ en dos canales de televisión y posee cuatro sucursales en la ciudad de Quito y otras cuatro en diferentes provincias del país. Aunque originalmente, en este centro, me dieron la apertura para efectuar las entrevistas, más adelante se echaron para atrás y me cerraron sus puertas. En capítulo III, se puede apreciar extractos de la entrevista realizada a la dueña de este centro que me aportó un valioso material etnográfico.

En total, se realizaron 22 entrevistas¹² en profundidad, cuatro historias de vida y múltiples conversaciones informales, de las cuales se analizarán algunos extractos que me ayudaron a descifrar la hipótesis de mi investigación. Durante el primer semestre del año 2009, visité el centro Moldeando tu Figura en un promedio de una o dos veces por semana. De la misma manera, sucedió con el centro Cosmiatra Spa, pero en el segundo semestre del año 2009. En ambos casos, me facilitaron la entrada a sus instalaciones y pude acceder a las entrevistas libremente.

¹⁰ Con la expresión sistema ‘prospectivo’ me refiero a una técnica utilizada en el área de las ventas. Cuando se visita a un cliente se le pide a éste dos o tres referidos, y a su vez a éstos, se les solicitan de la misma forma que puedan recomendar más personas, creado una cartera grande de clientes, método que se conoce en el área de las ventas como ‘prospectación’. En mi caso por la negativa del centro Delgadez Extrema para realizar el trabajo de campo y por la importancia que significaba analizar este centro, fue necesario encontrar personas que adelgazaron o estaban adelgazando en Delgadez Extrema para que éstas a su vez, me refirieran a otras personas en el mismo sentido. Este sistema se enmarca dentro de la estrategia multisituada siguiendo a los sujetos antropológicos sin la necesidad de estar ligados a un lugar geográfico determinado.

¹¹ La mayoría de la publicidad y programas relacionados con la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’ son de producción extranjera. Por ello, recalco que el centro China Tatuada tiene una producción ecuatoriana con programas en vivo todos los días en dos canales de televisión.

¹² Debo aclarar que algunas de las entrevistadas realizaron más de un tratamiento; así, algunas estuvieron en Moldeando tu Figura y también en Delgadez Extrema o/y también en Mentiras Camufladas. Con esta aclaración trato de evitar cualquier tipo de confusión que se podrían presentar al leer este trabajo.

En algunas ocasiones, las entrevistas se realizaron dentro del centro y, en otras oportunidades, fuera de sus puertas, de acuerdo a la facilidad de horario y ubicación de las informantes clave.

No es el objetivo de esta investigación realizar estadísticas pormenorizadas basadas en cuestionarios estandarizados. La idea más bien, desde un inicio, fue analizar las trayectorias de vida de las personas –mujeres principalmente– que asisten a tratamientos de adelgazamiento con una interpretación exclusivamente etnográfica y cualitativa. Las trayectorias de vida las cruzo con categorías tales como género, raza/etnia, clase social y ubicación geográfica con los criterios teóricos y conceptuales que aborda el capítulo IV.

En segundo lugar, visité los centros de formación artesanal y los institutos superiores donde se forman las cosmetólogas y cosmiatras. A nivel artesanal, estuve en la Academia Sudamericana de Belleza y en la Escuela de Cosmetología Princesa de Gales; a nivel superior, visité cuatro lugares: el Instituto Olimpia Barros, el Instituto Tecnológico Superior de Estética Integral (ITSEI), el Instituto Superior Tecnológico de Imagen Personal Lendan, y la Universidad Iberoamericana, que tiene, entre sus carreras, la Escuela de Cosmiatría, Terapias Holísticas e Imagen Corporal. En todos estos sitios, me logré entrevistar con los/as dueños/as y/o directores/as de estos centros de formación. Estas entrevistas aportaron un valioso material para diferenciar la cosmetología artesanal de la cosmetología a nivel superior, y analizar la concepción que se tiene de la cosmiatría en nuestro país. Pude analizar las mallas académicas de la mayoría de estos institutos, que sirvieron para abordar cuáles son los límites que tienen las cosmetólogas y las cosmiatras en su práctica laboral conforme se aborda en el capítulo III.

Para abordar el discurso médico-estatal oficial, entrevisté a algunos actores de este campo de fuerzas. Así, durante los meses de noviembre y diciembre de 2009 y enero de 2010, realicé visitas periódicas y sistemáticas a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, así como al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que son las instituciones estatales que controlan y regulan el funcionamiento de los centros de cosmetología y de reducción de peso. En la Dirección Provincial de Salud, me facilitaron algunos documentos, resoluciones, acuerdos ministeriales e informes consolidados de las estéticas enviados a la Comisaría Sanitaria, siendo el principal documento que se analiza el Manual Operativo para la

Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario.

Además pude acceder –aunque no me permitieron sacar copias– a los procesos administrativos que se seguían en contra de algunas de las estéticas. Conforme abordo en el capítulo III, solicité una y otra vez las resoluciones y sanciones que se habían emitido en contra de las estéticas, pero siempre existió una respuesta negativa al respecto y más bien fueron los afectados por estos centros quienes me facilitaron los documentos requeridos. Llamó mucho mi atención que el Ministerio de Salud, en su página web, recalca una y otra vez la transparencia de la información y el acceso a la misma por parte de todos los ciudadanos/as, declaración que pude comprobar que no era del todo cierta, quedando muchas veces en el papel, ya que, durante los tres meses que visité estas instituciones en la búsqueda de los documentos requeridos, una y otra vez se me negó el acceso a la información precisa sobre los procesos jurídicos que se seguían en contra de las estéticas.

En el mismo sentido, visité algunos entes estatales y privados que estaban relacionados con el tema de la nutrición y la defensa de los consumidores. Así, entrevisté al doctor Rodrigo Yépez, director nacional de Nutrición, con quien compartí una entrevista y me regaló su libro *Obesidad*; entrevisté al doctor Pablo López, presidente de la Sociedad Ecuatoriana de las Ciencias de la Alimentación y la Nutrición (SECIAN), quien me facilitó múltiples documentos y me atendió en varias ocasiones contestando con mucha paciencia mis interrogantes. Me entrevisté con la anterior y la actual presidenta del Colegio de Nutricionistas Dietistas de Pichincha, doctora Soledad de la Torre y doctora Myriam Andrade, respectivamente; también compartí con la coordinadora del Programa de Nutrición Humana de la Universidad San Francisco de Quito, doctora María Elisa Herrera. En los últimos tres casos, me facilitaron información respecto a la forma correcta de adelgazar, y a precisar las diferencias entre lo que significa ‘reducción de peso’ y ‘reducción de medidas’.

Visité la Junta Nacional de Defensa del Artesano (JNDA), entidad que agremia a los/as artesanos/as de la belleza. Aquí me facilitaron algunos documentos e información sobre las cosmetólogas artesanales. En relación con la defensa del consumidor, visité tres instituciones: la Dirección de Defensa del Consumidor (DIDECO), la Defensoría del Pueblo y la Tribuna del Consumidor y del Usuario. El objetivo en estas

instituciones fue conocer las estrategias gubernamentales y privadas que se aplican en relación a los productos, técnicas y tratamientos ‘milagrosos’ conforme se aborda en los capítulos III y IV.

En quinto lugar, esta investigación realiza un análisis de los artículos académicos producidos por salubristas y médicos especialistas en nutrición humana, donde se realiza una deconstrucción de estos documentos y se pone en tela de juicio la declaración de la obesidad como una ‘epidemia’ y un problema de salud pública en Ecuador. Finalmente, se analizan imágenes de dos revistas populares de circulación masiva, donde se plasma el discurso seudomédico. Elegí los artículos e imágenes producidas por la revista Energía Total y la revista Familia por las siguientes razones:

La revista Energía Total está vinculada al Grupo Vistazo, fundado por el grupo empresarial Alvarado-Roca en el año de 1957. Además de Vistazo, son propietarios de Ecuavisa, y de revistas tales como Estadio, Hogar y Generación 21, por señalar las más destacadas. Existe una revista para todos los gustos y preferencias; así, para la familia, está la revista Hogar; para los deportes, la revista Estadio; para los temas de análisis de coyuntura nacional, la revista Vistazo; para conocer de farándula y artistas, tenemos la revista Generación 21. La revista Energía Total es completamente útil para el análisis de este estudio, ya que, como veremos, en ésta se encuentran representados y autorrepresentados los paradigmas hegemónicos de la salud, la belleza y la sexualidad, que nos tratan de dar cuenta de un modelo de belleza única, ligada a la juventud y a la delgadez. Rahier nos informa que “Vistazo, así como otros medios de comunicación, provee a los grupos dominantes un sitio privilegiado en donde expresan su cosmovisión, o lo que se podría llamar una versión oficial del llamado ‘sentido común nacional’” (Rahier, 2004: 97). De esta manera, la revista Energía Total provee imágenes a la colectividad reproduciendo los ‘sentidos comunes’ acerca de la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’.

La elección de la revista Familia mantiene similares presupuestos. Esta revista circula todos los domingos con el diario El Comercio, “concebido como el medio vocero de la sociedad nacional de la Sierra” y que “está dirigido a un público de clase media y media acomodada y, por tanto, es el vehículo que difunde, construye y reproduce órdenes simbólico-sociales de este grupo socioeconómico y étnico-racial

dominante” (Pequeño, 2007: 20-3). Semanalmente se puede apreciar en la revista Familia la gigantesca publicidad que mantienen los centros de estética y de reducción de peso, presentándonos artículos seudomédicos en forma de ‘publireportajes’, como una estrategia mercadológica para promocionar y vender los productos y tratamientos que ayudan a las personas a alcanzar su ‘peso ideal’.

Este estudio se lo realizó en la ciudad de Quito por dos razones puntuales: en primer lugar, la ciudad de Quito, al ser la capital de la República del Ecuador, es la receptora¹³ principal de los discursos hegemónicos que vienen exportados desde los países del norte. Se podrá ver en el desarrollo de este trabajo el crecimiento acelerado que han tenido los centros estéticos y de adelgazamiento (ver Tabla N.º 1 y Tabla N.º 2 en el capítulo III), sumado a la gran producción científica en materia de seguridad alimentaria y de obesidad que se produce en la ciudad de Quito, convirtiéndola en el lugar óptimo para analizar los campos de fuerzas y las tensiones surgidas entre las personas que intentan adelgazar versus el discurso médico-corporativo. En segundo lugar, en la ciudad de Quito, nunca se ha realizado una investigación de esta índole, por lo que los datos y hallazgos encontrados en este estudio se comparan con la investigación realizada en la ciudad de Guayaquil por Casanova Erynn (2008) que enriquecen las conclusiones de la construcción social de la belleza en el Ecuador conforme se aprecia en el capítulo IV. Sin embargo, ampliar esta discusión a la ciudad de Guayaquil constituirá una necesaria investigación en el futuro.

El propósito de efectuar el trabajo de campo en algunos centros estéticos y/o de reducción de peso con diferentes técnicas y tratamientos, así como haber visitado varias instituciones públicas y privadas, se debe a que, por ser éste el primer trabajo realizado en el Ecuador que analiza la ‘belleza’ a partir del ‘peso ideal’ y conforme me lo sugirieron en la defensa de la propuesta, el objetivo de esta investigación era abrir una ventana muy amplia a todos los tratamientos adelgazantes, a diferencia de los clásicos ejercicios etnográficos que se enfocan en un estudio de

¹³ Con lo dicho, no quiero decir que la ciudad de Quito es receptora pasiva de los discursos hegemónicos, sino que, como toda capital de un país, se convierte en blanco principal de las estrategias mercadológicas y publicitarias extranjeras. Tampoco quiero implicar que, en el Ecuador, la única ciudad que recepta estos discursos hegemónicos sea Quito, ya que, en otras ciudades grandes de nuestro país, puede suceder de similar forma, como en el caso de Guayaquil, Cuenca u otras. Al ser ésta la primera investigación que relaciona la ‘belleza’ con el ‘peso ideal’, fue completamente óptimo realizarla en la ciudad de Quito que es la capital del Ecuador.

caso. Más adelante, a partir de este trabajo, las futuras investigaciones podrán concentrar su atención en estudiar un caso en particular sobre tal o cual centro y/o tratamiento.

Sobre los presupuestos teóricos

El enfoque epistemológico de esta investigación está enmarcado en el posestructuralismo, escuela filosófica¹⁴ cuya propuesta principal es su oposición a la búsqueda de ‘centros’, ‘orígenes’ y ‘esencias’. Esta escuela realiza una deconstrucción de los discursos oficiales y pone en tela de juicio los terrenos comunes que construyen la sociedad mediante un sistema de opuestos binarios, para el pensamiento posestructuralista, los opuestos binarios se diseminan en el “juego de la diferencia”¹⁵ (Derrida, 1989). De acuerdo a Derrida (1989), la historia de occidente es una búsqueda constante de ‘centros’, ‘esencias’, ‘orígenes’ y ‘opuestos binarios’ en que siempre existen un centro y una periferia. Por el contrario el “juego deconstructivo” consiste en los “no centros”¹⁶. Con esta concepción epistemológica, realizo un análisis del discurso médico, seudomédico y cosmetológico en relación a la construcción del ‘régimen de la belleza’.

En este sentido, y enmarcados dentro del pensamiento posestructuralista, los presupuestos teóricos de esta investigación tienen dos aristas. La primera arista se refiere al concepto de ‘biopolítica’

¹⁴ Debo aclarar que los principales exponentes de esta escuela filosófica siempre estuvieron opuestos a tal designación de ‘posestructuralistas’, debido a que esta denominación sería una forma de caer en un nuevo ‘centro’. Sin embargo, por facilidad de los lectores a lo largo de esta investigación hablaré del posestructuralismo y/o de los posestructuralistas haciendo referencia a estos autores.

¹⁵ Definir con exactitud qué es la ‘diferencia’ o *différance* sería un total contrasentido, ya que, de acuerdo a Derrida, este término es su ‘no-concepto’ favorito, y al definirlo caeríamos en un nuevo centro. Para facilitar la comprensión de este ‘no-concepto’ voy a resumir la propuesta deconstructiva de Derrida. De acuerdo a él, la cultura occidental se construye basándose en ‘opuestos binarios’, con un centro y una periferia. Así por ejemplo, en una cultura patriarcal, el ‘hombre’ es el centro y la ‘mujer’ es la periferia. Derrida propone el descentramiento de todos los conceptos, donde el que se encuentra en la periferia pasa ‘temporalmente’ al centro y el del centro a la periferia. Este cambio, enfatiza Derrida, debe ser solo ‘temporal’ para subvertir el orden establecido y el concepto privilegiado, ya que, si lo establecemos ‘definitivamente’, volvemos a crear un nuevo centro. En el ejemplo citado, si el concepto ‘mujer’ que está en la periferia pasa ‘definitivamente’ al centro, simplemente pasamos de una sociedad patriarcal a una matriarcal. La propuesta, por el contrario, plantea los ‘no-centros’, donde ningún concepto tiene el privilegio de estar en el ‘centro’. A esta propuesta de los ‘no-centros’, los ‘no-conceptos’, es lo que podríamos llamar el “juego de la diferencia” (Derrida, 1989).

¹⁶ Un texto claro referente al tema es *Nietzsche, la genealogía, la historia* (Foucault, 1992b: 7-31), texto donde Foucault se muestra contrario a la concepción occidental de buscar ‘orígenes’, ‘esencias’ y ‘centros’.

desarrollado por Michael Foucault (1991, 1992a, 2006, 2007) y la aplicación que hago de este término a un concepto nuevo que propongo denominado ‘biopolítica del peso’, con el cual me refiero a las regulaciones y construcciones sociales en torno al régimen alimentario y el ‘peso ideal’. En segundo lugar, siguiendo a Foucault y a Echeverría –respectivamente–, analizo las categorías ‘poder’ y ‘ethos barroco’ y su relación con la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’.

El término ‘biopolítica’ es trazado por primera vez en la obra de Michael Foucault (1992a) en su undécima lección del seminario *Defender la sociedad*. Curso en el Colegio de Francia (1975-1976) en la clase del 17 de marzo de 1976, estudio que estaba enmarcado en la genealogía del racismo. El título que lleva la conferencia es Del poder de soberanía, al poder sobre la vida. Luego, Foucault retomará el mismo tema en su primer tomo de la *Historia de la sexualidad, 1. La Voluntad de Saber* (1991) tema que ocupará el último capítulo del libro con el título Derecho de muerte y poder sobre la vida, donde básicamente analiza los mismos tópicos, pero, en este caso, orientados hacia la sexualidad.

Posteriormente dedicará dos seminarios completos al estudio de la biopolítica y el biopoder: *Seguridad, territorio, población*. Curso en el Colegio de Francia (1977-1978) y *El Nacimiento de la biopolítica*. Curso en el Colegio de Francia (1978-1979), en que analiza la evolución histórica del derecho soberano al gobierno de las poblaciones. Existen investigaciones y artículos posteriores donde Foucault profundiza en los procesos de subjetivación y las tecnologías del yo. El último artículo que escribe Foucault un mes antes de su muerte y que fue publicado posmortem, denominado La vida, la experiencia y la ciencia, se refiere al problema de la vida (Giorgi y Rodríguez, 2007: 12).

Foucault, en estos textos, aborda el quiebre epistemológico del viejo “derecho soberano” a un nuevo derecho basado en el “gobierno de las poblaciones”. El soberano tenía la capacidad de “hacer morir y dejar vivir”; la figura del rey como soberano y representante de Dios en la tierra se imponía, y era éste el que decidía quién moría o quién vivía. Este derecho se impartía en forma de castigo y de total sujeción a la voluntad del rey. Esta capacidad de dar vida o muerte se la impartía en forma desequilibrada, siendo la muerte la que siempre se imponía (Foucault, 1992a: 172).

La preocupación del ‘derecho soberano’ era el territorio. El soberano cuidaba sus fronteras y los individuos que se encontraban dentro de su jurisdicción territorial. Con el nacimiento del nuevo derecho, se trasladará el objeto de estudio a las poblaciones. A partir de aquí, las preocupaciones girarán en torno a los índices de natalidad, mortalidad, salud-enfermedad. Se intentará prolongar la vida de los individuos mejorando su calidad de vida, previniendo enfermedades, epidemias, endemias, etc. El nuevo derecho se configurará en dos sentidos: ‘disciplinas del cuerpo’ y ‘regulaciones biopolíticas’.

Foucault nos informa que, a partir del siglo XVII y XVIII, comenzó a gestarse una nueva forma de poder, centrada especialmente en el control del cuerpo, denominada ‘disciplinas’, que se originó como parte del desarrollo del capitalismo industrial, cuya finalidad es construir una serie de tecnologías y dispositivos en torno al cuerpo. El ‘sistema disciplinario’ crea procedimientos que “distribuyen espacialmente a los cuerpos individuales” organizándolos en “un campo de visibilidad” (Foucault, 1992a: 173). “El objetivo es que cuerpo y mente acepten el cometido que tienen asignado: el cumplimiento de las normas (legales, morales) y la satisfacción de los ritmos de producción” (Ugarte, 2006: 2). Estas ‘tecnologías disciplinarias del cuerpo individual’ son las que crean los cuerpos dóciles, y útiles que potencializan la fuerza laboral, para el duro trabajo industrial que exige la modernidad capitalista.

Para la segunda mitad del siglo XVIII, surge otro sistema de poder, distinto pero complementario del anterior “una tecnología no disciplinaria del poder” que, a diferencia de las ‘disciplinas’, “se aplica a la vida de los hombres, o mejor, no enviste al hombre-cuerpo, sino al hombre viviente” (Foucault, 1992a: 173). Esta nueva tecnología de poder no se va a dedicar a los individuos, sino que su ámbito de aplicación será la colectividad. Luego de que las disciplinas se aplicaron y consolidaron como un sistema de poder, era necesario un segundo momento donde se pasara de lo individual a lo colectivo, logrando construir una sociedad en serie, basada en la masificación. A esta nueva tecnología del poder concebida en el ser humano-especie, cuyo ámbito de aplicación será la vida misma, Foucault lo denominó ‘biopolítica’ y, al nuevo tipo de poder, lo bautizó con el nombre de ‘biopoder’ (Foucault, 1992a).

Este poder disciplinario que actúa sobre el cuerpo individual y la biopolítica que opera sobre las poblaciones (disciplinas y regulaciones)

se constituyen en las dos tecnologías del poder y de la vida que surgen con el objetivo de levantar el edificio de la modernidad y consolidar el orden burgués, que requería de individuos con cuerpos dóciles y disciplinados para el trabajo industrial, y de poblaciones saludables y prósperas que serían el símbolo y distinción de la nueva clase burguesa. Aunque Foucault textualmente no aclara las diferencias entre biopoder y biopolítica, podemos inferir de la lectura de sus textos (Foucault, 1991, 1992a, 2006, 2007) una diferencia crucial entre ambos conceptos. Mientras que el biopoder abarca las inversiones institucionales, ya sean éstas de carácter público o privado con el fin de investigar la etiología, curso, evolución, epidemiología y tratamiento de una patología desconocida, la biopolítica, en cambio, se refiere a los controles e intervenciones estatales que se deducen de los hallazgos encontrados en esas investigaciones (Ugarte, 2006: 10).

Ejemplifiquemos lo dicho con el problema de la obesidad. El ‘biopoder’ se encuentra en todas las investigaciones que se han hecho en el campo de la obesidad, conociendo su etiología, curso, evolución, morbi-mortalidad, epidemiología, impactos nacionales, regionales, mundiales y sus diversos tratamientos, así como las correlaciones que ésta tiene con enfermedades tales como diabetes mellitus tipo II (DT2), enfermedad isquémica del corazón (EIC), y enfermedad cerebrovascular (ECV). La ‘biopolítica,’ en cambio, enfoca su análisis en saber cómo estos datos y hallazgos sirven para crear políticas estatales que mejoren la alimentación de la población ecuatoriana en general, así como en la creación de instituciones que surgen a partir de estas investigaciones como interventoras de las políticas públicas en materia de alimentación; así por ejemplo, la creación de subsecretarías estatales como la Dirección de Seguridad Alimentaria, o instituciones privadas como la Sociedad Ecuatoriana de las Ciencias de la Alimentación y la Nutrición (SECIAN) y el Observatorio del Régimen Alimentario y la Actividad Física de los Niños y Adolescentes Ecuatorianos. En este sentido, se puede concluir que “la biopolítica culmina unas posibilidades de actuación que el biopoder vuelve reales [...] el biopoder es la apuesta de la biopolítica por alcanzar sus fines en la gestión de la vida gracias al uso de los avances en ciencia y tecnología” (Ugarte, 2006: 10).

Son muchos los estudios que han profundizado en el concepto de ‘biopolítica,’ aplicándola en diversos campos de acción; algunos de estos se remiten a Foucault para puntualizar o criticar lo que él no llegó a mirar

en su obra (Heller y Fehér, 1995; Deleuze, 2007; Negri, 2007; Agamben, 2003; Virno, 2003; Esposito, 2006). No es el objetivo de esta investigación trazar pormenorizadamente las múltiples aplicaciones de este concepto, ni de resolver todas las interrogantes y enigmas del nudo gordiano biopolítico. Para la presente investigación, utilizaré este concepto en la concepción más foucaultiana del término.

En este punto, cabe una pregunta: ¿por qué hacer un marco teórico de la biopolítica para hablar acerca de la 'belleza' y del 'peso ideal'? A continuación diagramo mi hipótesis al respecto. Si el hablar de 'biopolítica' es hablar del 'gobierno de las poblaciones', de los cálculos estatales por mejorar los ritmos productivos de sus integrantes, el tema de qué comen y cuánto comen esas poblaciones es sumamente vital e importante para los Estados modernos. Luego de haber contextualizado cómo, en el siglo XIX, existió una biopolítica poblacional que estaba relacionada con los dispositivos de la sexualidad, la interrogante que originó esta investigación es saber y explorar dónde y cómo se presentan las regulaciones biopolíticas en la actualidad. Según mi hipótesis, uno de los campos de intervención de la 'biopolítica' se relaciona con los temas de la 'alimentación', el 'peso ideal' y la 'belleza', articulados a través de un concepto nuevo que propongo denominar 'biopolítica del peso'.

Wolf (2002) nos da luces respecto al tema, enlazando un puente entre sexualidad y alimentación, al decirnos que la cultura moderna suprime el apetito femenino oral como la cultura victoriana suprimía el apetito sexual a través de la medicina. Los ritos de la belleza suplantaron básicamente cada prohibición judeo-cristiana en contra del apetito sexual para trasladarla al apetito oral. De esta manera, Wolf hace un paralelo entre el sexo y la alimentación, mostrándonos que el sexo para la procreación es aceptable, mientras que, para fines placenteros, es considerado un pecado. De la misma manera, en la actualidad, el comer para mantenerse vivo y sano es bueno, mientras que alimentarse solo para complacer al cuerpo (y con ello en exceso) vendría a ser analógicamente un delito.

Recordemos que el tema de la sexualidad, en inicios de la modernidad, deja de ser un problema moral y religioso para convertirse en uno estatal ligado a la reproducción y a la 'distinción' de la nueva clase burguesa (Foucault, 1991). Bourdieu (2006) nos explica que esta 'distinción' gira en torno a los gustos, preferencias alimentarias y los cuidados corporales, con los que las mujeres de clases altas intentan distinguirse mostrando y

exhibiendo un cuerpo entallado, delgado y esbelto que las distinga de sus pares proletarias que presentan cuerpos más rellenos y gordos. De ahí que Foucault (1991), ironiza con los defensores de la ‘hipótesis represiva’¹⁷ alegando más bien que la sociedad burguesa del siglo XIX no reprime ni oculta la sexualidad. Contrariamente, frente a este saber común que es aceptado sin la mayor discusión, aclara que existió una ‘incitación a los discursos sexuales’, y que la sociedad burguesa, muy lejos de reprimir la sexualidad, la promueve y la gobierna (Ugarte, 2006).

De esta manera, el enfoque de la sexualidad para el problema que estamos analizando, de acuerdo a mi hipótesis, se transmuta y toma otros matices en nuestros días, convirtiéndose los controles y regulaciones alimentarias en una máscara oculta con la que se continúa gobernando la sexualidad de las personas, mediante la promoción hegemónica de cuerpos delgados y sensuales. Además, el tema de la sexualidad para nuestros días se presenta de manera disfrazada en diversos ámbitos sociales y culturales, a través de enfoques sexistas, de ‘violencia simbólica’ o ‘dominación masculina’ (Bourdieu, 1998). En este contexto, autores como Contu (2008: 169) mencionan que el nivel de condicionamiento actual impuesto a las mujeres a través del modelo del cuerpo femenino es tal que las induce a someterse voluntariamente al mismo. La imposición del modelo se hace de forma aparentemente democrática y libertaria.

Sintetizando los argumentos esgrimidos hasta ahora, sustento que uno de los principales campos de intervención de las regulaciones biopolíticas en la actualidad es un control social, estatal, corporativo de la alimentación y el peso de las personas, argumento que desarrollo a continuación:

La obesidad siempre existió, incluso fue sinónimo de belleza durante siglos (argumento que se desarrollará en el capítulo II); sin embargo, este hecho cambió a principios del siglo XX, cuando aparece el ‘obeso/a’ como un nuevo sujeto de dominación y objetivación, cuando, desde una perspectiva estatal, se mira las pérdidas que genera el ser obeso en ámbitos laborales (faltan con frecuencia a sus trabajos), así como los gastos en los que incurre el Estado en términos de medicinas y tratamientos (Contreras, 2002b), en vista de que, en la obesidad, mutan

¹⁷ Se infiere de la lectura del libro *Historia de la sexualidad, 1. La Voluntad de Saber* (1991), de Michael Foucault, que la ‘hipótesis represiva’ es la concepción que ciertos autores tienen sobre la sexualidad en la modernidad burguesa, construyéndola como “reprimida”. Los principales exponentes de esta concepción son Freud, Reich y Marcuse.

las principales causas de muerte como diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebro vascular (Yépez, 2008).

Durante toda su historia, el ser humano luchó para contrarrestar la escasez de alimentos que se presentó en diferentes épocas. Para el siglo XX, esta preocupación se convirtió en un asunto de política pública, en la que los Estados miraban los impactos sociales que se daban en la agricultura y la producción de alimentos, así como los beneficios económicos que implicaba la reducción del hambre. Nació entonces la noción de ‘seguridad alimentaria’ que, en sus inicios, se enfoca en lograr una mayor producción de alimentos para contrarrestar las profecías malthusianas¹⁸ y eliminar el fantasma del hambre (Contreras, 2007; Maluf, 2008). Para la década de los ochenta, este objetivo estuvo casi cumplido, por lo que el enfoque cambió y se comienza a fomentar el derecho y acceso de las personas a alimentos saludables.

Este cambio se suscita por presentarse una paradoja: a pesar de existir sobreabundancia de alimentos, los problemas de desnutrición y de obesidad no han desaparecido y, en el caso del segundo, sus índices de crecimiento se dan a gran escala. A partir de ahí, se habla de una ‘inseguridad alimentaria’ por exceso de alimentos (Contreras, 2007). Esta paradoja entra en la lógica neoliberal que presenta el acto alimentario como un tema de responsabilidad individual y privada, antes que como uno estatal y de trascendencia social.

Extrapolando el trabajo de Guerrero¹⁹ (1991, 1994, 2000), podríamos decir que en el tema de la producción de alimentos se pasó de una ‘administración pública de las poblaciones’ en la que el Estado tiene el

¹⁸ La profecía de Malthus, consistía en que, mientras los medios de subsistencia crecían mediante una progresión aritmética, la población crecía en progresión geométrica. Para contrarrestar este desequilibrio, Malthus afirmaba que las guerras, las epidemias y el hambre eran necesarias para detener el crecimiento acelerado de las poblaciones.

¹⁹ Andrés Guerrero (1991, 1994, 2000) aborda el problema del concertaje en el Ecuador, informándonos que Simón Bolívar, en 1828, restaura el antiguo “tributo de indios” con el nombre de “contribución especial de indígenas” cambio sutil que expresa la semántica de la dominación blanco-mestiza. A partir de este evento, comienza lo que él denomina la “administración pública de las poblaciones”. Esta durará hasta el año de 1857, fecha en que se suprime “la contribución especial de indígenas” apoyada por los terratenientes de las haciendas, quienes, en último término, eran los que pagaban este tributo al Estado, el cual se lo exigía en forma anticipada. A partir de este momento, se inicia la “administración privada de poblaciones”, donde la dominación sobre los indígenas queda en manos de los terratenientes, expresada en lo que Guerrero denomina la “ventriloquia política”. Esta metáfora creada por Guerrero calza plenamente en mi investigación, ya que mi argumento se refiere a que las intervenciones en materia de alimentación se transforman de un problema estatal de “administración pública de poblaciones” a ser dominado por uno privado-corporativo que podríamos denominar de “administración privada de las poblaciones”.

control productivo de los alimentos, a una ‘administración privada de las poblaciones’, en que son las corporaciones transnacionales las que están a cargo de la producción de los alimentos. Al trasladarse el problema de la alimentación a un ámbito privado-corporativo, se privilegiaron la producción de alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas, primando el factor económico sobre el saludable. En el mismo sentido, el Estado construyó a la obesidad como un problema de salud pública, sin darle soluciones viables para su curación, trasladándose sigilosamente su tratamiento a manos privadas que están controladas por los centros de estética y de reducción de peso. De esta manera, propongo abordar esta temática a través del concepto que he denominado ‘biopolítica del peso’, el cual analiza y explora la producción de un conocimiento alrededor de los cuerpos, que está conectado discursiva y simbólicamente a un régimen social, político y económico, construido alrededor de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’.

Una vez analizada la aplicación que hago de la biopolítica al tema de la ‘alimentación’, la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’, a continuación abordo la segunda arista de los presupuestos teóricos que se relacionan con la concepción teórica del concepto de ‘poder’ de Foucault y de la aplicación del concepto ‘ethos barroco’ del filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría al análisis de esta investigación. El análisis de estas categorías es sumamente útil en el desarrollo de este estudio, ya que me ayudan a ver la problemática de la belleza y del peso ideal de forma deconstructiva, conforme al enfoque epistemológico expuesto. A continuación, veamos el abordaje teórico de estos conceptos.

Foucault da un quiebre epistemológico con las concepciones clásicas del poder, principalmente con la visión marxista de la historia que nos hablan del ‘aparato de Estado’ entendiendo al poder como un “conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos en un Estado determinado” (Foucault, 1991: 112). Por el contrario, Foucault, sin negar el ‘aparato de Estado’, no está de acuerdo con esta visión vertical del poder donde, ya sea el Estado, sus instituciones o las clases sociales privilegiadas son quienes detentan el ‘poder’, mientras que los oprimidos y las clases sociales menos privilegiadas no lo poseen.

La apuesta foucaultiana es distinta. En primer lugar, no existe ‘el poder’ como sustancia esencial que unos poseen y otros no. Foucault nos habla de la existencia de una ‘microfísica del poder’, entendiendo

con este concepto que el poder no se lo posee sino que se lo ejerce; “nadie, hablando con propiedad, es titular de él” (Foucault, 1992b: 90). No funciona en un sentido vertical de arriba hacia abajo; circula en todas las interacciones humanas, “nunca es monopolizado por un centro, es desarrollado y ejercitado en forma de una organización red” (Foucault, 1980: 98 citado por Hall, 1997: 32).

El poder no actúa en el vacío; circula dentro de un sistema discursivo históricamente determinado, entendiendo por discurso y parafraseando a Hall, como el que “produce formas de conocimiento, objetos y prácticas de conocimiento, que difieren radicalmente de un período a otro sin existir una necesaria continuidad entre ellos” (Hall, 1997: 29). De acuerdo a Foucault, los sujetos son construidos únicamente dentro de los discursos. Así por ejemplo, el ‘homosexual’, el ‘loco’, el ‘niño onanista’, el ‘delincuente’, la ‘mujer histérica’ fueron producidos y dieron su aparición dentro de los discursos morales, legales, médicos y psiquiátricos del siglo XIX (Hall, 1997: 29). Estas formaciones discursivas se sustentan en lo que Foucault denominó ‘régimen de verdad’ donde determinados discursos son aceptados como ‘verdaderos’ sin la mayor discusión y moldean las costumbres de una sociedad en un momento histórico determinado. Aplicando los esquemas conceptuales de Foucault a este estudio, estamos frente al nacimiento del ‘régimen de la belleza’, concepto con el cual me refiero a los discursos hegemónicos que se construyen desde una visión médica, seudomédica y cosmetológica, para hablarnos de las personas ‘bellas’ como sinónimo de bienestar y de triunfo social, asociados a cuerpos jóvenes, delgados y de tez blanca.

El ‘régimen de la belleza’ plantea parámetros de ‘salud’ y de ‘belleza’, en los que, cuantitativamente, se nos informa sobre el ‘peso ideal’ que debemos poseer para mantenernos saludables. A su vez, esto genera una serie de prácticas relacionadas con la alimentación y las dietas que desembocan en una vigilancia del cuerpo, mediante un círculo vicioso entre la culpa y el castigo, que se expían con una serie de técnicas y disciplinas alrededor de los cuerpos, tales como ejercitadores, bodys, fajas, etc., o tratamientos de moldeamiento del cuerpo y de reducción de peso, con el fin de alcanzar el ‘peso ideal’.

Continuando con los postulados del poder, Foucault se opone a creer que éste funciona únicamente como elemento ‘represor’. Así, nos informa:

[...] si el poder no tuviese por función más que reprimir, si no trabajase más que según el modo de la censura, de la exclusión, de los obstáculos, de la represión, a la manera de un gran superego, sino se ejerciese más que de una forma negativa, sería muy frágil. Si es fuerte, es debido a que produce efectos positivos a nivel del deseo –esto, comienza a saberse– y también a nivel de saber. El poder, lejos de estorbar el saber, lo produce (Foucault, 1991b:114-115).

En este sentido, Foucault nos informa que el poder, además de ‘represor’, tiene un carácter ‘productivo’, “produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1991b: 193).

La última idea relacionada con el poder es que “no existen relaciones de poder sin resistencias” (Foucault, 1992b: 181). La noción de poder implica siempre la idea de una ‘relación de fuerza’ donde los discursos oficiales tienen sus espacios de ‘resistencia’. El tema de la ‘agencia social’ y de la ‘resistencia’ es abordado por varios autores, principalmente por los Estudios de la Subalteridad²⁰, que se dedican a profundizar en el tema de la “conciencia del subalterno”(Spivak, 1997; Dube, 1999; Guha, 1999). Spivak (1997) nos informa que, desde la visión de las élites nacionales en las sociedades poscoloniales, se construye la idea de que el subalterno tiene una ‘conciencia negativa’ de sí mismo, asumiendo de forma pasiva los discursos hegemónicos, e idearios políticos y sociales de sus represores.

Spivak se muestra contraria a estos presupuestos teóricos, informándonos que existiría un “uso estratégico del esencialismo” (Spivak, 1997: 258) por parte de los subalternos, quienes aceptan las representaciones sociales asignadas a estos como estrategia de protesta y de negociación para resignificar sus posiciones, convirtiendo sus cuerpos principalmente en un escenario de constantes negociaciones y políticas identitarias (Pequeño, 2007).

En este punto, debo hacer unas precisiones conceptuales y volver a los estudios sobre la belleza. Como expliqué, la mayoría de estos estudios

²⁰ Ranajit Guha sostenía que el objetivo de los Estudios de la Subalteridad era “promover un examen sistemático e informado de temas subalternos en el campo de los estudios sudasiáticos, para rectificar el sesgo elitista de gran parte de la investigación y del trabajo académico” (Guha, 1982 citado por Dube, 1999: 21).

se alinean con la ‘hipótesis represiva’ (Wolf, 2002; Bordo, 1993; Ventura, 2000), presentando al cuerpo femenino permanentemente violentado por el sistema patriarcal. De la misma manera, están las investigaciones que nos informan que, en las sociedades poscoloniales, los subalternos asumen y aceptan los estereotipos de lo blanco y la delgadez denigrando lo no-blanco (Miller, 1969; Casanova, 2008).

En este estudio, se quiere escapar a los ‘opuestos binarios’ aceptación-rechazo, pasividad-resistencia, y más bien hablar de una coexistencia mutua de ambas entidades. Para ello, incorporo al filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría y su estudio sobre el ‘ethos barroco’²¹. Echeverría (1994, 2000), en su extensa obra, plantea una hipótesis que, a primera vista, parece descabellada, al informarnos sobre la posibilidad de crear una modernidad no capitalista y subalterna generada desde Latinoamérica a partir del ‘ethos barroco’.

El ‘ethos barroco’ surge como una estrategia de los derrotados, “nace entre los perdedores, como una forma de vivir la realidad de la pobreza y desesperación sin resignarse; construyendo un mundo imaginario en el que reconstruye el valor destruido” (Echeverría, 2003: 107-109 citado por Morello, 2009: 427). El ‘ethos barroco’ comienza a construirse entre los pueblos indígenas derrotados en manos de su colonizador español. Echeverría plantea –en contraposición a las teorías esencialistas del indigenismo– que el nuevo híbrido mestizo resultado de la conquista, en vez de recuperar sus ‘raíces ancestrales’, adoptó la cultura europea, pero ‘no’ en la forma planteada por la lógica eurocéntrica, sino bajo los parámetros del ‘ethos barroco’. En este sentido, no era el propósito de los pueblos devastados por la colonización “rehacer la civilización precolombina, ‘corrigiéndola’ con lo mejor de la europea, sino rehacer, hacer de nuevo la civilización europea, pero con civilización americana: igual y diferente de sí misma a la vez” (Echeverría, 2000: 181). En la dimensión de lo barroco, existe una dialógica cultural. Por una parte,

²¹ De acuerdo con Echeverría, existen cuatro ethos en la modernidad: ethos clásico, ethos romántico, ethos realista y ‘ethos barroco’; en relación con nuestro estudio, nos interesa saber acerca de los dos últimos. El ethos realista es el de la lógica eurocéntrica que hace referencia a la “convicción de que es conveniente identificarse con la única dinámica realmente triunfadora o existente en el mundo moderno, que sería la del valor mercantil” (Echeverría, 2002), mientras que el ‘ethos barroco’, “ante la necesidad trascendente del hecho capitalista, no la acepta, sin embargo, no se suma a él sino que lo mantiene siempre como inaceptable y ajeno. Se trataba de una ‘forma natural’ del mundo de la vida que parte paradójicamente de la experiencia de esa forma como ya vencida y enterrada por la acción devastadora del capital” (Echeverría, 2000: 39).

es la aceptación de la cultura europea, pero subvertida a través de la imaginación.

El ‘barroco’ tiene múltiples aristas para ser analizadas; para esta investigación, únicamente me voy a referir al principio del ‘tercer excluido’²². Dentro de la lógica noreuropea/estadounidense, se maneja bajo los parámetros del ‘tercer excluido’ aristotélico, postura que se lee en el plano ontológico del ‘ser’ o ‘no ser’, planteando una u otra elección, pero nunca las dos al mismo tiempo, negando toda posibilidad a una ‘tercera opción’, la misma que es vista como una forma de barbarie y premodernidad de los subalternos.

El ‘ethos barroco’, en cambio, se resiste al imperativo de esa elección [...]. Es más, el decidir o tomar partido –de una manera absurda, paradójica– por los dos contrarios a la vez, inherente al ‘ethos barroco’, es así una toma de decisión por el tercero excluido, por un salto capaz de rebasar el empate de la contradicción así como la ambivalencia que resulta de él; una elección que implica sin duda, juzgada desde la actitud “realista”, un “escapismo”, “una huida fuera de la realidad”. Elegir la “tercera posibilidad”, la que no tiene cabida en el mundo establecido, trae consigo un “vivir otro mundo dentro de ese mundo”, es decir, vista a la inversa, un “poner el mundo, tal como existe de hecho, entre paréntesis” (Echeverría, 2000: 176).

Como analizaremos en este estudio y continuando con Echeverría, la aceptación de los dos contrarios a la vez, la elección del ‘tercer excluido’, es la principal estrategia cultural y la forma particular de vivir la modernidad desde Latinoamérica. Nuestras ‘culturas andinas’ y especialmente la nuestra, se constituyen en ‘culturas barrocas’ que se niegan a la posibilidad de ser homogenizadas y acotadas dentro de fronteras binarias; no es lo ‘uno o lo otro’, ya que puede ser lo ‘uno y lo otro’ al mismo tiempo. En este sentido y sintetizando lo argumentado hasta aquí, mi inscripción teórica es una apuesta ‘deconstructiva’, una suerte de descentramiento donde los ‘opuestos binarios’, y las lógicas de poder se diseminan en el ‘juego de la diferencia’ (Derrida, 1989). En el desarrollo de este trabajo, se realiza un análisis de los discursos médico, seudomédico y cosmetológico, contextualizados dentro de un campo de fuerzas contrapuestas, explorando la agencia personal de los subalternos,

²² “El principio del tercer excluido o tercio excluido enuncia que, cuando dos proposiciones están opuestas contradictoriamente, no pueden ser ambas falsas. En la formulación tradicional, se dice que, si S es P, es verdadero; S no es P, es falso, y viceversa [...] El principio de contradicción enuncia en la lógica tradicional que dos juicios opuestos contradictoriamente no pueden ser ambos verdaderos; el del tercio excluido sostiene la verdad del uno y la falsedad del otro” (Ferrater, 1994: 3479-80).

no como categorías binarias de pasividad-resistencia²³, sino abordados como conceptos que coexisten mutuamente.

Organización del texto

El capítulo I ha centrado su análisis en definir el problema de investigación, el diseño metodológico y los presupuestos teórico-conceptuales. En este último parámetro, el principal concepto que se ha analizado es el de 'biopolítica' desarrollado por Michael Foucault, y la aplicación que hago del mismo al tema de la 'alimentación', el 'peso ideal' y la 'belleza', a través del concepto que he denominado como 'biopolítica del peso'. En el mismo sentido, se ha analizado categorías tales como 'poder' y 'ethos barroco' y su aplicación al tema de la 'belleza' y del 'peso ideal'.

El capítulo II aborda la construcción histórica del problema de la obesidad como una preocupación médico-estatal-corporativa, así como el surgimiento y trayectoria de nociones tales como 'seguridad alimentaria' y 'soberanía alimentaria', problematizando cómo estos discursos fueron implementados en nuestro país. Se realiza una deconstrucción al discurso médico oficial y a la declaración de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador. De la misma forma, se deconstruye la relación existente entre la obesidad y el género, y la obesidad y la pobreza. Este capítulo explora y desarrolla el concepto de 'biopolítica del peso' creando los nexos entre las categorías 'seguridad alimentaria', 'obesidad', 'peso ideal' y 'belleza'.

El capítulo III analiza la relación existente entre la obesidad y la economía política de los centros de estética y de adelgazamiento, realiza un mapeo de los diferentes tratamientos y técnicas que se utilizan para moldear el cuerpo, así como para adelgazar. Explica por qué la clasificación oficial del Ministerio de Salud Pública no se aplica en la práctica cotidiana y se elabora una clasificación alternativa de acuerdo a los hallazgos del trabajo de campo; de la misma forma, problematiza las paupérrimas y casi inexistentes regulaciones estatales hacia este tipo de centros. Finalmente, el capítulo aborda las ganancias que obtienen estos centros, así como las microeconomías y relaciones de solidaridad que se tejen entre las cosmetólogas.

²³ En la mitad de estos dos conceptos, pueden haber múltiples variantes para ser analizadas, que nos brindan la opción de la 'tercera posibilidad', y que son ignoradas desde las visiones elitistas y académicas noreuropeas y estadounidenses.

El capítulo IV se enfoca en las negociaciones de las mujeres que asisten a este tipo de tratamientos y en las múltiples tensiones que significan la reinención y reconstrucción de sus cuerpos. Analiza las motivaciones al tratamiento, las presiones familiares, sociales, laborales, sus expectativas iniciales versus los resultados obtenidos, niveles de autoestima y autoaceptación, cruzadas por las categorías género, raza/etnia, clase social y ubicación geográfica. Además, se analizan los efectos secundarios de los tratamientos adelgazantes como son el 'efecto rebote' y el 'efecto yoyó'. Se efectúa un análisis sobre los productos, técnicas y tratamientos 'milagrosos' con imágenes que nos provee la revista Familia. En todo el capítulo, se problematiza cómo las mujeres reaccionan frente a los discursos hegemónicos de la 'belleza' y del 'peso ideal', mostrando, en unos casos, aceptación y/o resistencia al mismo tiempo, frente al 'régimen de la belleza'.

El texto se cierra con las conclusiones generales sobre la construcción de la 'belleza' a partir del 'peso ideal' y con la presentación de la bibliografía respectiva.

Capítulo II

Construcción social de la obesidad: discurso médico, agroindustrias, y representaciones negativas de lo obeso

En este capítulo, analizaré la construcción social de la obesidad, realizando una radiografía del 'discurso médico' en relación al tema de la alimentación y del 'peso ideal'. En primer lugar, se revisará la trayectoria de la noción de la 'seguridad alimentaria', para luego enfocarnos en las representaciones históricas de lo obeso y lo delgado. Basado en estas dos premisas, analizaré cómo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, surge el 'obeso/a' como un nuevo sujeto de dominación y objetivación por parte de un discurso médico-estatal, que construye a la obesidad como un problema de salud pública en el mundo y específicamente en el Ecuador.

Trayectoria de la seguridad alimentaria

Lo primero que nos llama la atención es el término 'seguridad' y su relación con el tema alimentario, término que nos pone en un escenario bélico o de grave riesgo ciudadano. Esta unión entre 'seguridad' y 'alimentación' no es inocente, y nos remonta al siglo XIX, cuando se crearon los 'aparatos' y 'dispositivos de seguridad' junto con el perfeccionamiento de la ciencia estadística y probabilística, que comenzaron a alertarnos de los riesgos y consecuencia futuras de un determinado fenómeno social. Foucault (2006) nos informa que los 'dispositivos de seguridad' se orientaron en dos sentidos: como represor en el caso de la delincuencia, y como probabilístico de futuros peligros en el caso de las epidemias o endemias que pudieran presentarse, analizando las consecuencias que éstas producirían en la sociedad, así como la forma de erradicarlas.

En esta segunda modalidad, en la que se entrelazan la ‘seguridad’ y la ‘alimentación’, conforme lo problematiqué en el capítulo I, surge lo que denomino como ‘biopolítica alimentaria’ o ‘del peso’, cuya finalidad es modificar y controlar a la especie humana a través del acto alimentario, y sus repercusiones privadas en el ámbito estético, hipótesis que desarrollaré en el presente capítulo.

Podemos definir a la ‘seguridad alimentaria’ como la situación cuando “todas las personas tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana” (Cumbre Mundial Sobre la Alimentación, 1996). La ‘seguridad alimentaria’ en el siglo XX se desarrolló en el contexto de las guerras mundiales, la resección económica de la década de los años treinta, y las permanentes crisis alimentarias que actualizaban las profecías malthusianas sobre el crecimiento geométrico de la población versus el crecimiento aritmético de los alimentos. Esto pronosticaba una catástrofe social, debido a que la producción de alimentos no alcanzaría a cubrir y satisfacer las demandas mundiales.

Ante lo dicho, en 1945 –una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial–, se crea la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) cuyo enfoque principal en materia de ‘seguridad alimentaria’ fue aumentar y mejorar la producción agrícola a nivel mundial. Para la década de los sesenta, existían grandes diferencias de suministros de alimentos per cápita entre los países desarrollados, con un promedio de 3 030 calorías/día por cada habitante, versus los países en vías de desarrollo, con un promedio de 1 960 calorías/día de consumo por habitante. Esto, sumado a las crisis financieras y a la escasez de los alimentos, llevó a que, en la década de los setenta, se precipitara una grave crisis alimentaria entre 1972 y 1974, lo que llevó a los países de occidente a realizar la primera Cumbre Mundial de la Alimentación, efectuada en la ciudad de Roma en 1974 (FAO, 1995; Morales, 2006). Más adelante, para 1976, se creó el Comité de la Seguridad Alimentaria.

La Cumbre Mundial de la Alimentación de 1974 enfatizó en el derecho que tienen todas las personas a no padecer hambre y desnutrición, enfocándose prioritariamente en el tema de la disponibilidad de alimentos mediante el aumento de la producción agrícola. Para la

década de los ochenta, los temores neomalthusianos²⁴ parecieron ser infundados, ya que se logró una suficiente disponibilidad de alimentos. La preocupación entonces se enfocó en que las personas tuvieran acceso a alimentos sanos e inoocuos, principalmente porque, a pesar de existir un suficiente suministro de alimentos a nivel mundial, hay gente que no tiene acceso a una alimentación digna y nutritiva (Aguirre, 2004; Maluf, 2008; Contreras, 2007).

Surge otro problema propio de las sociedades de la abundancia que nos plantea una paradoja: a pesar de existir sobreabundancia de alimentos, los problemas de desnutrición y de obesidad no han desaparecido, y, en el segundo caso, sus índices de crecimiento se dan a gran escala. A partir de ahí se habla de una ‘inseguridad alimentaria’ por exceso de alimentos (Contreras, 2007). Esta paradoja tendría su explicación en el contexto del neoliberalismo y la liberación de los mercados, donde se traslada el problema de la alimentación de un enfoque social a uno individual, de uno estatal a uno corporativo; “las corporaciones transnacionales suplantaron las estructuras reguladoras nacionales bajo las cuales nacieron, convirtiéndose en los principales agentes para el establecimiento de una regulación global privada de las condiciones alimentarias” (Maluf, 2008: 45).

Extrapolando el trabajo de Guerrero (1994), conforme lo abordé en el capítulo I, podríamos decir que, en el tema de la producción de alimentos, se pasó de una ‘administración pública de las poblaciones’ en la que el Estado tenía el control productivo de los mismos, a una ‘administración privada de las poblaciones, en la que son las corporaciones transnacionales quienes dictan las reglas y están a cargo de la producción y comercialización de los alimentos. Al trasladarse el problema de la alimentación a un ámbito privado-corporativo, se privilegiaron la producción de alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas, primando el factor económico sobre el saludable. Esta visión privada neoliberal tuvo su mayor auge en la década de los ochenta, con las políticas gubernamentales del presidente estadounidense Ronald Reagan, cuando se comenzó a considerar que el sector público era una fuerza que obstruía el crecimiento del mercado al ser ineficiente, por lo

²⁴ Los neomalthusianos son los economistas modernos que pretenden actualizar las profecías de Malthus sobre las catástrofes que pueden ocurrir en la humanidad al faltar el suficiente suministro de alimentos a nivel mundial.

que se debía privatizar todos los sectores estratégicos del Estado, para ser controlados por manos privadas.

En este contexto, fueron beneficiadas las grandes multinacionales agrícolas estadounidenses, quienes masificaron la producción de alimentos predominando sus ganancias económicas, cuya distribución trascendió toda barrera nacional o cultural, convirtiendo el tema alimentario en un “estatus de mercancía y no de nutriente” (Ross, 2002:296). Latinoamérica se constituyó en la principal región para los intereses de las agroindustrias estadounidenses, donde ejercen sus dominios más de las tres cuartas partes de ellas (Ross, 2002:297).

Se presionó a los países latinoamericanos para que dejaran de producir alimentos para el consumo interno; estos solamente debían servir para ser exportados. En vez de ello, los países latinoamericanos únicamente debían importar alimentos industrializados, convirtiéndonos en dependientes de los productos importados (Shiva, 2006). Además, los EEUU y las organizaciones financieras internacionales están opuestos a la autosuficiencia alimentaria, entendiéndola por ésta la capacidad de cualquier Estado de tener un suministro suficiente de alimentos sin dependencia externa. Ellos enfatizan que el buen funcionamiento de las leyes del mercado y de la globalización neoliberal es el que debe garantizar la ‘seguridad alimentaria’ en cualquier país del mundo (Morales, 2006:158; Maluf, 2008:147). Esta postura de los países industrializados, en muchas ocasiones, ha tenido la complicidad de la FAO, cuyas declaraciones han sido contradictorias y difusas, apoyando las políticas neoliberales (Morales, 2006:100; Maluf, 2008:56).

Contradictoriamente a esto, tanto la Unión Europea como los EEUU mantienen subsidios para la producción agrícola interna y restricciones arancelarias a los ingresos de producciones foráneas, violando las estipulaciones de la Organización Mundial del Comercio²⁵ (medidas que se obligan a cumplir a los países en vías de desarrollo), subsidios sobre los cuales se niegan a dar las cifras exactas y las agroindustrias que son favorecidas con tales medidas, a tal extremo de camuflarlas como formas de apoyo tolerables bajo las reglas de libre mercado (Morales, 2006:84).

²⁵ La Organización Mundial del Comercio (OMC) se ha constituido en una institución represora al servicio de los países desarrollados, que se opone a cualquier medida o normativa que favorezca a la salud pública de un determinado país (Shaffer y Brenner, 2006).

Mientras se estima que, en el mundo, oficialmente existen más de 800 millones de personas que padecen de hambre (Cumbre Mundial de la Alimentación, 1996), sin contabilizar aquellas personas que sufren de “hambre oculta”²⁶ (Morales, 2006), los países industrializados gastan más dinero en subsidiar animales que lo que un agricultor puede ganar mensualmente, a tal extremo que se podría reducir significadamente la desnutrición en algunos países si se invirtiera la quinta parte de lo que se utiliza para alimentar a estos animales (Aguirre, 2004:49). Tan precaria es la situación para algunos agricultores que, en algunas partes del mundo, por su triste condición social, económica y el agobio de las deudas, se registran estadísticas altas de suicidios entre éstos (Shiva, 2006).

Otro dato interesante que cabe destacar es que el tema alimentario es prioritario en los EEUU, lo cual se evidencia en sus presupuestos estatales sobre alimentación; así, para 2005, se invirtió, en todos los programas alimentarios y subsidios respectivos, la suma de \$51 billones, equivalente al 55% de todo el presupuesto general estatal para ese año (Maluf, 2008:41-2). De ahí que esta competencia resulta ser completamente desigual, siendo que los agricultores de los países en vías de desarrollo son quienes suministran y abastecen al mercado mundial, pero viven en situaciones de extrema pobreza. El precio que reciben por la venta de alimentos es muy inferior en comparación al valor que deben pagar para adquirir los alimentos de forma procesada e industrializada (Morales, 2006:74). A continuación, vamos a revisar la trayectoria de la ‘seguridad alimentaria’ en el Ecuador.

En el año de 1971, mediante una ‘Carta-Convenio’, se crea el Comité de Coordinación de Políticas de Alimentación, cuya finalidad es establecer las bases para una Política Nacional de Alimentación y de Nutrición multisectorial. En aquel documento se enfatiza la precaria disponibilidad y el poco acceso a los alimentos que tiene la población ecuatoriana (Ministerio de Agricultura y Ganadería, 1975).

En la década de los ochenta, ya se observa en los documentos analizados que se quería implementar un sistema nacional de seguridad alimentaria con sus respectivos órganos ejecutores, basados en el convenio José Celestino Mutis sobre agricultura, seguridad alimentaria y

²⁶ De acuerdo a Morales (2006) el “hambre oculta” se refiere a las cifras no oficiales de personas que padecen de hambre en el mundo. Son los subregistros de personas que padecen de hambre, pero que no están contempladas en las estadísticas oficiales.

conservación del ambiente (Consejo Nacional de Desarrollo, Ministerio de Industrias, Comercio e Integración, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Acuerdo de Cartagena, 1985). La situación de nuestro país es un reflejo de lo que vivían todos los países latinoamericanos deudores del FMI: existía una precaria producción agrícola que no abastecía a las necesidades de consumo interno, pero que sustentaba los mercados internacionales, con una economía dependiente de las agroindustrias transnacionales, existiendo un desajuste en la balanza de pagos de la producción agrícola.

Para la década de los noventa, la situación no cambió significativamente. El Proyecto Regional ALADI/FAO Capítulo Ecuador de 1993 nos informa que, en relación a la disponibilidad de alimentos, “no hay producción agropecuaria” y, en relación al acceso, “no se puede comprar”. La Cumbre Mundial de la Alimentación realizada en la ciudad de Roma en 1996 comienza a generalizar los programas de ‘seguridad alimentaria’ a nivel mundial. Así, en nuestro país, para 1997 y como parte de las políticas alimentarias, se crea el Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESAE), la Comisión Nacional de Alimentación y el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN), cuyo objetivo principal es crear todas las políticas públicas para reducir la inseguridad alimentaria en nuestro país (Ministerio de Agricultura y Ganadería y FAO, 1997).

A lo largo de esta década y de la siguiente, se implementarán 15 programas e iniciativas gubernamentales tendientes a crear todo el marco jurídico de una estrategia nacional de seguridad alimentaria (Jordán et al. 2005). Sin embargo, no es hasta el año 2006 que se crea la primera Ley de Seguridad Alimentaria, la que tiene una existencia relativamente corta, debido al cambio político y estructural que el Ecuador va a tener a partir del año 2007 con el gobierno de Rafael Correa y la nueva Constitución de 2008. En la nueva Carta Magna, se establece el marco conceptual sobre la ‘soberanía alimentaria’. Así, en el artículo 281, la Constitución del año 2008 nos informa que:

Soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente (Constitución Política del Ecuador, 2008).

Además, encontramos más referencias sobre el tema en los artículos 282, 288, 309, 311, 314, 321, 334, 335, 336, 337, 409, 410 de la actual Constitución de la República del Ecuador. En el gobierno de Rafael Correa, se han dado algunas medidas interesantes en el plano agrícola, que vale la pena destacar. La principal, sin lugar a dudas, es la ruptura definitiva en las negociaciones del Tratado de Libre Comercio (TLC) con EEUU, el cual se pensaba que iba a quebrar definitivamente con los agricultores ecuatorianos que no tendrían manera de competir con las gigantescas agroindustrias estadounidenses. Además, se comenzó a debatir las consecuencias negativas para el Ecuador de su ingreso a la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1997 (Colectivo Agrario, 2009).

Entre las principales líneas gubernamentales en materia de soberanía alimentaria, podemos señalar algunos conceptos como ‘el buen vivir’, que se refiere a la armonía y simbiosis que debe existir entre el ser humano y la naturaleza, sin privilegiar los factores económicos y de mercado. Esto se enmarca dentro de un principio todavía más amplio que se denomina ‘economía solidaria’²⁷. Se intenta modernizar al agro ecuatoriano con capacitaciones permanentes, créditos oportunos, tecnologías, suficiente abastecimiento para su autoconsumo, subsidios e incentivos, así como declarar al Ecuador un país libre del cultivo de semillas transgénicas (Colectivo Agrario, 2009).

Conforme se ha revisado en esta sección, la ‘seguridad alimentaria’ estuvo enfocada en sus inicios en lograr una disponibilidad de alimentos a nivel mundial. Cuando este objetivo se cumplió, el enfoque cambió para lograr acceder a alimentos sanos e inocuos. Este cambio surgió por presentarse una paradoja: a pesar de existir el suficiente suministro de alimentos, la gente no se alimenta de forma adecuada. Por ello, conforme nos informa Contreras (2007), podemos afirmar que estamos viviendo en una ‘inseguridad alimentaria’ por exceso de alimentos. En este punto es donde se entrelazan el concepto de ‘seguridad alimentaria’ y la ‘obesidad’, constituyéndose los programas de ‘seguridad alimentaria’ a nivel mundial en mediadas para lograr una adecuada alimentación que prevenga la obesidad en las poblaciones. Esta relación ‘seguridad alimentaria’ y ‘obesidad’ tomará cuerpo en el siglo XX conforme lo vamos a contextualizar en la siguiente sección. Para lograr ese cometido, voy a realizar una revisión histórica de la evolución de las representaciones

²⁷ El presidente Rafael Correa, una y otra vez, ha hecho alusión a la ‘economía solidaria’. Entendiendo con este concepto, que se debe privilegiar al ser humano sobre el capital.

de la obesidad y de la delgadez, enlazándola con su correspondiente intersección al tema de la 'belleza' y del 'peso ideal'.

Representaciones de la obesidad y la delgadez

Al estudiar las representaciones y los ideales de belleza a través de la historia, vemos como éstas han sido cambiadas y modificadas en el transcurso del tiempo, de acuerdo a exigencias culturales, alimentarias, industriales y de clase social. Si bien es muy difícil realizar una cronología histórica en términos generales con aplicación a todas las sociedades, a continuación voy a diagramar una suerte de esquema para facilitar este análisis.

Arqueólogos y antropólogos han descubierto que, en 'sociedades tradicionales'²⁸ de cazadores-recolectores, principalmente del norte de África –como se puede ver en las cuevas de Tassili–, se representaron figuras humanas con un “cuerpo alto, magro, flaco y fibroso” (Aguirre, 2004:26). Sin embargo, en términos generales, estas sociedades privilegiaron el cuerpo gordo y obeso (Fischler, 1995; Contreras, 2002b; Garine, 2002; Aguirre, 2004) a tal punto que llegaron, a través de expresiones artísticas, a divinizar la obesidad (Barreto, 2008). Esto podemos verlo ejemplificado en las Venus de Willenfort; Astarté, la diosa fenicia; o, en nuestro caso, las Venus de Valdivia, que son “figuras de mujeres obesas, particularmente a nivel de vientre, de contornos redondeados y pobladas cabelleras” (Barreto, 2008:2). Esta divinización se debe principalmente a que este tipo de sociedades tenían un culto a la fertilidad y la vida, y, en su cosmovisión, se creía que una mujer de caderas anchas tendría mayor facilidad de perpetuar la especie.

Además, el principal problema con el que se enfrentaban este tipo de sociedades era el hambre, las crisis alimentarias se constituyeron en un fantasma para la supervivencia de la humanidad; en ese contexto, lo obeso se constituye en lo deseable, ya que son las personas que pueden comer y guardar reservas en sus organismos para los tiempos de escasez quienes tienen mayores probabilidades de sobrevivencia (Fischler, 1995; Contreras, 2002; Garine, 2002; Ross, 2002; Aguirre, 2004; Morales, 2006).

²⁸ Son las sociedades de los cazadores-recolectores, concepto con el cual hago alusión a las sociedades o culturas, donde predomina la agricultura como principal fuente de producción económica.

Esta cosmovisión favorable de la obesidad cambia en la Edad Media, donde la vida monástica y ascética es la que predomina en la cultura. Dante Alighieri, en la *Divina Comedia*, presenta a los glotones en el sexto círculo del purgatorio, “obligados a pararse entre dos árboles con apetitosas manzanas, incapaces de alcanzarlas y consecuentemente desesperados por el hambre” (Barreto, 2008:2), constituyéndose la obesidad como símbolo de la transgresión, y en pecados capitales como son la gula y la glotonería.

En el Medioevo, el ayuno es la principal forma de alcanzar la santidad y vencer las tendencias pecaminosas de la carne. Surgen las ‘santas ayunadoras,’ mujeres que, en el transcurso de su vida, han dejado de comer, están dedicadas a la meditación y su único alimento es la eucaristía. En la actualidad, muchos psiquiatras y psicólogos las considerarían con un cuadro de anorexia nerviosa, pero en esta época son ejemplos de trascendencia y santidad, a tal punto de considerarlas santas y merecedoras de la canonización (Fischler, 1995:361).

Con el advenimiento del Renacimiento y la primera Modernidad, una vez más las figuras obesas van a ser privilegiadas, principalmente entre las clases altas, lo cual está relacionado con cambios alimentarios y con el nuevo paradigma renacentista que exhibe y desnuda el cuerpo. Entre los siglos XIV y XVIII, en la mayoría de países de Europa –con sus respectivas variantes locales–, la obesidad se convierte en sinónimo de salud y de belleza, mientras que la delgadez es símbolo de la enfermedad y la pobreza. Esta concepción guarda su lógica en las permanentes crisis económicas y agrícolas que atraviesa Europa, siendo las mujeres campesinas quienes sufrían las peores consecuencias de estos fenómenos, tales como la desnutrición. La mayoría de estas mujeres dejaban de comer para que sus esposos e hijos pudieran ingerir el poco alimento existente (Ross, 2002). En este sentido, no debemos admirarnos de que las mujeres de clases privilegiadas intentaran ser gordas y distinguirse de las mujeres campesinas que eran delgadas y raquíticas, símbolo de su pobreza y fealdad (Matthews, 2000:87).

Además, las mujeres flacas, al tener caderas estrechas, se las consideraban como ‘malditas,’ ya que el estereotipo las ligaba a la esterilidad y la brujería (Garine, 2002:136), al contrario de sus pares gordas, símbolos de la bondad y el estatus de la aristocracia. En este

sentido, la obesidad se constituye en símbolo de estatus social ligado a la opulencia y al poder, lo que podemos ver ejemplificando en las representaciones artísticas de reyes, papas y cardenales que son representados con estructuras anatómicas gordas y obesas (Barreto, 2008:3). El hombre puede demostrar su estatus y triunfo social al estar con una mujer gorda, ya que, como indicamos líneas atrás, la mayoría de las mujeres de la época eran desnutridas y pobres, por lo que tener una esposa obesa era una “indicación inequívoca de su prosperidad y generosidad” (Shack, 2002:114). Además, las mujeres de clases opulentas no realizaban ninguna actividad física ni doméstica, lo cual acrecentaba su obesidad, a diferencia de los cuerpos delgados y raquíticos de las mujeres campesinas.

Las representaciones artísticas de la belleza también favorecen a las mujeres obesas. A partir del renacimiento, ya sea la Afrodita de Rubens o la Artemisa y la Betsabé de Rembrandt son pruebas fehacientes de que, en esta época, la obesidad se había constituido como el paradigma oficial de la belleza, lo que se resume y se expresa en el conocido refrán latino “gordura es hermosura” (Contreras, 2002a; Barreto, 2008).

Con el surgimiento de la sociedad industrial y el desarrollo del capitalismo, la delgadez una vez más será el estereotipo de belleza e ideal a ser alcanzado, cambio que se mantiene hasta nuestros días. En la Inglaterra victoriana del siglo XIX, se construye la naturaleza femenina portadora de atributos tales como la maternidad, la bondad, y la pureza. Se vestían a las mujeres en forma excesiva con estructuras apretadas, con la finalidad de inutilizarlas para las tareas laborales, lo que era representado con el *corsé*. El cuerpo femenino es así símbolo de la ociosidad, la inmovilidad y solo sirve para la reproducción y la maternidad (Ventura, 2000). Además, se construyó la imagen de la mujer tísica antecesora de la anoréxica de nuestros días, mostrándola como símbolo del estatus de la clase burguesa. “Las naturalezas enfermizas y débiles se asocian al sacrificio, a la bondad y al buen gusto, mientras que un apetito sano, una anatomía vigorosa y las mejillas sonrosadas eran cosas más propias de lavanderas que de damas elegantes” (Ventura, 2000:71).

La naciente burguesía inglesa intentaba distinguirse de las clases obreras mediante su cuerpo. Las mujeres burguesas presentaban un cuerpo fino, tísico y aristocrático que las diferenciaba de las mujeres

proletarias con cuerpos más rellenos y obesos (Bourdieu, 2006). Cabe destacar que, en este mismo período de tiempo, surgen los primeros regímenes adelgazantes. Así, en 1864, William Banting publica *Letter on Corpulence*, donde describe la forma como bajó veinte kilos de peso gracias a un régimen utilizado por Claude Bernard en los diabéticos (Fischler, 1995:302).

A partir de ahí, los regímenes adelgazantes se comienzan a implantar en diversos países, a tal punto que, para principios del siglo XX, estas recetas y tipos de tratamientos estaban regados en la mayoría de periódicos de la época (Wilson, 1901 citado en Fischler, 1995:303). En este contexto, se da el quiebre epistemológico que asociaba a la obesidad con la salud y la belleza, lo cual se debe principalmente al surgimiento de un nuevo discurso médico y a las compañías de seguros médicos que perseguirán de aquí en adelante a la obesidad (Contreras, 2002:281) conforme lo abordamos a continuación.

Las compañías de seguros médicos son las primeras en asociar a la obesidad con graves riesgos para la salud de las personas. Desde finales del siglo XIX, la *New York Life*, compañía de seguros estadounidense, encuentra que las personas gordas son las que tienen un índice mayor de mortalidad precoz que el resto de los asegurados (Fischler, 1995:306). En el año 1908, se crea la *Dublin's Estandar Table of Heights and Weights*, en que, mediante el Índice de Masa Corporal²⁹, se crean los primeros promedios que nos hablan del 'peso ideal' (Contreras, 2002b:281). Para el año 1923, estas tablas ya eran difundidas por la mayoría de los seguros de vida (Fischler, 1995:306).

La aseguradora que juega un papel protagónico en este sentido es la *Metropolitan Life*, la misma que, con sus múltiples estudios y campañas publicitarias, promociona la reducción de peso, a tal punto que sus normas y tablas pasan a ser el nuevo ideario médico aceptado por casi todos los círculos científicos y académicos del mundo, a pesar de los errores y sesgos que tenían algunas de esas investigaciones, como luego muchos médicos lo pudieron comprobar (Fischler, 1995:308-9).

En este punto, vamos a enlazar toda la información brindada hasta

²⁹ "El Índice de Masa Corporal, IMC o BMI (body mass index) [...] es una medición antropométrica que relaciona el peso con la talla y que se ha generalizado en el mundo por su sencillez y bajo costo. [...] Para calcular el IMC, se divide el peso expresado en kilogramos (kg) para la talla expresada en metros (m) elevada al cuadrado. $IMC = \text{peso en kg} / (\text{talla m})^2$ " (Yépez *et al.*, 2008: 49-50).

el momento. Como hemos revisado hasta aquí, la ‘obesidad’ ha existido en las diferentes etapas de la historia de la humanidad y, en algunos períodos, fue sinónimo de belleza, opulencia, poder y distinción de una clase social sobre otra. Es a finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX que la obesidad comienza a tener un particular interés para el discurso médico-salubrista. De acuerdo a mi hipótesis, surge el ‘obeso/a’ como nuevo sujeto de dominación y objetivación por suscitarse dos eventos históricos:

En primer lugar y conforme revisamos líneas atrás, se comienza a mirar desde la perspectiva privada de los seguros médicos, las pérdidas que las personas obesas generan para sus ganancias, relacionándolas con enfermedades que tienen un alto índice de mortalidad. Estos criterios serán acogidos por un discurso médico-estatal, que nos presentará a la obesidad como un problema de salud pública y una ‘epidemia del siglo’ (Yépez, 2005). La Organización Mundial de la Salud, organismo rector de las políticas públicas a nivel mundial, declaró a la obesidad como un problema de salud pública con características epidémicas. “Unos 1200 millones de personas en el mundo tienen exceso de peso y, de estos, unos 250 millones sufren de obesidad” (Yépez, 2008:63). Estados Unidos es el país que presenta el índice más alto de exceso de peso³⁰ a nivel mundial, con un sobrepeso del 64% y un 30% de obesidad en toda su población. En Latinoamérica, aunque con índices inferiores a los Estados Unidos, presenta un sobrepeso del 50% y una obesidad del 15% de su población (Yépez *et al.*, 2008:64). Se cree que el 30% de toda la población de occidente padece de obesidad (Fischler, 2002; Barreto, 2008).

En este contexto, la obesidad se la relaciona con el consumo y la pérdida, de ahí que ‘obeso’ etimológicamente viene del término *obedere* que significa ‘consumir, devorar’ pero también significa ‘socavar, gastar’ (Fischler, 1995:302). Parafraseando a Heller y Fehér, se cree que las personas gordas con seres “irreconstruidos’ y ‘contaminados’ [que]

³⁰ Es necesario puntualizar cómo se mide el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo a la escala del IMC, una persona que presenta entre 18,5 y 24,9 de índice de masa corporal está en el promedio normal de su peso. Dato relevante para abordar el tema del ‘peso ideal’ en el capítulo IV, ya que existen mujeres para las que, a pesar de estar dentro de esta escala, los centros de estética y/o de reducción de peso promueven el adelgazamiento. Una persona que presenta entre 25 y 29,9 de índice de masa corporal está en ‘sobrepeso’. De 30,0 a 34,9, ‘obesidad moderada’; 35,0 a 39,9, ‘obesidad severa’, y más de 40,0, ‘obesidad muy severa’. Para analizar los estudios que voy a presentar en esta sección, debemos tener en claro estas mediciones antropométricas, considerando que cuando se dice ‘exceso de peso’, es la suma del índice de sobrepeso más el de obesidad (Yépez *et al.* 2008: 50).

ocasionan, sobre todo, gastos públicos (por el delito implícito de caer enfermo, teniendo que ser hospitalizado y quizás enterrado a costa del dinero público)” (Heller y Fehér, 1995:76). Existen varios estudios que nos hablan de los costos que representa la obesidad para el Estado. En el Ecuador, no existe un estudio específico en este sentido. Los únicos datos existentes se relacionan con los costos que generan las enfermedades derivadas de obesidad como la diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular y el infarto del miocardio³¹.

El segundo evento histórico se refiere al hecho de que, hasta finales del siglo XIX y principios del XX, acceder a ciertos alimentos tales como las carnes grasosas o la azúcar blanca –por señalar dos ejemplos– se constituía en privilegio exclusivo de las clases altas. Cuando, por el incremento de la capacidad adquisitiva de las clases media y baja, éstas pueden acceder a alimentos que antes eran patrimonio de unos pocos, se produce el quiebre de las representaciones sociales entre la obesidad y la delgadez (Contreras, 2002b). A partir de aquí, la obesidad y el consumo de grasas ya no estará ligado un estatus social alto, sino que se lo asociará al retraso y la pobreza. En este sentido, “las clases altas eligieron distinguirse de las clases trabajadoras adoptando un ideal de delgadez que luego sería imitado por las clases media y baja” (Contreras, 2002b:282).

Obesidad en el Ecuador

En el Ecuador, como en la mayoría de países latinoamericanos, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, antes que por un estudio nacional en todos los grupos poblacionales, se catalogó a la obesidad como un problema de salud pública, debido a su relación con enfermedades como la diabetes mellitus tipo II (DT2), enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad isquémica del corazón (EIC) que se encuentran entre las principales causas de muerte en nuestro país. A partir de la década de los ochenta, comienzan a realizarse varios estudios sobre obesidad y sobrepeso en la población ecuatoriana (Yépez, 2005). A continuación vamos a revisar los estudios más relevantes que se han realizado en el Ecuador sobre la obesidad, y posteriormente vamos a hacer un análisis cualitativo de los hallazgos de estas investigaciones.

³¹ Para mayor referencia ver en: Aguinaga et al., (1999) El peso de la enfermedad en el Ecuador. Quito: CEPAR.

En la década de los noventa, se registran cuatro estudios sobre adolescentes y exceso de peso, teniendo únicamente la investigación de Grijalva un alcance nacional (Yépez, 2005) con el que nos muestra que el 11% de adolescentes mujeres y el 5,2% de hombres, estaban en riesgo de sobrepeso y el 2,2% de mujeres y el 1,7% de hombres estaban con sobrepeso (Pacheco y Pasquel, 2000:11). Pacheco y Pasquel (2000), realizando una síntesis de los estudios existentes hasta la década de los noventa, nos informan que la prevalencia de obesidad en adultos sanos es del 13% en el área urbana y del 6 % en el área rural (Yépez, 2005).

Para el año 2001, se realizó una muestra nacional en escolares, con un universo de 93 105 niños/a de escuelas públicas y privadas, donde se encontró una prevalencia de exceso de peso del 14%, correspondiendo el 8,7% a sobrepeso y 5,3% a obesidad. Se destaca en este estudio que el índice de exceso de peso fue superior en escuelas privadas, con el 20,6% versus el 10,4% de las escuelas públicas. Concluye este estudio informándonos que el índice de exceso de peso es del 14%, que casi se equipara al de desnutrición que tiene un índice del 16% (Yépez *et al.*, 2008:74).

Durante el año 2006, se realizó otra muestra nacional que estaba formada por 2 829 adolescentes de ambos sexos comprendidos entre las edades de 12 y 18 años, que arroja los siguientes resultados: 16,8% están desnutridos, 13,7% tienen sobrepeso y el 7,5 % padecen de obesidad, sumados los porcentajes entre obesidad y sobrepeso nos da un total del 21,2%, poniendo en evidencia que la tasa de prevalencia de exceso de peso supera considerablemente a la tasa de desnutrición. Este estudio destaca que el exceso de peso es más frecuente en la costa con el 24,7% que en la sierra con el 17,7%. Concluye de la misma manera, informándonos que el exceso de peso afecta más a adolescentes pertenecientes a colegios privados, con el 25,3%, que a los de establecimientos públicos, con el 18,9% (Yépez *et al.*, 2008:78).

Otro estudio importante es la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, (ENDEMAIN, 2004), muestra que se la realizó en mujeres en edad fértil. Esta investigación nos informa que el 40,4% de mujeres en edad fértil padecen de sobrepeso y el 14,6%, de obesidad, alcanzando la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) la cifra histórica del 55% a nivel nacional. Al igual que en los anteriores estudios, se destaca el hecho que son los estratos más ricos los que presentan los porcentajes más altos de sobrepeso y obesidad, con el

62,7% en comparación con los estratos más pobres de mujeres con el 51,1% (ENDEMAIN, 2004).

El último estudio al que pude acceder³², realizado por la Sociedad Ecuatoriana de las Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN), en escolares y colegiales, efectuado en dos ciudades y una provincia de Ecuador –Riobamba, Loja e Imbabura respectivamente–, nos muestra lo siguiente: en Riobamba, el exceso de peso es del 17,5%, correspondiendo el 10,3% a sobrepeso y el 7,2% a obesidad; en Loja, el exceso de peso es del 11,9%, correspondiendo el 10,6% a sobrepeso y 1,3% a obesidad; en Imbabura, el exceso de peso es del 13,9%, correspondiendo el 10,3% a sobrepeso y el 3,6% a obesidad (SECIAN, 2009)³³. El doctor Pablo López, responsable de esta investigación, me informó que se esperan datos de otras provincias y ciudades para poder publicar este estudio, pero, de antemano, me anticipó que, en relación a la clase social, al igual que en los estudios precedentes, de 2001, 2004 y 2006, ya analizados, se encuentra que los escolares y colegiales de establecimientos privados presentan índices más altos de exceso de peso en comparación con sus pares de establecimientos públicos (López, entrevista, 2009).

En este punto, es necesario efectuar un análisis de los estudios presentados, realizando una ‘deconstrucción’ del discurso médico, centrando mi análisis en las contradicciones que presentan estas investigaciones, que las agrupo en tres categorías: la relación existente entre obesidad y pobreza, obesidad y género y la declaración de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador, conforme lo problematizo a continuación.

Son varios los estudios que relacionan la obesidad con la pobreza, informándonos que la obesidad es una forma de desnutrición encubierta (Peña y Bacallao, 2000; Aguirre, 2004; Yépez, 2005). Rodrigo Yépez nos informa que:

La obesidad dejó de ser patrimonio de las sociedades opulentas, siendo compartida por igual por las sociedades empobrecidas en las cuales coexiste con la desnutrición [...] los pobres no comen lo que quieren,

³² La información de este estudio todavía no está publicada y pude acceder a ella gracias al doctor Pablo López, presidente de la SECIAN, quien me facilitó esta investigación.

³³ Esta referencia no va a constar dentro de la bibliografía debido a que es un estudio en proceso y aún no está publicado. Los datos que menciono me fueron entregados de primera mano por el doctor López, presidente de la SECIAN.

ni lo que deben comer, sino lo que pueden[...] Una y otra no son sino las dos caras de la misma moneda (Yépez, 2005:34-9).

La obesidad es una patología que históricamente ha estado ligada a las sociedades industrializadas y de la opulencia, versus los países tercermundistas o en vías de desarrollo, donde los principales problemas por ser resueltos están relacionados con la desnutrición y las enfermedades infecciosas (Pacheco y Naranjo, 1995; Contreras, 2002; Aguirre, 2004). Sin embargo, en el Ecuador, a partir de la década de los ochenta, se comienza a hablar de una ‘transición epidemiológica nutricional’, concepto que hace referencia a la coexistencia mutua entre la desnutrición y las llamadas ‘enfermedades del bienestar’ propias de los países industrializados, tales como la obesidad, la diabetes mellitus, la enfermedad cerebro vascular y el infarto del miocardio.

Llamó mi atención en particular, la relación existente entre la obesidad y la pobreza, siendo que, como se explica en los párrafos anteriores, los problemas de desnutrición y de enfermedades infecciosas propias de los países latinoamericanos, todavía no han sido resueltos en el Ecuador. Opté por profundizar sobre este particular con el doctor Pablo López, presidente de la Sociedad de las Ciencias de la Nutrición y la Alimentación (SECIAN):

Entrevistador: ¿La pobreza está ligada a la obesidad en el Ecuador?

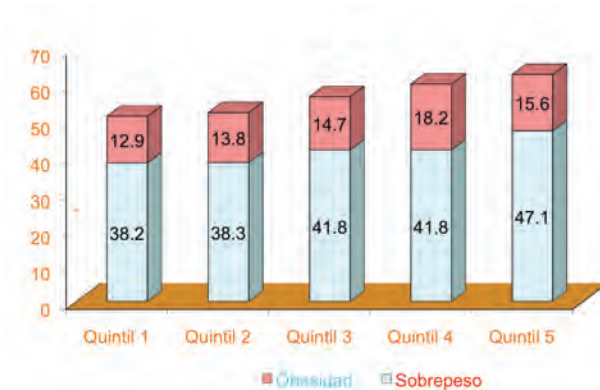
Presidente SECIAN: No necesariamente, como se evidencia en otros países [...], por ejemplo lo que si se ve en Chile, no son ni pobres ni ricos, pero los pobres acceden a alimentos que les llenen el estómago, independientemente de lo que sean. Es decir, acceden a alimentos que engañan a su estómago como fideos, cosas baratas que dan calorías y no nutrientes, que es un paso a la obesidad. En cambio, en nuestro país, si hablamos de nuestra población de la Sierra, hay el problema de desnutrición. Pero sí estoy seguro de que, en nuestro país, hay desnutrición y obesidad, hay una coexistencia de las dos. Si nos vamos, por ejemplo, a Chimborazo, la gente madruga a trabajar, camina grandes distancias y existe desnutrición. En cambio, si nos vamos a sectores urbano-marginales de Quito, hay obesidad porque hay un pobre gasto calórico. Las personas de estos sectores pasan encerrados en la casa por su ambiente, no tienen parques para su recreación, no puede salir por seguridad, pasan mirando televisión, y, si un caso, van al mercado y compran carne, comprarán una carne barata. Esto significa llena de grasa,

la carne que la gente con mayores posibilidades ya no compra. De eso se alimenta la gente urbano-marginal de nuestras grandes ciudades; y si asevero que hay obesidad en el pobre, entonces digo ¡que sí!, ¡pero en ese tipo de pobre! (López, entrevista, 2009).

A través de esta entrevista, podemos notar que ligar a la obesidad con la pobreza de forma general sería incorrecto. El ‘pobre indígena’ principalmente de la Sierra central todavía lucha contra los problemas de desnutrición versus el ‘pobre urbano-marginal’ de las grandes ciudades, al cual sí podríamos relacionarlo con la obesidad. En este punto comienzo el abordaje de las contradicciones del ‘discurso médico’. Para ello retomo la investigación de la ENDEMAIN (2004) como lo vemos en el siguiente gráfico:

Gráfico N.º 1

Sobrepeso y obesidad en mujeres* no embarazadas con niños de menos de cinco años de edad. Ecuador ENDEMAIN 2004



Fuente: ENDEMAIN. Elaborado: Pablo López.

Se aprecia, en el Gráfico N.º 1, que el quintil cinco, que corresponde a los estratos económicos más altos, tiene un porcentaje del 47,1% de sobrepeso y 15,6% de obesidad, versus el quintil uno que corresponde a los estratos económicos más pobres que presenta un 38,25% de sobrepeso y 12,9% de obesidad. Estos datos de la encuesta de EDEMAIN concuerdan exactamente con los otros estudios ya analizados (2001, 2006

y 2009), arrojándonos los mismos resultados: son las clases altas quienes poseen mayores índices de sobrepeso y obesidad que las clases bajas.

El lector puede apreciar que existe una contradicción –que salta a la vista– en la información presentada. Los hallazgos de los cuatro estudios analizados (2001, 2004, 2006, 2009) nos hablan de la existencia de una constante que es preciso destacar. El índice de exceso de peso es mayor en los estratos económicos altos en comparación con los estratos económicos más pobres. Estas conclusiones parecen contradecirse con los estudios –también analizados– que no hablan de la relación existente entre obesidad y pobreza (Peña y Bacallao, 2000; Aguirre, 2004; Yépez, 2005).

Entonces cabe una pregunta: ¿qué estudios son los que debemos privilegiar? Los que nos informan que son los estratos más altos quienes presentan los mayores índices de obesidad, o los que nos hablan de que son los pobres quienes no se alimentan bien, existiendo una simbiosis entre obesidad y pobreza. Estas interrogantes las presenté una vez más, al doctor Pablo López, presidente de la SECIAN, quien puntualizó que efectivamente son los ricos los que presentan más obesidad que los pobres, pero precisó que esta información se la debe interpretar de una forma cuantitativa. Así, me informó que se debe aclarar que los estratos económicos altos corresponden, en términos numéricos, a lo sumo a unos pocos miles, versus los pobres que, numéricamente, son inmensamente superiores.

Lo que preciso destacar en esta sección son las generalidades y contradicciones que presenta el ‘discurso médico’. Por una parte, las investigaciones nos hablan de la relación existente entre la ‘obesidad’ y la ‘pobreza’ y, en otros estudios, de la ‘obesidad’ y su relación con los ‘ricos’, cayendo una vez más en los juegos binarios, no abordando las múltiples variables intermedias que se presentan en estos análisis. Retomando la entrevista del doctor López, vemos que, en el Ecuador, no se puede hablar del ‘pobre’ en general y aún menos relacionarlo de forma genérica con la ‘obesidad’, ya que, por ejemplo, el ‘pobre rural’ lucha principalmente contra los problemas de desnutrición, versus el ‘pobre urbano marginal’ que sí presenta índices altos de obesidad.

Sin negar la relación obesidad-pobreza con las múltiples variables que habría que analizar, en mi criterio, se debe abordar este tema como un asunto de ‘distinción’ (Bourdieu, 2006), en la que se crean estereotipos

sociales de acuerdo a la pertenencia a una determinada clase social. La construcción de este estereotipo nos informa que los pobres comen más, porque requieren mayor contenido calórico en sus comidas, ya que sus trabajos son más de orden físico, contrario a las clases sociales altas, que se cuidan y comen poco para no engordar, debido a que sus trabajos son más de orden intelectual.

Conforme se revisó líneas atrás, hasta finales del siglo XIX y principios del XX, acceder a ciertos alimentos era privilegio exclusivo de las clases sociales más pudientes, hecho que cambió debido al incremento de la capacidad adquisitiva de las clases media y baja. Por suscitarse este hecho, la obesidad y el consumo de grasas dejaron de ser símbolo de ‘distinción’ de las clases sociales altas, ligándolas más bien al retraso y la pobreza. La construcción social de esta ‘distinción’ representa un problema estructural en nuestra sociedad, así podemos constatar que los alimentos que mayores subsidios estatales³⁴ poseen en la actualidad, por lo general son los de mayor contenido calórico, lo cual, como señalé en el párrafo anterior, facilita que los estratos más pobres puedan acceder a ellos. Mientras que las frutas, legumbres y, en general, los alimentos sanos y nutritivos, no poseen subsidios y mantienen precios altos que únicamente son asequibles para los estratos económicos altos. Así, por ejemplo, las clases altas se ‘distinguen’ por comer lo *light*, comen carne sin grasa o carnes ‘blancas’ (como pescado o pollo), mantequilla en lugar de manteca de choncho, queso desgrasado, por señalar algunos ejemplos.

Líneas atrás revisamos que, en las épocas donde la obesidad era sinónimo de ‘belleza’ y ‘distinción’ de las clases sociales altas, la delgadez era estereotipada como símbolo de pobreza y desnutrición, debido a que las mujeres pobres eran desnutridas, ya que se sacrificaban y se abstendían de comer el poco alimento existente para cederlo a sus esposos e hijos (Ross, 2002). Este fenómeno sucedía principalmente en las familias donde el hombre era el principal sostén económico del hogar (Charles y Kerr, 2002). Estas desigualdades de género se debieron en gran medida a la división sexual del trabajo que mantenían las sociedades preindustriales (Ross, 2002:289). En la actualidad, esta situación es completamente inversa. El ‘discurso médico’ va ha construir un nuevo

³⁴ En los EEUU, existen subsidios a las grandes corporaciones que producen semillas transgénicas tales como Monsanto, la empresa más grande del mundo en esta área. Este fenómeno pone en peligro a los campesinos que no puedan luchar por mucho tiempo con sus semillas naturales no subsidiadas y disparan los precios de los alimentos orgánicos, como, por ejemplo, las frutas, las verduras, etc.

estereotipo que liga a las mujeres pobres con la obesidad, conforme lo observamos en la siguiente cita:

La obesidad de los pobres es más visible entre las mujeres: se autoexcluyen de los alimentos más nutritivos y satisfacen su apetito con carbohidratos y grasas. Son mujeres que no perciben suficientes ingresos, no tiene acceso a un trabajo bien remunerado ni a una educación sanitaria apropiada [...] así no resulta extraño que estas mujeres conformen el grupo de población que exhibe los niveles más altos de sobrepeso y obesidad, distintas de las mujeres que 'se cuidan', aquellas de los sectores altos de la sociedad, que hacen dietas y van al gimnasio (Yépez, 2006:39-40).

Una vez más podemos ver ligado el tema de la obesidad y la delgadez con un asunto de 'distinción' de una clase social sobre otra. En este sentido, se nos informa que las 'mujeres pobres' tienen una dieta hipercalórica y poca actividad física. Se creará alrededor de ellas el estereotipo de ser mujeres con una pobre percepción de sus cuerpos, abandonándose por completo en sus en sus hábitos alimenticios, siendo este fenómeno más urbano que rural (Yépez, 2005).

Cabe destacar que la presión social de la obesidad se la relaciona más con la mujer que con el hombre, debido a que existe, entre otros, el estereotipo de relacionar a las mujeres con la belleza y al hombre con la inteligencia (Esteban, 2000). Si el hombre es obeso³⁵, puede compensarlo con otros factores sociales como el prestigio o estatus social (Ventura, 2000). Paradójicamente es la mujer quien, por un asunto fisiológico, debe tener una mayor cantidad de tejido adiposo, especialmente en su vientre bajo y en sus caderas, ya que esta condición la prepara favorablemente para tener un buen proceso ovulatorio y un embarazo exitoso, además de que necesita acumular grasa para tener una lactancia sin problemas.

De acuerdo con Fischler (1995), el ascenso y triunfo del modelo estético de la delgadez versus la necesidad biológica de adiposidad femenina que acabo de señalar, muestra cómo las mujeres, en su búsqueda por emanciparse de los símbolos del patriarcado masculino, intentan alcanzar la delgadez como símbolo de ese triunfo. En este sentido, algunas mujeres se alinean con el 'régimen de la belleza' intentando alcanzar la delgadez extrema que, en muchas ocasiones, les acarrea consecuencias como amenorreas y, en general, dificultades

³⁵ Este estereotipo está tan arraigado en nuestra sociedad que existe un dicho popular que dice: "El hombre, mientras más oso, más hermoso".

fisiológicas que les impiden concebir, debido a que las mujeres, hoy en día, no quieren ser relacionadas con la casa, la maternidad y la crianza de muchos hijos, sino con la delgadez, la independencia y el triunfo social.

A continuación abordo el análisis de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador. Una vez más, Rodrigo Yépez, director nacional de Nutrición, nos informa al respecto que:

La obesidad es un nuevo problema de salud pública para la población ecuatoriana sin la menor duda [...] Esta 'epidemia del siglo' dejó de ser patrimonio de las sociedades opulentas, siendo compartida por igual por las sociedades empobrecidas en las cuales coexiste con la desnutrición [...] los pobres no comen lo que quieren, ni lo que deben comer, sino lo que pueden. Las restricciones al acceso a los alimentos son factores determinantes en la desnutrición y la obesidad (Yépez, 2005: 34-9).

La declaración de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador es el hecho que más llamó mi atención, debido a que, a mi parecer –tal vez de una manera empírica–, nuestros principales problemas nutricionales estaban más relacionados con la desnutrición crónica antes que con la obesidad. Una vez más, muestro un extracto de la entrevista realizada al doctor Pablo López, presidente de la Sociedad de las Ciencias de la Nutrición y la Alimentación (SECIAN), la misma que nos da luces respecto de este tema:

Entrevistador: ¿Podemos decir que la obesidad es un problema de salud pública en el Ecuador?

Presidente SECIAN: Bueno, en otros países, eso es evidente. En nuestro país no existe un estudio que involucre a todos los grupos poblacionales. Hemos tenido estudios en niños de ocho años, pero eso no es representativo; en adolescentes o colegiales, pero con eso no podemos decir con certeza que es un problema de salud pública [...] Existe además el estudio de ENDEMAIN-CEPAR, que es en mujeres de edad fértil, pero, aunque es una muestra nacional, tampoco abarca a todos los grupos poblacionales [...] es difícil aseverar que la obesidad es un problema de salud pública en nuestro país.

Entrevistador: ¿Podemos aseverar que la obesidad es una 'epidemia', ya que usted dice que ni siquiera se lo puede declarar como problema de salud pública?

Presidente SECIAN: En nuestro medio, no podríamos catalogarlo con esos calificativos o señalamientos, ni ponerle esas denominaciones; no obstante, no deberíamos dejar de decir que la obesidad es un problema importante (López, entrevista, 2009).

De lo que denota esta entrevista, sumado a la información recopilada, vemos que existen serias dificultades y cuestionamientos para la declaración de la obesidad como un problema de salud pública en el Ecuador, los mismos que los agrupo de la siguiente forma:

En primer lugar, no existe un estudio nacional que abarque a todos los grupos poblacionales (niños, adolescentes, adultos), que catalogue a la obesidad como un problema de salud pública. Todos los estudios existentes son aislados en diferentes grupos poblacionales, ya sea solo niños (2001) o adolescentes (2006) o mujeres en edad fértil (2004). Solo en base a un estudio de esta magnitud se podría catalogar a la obesidad como problema de salud pública. En segundo lugar, una declaración de este tipo tendría que efectuarla el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, organismo que, hasta la presente, no lo ha hecho. Todas las referencias que los investigadores usan para aseverar que la obesidad es un problema de salud pública en nuestro país, vienen dadas por la Organización Mundial de Salud. Finalmente, del análisis de todos los estudios que hemos presentado, vemos que mantienen una constante: es siempre el sobrepeso el que tiene los índices porcentuales más altos, versus los porcentajes de obesidad que siempre son mucho menores, y en algunos casos no representan un problema en términos numéricos.

Será que, en nuestras sociedades de la abundancia, se nos olvida nuestro pasado cultural, donde el hambre era la principal tragedia por ser resulta, hecho que fisiológicamente nos fue preparando con ‘genes ahorradores’ y previsores, que tenían la función de economizar y reservar energías para tiempos de escasez (Contreras, 2002b; Aguirre, 2004). Estos ‘genes ahorradores’ están presentes en nuestros cuerpos hoy en día, solamente que, al desenvolvemos en una sociedad de sobredemanda de alimentos, estos hacen que se generen en nuestros cuerpos problemas de desorden alimenticio tales como la obesidad.

Fracaso de las normativas y medidas estatales

Como hemos revisado hasta aquí, existe una amplia normativa en materia de ‘seguridad alimentaria’ que promueve la ingesta de alimentos inocuos y nutritivos para la salud, de la misma forma que existen medidas que se han tomado para contrarrestar la obesidad en nuestro país³⁶; sin embargo, a pesar de todo este marco institucional y educativo, vivimos en una de las peores épocas de ‘inseguridad alimentaria’ principalmente, como nos informa Contreras (2007), por un excedente de alimentos. Nutricionistas y salubristas constantemente nos dicen que la gente no come lo que debería comer en términos nutricionales. Esto se debe principalmente a dos factores que detallo a continuación:

El concepto de ‘seguridad alimentaria’ se queda en meras declaraciones y propuestas que, en la práctica, no se han aplicado, debido principalmente a los intereses que tienen las agroindustrias que, desde un ámbito privado-corporativo, controlan los hábitos alimenticios de nuestra población, ayudados por inmensas campañas publicitarias que prácticamente vuelven nulo cualquier intento por lograr una alimentación sana y nutritiva, favoreciendo el consumo de grasas saturadas. Esto, en alguna medida, se ha intentado modificar con en el actual gobierno, ya que, como nunca antes, vemos propagandas que promueven una alimentación sana y equilibrada en el canal estatal; sin embargo, estas medidas todavía no son significativas.

El segundo hecho que hay que destacar es el gran error cometido en querer abordar el acto alimentario únicamente desde el punto de vista productivo, como se da en el caso de la ‘seguridad alimentaria’, y desde un enfoque exclusivamente biológico, como en el caso de la ‘obesidad’. La alimentación humana es un hecho más complejo que un simple acto productivo-biológico, en el que evocan una serie de constantes multidimensionales; dicho en palabras de Contreras, “la alimentación no es exclusivamente un fenómeno biológico, nutricional, médico. La alimentación es un fenómeno, además, social, psicológico, económico, simbólico, religioso, cultural” (Contreras, 2002a:10).

De acuerdo a lo revisado hasta aquí, podemos esquematizar la secuencia que ha seguido la noción de ‘seguridad alimentaria’ y,

³⁶ Por ejemplo, la creación de la SECIAN, que inició sus funciones en el año 2003, y la creación del Observatorio de Régimen Alimentario y la Actividad Física de Niños y Adolescentes Ecuatorianos.

tal como lo afirma Aguirre (2002), vemos que, en primer lugar, este concepto estuvo enfocado en aumentar la disponibilidad de alimentos vía producción agrícola y agroindustrial. Cuando este objetivo se logró, el enfoque se centró en el acceso a los mismos. Sin embargo, en los países desarrollados, existiendo estos dos componentes –suficiente alimento y capacidad adquisitiva de las personas–, éstas no se alimentan de forma correcta, por lo que se intenta, desde un reduccionismo absoluto, convertir el acto alimentario en un hecho individual y de responsabilidad personal (Fischler, 1995; Contreras, 2002; Aguirre, 2004).

En este punto es donde podemos ver articulado el concepto de ‘biopolítica del peso’: existen regulaciones, mediciones, intervenciones y controles estatales en materia de alimentación por mejorar la producción y la calidad de los alimentos, pero, en la práctica cotidiana, estas medidas no tienen mayor eco entre las personas que se encuentran saturadas por una amalgama publicitaria de alimentos para ser consumidos, por lo que, finalmente, la decisión de qué comer y en qué cantidades hacerlo recae en un acto individual, el cual de ninguna manera es un acto libre y voluntario. Creemos que decidimos, pero, en el fondo, es una ilusión de la mente, ya que decidimos lo que las transnacionales alimentarias quieren que decidamos. Existe, por así decirlo, una ‘metaelección’ que está por encima de nosotros. Por eso, en los EEUU, cuna del neoliberalismo y de las transnacionales, la obesidad sí es un problema de salud pública por el constante bombardeo publicitario y contradictorio que atomiza a esa sociedad. Además, conforme abordamos líneas atrás, en los EEUU, se mantienen subsidios a alimentos saturados en grasas que son poco nutritivos y que, por un problema de capacidad adquisitiva, son los únicos a los que pueden acceder la inmensa mayoría de personas en ese país. Esto se constituye en un problema estructural en que las transnacionales alimentarias lucran con la enfermedad y la pobreza, promoviendo el consumo de los alimentos genéticamente modificados³⁷.

El miedo constante del ser humano en relación a la alimentación siempre giró alrededor de no tener la suficiente cantidad de alimentos para abastecer sus necesidades. Irónicamente, para nuestros días, este miedo se ha invertido. Ahora le tenemos miedo a comer, miedo a

³⁷ “Se denominan alimentos transgénicos a los obtenidos por manipulación genética que contienen un aditivo derivado de un organismo sometido a ingeniería genética; también se llaman así a aquellos que son resultado de la utilización de un producto auxiliar para el procesamiento, creado gracias a las técnicas de la ingeniería genética” (Enciclopedia Espasa Calpe, S.f. citado en Planeta Sedna, S.f.).

engordar, a ingerir determinado componente que tiene alto contenido energético o que pueda ser el causante de tal o cual enfermedad.

Durante el siglo XX, se crea una visión reduccionista, binaria y contradictoria de los elementos que componen determinado alimento o producto, catalogándolo de bueno o malo para la salud. Así por ejemplo, en los años cincuenta, se creía que la fuente de la salud estaba en las vitaminas; en los setenta, en las proteínas; para los noventa, se enfatizó mucho en el consumo de las fibras, y, en la actualidad, el debate gira alrededor de los productos transgénicos (Aguirre, 2004:18).

Como nunca antes, existe una cultura empírica de saber cuántos carbohidratos, proteínas y grasas estamos ingiriendo. Incluso existen restaurantes donde, a lado de cada comida, se ponen las cantidades exactas de calorías que poseen los alimentos. En artículos de revistas populares de circulación masiva, nos informan de los beneficios de tal o cual alimento, y, en otro, lo perjudicial que puede ser para la salud, pues el mismo componente puede provocar cáncer en un órgano, pero puede prevenirlo en otro. De ahí que Contreras nos recuerda dos refranes catalanes al respecto: “Lo que es bueno para el hígado, es malo para el vaso” o “de algún mal hemos de morir, de carne o de pescado” (Contreras, 2007).

Las antiguas orgías alimentarias que estaban relacionadas con el festejo son reemplazadas por el picoteo moderno (Contreras, 2002b:284) que es favorecido por un bombardeo publicitario que nos ha llevado, de acuerdo con Fischler (2002), a que vivamos en una ‘gastroanomia’, entendiendo con este concepto la situación actual en la que las personas en la modernidad, se encuentran bombardeadas por una publicidad contradictoria, que, al final, deja la decisión del consumo en manos personales³⁸, provocando en los ‘consumidores’ desórdenes alimenticios y una sensación de soledad e insatisfacción frente a lo que comen.

³⁸ Cuando digo ‘personales’, no trato de decir que el acto alimentario se trata de una decisión exclusivamente individual. Ya revisamos líneas atrás que existe una estructura económica y una ‘distinción’ de una clase sobre otra, que está por encima de las decisiones individuales. Con esta frase, lo que trato de denotar es que la ‘gastroanomia’ que señala Fischler (2002) conduce a una saturación de imágenes que llevan a los ‘consumidores’ a vivir en un estado de permanente angustia por no saber qué comer, o de qué abstenerse al comer.

Conclusiones

Hemos revisado que, mediante la construcción de un ‘discurso médico’ que principalmente se originó en los seguros médicos, se fue edificando una imagen negativa de la obesidad, asociándola a la pobreza, la enfermedad y la pérdida de recursos privados y estatales. En ese sentido, se fue construyendo una amplia gama legislativa en materia de ‘seguridad alimentaria’ y propuestas para contrarrestar la obesidad, las mismas que, en la práctica, no han tenido mayor eco en el cotidiano colectivo, debido a que se ven fácilmente contrarrestadas por el control de las agroindustrias transnacionales y de una inmensa publicidad contradictoria en los mensajes que emiten, pero que sí es clara en relacionar a la delgadez con la belleza, la salud y el éxito. En este sentido, la ‘biopolítica del peso’, consiste en todos los controles, intervenciones y cálculos estatales en relación con la alimentación, conocimiento que se refiere a una producción social alrededor de los cuerpos que está conectado discursiva y simbólicamente a un régimen social, político y económicamente construido alrededor de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’, conforme se se problematiza en el siguiente capítulo.

Si existe esta patología social (y no únicamente biológica) llamada ‘obesidad’, a la cual, desde ámbitos estatales, no se le puede dar soluciones viables para su curación, pasamos, como Guerrero (1990, 1994, 2000) afirma, de una ‘administración pública de las poblaciones,’ donde el Estado sólo nos da el diagnóstico de una población malnutrida sin darle ninguna solución efectiva para su curación, a una ‘administración privada de las poblaciones,’ donde será desde ámbitos privados-corporativos que se tenga el control de los tratamientos para la obesidad. Aquí es donde entran en escena los centros estéticos y de adelgazamiento que serán mi tema de análisis en el siguiente capítulo.

Capítulo III

Obesidad y economía política de los centros de estética y de adelgazamiento

Como analizamos en el capítulo anterior, desde un discurso médico-estatal, se presenta a la obesidad como un problema de la salud pública, cuyas soluciones son poco efectivas. Este ‘discurso médico’ nos presenta la patología, pero no la terapia, y, al no hacerlo, sigilosamente este problema pasa a ser controlado por manos privadas que, en muchos de los casos, son transnacionales estéticas, tema que vamos analizar en el presente capítulo.

Si bien, como se ha revisado hasta aquí, existen por separado muchos trabajos académicos sobre ‘obesidad’, ‘seguridad alimentaria’, ‘belleza’ o ‘imagen corporal’, en ninguna investigación se conecta a todos estos conceptos en un solo estudio, principalmente las relaciones existentes entre ‘obesidad’ y ‘seguridad alimentaria’, y aún menos sus interrelaciones con el tema de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’, quizá porque, a primera vista, parecen estar completamente inconexos. Pero, como afirma Núñez, “dos o más procesos sociales, en apariencia inconexos, se relacionan estructuralmente, porque son el resultado de los efectos directos acumulados en la experiencia individual y colectiva” (Núñez, 2006:121). El conectar y relacionar el discurso biológico y social de la obesidad con el crecimiento de los centros estéticos y de adelgazamiento será el objetivo del presente capítulo.

El presente capítulo ilustra el funcionamiento de los centros estéticos y de adelgazamiento; es decir, ¿cómo se clasifican los tratamientos para bajar de peso?, ¿qué tipo de formación tienen las cosmetólogas?, ¿cuáles son los requisitos legales que deben cumplir para que se les otorguen los permisos de funcionamiento?, ¿cuáles son las regulaciones estatales en el caso de cometer infracciones por parte de estos centros? Paralelamente,

amplió esta discusión analizando y visibilizando las representaciones alrededor de la belleza y de la obesidad conforme aparecen en la revista Familia, donde, domingo a domingo, se publicitan muchos de estos centros. El capítulo termina abordando las ganancias de estos centros y las microeconomías de las cosmetólogas, que se tejen a través de lazos de solidaridad.

Clasificación de los centros de estética y de adelgazamiento

Desde el momento en que inicié la investigación, una de las tareas más difíciles fue poder clasificar a este tipo de centros, debido a que, a pesar de existir una suerte de clasificación –que discuto a continuación– en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha –entidad que sirve para otorgarles el permiso de funcionamiento–, en la práctica, esta clasificación no se aplica, y son otros los parámetros lógicos que debemos seguir para identificarlos.

La ministra de Salud, con fecha del 19 de diciembre de 2008, expide el Acuerdo Ministerial N.º 0818, con el que se crea el Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, el mismo que es reformado con el Acuerdo Ministerial N.º 0371 del 12 de junio de 2009. En este documento jurídico, podemos ver una larga clasificación de los establecimientos que deben ser controlados por las direcciones de Salud respectivas. Este instrumento jurídico está acompañado de un ‘Manual Operativo’³⁹ que actualmente está en proceso de revisión por parte de Ministerio de Salud, que es utilizado como una guía para otorgar los permisos de funcionamiento a los establecimientos sujetos al control sanitario. En este manual, encontramos una clasificación de los centros estéticos y de reducción de peso, el mismo que nos da una síntesis de su objeto social. A continuación, revisemos un extracto del primer grupo de esta clasificación que corresponde a los centros de cosmetología y estética:

³⁹ A lo largo de este capítulo, por una cuestión de economía del lenguaje, cada vez que me refiera al “Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario”, lo voy a abreviar con la expresión “Manual Operativo”.

1.15 CENTROS DE COSMETOLOGÍA Y ESTÉTICA

Son establecimientos que tienen por objeto la aplicación y formulación de productos cosméticos y la utilización de técnicas como: limpieza facial, masajes faciales y corporales, depilación y, en general, todos aquellos procedimientos faciales o corporales que no requieren de la aplicación de medicamentos, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o actividades específicas a profesionales de la salud. Dichos establecimientos deben contar con el control y asesoramiento de un médico especializado en dermatología, registrado en el Ministerio de Salud Pública.

Los productos cosméticos utilizados deben tener notificación sanitaria obligatoria. Deben disponer de áreas y servicios suficientemente amplios para ofrecer una atención satisfactoria como:

-Recepción

-Vestuarios

-Área principal de actividades según el caso.

-Servicios higiénicos para hombres y mujeres, deberán ser por lo menos en la proporción de uno por cada diez personas.

-Duchas de agua caliente y fría en cantidad suficiente, provistos de los artículos necesarios para la higiene.

-Sistema para la desinfección de los pies, antes del ingreso a los baños.

Los locales deberán contar con extintores contra incendios, botiquines de primeros auxilios, recipientes de basura con sus respectivas tapas, en número suficientes, distribuidos convenientemente. (Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, 2009).

Del presente documento, quiero destacar tres puntos: en primer lugar, el documento dice que los campos de intervención de las cosmetólogas son el área facial y corporal, no se menciona el área capilar que es un campo que les corresponde a las peluquerías. Conforme los resultados de mi

trabajo de campo, esta regulación, en la práctica, no se la cumple, ya que las cosmetólogas aplican las tres áreas: facial, corporal y capilar. De la misma forma, las peluqueras realizan intervenciones corporales y faciales como se puede apreciar en muchos rótulos de estos establecimientos en la ciudad de Quito. Sin embargo, es necesario precisar que existe la posibilidad de que, en un centro, existan las tres áreas, siempre y cuando tengan dos permisos de funcionamiento por separado, como un centro cosmetológico y como una peluquería. Además, que el personal que atiende en estos casos debe estar capacitado en ambas áreas, hecho que, como me informaron en la Dirección de Vigilancia y Control Sanitario⁴⁰, no ocurre en un alto porcentaje.

De acuerdo a los hallazgos del trabajo de campo, la mayoría de centros cosmetológicos incluyen, entre sus ofertas, la peluquería, sin tener un permiso de funcionamiento aparte, ni tener peluqueras capacitadas en esta área. De la misma manera, ocurre en sentido inverso; así apreciamos, en la ciudad de Quito, muchos rótulos de establecimientos que rezan de la siguiente forma: “Peluquería, corte de cabello, tratamientos faciales, corporales, spa, reflexología, etc.” Ejemplifiquemos lo dicho en una conversación informal que mantuve con la Dra. Arbelaes, coordinadora de Vigilancia y Control Sanitario de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha el día 11 de febrero de 2010.

Aquí me vienen a sacar con un solo permiso una peluquería y cosmetología [...] Vino una señora que, conchudamente, en el mismo espacio tenía un gimnasio, una de cremas, y una peluquería. ¡Tres cosas en un cuadrado! Y quería sacar un solo permiso funcionando las tres cosas, ¡la mandé al coño! (Arbelaes, entrevista, 2010).

Del análisis de esta conversación, apreciamos que tanto las cosmetólogas como las peluqueras invaden sus campos de trabajo, fenómeno que se debe principalmente al tipo de formación que reciben en los centros artesanales y/o superiores, según sea el caso, en que la cosmetología y la peluquería están mezcladas. En algunos casos, la formación es continua: primero se educan como peluqueras y luego complementan su formación como cosmetólogas. Esta concepción errónea de la estética

⁴⁰ En el presente capítulo incluiré varios extractos de entrevistas que realicé en la Dirección de Vigilancia y Control Sanitario perteneciente a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha; sin embargo, en este y otros párrafos, por economía del lenguaje, utilizaré expresiones tales como “me informaron” con lo que hago referencia a conversaciones informales que tuve con varios funcionarios de esta Dirección.

está cambiando en alguna medida en los institutos superiores, donde ambas áreas constituyen una formación académica por separado como vamos a revisar más adelante.

El segundo punto de debate tiene que ver con los límites en el campo de acción de las cosmetólogas. El documento analizado nos informa que éstas pueden aplicar técnicas faciales y corporales “que no requieren de la aplicación de medicamentos, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o actividades específicas a profesionales de la salud” (Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, 2009). Sin embargo, en un porcentaje casi mayoritario, las cosmetólogas aplican ‘procedimientos invasivos’, siendo la más frecuente de estas técnicas, la mesoterapia en sus diversas modalidades⁴¹.

En una edición de la revista Familia⁴² de 2009 (ver Imagen N.º 1), podemos ver que el centro de cosmetología China Tatuada promociona entre sus tratamientos la aplicación de inyecciones de mesoterapia para la reducción de peso. Se puede leer, en esta publicidad, un concepto muy general de lo que es esta técnica: “La mesoterapia es una técnica que usa infiltraciones superficiales para tratar diferentes patologías y problemas estéticos”. En la parte inferior, apreciamos a una mujer de espaldas con el título de ‘mesoterapia localizada’, cuyo valor es de \$15. En los programas televisivos que mantuvo este centro durante el año 2009 –usualmente por las mañanas–, se ofrecían diferentes tipos de mesoterapias: facial, corporal, reafirmante, que sirve para eliminar la celulitis y las estrías, entre otras.

⁴¹ La mesoterapia es una técnica invasiva con inyecciones que sirven para romper las ‘grasas localizadas’. Existen diversos tipos de mesoterapia, ya sea para ‘romper grasas’, para ‘reafirmar la piel’, para ‘estirar las arrugas’, para ‘eliminar las estrías’, etc. Recientemente se lanzó al mercado una mesoterapia denominada ‘virtual’ para el rostro, que no es invasiva, ya que es de uso tópico.

⁴² En este y en otros casos puntuales, no doy la referencia de la fecha exacta, únicamente informo que es de la revista Familia y el año, debido a que el centro China Tatuada es un seudónimo. De la misma forma, la fotografía fue escaneada eliminando cualquier referencia al nombre real del centro, su dueña o la dirección. Por razones de mantener el seudónimo de este centro, esta fuente se omitirá en la bibliografía.

Imagen N.º 1

Tratamientos invasivos que oferta el centro de cosmetología China Tatuada

Productos 100% Naturales

Endovenia de Pies
\$186

Botox Permanente
\$35

Botox Facial
\$5

Lifting Facial
\$10

Lifting de Codos
\$15

Lifting de Ojeras
\$10

Consulta Gratis

Visa, Mastercard, American Express

Fuente: Revista Familia

En palabras de China Tatuada⁴³:

Entrevistador: Específicamente, ¿qué servicios presta el centro?

China Tatuada: Mi fuerte es la mesoterapia y los tatuajes.

Entrevistador: Pero, ¿qué hace el centro en general?

China Tatuada: Presta más de 34 servicios.

Entrevistador: ¿Tiene alguna técnica especial en adelgazamiento?

China Tatuada: La mesoterapia [...] La mesoterapia se deriva

⁴³ Utilizo el mismo seudónimo del centro para referirme al nombre de su dueña.

en muchas cosas: para reafirmar, para drenar, para reducir, para hidratar, para sacar estrías, para sacar arrugas; solo en la mesoterapia hay 10 servicios, de 34 servicios que ofrece el centro. (China Tatuada, entrevista, 2009).

Como notamos, la dueña del centro China Tatuada habla libremente de los diferentes tipos de mesoterapia que aplica en su centro, teniendo ella y sus ayudantes una formación exclusivamente en cosmetología. Este caso no es aislado, más bien es la constante en casi todos los centros cosmetológicos que visité durante el trabajo de campo. Las justificaciones en que se basan las cosmetólogas para aplicar las técnicas invasivas son básicamente dos: la mesoterapia, en términos generales, se divide en una 'alopática' o química, que es de uso exclusivamente médico, y una mesoterapia llamada 'homeopática' que, de acuerdo a las cosmetólogas, no es invasiva y no tiene efectos secundarios sobre el organismo, ya que es 'natural'. Lo que ignoran las cosmetólogas son los múltiples efectos secundarios que presentan tanto la mesoterapia 'alopática' como la 'homeopática' que, de acuerdo con Desmond, van desde el dolor, eritemas, reacciones vagas, epigastrias, lesiones mecánicas, hematomas, necrosis cutáneas, por señalar las más importantes (Desmond, 2008:356-58).

La segunda justificación tiene que ver con la formación complementaria que mantienen las cosmetólogas sobre la base de cursos realizados en el extranjero, ya sea Colombia, Brasil, Argentina, o en el Ecuador. En estos cursos se preparan y se 'especializan' para, de acuerdo a ellas, aplicar las técnicas invasivas. De ahí que, en los centros cosmetológicos, es muy frecuente ver colgados una serie de diplomas exhibiendo los diferentes cursos realizados, en una suerte de competencia entre ellas para ver quién está más 'capacitada' para realizar tal o cual técnica, conforme lo ratifica el testimonio de la dueña del centro Moldeando tu Figura, en relación a su formación profesional:

Cosmetóloga 1: [...] De acuerdo a las necesidades de los clientes, cuando compré el centro, yo fui incrementando los servicios a lo que me iban pidiendo. Me preguntaban ¿ustedes no hacen esto o aquello? Entonces comencé a viajar a Colombia para traer técnicas nuevas que aquí no había. Mis seminarios los he hecho en Colombia.

Entrevistador: ¿Qué formación tiene usted?

Cosmetóloga 1: Básicamente, mi título en el Ecuador es en belleza. De ahí comencé a hacer seminarios allá y traer las técnicas que aquí no había. En el Ecuador, no había mucha capacitación.

Entrevistador: ¿Usted realizó algunos seminarios en Colombia o se formó en cosmetología?

Cosmetóloga 1: Cada año recibo seminarios de actualización en las últimas técnicas que ellos están sacando, aquí también hay seminarios, cursos, pero allá es más completo [...] empezamos con lo que es facial, nos visitaron de unos laboratorios de Francia con un producto para las manchas, y con la capacitación que tuve allá en Colombia, empezamos a trabajar el área facial, y luego fuimos a lo que es el área corporal, porque igual en Colombia hice un curso en lo que es la maderoterapia [...] técnica brasileña que nos sirve para moldear el cuerpo. Eso allá era un bum, en Colombia, Brasil, y me la traje para acá hace unos seis años (Cosmetóloga 1, entrevista, 2009).

En esta entrevista, podemos apreciar claramente lo que sucede con la gran mayoría de las cosmetólogas. Tienen una formación artesanal y/o superior en cosmetología y luego viajan a distintos países –principalmente, Brasil y Colombia– para realizar seminarios y cursos en estética, de donde traen las técnicas más ‘avanzadas’ para aplicarlas en nuestro país. Nótese que, en el caso específico de la entrevista, su formación es de tipo artesanal en belleza y no en cosmetología. Cosmetóloga 1 únicamente realizó cursos en Colombia que no tienen ninguna validez académica en nuestro país. Sin embargo, este centro funciona como centro cosmetológico y estético realizando tratamientos faciales, corporales y capilares.

Es interesante resaltar que las cosmetólogas no tienen muy claro lo que significa una formación complementaria extra a la formación oficial y académica que brinda una universidad o instituto superior. Los estudios complementarios sirven únicamente para el fortalecimiento y perfeccionamiento de alguna área de la formación profesional, pero nunca para reemplazar o aprender un campo que está fuera del ámbito científico en el que versa su formación artesanal o superior. Esta práctica cotidiana de las cosmetólogas, en gran medida, se debe a que, en los propios centros de formación, les ofrecen cursos rápidos donde aprenden a realizar inyecciones de mesoterapia y otras técnicas invasivas como veremos más adelante en los centros de formación de las cosmetólogas.

El tercer punto que quiero destacar del Manual Operativo, se relaciona con el médico especialista con el que debe contar cada centro cosmetológico. Este documento nos informa que “dichos establecimientos deben contar con el control y asesoramiento de un médico especializado en dermatología, registrado en el Ministerio de Salud Pública” (Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, 2009). De la misma forma que en los dos puntos anteriores, este particular no se cumple a cabalidad debido a que la firma de responsabilidad del médico es solo una mera formalidad, como lo pude apreciar durante mi trabajo de campo en todos los centros que visité, hecho que además lo pude corroborar al leer algunos informes de Vigilancia y Control Sanitario a los cuales tuve acceso.

Los centros estéticos y cosmetológicos sí cuentan con médicos generales y especialistas en algunos casos, pero únicamente en el papel. Están presentes en algún momento del día verificando que no haya ningún problema y se marchan. En la práctica, quienes aplican las técnicas invasivas, por lo general, no son los médicos, sino las propias cosmetólogas. Ilustremos este punto con otro extracto de la entrevista a la dueña del centro China Tatuada:

Entrevistador: ¿Qué personal trabaja con ustedes?

China Tatuada: Generalmente enfermeras y dos médicos que tengo que son de cabecera.

Entrevistador: ¿Médicos de qué especialidad?

China Tatuada: Dos cirujanos plásticos.

Entrevistador: ¿Entonces son médicos?

China Tatuada: Claro, pues, sino no nos dejan funcionar aquí. Un médico viene todos los días de 8:00 a 10:00 y el otro también de 8:00 a 10:00.

Entrevistador: ¿Y las cosmetólogas?

China Tatuada: Son dos cosmetólogas y la mayoría son enfermeras y auxiliares de enfermería. Es mejor trabajar con esas personas.

Entrevistador: ¿Qué hacen las cosmetólogas?

China Tatuada: Generalmente, tanto enfermeras como cosmetólogas, se turnan, son polifuncionales, me ayudan en todo [...] todas hacen lo mismo.

Entrevistador: En cambio ¿qué hacen los médicos?

China Tatuada: Los médicos se van a lo que es general. Póngase, cuando hay un tiroideo. Entonces el doctor les da exámenes para que se vayan hacer, nosotros no tenemos permiso de dar recetas ni mandar exámenes a los pacientes (China Tatuada, entrevista, 2009).

Vemos como, en este centro, existen dos médicos que asisten dos horas al día para realizar exámenes, principalmente de la glándula tiroides, entre otras cosas que, de acuerdo a la percepción de la dueña, son funciones ‘generales’ o añadidas, ya que la aplicación de los procedimientos invasivos recae en las polifuncionales cosmetólogas, enfermeras o auxiliares. Además, me llamó la atención de esta entrevista que la dueña del centro prefería trabajar más con enfermeras que con cosmetólogas. Al preguntarle el porqué de este particular, me supo informar que “las cosmetólogas son muy envidiosas” y que ha tenido muchos problemas con ellas, por lo que era mejor trabajar con enfermeras o auxiliares, que estaba segura que no iban a copiar sus técnicas ‘exclusivas’ y no iban a hablar mal de ellas en el futuro. Podemos ver aquí como las posiciones de poder son negociadas entre las propias cosmetólogas, quienes, de manera hermética, guardan sus conocimientos ‘exclusivos’. Pude verificar, durante el trabajo de campo, que las técnicas cosmetológicas son cuidadas y guardadas de una manera muy celosa.

Conforme lo he abordado en esta sección, y de acuerdo a los hallazgos del trabajo de campo, pude verificar que, en la mayoría de los centros cosmetológicos y estéticos de la ciudad de Quito, se practican libremente las técnicas invasivas, sin que exista el profesional de la salud respectivo que las aplique y esto en el mejor de los casos, porque existen varios centros clandestinos en la ciudad de Quito donde se inyectan sustancias dañinas para la salud⁴⁴ sin que exista el menor control por parte de los órganos respectivos.

⁴⁴ En el programa *30 Minutos Plus* del 12 de diciembre de 2009, titulado ‘La belleza tiene su precio, segunda parte’, se muestra cómo existen varios centros cosmetológicos y peluquerías en la ciudad de Quito que inyectan sustancias desconocidas en el cuerpo tales como: silicona líquida, aceite de avión, vaselina, entre otras, las mismas que son prohibidas y nocivas para la salud.

A continuación incluyo el segundo grupo de la clasificación del Manual Operativo:

1.16 SPA (Salus Per Aquam: salud a través del agua)

Es un establecimiento de salud que ofrece tratamientos corporales y faciales, terapias o sistemas de relajación utilizando como base principal el agua no medicinal. Los establecimientos pueden contar con: hidromasaje, piscinas, chorros de agua caliente, parafangos (mezcla de fangos o lodos con parafina para aplicaciones en una o varias partes del organismo), aromaterapia, cromoterapia, sauna y tratamientos corporales como masajes de distintos tipos. Dichos establecimientos deben contar con el control y asesoramiento de un profesional médico, registrado en el Ministerio de Salud Pública.

Deben disponer de áreas y servicios suficientemente amplios para ofrecer una atención satisfactoria como:

-Recepción

-Vestuarios

-Áreas de actividades según el caso.

-Servicios higiénicos para hombres y mujeres.

-Duchas de agua caliente y fría en cantidad suficiente, provistas de los artículos necesarios para la higiene.

-Sistema para la desinfección de los pies, antes del ingreso a las áreas.

Los locales deberán contar con extintores contra incendios, botiquines de primeros auxilios, recipientes de basura con sus respectivas tapas, en número suficientes, distribuidos convenientemente. (Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, 2009).

Este segundo grupo de clasificación llamó mi atención debido a que la mayoría de centros que rezan en su razón social 'spa', en la práctica no tienen técnicas relacionadas específicamente con la curación mediante el agua, ni cuentan con la infraestructura específica para un centro de esta índole.

Este fenómeno se debe a que, en la cosmovisión de las cosmetólogas, el término 'spa' simplemente es una palabra que edulcora su razón social y sus rótulos de forma atractiva, ya que mercadológicamente se constituyen en una buena estrategia para promocionar de mejor manera sus centros. El centro Cosmiatra Spa, ubicado al sur de la ciudad de Quito, y que fue uno de los centros donde efectué el trabajo de campo, es un ejemplo de lo antes dicho, como apreciamos en la siguiente publicidad:

Imagen N.º 2

Spa con varios servicios

COSMETOLOGÍA
COSMEOTRÍA

MESOTERAPIA FACIAL Y CORPORAL
Rellenos de labios
Levantamiento y Reafirmación de Bustos y Glúteos

TRATAMIENTOS <ul style="list-style-type: none">* Arrugas* Acné* Manchas* Antiestrés* Celulitis* Reafirmantes* Reductores* Modelantes	COSMETOLOGÍA <ul style="list-style-type: none">* D.L.M. Drenaje Linfático Manual* Maquillaje* Peeling* Liting* Color* Manicure* Pedicure	PELUQUERÍA <ul style="list-style-type: none">* Cortes* Tintes* Brillos* Rayos* Alizados* Rizados* Peinados* Afros
ASESORAMIENTO DE IMAGEN <ul style="list-style-type: none">* Arreglo y preparación de Novias* Arreglo y preparación de Quinceañeras* Baños de Novias* Prendas Reductoras	AROMATERAPIA <ul style="list-style-type: none">* Reflexología ManualPodal	CROMOTERAPIA

¡ATENCIÓN PREVIA CITA!

Fuente: Publicidad gratuita.

Vemos la misma constante que en otros centros, se aplican técnicas invasivas como la mesoterapia facial y corporal, pero además realiza ‘rellenos de labios’, ‘levantamiento y reafirmación de bustos y glúteos’ y abarca todas las áreas estéticas: facial, corporal y capilar. Además realiza asesoramiento de imagen, ‘arreglo y preparación de novias’, ‘arreglo y preparación de quinceañeras’. De acuerdo a lo que sugiere el Manual Operativo, este centro no posee hidromasajes, baños o chorros medicinales; más bien todo el tratamiento se lo realiza en una pequeña oficina donde existe una suerte de consultorio con una camilla y una vitrina donde están todos los implementos de asepsia para la aplicación de sus procedimientos.

Además, ofrece el servicio de peluquería, siendo que su dueña tiene una formación en cosmiatría, y no posee los dos permisos por separado. Este fenómeno no es aislado, ya que, como pude constatar en el listado de los centros cosmetológicos que me facilitaron en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, existe una gran cantidad de centros que rezan en su razón social ‘spa’ sin poseer esta calidad.

Pasemos a revisar el último grupo de la clasificación del Manual Operativo, los centros de reducción de peso:

1.17 CENTROS DE REDUCCIÓN DE PESO

Son establecimientos de carácter médico que, mediante técnicas especiales dietéticas, físicas y farmacológicas, tiene como finalidad la reducción del peso corporal de las personas a los límites compatibles con la salud. Para el control de estos establecimientos, se debe aplicar el Reglamento para la Instalación y Funcionamiento de Gimnasios y Establecimientos de Reducción de Peso expedido mediante Acuerdo Ministerial N.º 9818 y publicado en el R.O. N.º 6 del 18 de agosto de 1988. Los Establecimientos de Reducción de Peso deberán disponer de las siguientes áreas:

- Recepción.
- Vestuarios, provistos de cancelos individuales para guardar la ropa.
- Área principal de actividades con los equipos necesarios.

-Servicios higiénicos para hombres y mujeres, por lo menos en la proporción de uno por cada diez personas.

-Duchas de agua caliente y fría en cantidad suficiente, provistas de los artículos necesarios para la higiene personal, por lo menos en la proporción de uno por cada diez personas.

-Sistema para la desinfección de los pies, antes del ingreso a los baños.

Los requisitos físicos indispensables de estos establecimientos son:

-Los pisos serán de material impermeable y antideslizante, con inclinación de 2 grados hacia los desagües,

-Las paredes serán de cemento con zócalo de 1,50 a 1,80 metros de altura, recubierto con otro material de superficie lisa pétreo, para facilitar la limpieza.

-Los tumbados serán de cemento u otro material no inflamable.

-Todas las áreas dispondrán de suficiente luz natural y, en caso de no haberla, se distribuirá convenientemente la luz artificial.

-Todas las áreas dispondrán de ventilación adecuada.

-Los locales deberán contar con extintores contra incendios, recipientes de basura con sus respectivas tapas, en número suficientes, distribuidos convenientemente y botiquines de primeros auxilios.

Los Centros de Reducción de peso contarán además con:

-La dirección de un profesional médico especialista en nutrición o endocrinología.

-Manual de procedimientos operacionales.

-Consultorio médico debidamente equipado para atención por parte del médico general, médico endocrinólogo y/o profesional nutricionista.

Los títulos de los profesionales de la salud deberán estar registrados en el Ministerio de Salud Pública (Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, 2009).

Al analizar este tercer grupo, debemos puntualizar en una diferencia que es fundamental para el curso de esta investigación. Una cosa es ‘reducción de peso’ y otra muy diferente ‘reducción de medidas’. Los centros cosmetológicos, en su generalidad, ofertan, entre sus servicios, la ‘reducción de peso’, pero, como podemos apreciar en el presente documento, este tipo de tratamiento es principalmente médico y nutricional. La cura de la obesidad no se la puede realizar con procedimientos y técnicas cosméticas, ya que se trata de un asunto de cambios en los hábitos alimenticios, combinado con ejercicios como profundizaremos en el capítulo IV. Además, el marco de acción de las cosmetólogas es trabajar sobre pieles sanas y la obesidad, desde el punto de vista médico, no lo es.

Las falsas promesas para la ‘reducción de peso’ sobresaturan el mercado, realizando, en muchas ocasiones, procedimientos que no son los más adecuados y que pueden causar perjuicios para la salud. Algunos centros cosmetológicos y/o cosmetólogas, a parte de jugar a ser médicos con la práctica de técnicas invasivas, juegan a ser nutricionistas realizando esquemas de dietas, para lo cual, si bien reciben bases en su formación, no las capacitan para manejar un tratamiento de reducción de peso, procedimiento terapéutico reservado exclusivamente para un manejo médico y nutricional.

De acuerdo a mi perspectiva, la oferta de bajar de peso es ilusoria y falsa en la mayoría de los casos, ya que, en la práctica, lo que se consigue es una ‘reducción de medidas’, que consiste en una pérdida de líquidos corporales que son fácilmente recuperables, y que, en el fondo, se constituye en una suerte de ‘acto mágico’⁴⁵ que crea una sensación psicológica entre sus clientes que piensan y se sienten contentas de ver y sentir que están ‘bajando de peso’ en una forma muy acelerada, cuando en realidad lo único que pierden son líquidos corporales. La pérdida de peso es un procedimiento que no se logra en un corto tiempo, sino

⁴⁵ Profundizaré sobre el tema del ‘realismo mágico’ que existe alrededor de los tratamientos de reducción de peso, así como realizaré un análisis de nuestra cultura barroca y mágica en el capítulo IV.

que es de larga duración. El tema de la reducción de peso, con todas las connotaciones negativas que acarrea, lo profundizaré en el capítulo IV.

Como hemos analizado, el Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario se constituye en el 'deber ser' de los centros estéticos, presupuesto teórico-jurídico que, en la práctica, en un porcentaje muy elevado, no se cumple, por lo que clasificar a estos centros de una forma comprensible y sencilla se constituye en una tarea sumamente compleja. El propósito de esta investigación es problematizar la construcción social de la obesidad articulada a los tratamientos de adelgazamiento que ofrecen este tipo de centros. Desde este punto vista y de acuerdo al trabajo de campo efectuado, existe, a mi entender, una clasificación según las técnicas o los procedimientos empleados para la 'reducción de peso' conforme lo pude observar en la ciudad de Quito. Antes de ir a la clasificación que propongo sobre los centros cosmetológicos, veamos las diferencias que existen entre lo que significa tratamientos médicos y tratamientos cosmetológicos.

Cirugías estéticas y centros de cosmetología

Dentro del primer grupo (cirugías estéticas), se realizan lo que se conoce como intervenciones invasivas de uso exclusivo por parte de los médicos especialistas, ya sea un cirujano plástico, en el caso de liposucciones, lipoesculturas, adominoplastias, etc. o un médico especialista en nutrición o endocrinólogo en el caso de reducción de peso, procedimientos en que no existen intervenciones quirúrgicas. Esta aclaración es pertinente ya que, así como existen cosmetólogas que invaden campos médicos, existen médicos generales no especialistas en cirugía plástica o nutrición, según sea el caso, que invaden estos terrenos que no les pertenecen, ocasionando serios perjuicios para la salud. Durante los últimos años, se ha convertido en una preocupación social la proliferación de los seudomédicos y médicos generales que realizan procedimientos quirúrgicos para los cuales no están capacitados, que usualmente terminan en malas prácticas médicas⁴⁶.

⁴⁶ Por ejemplo, el programa *30 Minutos Plus* realizó un especial titulado 'Los charlatanes de la salud', en el cual le dedicaron un segmento exclusivo a los seudoprofesionales de la medicina, donde se analizan cómo funcionan clandestinamente este tipo de establecimientos.

Muchos de estos médicos actúan sin permiso de funcionamiento, haciéndose pasar por médicos especialistas sin serlo, y muchos de ellos administrando lo que se conoce como las ‘pastillas de colores’⁴⁷, fármaco prohibido en el país, que no posee registro sanitario y que no se sabe con exactitud su contenido posológico. Este ‘cóctel’ farmacológico, como se lo conoce, acelera el metabolismo del cuerpo humano generando, en las personas que lo consumen, un adelgazamiento muy acelerado a un costo muy alto para la salud, con consecuencias que pueden ser severas y permanentes. En mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de entrevistar a Efraina, quien se realizó una liposucción y consumió las ‘pastillas de colores’. El contexto de esta entrevista se sitúa en los motivos que tuvo para realizarse esta intervención:

Entrevistador: ¿Cómo fue tu proceso para la liposucción?

Efraina: Hice una cita con el doctor [...], un amigo de toda la vida. Es médico –cirujano estético– y nutricionista, tiene un centro de medicina estética en Guayaquil y Quito. Fue presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Estética, somos amigos desde el año 2000, en el cual me hice por primera vez un tratamiento estético para moldear el cuerpo y mantener mi peso.

Entrevistador: ¿Por qué no te sometiste a tratamientos estéticos previos, ya que veo que no tienes obesidad?

Efraina: Porque cada vez que tenía fiestas, como en Navidad, solía hacerme un tratamiento para lucir mejor. Mi objetivo era bajar de cinco a diez libras para que me quedaran perfectos los vestidos. Me realicé dos tratamientos previos, uno en 2000 y otro en 2001.

Entrevistador: ¿En qué consistió tu tratamiento?

Efraina: En pastillas, creo que eran vitaminas o mejor dicho no sé que eran. No tenían nombre, solo sé que eran ‘de colores’. Son las que se ven en la televisión y las que provocan sed, queman calorías y hacen que se vaya más veces al baño, y así se baja de peso. Previamente, el médico hace una serie de exámenes y controles mensuales. El médico mismo me entregaba las pastillas y me indicaba las dosis.

⁴⁷ En algunos análisis que se han realizado de las ‘pastillas de colores’, se conoce que están compuestas por diuréticos, laxantes, anorexígenos, entre otros componentes. En algunos casos, se ha comprobado que tienen levotiroxina, sustancia que acelera el metabolismo del organismo.

Entrevistador: ¿Te han causado algún efecto negativo estas pastillas?

Efraina: A mí no me ha hecho daño, aunque sé que a otras personas sí les ha hecho daño. (Efraina, entrevista, 2009).

El médico al que se hace alusión en esta entrevista no es un desconocido. Fue presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Estética, y él le administraba directamente las ‘pastillas de colores’ a Efraina. Ella me informó que este médico las importaba del exterior, hasta que explotó el escándalo de las ‘pastillas de colores’ y comenzó a existir algún tipo de control y seguimiento por parte de los órganos de control, por lo que su distribución en la actualidad se la efectúa de una forma más camuflada.

Usualmente, estos médicos son guayaquileños, tienen su permiso de funcionamiento en esa ciudad y viajan por todo el país. A Quito particularmente vienen una vez al mes o, como en el caso del médico de la entrevista, una vez a la semana; realizan sus cirugías y se marchan inmediatamente, ya que no tienen su permiso para funcionar en esta ciudad. En el caso citado, es un destacado cirujano plástico de Guayaquil, pero la mayoría de estos médicos son generales o, en algunos casos, ni siquiera son médicos. Organizan reuniones muy reservadas previa invitación, dirigidas principalmente a clases sociales altas con la finalidad de promover diferentes tipos de cirugías o la venta de las ‘pastillas de colores’⁴⁸. Profundizar en el mundo de las cirugías plásticas, donde muchos médicos creen ser escultores modernos del cuerpo, debe ser analizado en futuros estudios que profundicen sobre esta temática.

Conforme al análisis planteado hasta el momento, existe una disonancia entre la clasificación oficial del Ministerio de Salud versus la conformación real de estos centros. Muchos de estos establecimientos funcionan como peluquerías, centros cosmetológicos, spas y centros de reducción de peso, por lo que la clasificación del Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento para Otorgar los Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario se queda muchas veces en el papel.

De acuerdo al tipo de técnicas que se aplican en estos centros, se los puede dividir en aquellos que tienen una connotación más de tipo artesanal y aquellos que utilizan más aparatología. Los primeros utilizan

⁴⁸ Esta información me la facilitó Cosmiatra 1, quien en alguna ocasión acudió a este tipo de reuniones, para comprar las “pastillas de colores”.

principalmente lo que se denomina ‘masoterapia’, término que hace referencia a los diversos tipos de masajes, siendo los principales el masaje de relajación, masaje reductor y el drenaje linfático; estos dos últimos son los más utilizados en los procedimientos cosmetológicos. El masaje reductor tiene la finalidad de romper grasas localizadas, es una técnica que puede resultar muy dolorosa en su aplicación principalmente en las primeras sesiones, ya que la cosmetóloga tiene que emplear mucha presión en sus manos para lograr su objetivo de remover las grasas. En cambio, el drenaje linfático es un masaje suave que consiste en un barrido de los líquidos linfáticos y de la ‘grasa diluida’ para llevarlos hacia la vejiga y eliminarlos mediante la orina. Estos masajes se intercalan y se combinan con otras técnicas denominadas ‘termoterapia’, ‘crioterapia’ y ‘shock’.

La ‘termoterapia’ es una técnica de calor que genera vasodilatación provocando hiperemia y enrojecimiento de la piel; logra abrir los poros para facilitar el desplazamiento de las grasas localizadas. Su aplicación consiste en colocar un gel caliente en la zona del abdomen, recubrirlo con un papel osmótico en algunos casos y en otros con vendas, para finalmente ser recubierto con una manta térmica, resultando en una especie de sauna que dura aproximadamente unos treinta minutos. La ‘crioterapia’, en cambio, está basada en el frío, genera una vasoconstricción de la piel a través de geles fríos; su aplicación consiste en poner vendas heladas previamente mezcladas con los geles fríos durante unos 25 minutos, hasta que son calentadas con el calor corporal y se procede a retirarlas.

La ‘termoterapia’ y la ‘crioterapia’ se aplican en días distintos. Sin embargo, cuando, en una misma sesión, se utilizan ambas técnicas, se conoce como ‘shock’, que consiste en que, una vez que la piel está muy caliente, se aplican las vendas frías, con lo que el organismo, para volver a su temperatura habitual de 37 grados, va a tomar de las grasas más cercanas, que, en este caso, son las que previamente se removieron con el calor. Esta técnica logra una considerable pérdida de líquidos corporales y una reafirmación de la piel. En algunos casos, estas técnicas van acompañadas de la ‘maderoterapia’, técnica que consiste en una serie de seis maderas especiales que se las fabrica en Colombia y Brasil principalmente, cuya función es realizar masajes para remover grasas y moldear el cuerpo; incluso se las puede usar para relajamiento muscular⁴⁹.

⁴⁹ Esta síntesis de las técnicas cosmetológicas las realicé en base a las entrevistas llevadas a cabo en el trabajo de campo en los centros de cosmetología de la ciudad de Quito. Podría citar alguna entrevista

El segundo grupo está constituido por los centros de cosmetología que además de realizar las técnicas antes mencionadas, utilizan, en sus procedimientos, lo que se conoce como ‘aparatoología’. Ésta es una rama de la cosmética que se la conoce como ‘electroestética’, que está conformada, por una serie de aparatos que son clasificados en tres grandes grupos: “los que tienen efecto mecánico, los basados en aplicación de corrientes y los basados en la aplicación de radiaciones” (Sánchez, 2006:269).

Dentro de los que tienen un efecto mecánico, pude constatar que la técnica más usada por parte de los centros cosmetológicos –principalmente en los que se realizó el trabajo de campo– era la ‘vacunterapia’⁵⁰, que sirve para realizar el rompimiento y desplazamiento de grasas dentro del cuerpo, y que tiene la misma aplicación de la ‘copa sueca’ de la ‘maderoterapia’. En las corrientes eléctricas, lo que más se utiliza es la gimnasia pasiva en base a electrodos que se conectan en el cuerpo para afirmar la zona del cuerpo que se está trabajando; esta técnica es equivalente al drenaje linfático y la tonificación que se realiza con las manos. Finalmente, dentro de las técnicas basadas en radiaciones, está el ultrasonido, que se lo trabaja principalmente en un postoperatorio para disolver grasas acumuladas. Estos aparatos cumplen, en la práctica, la misma función y tienen los mismos resultados que la ‘masoterapia’, solo que, de acuerdo a algunas cosmetólogas, son más precisos y el gasto de energía es menor que cuando se realizan masajes.

En ambos tipos de centro, con el conjunto de las técnicas antes descritas, se promociona la ‘reducción de peso’ acompañados de procedimientos invasivos, siendo más frecuente el uso de estos procedimientos en el segundo grupo, ya que, dentro de su cosmovisión, el tener una formación superior en cosmetología y mayores conocimientos en ‘aparatoología’, las capacita para realizar este tipo de intervenciones. Esta separación es solo teórica, ya que, en la práctica, tanto ‘cosmetólogas artesanales’ como ‘cosmetólogas superiores’ realizan las mismas técnicas. Ambas utilizan el agua como método curativo y muchos centros de cosmetología tienen en su razón social la palabra ‘spa’, de la misma manera que ambos grupos promocionan entre sus tratamientos la ‘reducción de peso’.

textual donde se me explica detalladamente estos procedimientos, pero, por economía del papel, no lo hago.

⁵⁰ En la actualidad, se publicita por televisión aparatos de ‘vacunterapia’ personales para utilizarlos personalmente en la casa, sin la necesidad de asistir a ningún centro cosmetológico.

Existe, a mi entender, un tercer grupo de tratamientos o técnicas para adelgazar y obtener el ‘peso ideal’, constituido por la ‘naturopatía’, ciencia relativamente nueva constituida por todos los procedimientos naturales y homeopáticos que, a decir de sus defensores, no provocan efectos secundarios en el organismo o los mismos son muy leves. A los ‘naturópatas’ los podríamos dividir en dos grupos.

El primero está constituido por las grandes empresas transnacionales que invadieron el mercado con productos ‘naturales’, que se constituyen en una suerte de ‘productos mágicos’ que pueden curar cualquier tipo de dolencia del cuerpo o cualquier órgano y sistema que se encuentre afectado, incluso, de acuerdo a ellos, existen productos ‘milagrosos’ que pueden curar el cáncer, aunque éste se encuentre en fase terminal. Las empresas más destacadas en este campo son Herba Life, Omni Life, Forever, Forline, Nature’s Sunshine. Particularmente con esta última empresa mencionada, existen algunas cosmetólogas con las que me entrevisté que utilizan como parte de su ‘tratamiento’ productos comercializados por Nature’s Sunshine. Dicha empresa utiliza, para el adelgazamiento, lo que denominan la ‘dieta dinamita’, que consiste en sustituir alimentos por algunos productos que ellos denominan TNT, FAT GRABBERS y SE, que ayudan a la reducción de peso en el cuerpo.

El segundo grupo de ‘naturópatas’ está constituido por personas empíricas que, en la mayoría de los casos, realizan ‘cursillos’ que versan sobre las propiedades curativas que tiene tal o cual hierba. Bajo el paraguas de ‘natural’ u ‘homeopático’, se quiere, en muchos de los casos, escudar la elaboración y comercialización de productos sobre los cuales no se han hecho los debidos estudios y no se conocen los efectos secundarios que puedan acarrear. De ahí que mensajes que nos dicen ‘mesoterapia natural’ o ‘producto natural sin efectos secundarios’ se los puede catalogar dentro de lo que se conoce como ‘publicidad engañosa’, tema que abordaré en el capítulo IV. Al igual que en el caso de las cirugías estéticas, el profundizar en el campo de la ‘naturopatía’ exigiría un estudio a parte de esta investigación, siendo de mi particular interés, debido a todo el ‘realismo mágico’ que conlleva el pensar que la utilización de ciertos ‘productos mágicos’, ‘milagrosos’ y ‘naturales’ que pueden curar cualquier tipo de dolencia.

Centros de formación de cosmetología

No existe, en la ciudad de Quito, una formación unitaria para las cosmetólogas, ya que ellas pueden optar por una formación artesanal o superior. En el segundo caso, pueden, además de cosmetólogas, llegar a hacer cosmiatras. Como ya se explicó, históricamente, en la mayoría de centros de formación artesanal, siempre se confundió lo que es la peluquería con la cosmetología, con materias compartidas en su pénsum de estudio, a pesar de que estas dos ramas son diferentes.

Las personas que optan por este sistema se gradúan como cosmetólogas artesanales. En la mayoría de los centros de formación artesanal, no es indispensable tener título de bachiller, ya que, con el ciclo básico, son aceptadas y, como lo expliqué anteriormente, su formación es básicamente en 'masoterapia' y en el uso de técnicas tales como la 'termoterapia', 'crioterapia' y el uso de cosméticos en general.

En cambio, para optar por una formación superior en cosmetología, deben indispensablemente tener título de bachiller. En la ciudad de Quito, existen tres institutos con esta calidad que son: el Instituto Olimpia Barros, Instituto Tecnológico Superior de Estética Integral (ITSEI) y el Instituto Superior Tecnológico de Imagen Personal Lendan, los mismos que son regulados por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP); además se encuentra la Universidad Iberoamericana que cuenta con la Escuela de Cosmiatría, Terapias Holísticas e Imagen Integral.

Durante mi trabajo de campo, visité dos centros de formación artesanal: la Academia Sudamericana de Belleza y la Escuela de Cosmetología Princesa de Gales. En el primer caso, me dijeron textualmente que, a sus alumnas, no les enseñaban procedimientos invasivos. En segundo caso, les enseñaban técnicas invasivas, pero me aclararon que solamente para que sus alumnas tengan un conocimiento general, ya que son médicos los que dan clases en este instituto. En este centro, pude apreciar equipos de carboxiterapia, procedimiento invasivo mediante el cual se infiltra CO₂ por la piel.

De la misma forma, visité tres institutos de formación superior y la Universidad Iberoamericana, de los cuales solamente uno (ITSEI) daba como materia 'Inducción a la mesoterapia' con la misma aclaración de que era solamente para que sus estudiantes tuvieran un conocimiento

general en ese ámbito. Todos los institutos coincidieron en que ni cosmetólogas ni cosmiatras están capacitadas para practicar técnicas invasivas, situación que se les puntualiza a lo largo de su formación. Veamos un extracto de la entrevista que se realizó a la directora del Instituto Superior Tecnológico de Imagen Personal Lendan:

Entrevistador: ¿Puede una esteticista, cosmetóloga o cosmiatra practicar mesoterapia?

Directora Lendan: No, definitivamente no [...] la mesoterapia, que son infiltraciones, para nada. No estamos facultadas para hacer mesoterapia. Esto ha sido una de mis luchas. Viene gente de Colombia y de Argentina que quieren realizar ‘cursitos’ de mesoterapia. Cuando ha venido gente acá, yo les he pedido que se retiren. Es que, desgraciadamente, el signo de dólares es muy fuerte. Muchas veces ven en las personas oportunidad para hacer dinero a través de la mesoterapia, porque pueden cobrar muchísimo, pero es un riesgo para la salud. Mis alumnas, desde el primer día de clases, cuando yo les doy la bienvenida, les digo ¡ajo aquí!, ¡cuidado!, ¡prevención!, ¡mantenimiento! de ‘pieles sanas’, aquí la ‘mesoterapia’ no la van a ver nunca. Si han venido por mesoterapia están equivocadas.

Entrevistador: ¿Las alumnas reciben alguna materia donde aprendan la mesoterapia?

Directora Lendan: No, para nada, traté en algún momento de ver la alternativa. Hace algunos años, me vi con la presión de que todo el mundo practicaba la mesoterapia. De hecho, me decían: “Rocío, voy a cierto lugar para dejar mi carpeta y me dicen ‘¿sabes hacer mesoterapia?’ y yo digo que no”, entonces les dicen “no tienes el empleo”. Traté de buscar apoyo en España, busqué en Argentina a ver si había la posibilidad [...] traté de buscar apoyo afuera y no lo obtuve. Entonces dije definitivamente ¡no!, si quieren hacer ‘mesoterapia’, tendrán que, una vez terminada la carrera, ir a estudiar medicina. Mientras tanto no la pueden realizar.

Entrevistador: ¿Un curso realizado en el exterior las capacita para realizar mesoterapia?

Directora Lendan: Por supuesto que no. A un médico, sí, porque un médico ya tiene la formación; hace un curso de medicina estética

para hacer filtración y está perfecto, lo puede hacer. Posiblemente incluso una enfermera lo podría hacer, pero una esteticista no lo puede realizar.

Entrevistador: Algunas cosmetólogas me han dicho que no existe ningún riesgo en practicar la ‘mesoterapia homeopática’, ya que trabajan en capas superficiales de la piel y, por ser ‘natural’, me informaron que no tiene ningún efecto secundario.

Directora Lendan: No, ¡no! Es ‘torrente sanguíneo’, siempre será ‘torrente sanguíneo’. Por lo tanto, no será correcto, no es correcto, no es ético (Calderón, entrevista, 2009).

En mis visitas, tanto a los centros de formación artesanal como a los institutos superiores, me llamó la atención que todos afirmaban categóricamente que las cosmetólogas no estaban capacitadas para realizar procedimiento invasivos, hecho que se les repetía constantemente a lo largo de su formación. Entonces, de ser cierta esta premisa, ¿por qué el porcentaje de las cosmetólogas que realizan técnicas invasivas es muy alto? La respuesta a esta interrogante se debe a varios motivos.

En primer lugar, es relativamente reciente que los centros de formación se concientizaron en que no debían enseñar este tipo de técnicas, por lo que las cosmetólogas que fueron formadas unos años atrás, lo hicieron con estos conocimientos y, en la actualidad, lo practican libremente. También, como pude apreciar dentro de las mallas académicas de algunos de centros o institutos, existen materias de inducción a las técnicas invasivas, y la aclaración de que es para que tengan un ‘conocimiento general’ queda inhabilitada en la práctica. En otros países, donde existe una legislación específica que regula el ejercicio de la cosmetología, se aclara que los centros de formación en belleza no pueden impartir entre sus materias conocimientos que estarán prohibidos en su ejercicio profesional como la mesoterapia y las demás técnicas invasivas, como nos informa la Ley N.º 711 de Colombia que reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología.

Principalmente, este hecho sucede porque el control estatal sobre los grandes centros de cosmetología que practican estos procedimientos es muy escaso como vamos a analizar más adelante. Aunque las cosmetólogas tengan claro que no deben realizar técnicas invasivas,

se encuentran en su campo laboral con otra realidad que las obliga a practicar estos procedimientos para las cuales no están capacitadas, so pena de no poder trabajar. Ilustremos este punto con un extracto de la entrevista realizada a la vicerrectora académica del ITSEI:

Entrevistador: ¿Qué efectos secundarios puede traer la mesoterapia?

Vicerrectora académica ITSEI: Atrofiar músculos, parálisis, bueno, hay muchas situaciones que pueden afectar a la paciente. Nuestras alumnas saben que existe una política de los límites en cada una de las áreas que las estudiantes conocen. Ellas saben que no lo pueden hacer; que lo hagan ya después de graduarse es otra cosa. A veces, como yo les decía, la presión del medio es lo que les exige hacerlo, incluso cuando mandamos o enviamos a nuestras estudiantes para realizar las pasantías, ellas vienen con una información diferente a lo que les enseñamos.

Entrevistador: Sé de centros estéticos donde las estudiantes de cosmetología realizan sus pasantías y se les obliga a realizar procedimientos invasivos.

Vicerrectora académica ITSEI: Simplemente la alumna no está capacitada para eso.

Entrevistador: ¿Ella debería decir que no?

Vicerrectora académica ITSEI: Lo dice y a veces se corta la pasantía, precisamente porque a la estudiante le obligan hacer 'trabajos' para los cuales ella no está capacitada (Hidalgo, entrevista, 2009).

Para terminar esta sección, voy a puntualizar las diferencias entre lo que son la cosmetología y la cosmiatría. Mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de realizarlo con una cosmiatra, quien me informó, en nuestras múltiples conversaciones, que, en su formación superior (ITSEI), las capacitaban para realizar 'mesoterapia' además de recibir un curso extra sobre 'técnicas invasivas'. Al principio me convencí de que las cosmiatras sí estaban capacitadas para realizar procedimientos invasivos a diferencia de las cosmetólogas, pero, en mis visitas a los centros donde se enseña cosmiatría, encontré una realidad diferente que parte de una concepción errónea entre una y otra rama.

La cosmetología trabaja sobre ‘pieles sanas’ con productos cosméticos, entendiendo que cosmético es “cualquier preparado que se destine para ser aplicado externamente al cuerpo humano con fines de embellecimiento, modificación de su aspecto físico o conservación de las condiciones físico-químicas normales de la piel y de sus anexos” (Fontboté, 2008:43). En cambio, las cosmiatras trabajan tanto en ‘pieles sanas’ como en ‘pieles enfermas’, pero, de la misma forma, con productos cosméticos, que no sean invasivos.

En otros países tales como Argentina y Colombia, existen leyes especiales que regulan el ejercicio de la cosmetología y la cosmiatría, donde se aclara que, de ninguna manera, pueden realizar técnicas invasivas. Ejemplifiquemos lo dicho con la Ley N.º 711 de Colombia que, en sus artículos 7 y 8, nos informa lo siguiente:

ARTÍCULO 7. PROHIBICIONES. El (la) cosmetólogo(a) no puede realizar ningún procedimiento, práctica o acto reservado a los médicos o profesionales de la salud.

ARTÍCULO 8. CAMPO DE EJERCICIO. El (la) cosmetólogo (a) podrá realizar procedimientos de limpieza facial, masajes faciales y corporales, depilación, drenaje linfático manual y, en general, todos aquellos procedimientos faciales o corporales que no requieran de la formulación de medicamentos, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o actos reservados a profesionales de la salud (Ley N.º 711, 2001).

En el caso de Argentina, existe un proyecto de ley con cláusulas similares a la Ley N.º 711 de Colombia, que equipara a la cosmetología con la cosmiatría y la estética corporal, afirmando enfáticamente que, en ninguno de los tres casos, se pueden practicar procedimientos invasivos. Cabe recalcar además que, en Colombia, para ejercer la cosmetología, se requiere de por lo menos 500 horas de prácticas pre-profesionales como se observa a continuación:

ARTÍCULO 5. CENTROS DE FORMACIÓN. Las instituciones de educación superior, así como las de educación no formal, de conformidad con las normas vigentes para unas y otras, podrán ofrecer programas de capacitación teórico-práctica en el área de la cosmetología, con una intensidad mínima de 500 horas, todo dentro del marco constitucional de autonomía, educativa y formativa (Ley N.º 711, 2001).

En conclusión, la única diferencia entre cosmetología y cosmiatría es que la primera trabaja sobre ‘pieles sanas’ con químicos cosméticos, mientras que la segunda lo puede hacer con ‘pieles enfermas’, pero, de la misma manera, con cosméticos. En el caso argentino que acabamos de mencionar, existen, en los hospitales públicos y privados, gabinetes cosmetológicos-cosmiátricos que trabajan interdisciplinariamente bajo supervisión médica. En la entrevista que mantuve con el doctor Segundo Cargua, cirujano plástico y coordinador del Programa de Cosmiatría de la Universidad Iberoamericana, me aclaró los errores de concepción alrededor de la cosmiatría.

Hay una concepción errada que se le da a la cosmiatría, ya que les dan en cosmiatría lo mismo que les dieron en cosmetología. Esa es una de las luchas que yo he tenido siempre. He preguntado: “¿Por qué les vuelven a repetir lo mismo? Entonces ¿cuál es la diferencia?” A lo que me responden: “Les damos cosmiatría y tricología, así se llama a la especialidad”. La tricología se refiere más a cabellos. Entonces nuevamente les dan peluquería, y yo preguntaba: “¿Por qué las mezclaron?” y me decían: “Es que las personas que salen formadas en un círculo artesanal no pueden ponerse su propio centro cosmetológico. Primero, la ley les prohíbe [...] tiene que ser puesto su centro cosmetológico avalado por un profesional médico (Cargua, entrevista, 2010).

Es interesante notar que otro de los motivos por los que se mezcla la cosmetología con la peluquería es el factor económico, ya que, como hemos revisado en el Manual Operativo, un centro cosmetológico necesita del aval de un profesional en medicina para poder funcionar, hecho que se queda únicamente en el papel porque, en la práctica, –por no decir todos– la mayoría de estos centros funcionan únicamente con cosmetólogas. Probablemente la unión entre estas dos ramas (peluquería-cosmetología) seguramente se debe a un asunto de seguridad laboral, ya que, si no pueden formar su centro de cosmetología con todos los requisitos que la ley les exige, por lo menos podrán tener su peluquería, para la cual no necesitan del aval de un médico.

Regulaciones estatales

Conforme fui desarrollando el trabajo etnográfico y pude observar las inconsistencias jurídicas y conceptos que se quedaban en la teoría, había

una pregunta que me hacía: ¿cuál era el ente estatal-gubernamental que regulaba esta clase de centros?, ¿por qué se permitía que, en la ciudad de Quito, funcionaran tantos centros clandestinos que no cumplen con todos los requerimientos legales exigidos? El organismo que principalmente regula a todos estos centros en la ciudad de Quito es la Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

En el caso de los centros artesanales, existe la Junta Nacional de Defensa del Artesano (JNDA), institución de derecho público que agremia a todos los artesanos del país, cuya afiliación es voluntaria y sus resoluciones no tienen un carácter vinculante jurídicamente hablando. Esto quiere decir, que cualquier taller artesanal de belleza (título genérico con el que se llama tanto a las peluquerías como a los centros cosmetológicos), puede o no inscribirse en la Junta del Artesano; de cualquier forma, puede funcionar sin ningún problema. Entre las atribuciones que posee la JNDA está calificar los talleres que están por abrirse y titular a los/as artesanos/as conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Laborales y el Ministerio de Educación. En el caso de existir alguna denuncia hacia algún taller calificado, se realiza una inspección y, de encontrar algún tipo de irregularidad, pueden llegar a quitarle la calificación. Sin embargo, conforme lo corroboré en trabajo de campo, los centros pueden seguir funcionando sin ningún problema.

En este sentido, la Junta del Artesano, a partir de finales de 2009, inició una campaña para incentivar a los artesanos a calificarse, mostrándoles los beneficios que pueden obtener. Estos beneficios, en términos generales, consisten, en estar exentos del pago de ciertas tasas municipales, facturar con IVA de 0%, importar maquinaria sin aranceles, por señalar las más importantes. En la actualidad, existen en la ciudad de Quito 48 centros de formación artesanal, 208 talleres artesanales de belleza y ocho gremios que agrupan a estos talleres, los mismos que poseen la calificación de la Junta del Artesano, existiendo un porcentaje indeterminado que no se encuentra en esta base de datos, que, a decir de la presidenta de este organismo, se presumen en un número considerable (Junta Nacional de Defensa del Artesano, 2009).

Al entrevistarme con la presidenta de la Junta del Artesano, indicándole mis inquietudes sobre los excesos de las cosmetólogas en la ciudad de Quito, me informó que también era su preocupación, debido a que tenía información de que, en muchos talleres, se realizaban

procedimientos invasivos que no tenían nada que ver con lo artesanal. Veamos un extracto de la entrevista que mantuve con la Presidenta de la JNDA al respecto de este tema:

Entrevistador: Tengo conocimiento de centros de cosmetología donde se realizan procedimientos con inyecciones y medicamentos homeopáticos.

Presidenta JNDA: Ese justamente es el problema que tenemos con la Dirección Provincial de Salud. Hay compañeras que sacan un título de cosmetólogas en la JNDA y saben muy bien que no pueden invadir el campo médico, pero, sin embargo, lo hacen. Por ejemplo, las cosmetólogas que están practicando mesoterapia, aunque sea con sustancias naturales, no están autorizadas a hacerlo. Nosotros no ingresamos nada al cuerpo, solo nos limitamos a lo manual.

Entrevistador: Pero está pasando lo contrario, porque, en los centros de cosmetología que he visitado, se practica la mesoterapia libremente.

Presidenta JNDA: Eso no debería pasar. La Dirección Provincial de Salud de Pichincha no debería permitir el funcionamiento de esos centros. Otra cosa muy diferente es que la cosmetóloga sea auxiliar de un especialista médico. Es decir, si un médico le da el aval a la cosmetóloga para que le apoye en su gestión, eso si es aceptado.

Entrevistador: ¿La JNDA puede clausurar talleres de cosmetología donde se estén aplicando técnicas médicas?

Presidenta JNDA: No. La JNDA lo único que hace es calificar los talleres que están por abrirse y titular a los artesanos, nada más. Pero, si existen denuncias de que hay talleres que no cumplen con sus limitaciones, la JNDA puede quitarles la calificación de artesanos en esa rama. Ese centro puede seguir funcionando, pero, si llegase a pasar algo a nivel médico, ya no sería nuestra responsabilidad bajo ningún concepto. Lastimosamente, en el país, cualquier persona viene y se pone un taller artesanal sin papeles ni nada legal y sigue funcionando normalmente. Es tierra de nadie y por eso después hay graves problemas. No hay controles.

Entrevistador: ¿Existe algún tipo de cooperación entre ustedes y el Ministerio de Salud?

Presidenta JNDA: No existe, aunque debería, y no solo entre el Ministerio y la JNDA, sino entre todos los involucrados (Vera, entrevista, 2009).

Como apreciamos en esta entrevista, aún la presidenta de la JNDA muestra su preocupación sobre los procedimientos invasivos y aclara textualmente que las cosmetólogas no pueden usar inyecciones en sus clientes, aunque sea con productos ‘naturales’, ya que su oficio se enfoca al campo artesanal. Llama la atención que señale a nuestro país como ‘tierra de nadie’, precisando que no existen los suficientes controles por parte del Ministerio de Salud para evitar estos excesos. La presidenta de la JNDA además me informó, que han intentado dialogar con la Ministra de Salud para realizar cooperaciones interinstitucionales, pero que, hasta el momento, no habían recibido respuesta alguna. Como vemos, la JNDA se constituye en una entidad que agremia a todos los grupos de artesanos/as, pero no tiene ningún poder resolutorio ante las irregularidades de las cosmetólogas. La institución que tiene esta potestad en la ciudad de Quito, es el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

En base al Acuerdo Ministerial N.º 818, es la atribución de las Direcciones Provinciales de Salud otorgar los permisos de funcionamiento a los centros cosmetológicos y de estética, spas y centros de reducción de peso, los mismos que deben cumplir con los requisitos establecidos para cada uno de ellos como revisamos líneas atrás en el Manual Operativo. Históricamente era un inspector/ora quien hacía la revisión del local, quien verificaba que el centro tuviera el permiso de los bomberos y, con mucha facilidad, daba el visto bueno para que se otorgara el permiso de funcionamiento, el mismo que debía ser renovado anualmente. Ejemplifiquemos lo dicho en un extracto de la entrevista a Cosmiatra 1:

Entrevistador: ¿Qué permisos necesitas para funcionar?

Cosmiatra 1: Primero necesitas el permiso de funcionamiento del Municipio, debes tener tu RUC⁵¹ y el permiso de funcionamiento de los bomberos.

⁵¹ Registro Único de Contribuyentes.

Entrevistador: ¿Qué te revisan en la inspección?, ¿el local?

Cosmiatra 1: No, no eso es netamente para el funcionamiento de un espacio [...]

Entrevistador: ¿Te vienen y te miden el espacio?

Cosmiatra 1: No, no, los que te miran el espacio donde vas a trabajar y las normas de seguridad, son los bomberos. Miran que tengas un extintor, cestos de basura. Por ejemplo, en mi RUC, consta como cosmetóloga que trabajo con mesoterapia y me piden que tenga un cesto de basura con las fundas rojas, solamente para desechos infecciosos y todo ese tipo de cosas y un cesto de basura con funda negra para desechos comunes, eso lo hacen los bomberos. Además, necesitas el permiso de sanidad que te dan en el Ministerio de Salud, tienes que irte a un centro de salud, te hacen exámenes de heces, de sangre, de orina y todo ese tipo de cosas para ver en qué estado estás tú. Para dar los servicios, es obligatorio el examen.

Entrevistador: Pero, para otorgarte el permiso, ¿vienen a inspeccionar el lugar?, ¿te revisan los implementos con los que trabajas?

Cosmiatra 1: No, no, los que hacen esos son los bomberos.

Entrevistador: Pero los bomberos no van a revisarte con qué implementos trabajas, por ejemplo agujas, geles, cremas, etc.

Cosmiatra 1: No, lo que ellos ven es que tengas esterilizador [...] en la Dirección Provincial de Salud te exigen exámenes médicos, y te entregan una hoja donde hablan de que tú eres una persona totalmente sana para trabajar en el área.

Entrevistador: ¿Entonces la Dirección nunca viene a revisar nada?

Cosmiatra 1: Sabes que sí. Fueron a Santo Domingo cuando yo tenía el centro allá, acá no han venido. En Santo Domingo de los Tsachilas si estuvieron, me revisaron y miraron todo para entregarme el permiso [...] aquí en cambio, miraron así nada más, y me entregaron la hoja de la solicitud para ir al centro de salud, donde te hacen los exámenes y ahí te dicen que eres una persona sana, te hacen del VIH y todos los demás exámenes, para ver si eres una persona apta.

Entrevistador: Sí, entiendo que la persona esté apta, nadie lo va a negar; pero yo entendería que la Dirección tendría que verificar si existen todos los implementos para que un centro de esta índole pueda funcionar.

Cosmiatra 1: Lógicamente que sí, sí te miran eso, pero digamos que es una visita así 'muy, muy ligera', o sea ven que haya un esterilizador, ven que haya un shaylon y que haya un cesto de basura y listo, o sea, no es tan prolijo como realmente debería ser.

Entrevistador: ¿Los permisos se renuevan cada año?

Cosmiatra 1: Sí, solamente es renovación y, como ya tienes los permisos, te hacen una inspección 'muy ligera' y listo (Cosmiatra 1, entrevista, 2009).

En esta entrevista, se puede apreciar la facilidad con la que se otorgan los permisos de funcionamiento y el poco control existente. Vemos que, en su percepción, es más importante el permiso de los bomberos que la inspección de la Dirección Provincial de Salud, la cual es considerada como 'muy ligera', ya que no se revisa qué personal trabaja en el centro, ni qué tipo de medicamentos se utilizan. Seguramente fue por este motivo que este tipo de centros crecieron muy rápidamente sin ningún tipo de control, invadiendo campos que no les correspondían. Veamos en la siguiente tabla el crecimiento en los últimos diez años de estos centros:

Tabla N.º 1

Crecimiento anual de los centros de cosmetología y estética, centros de reducción de peso y spas con permisos de funcionamiento

Años	Cosmetología y estética	Centros de reducción de peso	Spas	Total
1999	7	5	0	12
2000	21	4	0	25
2001	31	5	0	36
2002	31	5	0	36
2003	26	6	0	32
2004	27	7	0	34
2005	45	9	0	54
2006	60	10	0	70
2007	61	9	0	70
2008	71	10	0	81
2009	72	12	10	94

Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria de Pichincha. Elaboración propia.

Podemos ver que, de los 12 centros existentes para el año de 1999, una década después, en el año 2009, existe un total de 94 centros, aclarando que estos datos únicamente corresponden a los centros que cuentan con permiso de funcionamiento, existiendo un porcentaje alto de establecimientos que están registrados y que funcionan sin permisos.

En la base de datos de la Dirección Provincial de Salud, que estuvo desactualizada durante años –y más o menos hace un año se comenzó a limpiar–, constan todos los establecimientos registrados que, en algún momento, sacaron su permiso de funcionamiento, pero que pudieron haberlo renovado o no, pudieron dejar de existir o haber cambiado su razón social, pero que, de todas formas, constaban en la base de datos de dicho organismo. Esto se tornó en un problema al momento de clasificar los datos.

La primera diferencia que debía precisar se refería a los establecimientos registrados, los mismos que se dividen en dos tipos: los que constan con permiso de funcionamiento actualizado y los que no lo poseen. Los primeros se dividen en renovados y nuevos, mientras que los segundos pueden ser establecimientos que funcionaban sin permiso actualizado para el año en curso o que han cambiado su razón social, o que han dejado de existir sin comunicarlo a la Dirección de Vigilancia y Control Sanitario. Vemos ejemplificado lo dicho en la siguiente tabla del año 2009:

Tabla N.º 2

Establecimientos registrados con y sin permiso de funcionamiento en el año 2009

Centros	Con permiso de funcionamiento		Sin permiso de funcionamiento	Total
Centros de cosmetología y estética	72		88	160
	Nuevo	Renovación		
	18	54		
Centros de reducción de peso	12		12	24
	Nuevo	Renovación		
	5	7		
Spas	10		1	11
	Nuevo	Renovación		
	5	5		
Total	94		101	195
Total %	48,21%		51,79%	100%

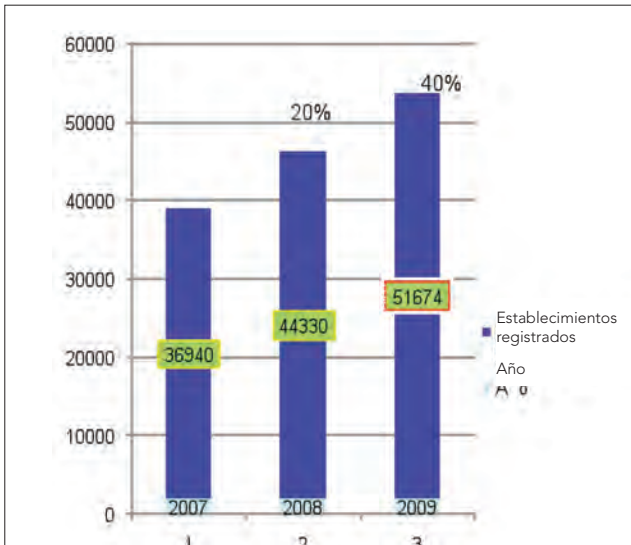
Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria de Pichincha.. Elaboración propia.

Podemos notar en la Tabla N.º 2 que, para el año 2009, existen 160 centros de cosmetología y estética, 24 centros de reducción de peso y 11 spas, que se encuentran registrados en la base de datos, pero –por ejemplo– tan solo 72 centros de cosmetología de los 160 registrados se encuentran con permiso de funcionamiento, lo cual equivale al 55% de establecimientos que funcionan en la clandestinidad o que se encuentra ahí por un asunto de falta de limpieza de la base de datos. Hecho que no puedo puntualizar, porque ni siquiera en la Dirección Provincial de Salud

de Pichincha tenían el dato exacto. La doctora Arbelaes, coordinadora de Vigilancia y Control Sanitario, me brindó una tabla comparativa de todos los centros sujetos a vigilancia y control sanitario en la Provincia de Pichincha, entre los años 2007, 2008, 2009 como se aprecia en el Gráfico N.º 2. Allí vemos cómo el registro aumentó proporcionalmente de los 36 940 establecimientos registrados de 2007 a los 44 330 de 2008 y los 51 640 de 2009 con un aumento del 20% y 40% de crecimiento respectivamente en los dos últimos años.

Gráfico N.º 2

Establecimientos Registrados
PCVS - DPSP desde 1999-2007-2008-Oct.2009



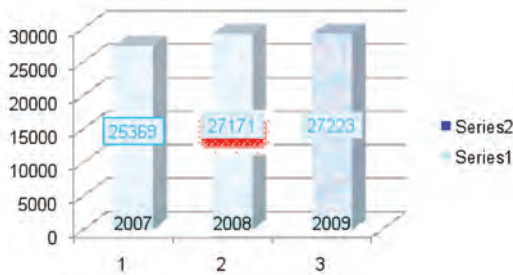
Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria de Pichincha. Elaborado por: Dra. Gloria Arbelaes.

Paralelamente a esto, vemos en el Gráfico N.º 3, que en los mismos años, los establecimientos con permisos de funcionamiento presentan las cifras de 25 369 (2007), 27 171 (2008), 27 223(2009), lo que significa que, a pesar de ser meritorio el crecimiento del registro de los establecimientos sujetos a control sanitario, esto no se ve reflejado en el crecimiento de

los centros que poseen permisos de funcionamientos en relación al registro. Así, de los 51 640 establecimientos registrados para 2009, tan solo 27 223 tienen permiso de funcionamiento equivalente al 52,7% de establecimientos que funcionan sin su permiso respectivo, cifra similar a los centros que estamos analizando.

Gráfico N.º 3

Establecimientos con permiso de funcionamiento
PCVS-DPSP 2007-2008-Oct. 2009



Fuente: Dirección de Vigilancia Sanitaria de Pichincha. Elaborado por: Dra. Gloria Arbelaes.

Analizando los tres últimos años, vemos que, entre 2007 y 2009, se aumentó el registro de 14 700 establecimientos, equivalente a un crecimiento del 40%; sin embargo, el crecimiento de los establecimientos con permiso de funcionamiento fue tan solo de 1 854⁵².

Este fenómeno se debe principalmente a un problema estructural, como lo analizamos en el capítulo II. La salud no tuvo los recursos estatales suficientes, ya que prácticamente la mitad del presupuesto general del Estado se destinaba al pago de la deuda externa, y al ser un país capitalista dependiente principalmente de los EEUU, las posiciones neoliberales se fueron insertando en nuestro país a partir del gobierno de Sixto Durán Ballén en 1992, con la modernización del Estado y las privatizaciones. En este sentido, la salud fue considerada como una mercancía que debía estar controlada por manos privadas. “La salud ha sido entendida como producto y mercancía, representando una estructura de poder donde las exigencias abstractas de racionalidad instrumental han primado

⁵² Debo aclarar que, durante los últimos tres años, se ha intentado aumentar el registro de los establecimientos sujetos a control sanitario lo cual es un factor meritorio. El siguiente paso debería ser limpiar la base de datos, y ver ¿cuáles son los establecimientos que no poseen permiso de funcionamiento?, ¿cuáles cambiaron su razón social, dejaron de existir o funcionan en la clandestinidad? Datos que, en la actualidad, la Dirección Provincial de Salud de Pichincha no posee ni en términos macro, mucho menos de los centros que estamos analizando en esta investigación.

sobre las necesidades particulares de personas generalizadas” (Reyes, 2001: 47), esto generó un abandono de las políticas públicas en materia de salud.

En este sentido, el número del personal que trabaja en Vigilancia Sanitaria es insuficiente y no se abastece para controlar a todos los centros que diariamente se crean, a tal punto que la inspección se la realiza, en el mejor de los casos, una vez al año. Durante las escasas visitas de los inspectores de Vigilancia Sanitaria, puede prepararse el centro para estar acorde con las exigencias respectivas, pero, después de la inspección, funcionar tranquilamente sin ningún tipo de control, realizando procedimientos invasivos e invadiendo campos médicos como lo hacen muchos de estos centros y/o cosmetólogas. Además, el personal que históricamente trabajó en Vigilancia Sanitaria no tenía una preparación especializada, ni técnica en el área, como lo muestra el siguiente extracto de una entrevista realizada a la Dra. Gloria Arbelaes, directora de Vigilancia y Control Sanitario:

[...] Adicionalmente a este proceso de comunicación, este departamento lo que ha hecho es reforzar y potencializar los equipos técnicos. Históricamente, en el Ministerio de Salud, Vigilancia Sanitaria ha estado conformada por alguien que digita y los señores inspectores. Nuestros compañeros tienen años trabajando aquí, pero tienen una educación de primaria y secundaria. Hoy hemos concientizado a nuestros directores de las unidades ejecutoras y se han integrado a los equipos de salud un técnico, sea un médico, psicólogo, bioquímica, licenciada, que ya tienen estudios en gerencia de la salud (Arbelaes, entrevista, 2009).

Siendo, como nos informa la Dra. Arbelaes, que la mayoría de los inspectores de salud tienen a lo sumo una formación primaria y secundaria, se entiende claramente por qué las inspecciones sanitarias, en muchos de los casos, son muy escuetas y no poseen el cuidado necesario en los detalles particulares y técnicos que debería tener una visita de esta envergadura, por ejemplo, diferenciar lo que es un procedimiento invasivo de uno cosmético, saber qué sustancias están prohibidas y no deberían ser introducidas en el cuerpo humano, etc. De este hecho se deriva la confusión de actividades y funciones que presentan la mayoría de estos centros, que no tienen claro cuáles son los límites en sus actividades, ya que no existió históricamente una autoridad sanitaria que se lo indicara.

Entrevistador: Una persona que quiere abrir un centro cosmetología, ¿qué necesita?

Dra. Arbelaes: Primero, venir a la Dirección de Salud de Pichincha donde nosotros estamos dando una atención personalizada. Hemos puesto una computadora y, en el cartelón, también, donde el usuario recibe, como usted, una atención personalizada. Lo primero es preguntarle al usuario ¿cuál es su intención? Porque a veces el usuario sueña, quiere ponerse esto y el otro y me mezclan spa, con cosmetología, policlínico, etc.

Entrevistador: ¿Eso es lo que suele pasar?

Dra. Arbelaes: ¡Terrible! Eso es un histórico. Eso es lo que este año hemos estado regulando. Le he dicho al usuario, cuénteme, ¿qué hace? Entonces ahí comenzamos a ubicarle en la normativa, ya que quiere hacer de todo [...] ¿Qué más nos preocupa? Volviendo al tema de los spas, estéticas y estos centros, hay establecimientos que lamentablemente tienen mucha viveza y, en la regulación del mercado, hay mucha gente que saca, como por ejemplo, diga usted, ‘centro de cosmetología y estética’ y me están haciendo ‘reducción de peso’.

Entrevistador: ¿Los centros cosmetológicos hacen ‘reducción de peso’?

Dra. Arbelaes: Así es, me sacan ‘spa’ y me hacen cosas que no deben. Toda esta semana, desde la semana antepasada, estamos en un operativo de centros de estética. Hemos mandado a cuatro centros a la Comisaría Sanitaria. Hicimos un operativo desconcentrado de Pichincha, y como hicimos un análisis de mercado y determinamos que los centros de estética mayormente están concentrados en el Área de Salud 3, en todo este sector, entonces reforzamos, porque es el área que tiene un 40% de establecimientos de estética. Hay áreas que me reportan que no tienen, que no existen. Estamos haciendo un cruce de información, porque, este año, la Dirección Provincial de Pichincha, en un factor de motivación, estableció un concurso. Vamos a donar una camioneta doble cabina al área que haga el mejor censo de establecimientos. Estamos cruzando información entre el registro de establecimientos existentes, el censo de establecimientos y los operativos. ¡Ya me he pescado algunitos!... ahorita justo, entre estas dos semanas, estoy haciendo todo este operativo. Las áreas me están mandando los reportes de los centros de estética. Hemos informado a la autoridad sanitaria y

estoy descubriendo establecimientos sacados con una razón social, con un tipo de establecimiento y actividad, y que están haciendo otra cosa. Los estoy mandando a Comisaría Sanitaria (Arbelaes, entrevista, 2009).

Podemos notar que existe una estrategia triple para cruzar la información. Por un lado, mediante una campaña fuerte de comunicación, se incentiva al registro de los establecimientos, lo cual se cruza con censos realizados por las áreas de salud respectivas, para descubrir cuáles centros funcionan sin estar registrados, ni poseer permiso de funcionamiento. Finalmente, se efectúan los operativos que realizan los equipos técnicos conjuntamente con los inspectores de salud. El problema de la confusión y mezcla de actividades que han tenido estos establecimientos durante años se debe, de acuerdo a la Dra. Arbelaes, a un desconocimiento de la Ley Orgánica de la Salud y los acuerdos ministeriales que se encuentran dispersos y que constantemente han sido reformados.

Esquematisando lo dicho, estos establecimientos deben cumplir con cuatro parámetros para obtener su permiso de funcionamiento que son: su razón social, que se constituye en el nombre del centro; tipo de establecimiento, que aclara si es un centro de cosmetología, spa o centro de reducción de peso; la categoría, que es de cuatro tipos: lujo, primera, segunda y tercera; y, finalmente vemos la actividad a la que se va a dedicar. Entre los cuatro parámetros señalados, existe muchas veces contradicción y confusión. Se aprecia que muchos centros cosmetológicos que constan en su razón social como 'spa', no realizan tratamientos con el agua o 'centros cosmetológicos' que realizan en su actividad 'reducción de peso'; ésta es una de las principales preocupaciones que las autoridades sanitarias han intentado regular.

Es interesante notar que únicamente existe un formulario para realizar la inspección de todos los establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria, el mismo que puede servir para otorgar el permiso a una tienda de abarrotes o a un hospital de especialidades. Este problema se ha venido tratando de mejorar en el Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud respectivas, con la implementación de fichas de apoyo técnico que amplíen los parámetros ya existentes.

Centros de cosmetología con procesos jurídicos

Coincidió que, durante mis visitas a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha en el mes de diciembre de 2009, la Dirección de Vigilancia Sanitaria se encontraba realizando un operativo a los centros de cosmetología, spas y de reducción de peso, facilitándome un informe consolidado de 51⁵³ de estos establecimientos que habían sido remitidos sus expedientes a la Comisaría Sanitaria.

Este informe realiza un detalle general de los requisitos que incumplen estos establecimientos al momento de la inspección, entre los que podemos apreciar: su razón social, si cumple o no con todos los requisitos para su funcionamiento, si cuenta con el permiso actualizado, la sanción que se aplica, el motivo de la sanción y la autoridad que la aplica. Dentro de este informe, se encuentran las dos transnacionales estéticas analizadas durante el trabajo de campo: el centro de reducción de peso Delgadez Extrema y el centro de cosmetología Mentiras Camufladas.

En el caso de Delgadez Extrema, es enviado a la Comisaría Sanitaria por existir una distorsión en su razón social. Aunque jurídicamente este dato puede ser importante, es realmente trivial en relación a las razones por las que debería ser inspeccionado este centro. En el capítulo IV abordaré con toda precisión los esquemas erróneos de tratamiento que utiliza este centro para la reducción de peso. Solicité acceder al expediente de este centro, pero, una y otra vez, me hicieron un juego de ping-pong entre algunos departamentos de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. A tal punto que un día, en la Comisaría Sanitaria, me comunicaron que ese informe no había sido enviado a este departamento. Al mostrarles el informe de Control Sanitario donde constaba el centro Delgadez Extrema, no sabían qué decirme y evadían las respuestas. “No sé, aquí no está”, “debe haber sido enviado a otro departamento”. Sin embargo, conforme consta en el informe consolidado de Vigilancia y Control Sanitario, este centro fue enviado a la Comisaría Sanitaria y misteriosamente no aparecía el expediente.

Con el expediente del centro Mentiras Camufladas, corrí con mejor suerte. Pude acceder a él, pero no me permitieron sacarle una copia, así que, con esferográfico, anoté las conclusiones de la inspección sanitaria.

⁵³ Debo puntualizar que, en esta lista de 51 establecimientos enviados a Comisaría Sanitaria, no solo se encuentran los centros cosmetológicos y de reducción de peso; también incluyen gimnasios.

Este centro, con mucha frecuencia, publicita sus servicios en la revista Familia, haciendo un énfasis especial en que sus tratamientos invasivos –como la carboxi-hidrolipoclasia– los efectúan ‘médicos especialistas’. Cosmiatra 1, quien trabajó en Mentiras Camufladas hace algunos años, me informó que, en este centro, quienes realizaban las técnicas invasivas eran las estudiantes pasantes de diferentes academias de cosmetología y que no existía ningún médico ‘especialista’ responsable de realizar los procedimientos invasivos.

Este dato lo quise corroborar de primera fuente entrevistando a la administradora de este centro, entrevista que me fue negada en dos ocasiones. A pesar de estas negativas, en el mes de diciembre de 2009, efectué una visita al centro y abordé, durante un minuto, a la administradora. Me repitió una vez más que “no podía hablar conmigo” porque estaba “prohibido”. Alcancé a preguntarle si, en este centro, las cosmetólogas realizaban los procedimientos invasivos, respondiéndome que “no”. Las conclusiones del Informe Técnico de Inspección de Vigilancia y Control Sanitario del 15 de diciembre de 2009 certifican que la información que me brindó Cosmiatra 1 era cierta, conforme lo vemos a continuación:

Se encuentra funcionando sin permiso de funcionamiento.

Se están realizando intervenciones estéticas invasivas, sin que, al momento de la inspección, exista un profesional responsable para estas acciones.

Al momento de la inspección, existen productos de tipo inyectable utilizados en mesoterapia que no cuenta con registro sanitario.

Se anexa acta de inmovilización. (Dirección Provincial de Salud de Pichincha, 2009b).

Apreciamos que el centro Mentiras Camufladas no posee el permiso de funcionamiento para el año 2009. Se comprueba que, quien realiza los procedimientos invasivos, no es el profesional médico respectivo, y que la mesoterapia inyectable encontrada no cuenta con registro sanitario ecuatoriano. Quise saber cómo terminaba este proceso y cuál era la sanción que se le aplicaba, ya que, de acuerdo a Ley Orgánica de la Salud, en su Art. 254, se nos informa que la sanción para los establecimientos

que no cuentan con permiso de funcionamiento será de una “multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general”.

Al igual que en el caso del centro Delgadez Extrema, no me facilitaron la resolución final del caso. Acudí al departamento jurídico del Ministerio de Salud y, extraoficialmente, la procuradora me leyó la sentencia, que informaba que este centro había sido sancionado con el Artículo 254 de la Ley Orgánica de la Salud y que actualmente continuaba funcionando sin ningún problema. A continuación, vamos a ver dos ejemplos más de estéticas que infringieron la ley. En este caso sí vamos a dar sus nombres reales debido a que, en estos casos, fueron juzgados por la autoridad sanitaria respectiva, además que tuvieron un seguimiento mediático.

El primer ejemplo responde al nombre de Dr. Glúteos⁵⁴, centro que, durante todo el año 2009, mantuvo una permanente publicidad en la revista Familia. Vemos un ejemplo de esto en una edición del 25 de octubre de 2009 de dicha revista:

Imagen N.º 3

Centro clandestino Dr. Glúteos

Dr. Glúteos[®]
Médicos especializados en Argentina y Brasil

Aumento permanente de glúteos \$300
Diseño, modelado, aumento, tonificación y levantamiento de Glúteos

PROMOCIÓN: LIPO LIGHT \$300
Lipomodelación localizada en solo 30min. con anestesia local, ambulatorio.

Telf: 02-6014530 ⌚ de 10h00 a 16h00
Sector Parque La Carolina www.drgluteos.com

Fuente: revista Familia

Desde el primer instante en que vi esta publicidad, llamó mucho mi

⁵⁴ Este centro no constan en el listado de los 51 centros de los operativos de diciembre de 2009, ya que fue inspeccionado unos meses atrás.

atención este nombre tan particular de Dr. Glúteos, que podría ser leído como una referencia a la fragmentación del cuerpo en la modernidad (Le Breton, 1990), existiendo ‘especialistas’ que pueden reconstruir o reinventar cualquier parte del cuerpo, ya sean ‘senos’, ‘abdomen’o, en este caso, los ‘glúteos’. El precio por este tipo de tratamiento equivale a \$300. Al tratarse de un procedimiento quirúrgico, es muy sospechosa la cantidad por la que se oferta por este servicio, ya que, de acuerdo a los cirujanos especialistas en el tema, este procedimiento bordea los \$3360⁵⁵. Me preguntaba entonces ¿por qué el costo de \$300 dólares? Interrogante para la cual no tenemos una respuesta.

De la misma manera, parte del trabajo de campo consistía en encontrar información sobre este centro en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Los resultados de este trabajo los discuto a continuación. En primer lugar, este centro funcionaba sin permiso de funcionamiento, el mismo que se encontraba ‘en trámite’ y que de ninguna manera justificaba el estar funcionado, ya que la figura de ‘permiso en trámite’ es inexistente para la Ley Orgánica de la Salud. El permiso que el Dr. Glúteos estaba tramitando en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha correspondía a un centro de cosmetología y estética, los cuales, como hemos revisado en el desarrollo de este capítulo, no están autorizados para realizar procedimientos invasivos. Sin embargo, este centro publicita procedimientos médicos e invasivos tanto en la revista Familia como en su página web. La sustancia usada para el aumento de nalgas es el polimetilmetacrilato, sustancia que no posee registro sanitario ecuatoriano y cuyo uso esta prohibido en el mundo⁵⁶.

El programa televisivo *30 Minutos Plus*, transmitido por Teleamazonas todos los sábados en horario de 20:30-21:00, con fecha 12 de diciembre de 2009, realizó un reportaje sobre los charlatanes de la salud en el que se

⁵⁵ De acuerdo a la investigación que se muestra en el programa *30 Minutos Plus* del 12 de diciembre de 2009, se nos informa que cada centímetro cúbico de polimetilmetacrilato tiene un costo de \$56 que, multiplicado por los 60 centímetros cúbicos que utiliza el Dr. Glúteos, equivaldría a la suma de \$3 360 sin considerar otros gastos.

⁵⁶ En el mes de diciembre de 2009, falleció la modelo argentina Solange Magnano, de 37 años de edad, Miss Argentina 1994, quien se realizó una intervención quirúrgica para levantamiento de nalgas con esta sustancia, encontrando la muerte. El cirujano plástico Cristian Pérez Torres explicó que «este producto es un aceite; al inyectarlo, empieza a irse hacia los miembros inferiores y llega a los vasos sanguíneos, hace trombos o émbolos (obstrucciones) y esos trombos se encavan en el corazón o en la carótida, provocando la muerte. La inyección de cualquier implante líquido en el glúteo está totalmente prohibida» (Diario Los Andes/On Line, 2010). Un caso muy similar le ocurrió a la cantante mexicana Alejandra Guzmán, quien corrió con mejor suerte, logrando sobrevivir al polimetilmetacrilato.

dedicó a investigar este centro en particular. Janeth Hinostroza, directora de este programa, me facilitó información de una carta dirigida a ella por parte de la doctora Bernarda Salas, directora provincial de Salud de Pichincha, con fecha 11 de diciembre de 2009. Este documento explica que el centro Dr. Glúteos, con fecha del 3 de mayo de 2009, inició el trámite de permiso de funcionamiento como 'centro estético'. Este proceso culminó el 9 de diciembre de 2009, cuando se realiza una re-inspección y se «verificó que publicita servicios con otra razón social diferente, lo cual implica que la institución suspenderá el trámite mientras no se clarifique la distorsión de la razón social» (Salas, 2009).

La información más relevante encontrada sobre este centro es que su representante legal no consta como médico registrado en el Ecuador como apreciamos en la siguiente carta de la Dra. Carmen Laspina, directora general de Salud, dirigida a la Lcda. Ingrid Coba, coordinadora del programa *30 Minutos Plus*, documento que nos informa lo siguiente:

Al respecto, debo informar a usted que, revisados los libros de registro de títulos de médicos que reposa en esta Dirección, se determina que el señor MARTINEZ VILLAMAR CARLOS no se encuentra registrado como médico.

De igual manera, se solicitó información a la Subsecretaría Regional de Salud Costa/Insular, la misma que nos ha reportado que tampoco se encuentra registrado (Laspina, 2009).

En conclusión, podemos ver que el centro Dr. Glúteos funcionaba clandestinamente en la ciudad de Quito, sin contar con su respectivo permiso de funcionamiento. El permiso de funcionamiento que estaba 'tramitando' era como un centro de cosmetología y estética, razón por la cual tenía una razón social distorsionada, ya que estaba publicitándose como un centro que ofertaba procedimientos médicos invasivos con sustancias prohibidas para la salud que no cuentan con el registro sanitario ecuatoriano, y que han causado la muerte a algunas personas en otros lugares del mundo. Pero lo más delicado en este tema, que su representante no estaba registrado como médico acreditado para ejercer la medicina en el Ecuador.

El segundo ejemplo corresponde al Centro de Estética ProEstetic⁵⁷,

⁵⁷ Toda la información sobre el caso ProEstetic que se explica en esta sección es extraída principalmente del proceso administrativo seguido contra este centro por parte del Ministerio de Salud Pública del

ubicado en Av. República OE3 y Ulloa, al norte de la ciudad de Quito. El día martes 13 de octubre de 2009, acudió a este centro la señora Clara Estrella para realizarse una liposucción y un estiramiento de cuello y arrugas en su cara. En el centro, no le informan sobre los riesgos que conlleva realizarse una operación de este tipo, destacando además que, en los exámenes preoperatorios, no se le solicitó un electrocardiograma y, cuando ingresó al quirófano, no se le realizó un vendaje antiembolia. La intervención quirúrgica resultó en un fracaso y la señora Clara Estrella murió de una trombo embolia pulmonar. El Informe de Inspección de Control Sanitario de 4 de noviembre de 2009 nos informa al respecto de este centro:

- a) El establecimiento en mención no dispone del permiso de funcionamiento otorgado por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha.
- b) No cuenta con el tarifario visible.
- c) El área destinada para intervenciones quirúrgicas no cuenta con el equipamiento completo.
- d) No existen servicios auxiliares de diagnóstico clínico.
- e) No es adecuado el sitio de almacenamiento final de desechos (Dirección Provincial de Salud de Pichincha, 2009a).

Este centro ofertaba los siguientes procedimientos quirúrgicos: lipoescultura láser o ultrasónica, blefaroplastia, rinoplastia, septumplastia, aumento o reducción de mamas, lifting facial, aumento y levantamiento de glúteos y tratamientos cosmetológicos faciales y corporales. Sin embargo, al igual que el caso anterior, este centro no posee permiso de funcionamiento, ni siquiera como centro estético, mucho menos para realizar intervenciones médicas invasivas. En el proceso administrativo seguido contra ProEstetic, se aprecia que no posee un quirófano para realizar intervenciones de este tipo, así como no contaba con una sala de terapia intensiva.

Ecuador. Al igual que en los casos anteriores, esta información no me la entregaron en el Ministerio de Salud, ni en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Agradezco a la señora Julieta Estrella, hermana de la mujer fallecida, quien me facilitó todos los documentos requeridos.

En la investigación del 12 de diciembre del programa *30 Minutos Plus*, documento audiovisual al que he hecho referencia, se demuestra cómo esta clínica seguía funcionando sin ningún problema después de lo sucedido. Planificaba más cirugías, atendía normalmente al público sin contar con su permiso de funcionamiento, ni siquiera como centro cosmetológico. Este caso, a diferencia de otros, tuvo un permanente seguimiento mediático, además de que la mujer fallecida tenía algún tipo de relación con funcionarios del actual gobierno, lo que generó una fuerte presión sobre las autoridades sanitarias para actuar⁵⁸. Por esta razón, con fecha de 22 de febrero de 2010, se ordenó la clausura definitiva de este centro por parte de la directora general de Salud, puntualizando, en dicha resolución, que los médicos que intervinieron en la operación actuaron con negligencia⁵⁹, transgrediendo los derechos humanos más elementales. Además, se sanciona a la dueña del centro con una multa de veinte salarios básicos unificados del trabajador en general de acuerdo al Art. N.º 249 de la Ley Orgánica de la Salud. Tuve la oportunidad de estar presente el día martes 9 de marzo de 2010, cuando la directora provincial de Salud de Pichincha fue a clausurar este establecimiento conforme lo relato en la siguiente nota de campo:

Me encuentro afuera de la Clínica ProEstetic, donde se encuentran varios medios de comunicación esperando por la doctora Bernarda Sala, directora provincial de Salud de Pichincha. Se encuentran varios carteles que dicen “los médicos deben cuidar la vida, no ponerla en riesgo”; “nuestros actos tienen consecuencias”; “la cirugía estética es una cirugía”. También aprecio una fotografía de Clara Estrella, junto a su hijo, sostenida por su esposo. El ambiente está caldeado, todos gritan consignas en contra de la clínica [...] cuando llega la doctora Salas, la gente entra en éxtasis total. [...] Luego de que la doctora Salas, sale del centro clausurándolo, los medios de comunicación presentes hacen varias preguntas. Una y otra vez le preguntan a la doctora Salas si este centro puede abrirse nuevamente con otro nombre. [...] creo que todo este ritual jurídico

⁵⁸ El día de la clausura de ProEstetic, asistió la ministra del Deporte, quien tenía alguna relación de parentesco con la fallecida.

⁵⁹ Pude acceder al video que “ProEstetic” entregó de la operación a los familiares de Clara Estrella. Ahí se aprecia la negligencia médica que se desprende del proceso. Se observa que el personal que interviene no cumple con las más mínimas normas de asepsia para un procedimiento de este tipo. Así por ejemplo, no usan guantes quirúrgicos, uno de los médicos que realiza la operación comienza a chatear por el celular, a tal punto que cuando Clara Estrella muere, ellos no se dan cuenta de su fallecimiento. Al constatar que la paciente sufre un cuadro de embolia, y al no poseer ellos un equipo de terapia intensiva intentan dos horas después llevarla a la Clínica Internacional, casa de salud que no la acoge por observar que la paciente no tiene signos vitales.

no es más que una cortina de humo para querer justificar ante la sociedad que están actuando y controlando a estos centros. Creo que si no hubiera existido tanta presión mediática, no hubiera pasado nada, como no pasa absolutamente nada con los otros centros que hacen lo mismo que ProEstetic y siguen funcionando sin ningún problema (Nota de campo, 2010).

Fotografía N.º 1

Cierre de ProEstetic



Fuente: Diario Últimas Noticias.

Los ejemplos expuestos sólo constituyen una muestra de los muchos otros centros que funcionan en las mismas condiciones y que las autoridades sanitarias no son lo suficientemente eficaces para controlar. Ante lo dicho, surge una pregunta: ¿por qué este tipo de establecimientos que no cuentan con el permiso de funcionamiento respectivo no son clausurados inmediatamente, incluso cuando hay mujeres que mueren a causa de esta negligencia? La respuesta a esta interrogante tiene algunas aristas por ser analizadas.

La Ley Orgánica de la Salud de nuestro país es muy liviana y tiene una serie de vacíos e inconsistencias jurídicas⁶⁰ que se relacionan con la competencia de las autoridades que sancionan las infracciones

⁶⁰ Son muchísimos los vacíos e inconsistencias que posee esta ley en materia de sanciones, únicamente me remito a citar tres puntos que son importantes para esta investigación.

sanitarias, existiendo una total confusión. Así por ejemplo, esta ley no presenta con claridad cuáles son los límites jurisdiccionales y la competencia que tienen las autoridades sanitarias, además de que no se les otorga la capacidad penal; únicamente pueden clausurar a los establecimientos infractores.

Esta ley pronostica un trámite muy largo y poco eficaz. Así, los establecimientos que no tienen permiso de funcionamiento o que han falsificado documentos, no se los puede clausurar inmediatamente, sino que pueden seguir funcionando sin ningún problema hasta que se dé por finalizado el proceso. Finalmente, no existe una diferenciación en materia de sanciones. Así, para una tienda de abarrotes ubicada en una zona urbano-marginal, el no poseer su permiso de funcionamiento le cuesta una multa de cinco salarios mínimos vitales equivalente a \$1200 que, para el propietario de ese establecimiento, puede ser todo su capital, versus la misma multa que recae sobre una estética transnacional -como por ejemplo Mentiras Camufladas-, que está fuera de la ley y que juega con la salud humana, no representa un problema para ella.

Aplicar a ambos establecimientos la misma sanción resulta muy endeble e injusto, ya que las estéticas transnacionales no tendrían mucha dificultad en pagar la multa, frente a los perjuicios que ocasionan. Todo esto evidencia el argumento que desarrollé en el capítulo II, afirmando que, mientras los presupuestos en materia de salud pública disminuyeron en los países latinoamericanos, las ganancias de las transnacionales farmacéuticas o que se relacionan con alimentos o salud han incrementado sustanciosamente, valiéndose muchas veces de leyes que las favorecen con la complicidad de gobiernos locales o de ciertas autoridades (Iriart et al., 2006; Morales, 2006).

En este contexto, un elemento más que podemos agregar a este tema se relaciona con la corrupción, que ha existido por parte de algunos funcionarios de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha en relación al otorgamiento de los permisos de funcionamiento conforme lo informa la doctora Arbelaes:

Apenas llegué, pedí una auditoría documental y financiera, y existió una comisión técnica interna que la procesó [...] todas las posibles inconsistencias documentales que yo he encontrado, las hemos oficiado a la autoridad competente. Entre ellos tienen conocimiento la señora ministra y el presidente de la República.

Encontré ¡muchas cosas! que están documentadas (Arbelaes, entrevista, 2009).

La doctora Arbelaes me informó que se han realizado algunos procedimientos administrativos para sancionar a los inspectores que otorgaron, durante algún tiempo, permisos de funcionamiento a establecimientos que no cumplían con toda la normativa exigida. Esta es otra de las aristas por la que existieron históricamente muchas irregularidades en el otorgamiento de permisos de funcionamiento. Controlar de forma correcta a este tipo de establecimientos, puede afectar ciertos intereses privado-corporativos, a tal punto que la Dra. Arbelaes manifestó que ha tenido dos amenazas de muerte relacionadas con poner orden a estas irregularidades.

El problema del registro sanitario

Existe una arista más que es preciso destacar en el presente capítulo, que se refiere con el 'registro sanitario'. Pude revisar, durante mis visitas a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, algunos de los informes de Vigilancia Sanitaria en que se evidencia que, en los centros cosmetológicos, se realiza mesoterapia con medicamentos, ya sea alopáticos u homeopáticos, que no cuentan con el 'registro sanitario' ecuatoriano. La empresa que distribuye estos productos en la ciudad de Quito responde a la razón social de Biohealth Internacional Medicine Quality.

Consulté en Vigilancia Sanitaria por qué esta empresa distribuye libremente muchos medicamentos sin poseer 'registro sanitario'. Me informaron que inmediatamente iban a realizar una inspección a esta empresa y que, de encontrarse ilegalidades como éstas, sería clausurada. Al siguiente día, mi sorpresa fue mayúscula al enterarme que esta empresa estaba en regla y que era completamente legal que se distribuyeran los medicamentos utilizados en mesoterapia 'sin registro sanitario', los mismos que se amparaban en dos acuerdos ministeriales. Esta normativa incluso era desconocida en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

El primero es el Acuerdo Ministerial N.º 00693, publicado en el Registro Oficial N.º 22 del 7 de diciembre de 2007, que, en la primera disposición transitoria, dice:

Primera: Plazo para obtener el registro sanitario.- Los medicamentos homeopáticos que fabrican, comercializan y expenden actualmente en el país y que no disponen de registro sanitario nacional, se les concede un plazo de dos años, contados a partir de la suscripción del presente reglamento, a fin de que cumplan con este requisito.

Para tal efecto, el INH⁶¹ establecerá un calendario que permita a todas las empresas acceder a la obtención de este requisito, dentro del plazo señalado, debiendo realizar las acciones que fueren necesarias para cumplir con estos procesos (Acuerdo Ministerial N.º 00693, 2007).

Este plazo que fenecía para el año 2009, razón por la que fue renovado por el Acuerdo Ministerial N.º 0334, publicado en el Registro Oficial N.º 620 del 25 de junio de 2009, que nos informa, en su Art. 1 inciso final: “En la disposición transitoria primera, ampliar el plazo por dos años más”.

Sintetizando los dos acuerdos ministeriales antes citados, podemos ver que los medicamentos homeopáticos tienen en total un plazo de cuatro años a partir del año 2007 para sacar su ‘registro sanitario’, tiempo en el cual pueden libremente importar y comercializar estos productos en el Ecuador sin ningún problema. Sin embargo, estos acuerdos ministeriales, a mí entender, estarían en oposición al artículo 140 de la Ley Orgánica de la Salud que nos informa lo siguiente:

Artículo 140.-Queda prohibida la importación, exportación, comercialización y expendio de productos procesados para el uso y consumo humano que no cumplan con la obtención previa del registro sanitario, salvo las excepciones previstas en esta Ley (Ley Orgánica de la Salud, 2006).

Sobre la misma, solicité una respuesta por escrito a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha para que me aclararan si existe contradicción jurídica o no entre ambos cuerpos legales. Nunca obtuve una respuesta. Extraoficialmente me dijeron que los responsables de estos dos acuerdos estaban en el Instituto Leopoldo Izquieta Pérez (INH).

En IHN, en la ciudad de Quito, se encarga de otorgar el registro sanitario de los alimentos, mientras que, en la ciudad de Guayaquil, se otorga el registro sanitario referente a los fármacos. Durante algunos

⁶¹ Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez. En documentos oficiales, observé que se utiliza las abreviaturas INH o INHMT indistintamente para referirse a este instituto. En la presente investigación, utilizaré la abreviatura INH.

días, intenté comunicarme telefónicamente a Guayaquil con la Dra. Elvia Marchán, coordinadora de Registro y Control Sanitario, sin poder conseguirlo. Finalmente me atendió en forma breve la química farmacéutica encargada del registro sanitario de los medicamentos homeopáticos, a quien le solicité el criterio técnico al respecto:

Entrevistador: ¿Por qué los medicamentos homeopáticos se venden sin registro sanitario amparados en los dos acuerdos ministeriales?

Química farmacéutica: Porque no había reglamentación. Ellos estaban vendiendo así nomás.

Entrevistador: Estos acuerdos ministeriales no estarían en oposición al Art. 140 de la Ley Orgánica de la Salud que prohíbe la comercialización de los medicamentos que no poseen registro sanitario.

Química farmacéutica: Pero ahora les han permitido. Esa parte conmigo no la entiendo, esa parte, o sea, no es que no la entiendo, sino que no me ha interesado. En esa parte, o sea, yo sé que a ellos se les ha permitido vender porque no había registro sanitario y no había reglamento [...]. Ahora los quieren regularizar. Hasta que ellos inscriban sus productos naturales homeopáticos, les han permitido, con un compromiso de ir ingresando poco a poco sus productos.

Entrevistador: Digamos que ustedes no les dan registro sanitario de tal o cual producto y, en el futuro, tiene efectos secundarios. ¿Qué ocurriría en ese caso?

Química farmacéutica: Tienen que retirarlo del mercado, pero, hasta aquí, todos han cumplido.

Entrevistador: Pero lo que no entiendo es ¿por qué más bien no se les exigió que terminen el trámite y después puedan comercializar sus productos?

Química farmacéutica: Pero ellos no son así nomás, son miles de productos, no son fábricas, son empresas grandes, cómo se le va a decir: 'No, ustedes ya cierren, porque ya no pueden vender sin registro sanitario.'

Entrevistador: Pero eso es atentar contra la salud pública de la población, deberían cerrarles.

Química farmacéutica: Hay eso de los medicamentos convencionales, no solo de los homeopáticos, hay de todo que venden así nomás. Así están vendiendo aquí y en otros países también.

Entrevistador: Mi criterio es que deberían prohibirles comercializar.

Química farmacéutica: ¿Y ellos qué van a hacer ahí?

Entrevistador: Pero cualquier persona en el Ecuador, para trabajar, debe estar primeramente legalizado, no primero trabajar y luego legalizarse. Ese es el principio jurídico.

Química farmacéutica: Y cómo, si están ingresando hartísimos medicamentos, no solo homeopáticos sino de todo (Química farmacéutica, entrevista, 2010).

Debo aclarar que la persona con la que me comuniqué telefónicamente no es una voz oficial del INH. Sin embargo, es la técnica responsable de otorgar el registro sanitario a los 'medicamentos homeopáticos'. La inclusión de esta entrevista se debe al silencio por parte de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha o la misma voz oficial del INH con la cual no fue posible una comunicación. En esta entrevista, es interesante destacar que sale a colación el tema de que son miles los productos que se encuentran en la actualidad comercializándose sin poseer 'registro sanitario', y nos da a entender que prácticamente es imposible retirarles del mercado porque son grandes empresas transnacionales y lo mejor fue negociar para que sean regularizados. Por lo visto, se nota que existen intereses y presiones por parte de estos grupos que tienen semejante salvaguardia en dos acuerdos ministeriales que les permiten comercializar medicamentos homeopáticos sin registro sanitario. Sobre este particular, consulté con el Dr. Edmundo Estévez, director de Biomedicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, experto en temas de medicamentos y registro sanitario, quien me informó lo siguiente:

Entrevistador: Hay una empresa en la ciudad de Quito que comercializa medicamentos homeopáticos 'sin registro sanitario', y que están sustentados en dos acuerdos ministeriales firmados por

la actual ministra de Salud. ¿Cuál sería el criterio técnico para que se comercialice un medicamento sin registro sanitario?, ¿es este hecho un atentado contra la salud pública?

Dr. Estévez: Bueno, normalmente esa normativa del Ministerio de Salud va montándose a veces en una serie de flexibilidades, que generalmente debe ser producto de muchas presiones.

Entrevistador: ¿Presiones de qué tipo?

Dr. Estévez: De los dueños de los productos, para que se vayan abriendo mercado con la promesa de que, en el transcurso de dos o cuatro años, presenten los justificativos técnicos, que significa el registro sanitario.

Entrevistador: ¿Pero eso no es un atentado contra la salud pública?

Dr. Estévez: Claro, absolutamente, porque una sustancia de consumo humano debe tener resguardos médicos.

Entrevistador: Por ejemplo, ellos se amparan con el término que es 'natural' y, por lo tanto, no produce 'efectos secundarios'.

Dr. Estévez: No se sabe. Puede ser que produzca muchísimos efectos secundarios acumulativos a largo plazo. Entonces esas son permisividades muy liberales que, en otros países, especialmente en el primer mundo, no existen. Si usted quiere meter un producto como estos en los EEUU, le impiden si no tienen los estudios que le sustenten que es inocuo para la salud humana. El estudio toma muchísimos años y es extremadamente costoso. [...] pese a eso, a lo largo de los años pueden evidenciarse nuevos efectos nocivos o indeseables en un fármaco o de una molécula o una sustancia que se consuma [...] se quiere tapar el sol con un dedo cuando lo lógico es decirle a estas personas que hagan cola para sacar su registro sanitario, o si no multiplicar la infraestructura y el elemento humano para la capacidad de análisis.

Entrevistador: ¿Estos acuerdos constituyen una política equivocada de Salud Pública?

Dr. Estévez: Yo no sé si sea equivocada, debería preguntársele a la ministra de Salud; pero lo que yo le puedo decir es que hay presiones de los grupos que promocionan estos productos y esas presiones deben ser tan fuertes, porque están en el mundo del

comercio. Entonces tendría que replantearse un tema tanto en lo emergente de la ley, como en un control futuro para garantizar una sola cosa que nos debe preocupar tanto a los usuarios, como a los prescriptores cuanto al ente regulador que es el Ministerio: la protección de la salud pública. Igual no pueden autorizar que se venda cualquier cosa. Esto debería ser manejado con extrema seriedad y rigurosidad (Estévez, entrevista, 2010).

Como se puede notar, el Dr. Estévez asevera que, detrás de estos acuerdos ministeriales y ciertas normativas no muy claras, existen presiones transnacionales para vender tal o cual medicamento, a tal punto que no importa que se comercialicen ciertos productos 'sin registro sanitario'. Bajo el paraguas de 'natural', ya sea desde las cosmetólogas o médicos alternativos que en muchos de los casos son personas empíricas sin una formación científica, ni académica, se nos quiere vender la idea de que no existe ningún perjuicio para la salud, por lo que no es tan importante tener el registro sanitario. Sin embargo, como analizamos líneas atrás, la mesoterapia, llámese 'médica' o 'natural', tiene una multiplicidad de efectos secundarios y además existen circunstancias específicas en las que no se puede consumir determinados tipos de fármacos.

Ganancias de los centros estéticos: legalidades paralelas y microeconomías de las cosmetólogas

Para finalizar el presente capítulo, quiero adentrarme en el tema de las ganancias que perciben los centros cosmetológicos y de reducción de peso. Obtener estos datos se convirtió en una tarea muy compleja, por las siguientes razones: no existen estudios de mercado que presenten cifras exactas de las ganancias de estos centros. Además, cabe mencionar que el organismo de control (SRI) que posee estas cifras tiene restringido el acceso a esta información a cualquier persona que no sean los representantes legales de estos establecimientos. En la página web del Servicios de Rentas Internas (SRI), se puede encontrar información muy genérica sobre las ganancias de estos centros, como, por ejemplo, la declaración del impuesto a la renta⁶².

Los datos que más se acercaban a lo que yo requería, los encontré en revistas populares como la revista Vanguardia de septiembre de 2007. Esta revista nos informa que, de acuerdo a la Asociación Ecuatoriana de

⁶² Esta página web casi siempre se encontraba inhabilitada por lo que no pude acceder a esta información.

Productores y Comercializadores de Cosméticos, Perfumes y Productos de Cuidado Personal, las personas con mayores ingresos económicos invierten en cosméticos un promedio de \$150 mensuales, mientras que los que poseen menos recursos gastan hasta \$30. Además se informa que, en el año 2005, la Industria Cosmetológica ganó un promedio de \$265 millones, y para 2006 se incrementó en \$350 millones anuales.

La industria de la belleza y de los productos cosmetológicos en el Ecuador y a nivel mundial no sufre de impactos financieros graves en sus ganancias, como sí ocurre con otras empresas, en tiempos de crisis económicas. Por ello, incursionar en este campo se torna atractivo y lucrativo para cualquier grupo económico y/o personas en general (Universidad Iberoamericana, 2010)⁶³. Debido a las dificultades mencionadas de poder brindar datos exactos con respecto a las ganancias económicas de los grandes centros de estética, mi enfoque se centró en analizar las ‘microeconomías’ que generan las cosmetólogas en el ejercicio de su oficio, conforme lo discuto a continuación.

Esta etnografía no pretende caer en la mera ‘denuncia periodística’, ni hacer una crónica de los actos de corrupción que se dan tanto en los centros de estética y/o cosmetólogas, así como en los órganos de control de la salud. Antes que alarmarnos por todas las irregularidades que hemos analizado en el presente capítulo, pretendo mostrar como los sujetos antropológicos (en este caso las cosmetólogas) se inscriben en una cultura determinada (cultura barroca en nuestro caso), mediante un sistema de ‘legalidades paralelas’ y ‘economías informales’ que se constituyen en mecanismos de resistencia para enfrentar las crisis económicas.

Echeverría (2000) nos explica que este fenómeno tiene sus orígenes en tiempos de la colonia, cuando los pueblos derrotados por los españoles en vez de querer conservar sus ‘raíces ancestrales’, asumieron la identidad ‘europea’ pero de una manera diferente a la esperada. Los ‘criollos’ comenzaron a generar ‘legalidades y economías alternativas’ a las impuestas por la corona española, las mismas que continuaron y se arraigaron después de la independencia en la mayoría de la población.

⁶³ Esta información fue extraída del pènsum de estudio de la Escuela de Cosmiatría, Terapias Holísticas e Imagen Corporal de la Universidad Iberoamericana, documento que me fue facilitado por el Dr. Segundo Cargua. Se aprecia del análisis de este documento que contiene mucha información que probablemente fue extraída de la web, sin tener, en algunos casos, la referencia exacta. En esta sección, cito algunos de esos datos y la fuente bibliográfica a la que me remito es este instrumento académico.

Esta institucionalidad paralela “surge en un contexto de despotismo estatal, de corrupción, de inestabilidad legal en el que cualquier toma de partido directa lleva implícita la muerte. [...] Se inventa una república virtual, con leyes ‘informales’ que les sirven para disfrazar las que son impuestas” (Morello, 2009:433). “Es el mismo planteamiento estratégico criollo del ‘se obedece, pero no se cumple’” (Echeverría, 2000:183).

En este sentido, como se analizó en el capítulo I y siguiendo a Echeverría, los países andinos, y particularmente el nuestro, están inscritos en una ‘cultura barroca’ donde sus integrantes generan ‘legalidades paralelas’ que subvierten el orden establecido. Por ello, antes que alarmarnos por la corrupción existente en las autoridades de salud y los tratamientos erróneos de los centros de estética y/o cosmetólogas, debemos considerar que históricamente las ‘legalidades paralelas’ se constituyeron en mecanismos de resistencia frente a los opresores y, en la actualidad, son estrategias de sobrevivencia frente a la ilusoria creencia de tener una modernidad capitalista en nuestro país. “Como la propuesta capitalista es imposible en esta pobreza, nos quedó la estrategia barroca: exaltar el vacío, mantener la simulación. Disimulamos democracia, identidad nacional, sistema republicano, modernidad” (Morello, 2009:434). “La corrupción es una legalidad parasitaria necesaria para mantener la pretensión de ‘estados modernos’” (Echeverría, 1996:5; 2003:108 citado por Morello, 2009: 434).

En este contexto cultural, vemos cómo los centros de estética y de reducción de peso han crecido de forma acelerada durante los últimos tiempos, sin tener permisos de funcionamiento y sin existir los adecuados controles por parte los órganos respectivos. Esto principalmente porque el ejercicio de la cosmetología lleva implícitamente un sistema de ‘economías informales’ y de ‘microeconomías’ por parte de las mujeres que la ejercen.

En una de las conversaciones que mantuve con Cosmetóloga 1, dueña del centro Moldeando tu Figura, pude encontrar luces para ilustrar el tema que estamos analizando. Ella me informó que, antes de que nuestra economía se dolarizara, en Quito existían a lo sumo unos cinco o seis de estos centros, por lo que las ganancias eran muy sustanciosas. Así, un tratamiento cosmetológico antes del año 2000 costaba \$400 manteniendo un promedio de diez clientes semanales. Así se obtenía, a fin de mes, una ganancia aproximada de unos \$16 000. Si consideramos que, para

esa época, cuando nuestra economía se dolarizó, un dólar equivalía a 25 000 sucres, nos podemos dar cuenta de que este negocio era extremadamente lucrativo.

Sin embargo, esta situación cambió con la dolarización, pues al existir una grave crisis económica en el país, estos precios tuvieron que congelarse e incluso reducirse. Este fenómeno ya no hacía tan rentable el negocio de la estética como antes del año 2000. Ilustremos este punto en una conversación que mantuve con la dueña del centro Moldeando tu Figura:

[...] Luego de la dolarización, la mayoría de cosmetólogas viajaron a España en busca de nuevas fuentes de trabajo. A tal punto que yo me quedé sin personal con quien trabajar. En esa época, comenzaron a ofertar cursos de cosmetología en seis meses y hubo una fuerte promoción para que las mujeres estudiaran cosmetología. Hubo institutos que se aprovecharon de esta circunstancia como el ITSEI, porque les vendían la idea a sus alumnas que lo mínimo que iban a ganar era \$500 más comisiones. En esa época, yo puse un anuncio en la prensa solicitando cosmetólogas, y vino una chica graduada del ITSEI. Yo le dije que le podía pagar \$300 mensuales. Ella me miro con una expresión 'burlona' y me dijo que lo mínimo que le podía pagar era \$500 más el 10% de comisión [...] Finalmente me tocó contratar a una chica que estudió belleza enseñarle yo misma las técnicas (Cosmetóloga 1, entrevista, 2009).

Esta fue una de las conversaciones más interesantes que mantuve con Cosmetóloga 1, porque hizo un esquema histórico del crecimiento de la cosmetología en los últimos diez años. Como se aprecia en la cita, vemos que, una vez producida la dolarización en nuestro país, muchas cosmetólogas estaban insatisfechas con sus nuevas ganancias y vieron muy atractiva la idea de migrar para España y ejercer su oficio en ese país. Este fenómeno generó que los centros cosmetológicos existentes se quedaran sin personal, a tal punto que las academias e institutos de formación comenzaron a ofertar cursos de cosmetología de seis meses de duración.

Estudiar cosmetología se constituyó en una estrategia muy efectiva por la que optaron muchas mujeres para enfrentar la crisis económica que atravesaba nuestro país. De ahí podemos comprender la razón por la que los centros cosmetológicos crecieron de manera galopante durante al última década (ver Tabla N.º 1). Este fenómeno también explica por qué las cosmetólogas abarcan varias áreas que no les pertenecen e invaden otros campos de trabajo, para los que no están capacitadas.

Por ejemplo, el centro Moldeando tu Figura, como parte de su esquema de tratamiento, trabajaba con los productos de la empresa Nature's Sunshine. Cosmetóloga 1 me decía que los días cuando le va mal en los tratamientos cosmetológicos, el vender productos de esta empresa le genera recursos extras que le ayudan a cubrir sus gastos mensuales. Las mujeres que se convirtieron en cosmetólogas enfrentaron su cotidianidad mediante este sistema de 'microeconomías informales' que les ayudan a generar recursos extras y tejer lazos de amistad con sus clientes⁶⁴. "No hay economía en América Latina si no tenemos en cuenta el proceso 'informal' de producción y consumo, condenado por el 'sistema', pero funcional a él (Echeverría, 2003:106-9 citado por Morello, 2009:435)⁶⁵.

Por ello, cuando intenté realizar una tabla de todos los gremios y asociaciones de belleza existentes en Quito no lo pude hacer, porque existía una infinidad de redes sociales informales de cosmetólogas que ni siquiera se encontraban registradas en la JNDA. Esto denota, como pude verificar durante el trabajo de campo, las redes sociales paralelas que mantienen las cosmetólogas, las mismas que les brindan cierta seguridad y pertenencia a un grupo, y se convierten en una ayuda para enfrentar sus crisis económicas. "La resistencia contra la modernidad capitalista no siempre tiene que darse en el ámbito político [...] La política podría reconstruirse desde la confianza y la solidaridad íntimas, de la reconstrucción de ciertos vínculos comunitarios que dicen 'no' a la modernidad establecida" (Echeverría, 2001b; 2003:113 citado por Morello 2009:436).

Conclusiones

En el desarrollo del presente capítulo, he querido evidenciar cómo, desde un sector privado-corporativo, se controla la salud pública en el Ecuador. Parecer ser que:

⁶⁴ El tema de las 'microeconomías' informales debe ser ampliado en un estudio aparte. Conforme se ha explicado a lo largo de esta investigación, existen una serie de trabajos paralelos que estas mujeres realizan a parte de la cosmetología. Así por ejemplo, venden productos de las marcas Yanbal, Avon, o en relación con los 'productos naturales', venden tratamientos de las marcas Herba Life, Omni Life, Forever, Forline, Nature's Sunshine. Trabajos paralelos que les ayudan a sobrevivir económicamente cuando los tratamientos estéticos y de adelgazamiento no les producen los suficientes recursos económicos para cubrir sus gastos.

⁶⁵ De acuerdo a los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que datan de junio de 2010, el 51,9% de la población ecuatoriana está en el subempleo y se estima que el 43,7% tienen trabajos informales. Instituciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) nos informan de cifras más altas, estimando el trabajo informal en el Ecuador en un 75% de todos sus habitantes, datos según los cuales nuestro país está en primer lugar de toda Latinoamérica en relación al trabajo informal (Diario Hoy, 2009).

[...] la asistencia sanitaria haya pasado de ser un derecho universal del que es responsable el gobierno a ser un bien del mercado que los individuos pueden comprar. Se trata sin duda de un cambio fundamental: la salud ya no es un bien público, sino un privilegio privado (Iriart et al., 2006:148).

En este sentido, se evidencia que existe una ‘microfísica del poder’ conforme lo explica Foucault (1992a), denotando que el poder no lo posee alguien, más bien este fluye en todas las interacciones humanas. El análisis se debe enfocar en ver cómo, desde todos los ámbitos jerárquicos, administrativos y operativos en el Ministerio de Salud, las relaciones de poder se encuentran diseminadas y cómo estas irregularidades no son más que manifestaciones de esta microfísica.

Además, el tema no se trata de que una persona bien intencionada quiera mejorar el control sanitario, como lo pude constatar con la Dra. Arbelaes⁶⁶ durante mis visitas a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Lo importante es cambiar la estructura de un sistema de salud que, a pesar de estar en un gobierno ‘socialista’ todavía –y usando un término del Presidente Correa– está controlado por ciertas burocracias y ‘poderes fácticos’ que impiden un cambio estructural en la salud pública.

A pesar de que, durante mi trabajo de campo, pude constatar que el control y la vigilancia sanitaria históricamente ha sido muy escaso en nuestro país, por no decir inexistente, no es el objetivo de esta investigación ‘satanizar’ o caer en la ‘denuncia periodística’, sino más bien articular y evidenciar cómo funciona nuestra estructura caduca en materia de salud pública. En este sentido, analizamos que todo este proceso irregular y paralelo por parte de algunas de las cosmetólogas responde a un sistema de ‘legalidades paralelas’ y ‘economías informales’, que se constituye en una estrategia que utilizan éstas, para enfrentar las crisis económicas que surgieron –principalmente– luego de la dolarización.

⁶⁶ Durante mis visitas a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha tuve la percepción de que la Dra. Gloria Arbelaes Coordinadora de Control y Vigilancia Sanitario, ponía toda su energía para ordenar las irregularidades encontradas en el cargo que había asumido. Me llamó mucho la atención constatar que en fechas como el 24 de Diciembre –por señalar un ejemplo– trabajó hasta las 6.00 p.m. de la tarde cuando en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha todos habían abandonado sus instalaciones desde el medio día por ser ésta, una fecha festiva. Recalco que a pesar de existir personas bien intencionadas como ella, el problema es estructural.

Capítulo IV

Biopolítica del peso: modelos hegemónicos de la belleza y negociación de los agentes

“Mi vida tal como es ahora no merece ser vivida. Sí, realmente no hago nada, es como si estuviera muerta, si es ésta la vida que tendré. [...] Si bien tengo temores, pero si todo ocurre como debería y todo sale bien, vale la pena arriesgar mi vida para tener una vida” Misty Daniels. Discovery Channel (S.f.).

Estas palabras bastante emotivas las refiere Misty Daniels, proveniente del estado de Texas en los EEUU, probablemente la mujer más gorda de ese país, quien pesa 240 kilos. Esta frase es la antesala a realizarse un bypass gástrico con el que tiene la esperanza de reducir su peso y contrarrestar su obesidad.

Inicio este capítulo con esta frase, pues habla de la ‘nuda vida’ de Giorgio Agamben (2003), ‘la vida que no merece ser vivida’, con una aplicación a lo que he llamado en esta investigación como ‘biopolítica del peso’, siendo esta mujer un ejemplo de cómo las personas gordas en nuestras sociedades pueden ser excluidas y discriminadas por su peso. En el capítulo II, se analizó cómo, desde un discurso médico-estatal, se construyó a la obesidad como un problema de salud pública a nivel global, mientras que, en el capítulo III, vimos cómo el Estado se desliga de su curación y sigilosamente lo traslada a un ámbito privado-corporativo controlado por los centros de estética y de adelgazamiento.

En el presente capítulo, vamos a analizar cómo los sujetos/agentes reaccionan frente a estos dos discursos, sea de una forma pasiva, asumiendo los esquemas del ‘peso ideal’ y/o con espacios de resistencia donde los discursos hegemónicos de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’ son subvertidos. No es que exista ‘una u otra opción’; más bien y como veremos en el desarrollo de este capítulo, pueden coexistir ambas lógicas

al mismo tiempo, creándose estados intermedios donde se presentan complejas negociaciones entorno a sus cuerpos. En base a las entrevistas realizadas a las informantes clave que asistieron a los tratamientos de adelgazamiento, vamos a analizar cuáles fueron sus motivaciones, los diversos tipos de presiones que tuvieron que afrontar, la culpa, la autoestima, así como los efectos adversos que conllevan estos esquemas de adelgazamiento. Finalmente, veremos las voces individuales e institucionales que están a favor y en contra de los modelos estéticos y terminaremos con un análisis sobre las estrategias de resistencia que asumen estas mujeres entorno a la estrategia cultural del 'ethos barroco' (Echeverría, 1994, 2000, 2002).

Motivaciones para el tratamiento

En nuestra sociedad, existen personas que, a pesar de su exceso de peso, se sienten muy cómodas con su apariencia física. Es este 'régimen discursivo', médico, seudomédico y cosmetológico denominado 'régimen de la belleza' el que hace que exista presión para alcanzar un modelo estándar del peso basado en la delgadez extrema. Las motivaciones para adelgazar pueden ser muy variadas o puntuales según sea el caso. En el trabajo de campo efectuado, pude darme cuenta de que, en términos generales, son dos las motivaciones que llevan a una mujer a entrar en un régimen de adelgazamiento: la estética y la salud.

La mayoría de las mujeres entrevistadas, en un inicio, me informaron que su motivación se relacionaba con su salud; sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo apuntan a motivaciones que van más allá de la salud y que están estrechamente ligadas a la estética⁶⁷. Aunque en algunos casos la salud era lo primordial, la motivación estética casi nunca quedaba de lado y jugaba un papel crucial en el tratamiento. Veamos el caso de Minela:

Entrevistador: ¿Cuál fue su motivación para iniciar un tratamiento de reducción de peso?

⁶⁷ En el artículo *Diversidad y esencialismo ¿términos contradictorios, La sexualidad masculina en Lima*, de Lorraine Nencel (1999), esta autora enfatiza cómo los limeños, al ser abordados en temas sobre su sexualidad, usualmente mienten en la encuesta por factores ligados a la cultura de la vergüenza, a pesar de que se garantiza el anonimato. De la misma forma, pude constatar en este estudio que, con algunas de las preguntas, sucedía similar esquema como vamos a ver en desarrollo de este capítulo.

Minela: Quizá porque, hace algún tiempo, me detectaron grasa en el hígado; entonces asumí que todo mi organismo debería tener un poco más de grasa de lo normal. Entonces, por eso, ingresé a este tipo de tratamientos.

Entrevistador: ¿Entonces, la motivación es por salud?

Minela: Sí, es por salud.

Entrevistador: ¿Existen otras motivaciones?

Minela: Quizá, también un poquito por ahí de la apariencia física y estética.

Entrevistador: ¿Tuvo algún tipo de presiones ya sea familiares, sociales u otras?

Minela: En algún momento quizá, pero ahora, ahora no, para nada [...]

Entrevistador: ¿Tal vez presión familiar?

Minela: No creo, más que de un enamorado que yo tenía antes, siempre creo que a los hombres les gusta que la mujer sea generalmente flaca, creo que él quería verme más delgada [...]

Entrevistador: ¿A las mujeres, les motiva bajar de peso por la presión social?

Minela: En lo personal, sí, porque siempre las mujeres, cuando se ven más delgadas... especialmente los hombres, el sexo masculino, están siempre ¡guau!, ¡qué bien que estás bajando de peso!, ¡qué bien que se te ve! No es mi experiencia personal, pero sí veo en una amiga que le lanzan más piropos ¡oye te estás poniendo más bonita!, ¡estás interesante!, ¡te ves mejor! Entonces creo que eso levanta la autoestima. En mi caso, creo que casi paso desapercibida, porque casi siempre me he mantenido así como estoy (Minela, entrevista, 2009).

Minela es una mujer de 35 años de edad, soltera y de contextura delgada que no tiene, de acuerdo a los estándares del Índice de Masa Corporal (IMC)⁶⁸, un exceso de peso, más bien lo que desea, es quedar con lo que

⁶⁸ En algunas entrevistas que presento en este capítulo, realizo cálculos del IMC (Índice de Masa Corporal) para contextualizar si la informante sufre sobrepeso u obesidad. Para recordar como se calcula el IMC, ir a las notas 29 y 30. En el caso de Minela, mide 1,57 m. de estatura y pesa 60,45 kg, dándole un IMC de 24,5, puntuación que no equivale ni siquiera a un sobrepeso y más bien está dentro de los parámetros normales de su peso.

ella denomina “una bonita silueta”, razón por la que entró al centro de cosmetología Cosmiatra Spa, donde le ofrecieron reducir 10 libras en un mes, meta que casi se cumple, pero con un tratamiento forzado a base de inyecciones de mesoterapia.

Como apreciamos desde el inicio, Minela me informa que su motivación para adelgazar es por mejorar su salud, ya que tiene un ‘hígado graso’. Cuando le pregunto por qué no eligió otro tipo de tratamiento más acorde para resolver este problema específico, me dice que “era lo que estaba a la mano”. Más adelante, vemos que la motivación de verse bien en Minela es muy importante. Recuerda cómo un enamorado del pasado la presionaba para reducir de peso, y luego, con una cierta nostalgia, dice que a su amiga la halagan los hombres porque está reduciendo de peso.

Esta entrevista es uno de los muchos ejemplos en que observé que originalmente las entrevistadas me informaban que su motivación era mejorar su salud, cansancio o alguna enfermedad, entre otras razones. Sin embargo, en el desarrollo de las entrevistas, pude apreciar que no buscan un tratamiento médico acorde para su problema, sino uno estético. En algunos casos, probablemente por ignorar la diferencia entre lo médico y lo estético o también porque los tratamientos estéticos –como veremos más adelante–, se presentan en los medios de comunicación como si fueran tratamientos médicos. Esta entrevista ilustra cómo el factor estético es crucial para iniciar un tratamiento de adelgazamiento. En algunas informantes, pude apreciar el intento de ligar su motivación a un factor exclusivamente médico, siendo su verdadera motivación el verse mejor, tema que, para algunas, confesarlo era motivo de vergüenza y de culpa, principalmente si es un hombre el que las está entrevistando.

Presiones familiares, sociales y laborales

En nuestras sociedades occidentales, el control del cuerpo está íntimamente relacionado con las desigualdades de género, siendo “la imagen y la identidad corporal” (Esteban, 2000:205) los elementos principales que marcan estas diferencias. Bourdieu nos informa que existe una construcción de la ‘naturaleza femenina’ que liga a las mujeres a la casa, la maternidad y la familia; relaciones de poder que se afirman y se consolidan “haciéndolas aparecer como naturales” (Bourdieu, 1998:24). En la actualidad, vemos cómo la presión social y cultural en

las mujeres está encaminada a poseer unas determinadas medidas corporales basadas en el 'peso ideal', parámetro que está dictaminado principalmente desde los medios de comunicación, los cuales distan mucho de la cotidianidad de las personas (Bordo, 1997; Esteban, 2000; Ventura, 2000; Wolf, 2002).

Me interesaba saber, para esta investigación, cómo estos postulados teóricos se articulaban en las mujeres –principalmente– que asisten a realizarse cambios en su peso. Por ello, una de las preguntas del cuestionario realizado consistía en saber si existían presiones familiares, sociales, laborales para ingresar a un tratamiento de adelgazamiento. Al hablar de presiones, encontré, en el desarrollo de las entrevistas, que básicamente existían de tres tipos: familiares, laborales y sentimentales, como a continuación desarrollo.

Cuando pregunté sobre las presiones familiares, en la mayoría de los casos me respondieron que éstas no eran tan importantes, y cuando finalmente existían, se originaban principalmente entre sus progenitores, quienes presionaban a sus hijas para que adelgazaran, como lo podemos ver en la siguiente entrevista:

Entrevistador: ¿Cuál fue su motivación para iniciar un tratamiento de adelgazamiento?

Alicia: Empecé el tratamiento a los 21 años. La mayoría de veces son los papás los que obligan a hacer esto; no son los hijos.

Entrevistador: ¿Por qué?

Alicia: A ver, yo había tenido un viaje largo a Cuba en el cual subí muchísimo de peso, pesaba 180 libras; entonces mis papás, un poco, se asustaron con la subida de peso.

Entrevistador: ¿Cuáles son sus medidas?

Alicia: 1,70 m.

Entrevistador: ¿Y pesaba?

Alicia: 180 libras. Entonces mis papás se asustaron un poco.

Siempre existe presión dentro de la familia para bajar de peso; sin embargo, yo no tenía ningún problema con mi peso.

Entrevistador: ¿No se sentía mal?

Alicia: No, en realidad no, para nada. Incluso estaba militando en un partido y yo era contraria a todos estos procedimientos que tienen que ver con la estética y todo eso. Entonces, sí fue una decisión difícil, pero mi papá me dijo: “Bueno, mi hijita, vamos a ver cómo te va. Vas a ver que te vas a sentir mejor. Estás con el colesterol alto”. Pero, en realidad, no tenía ningún problema, hacía ejercicio normalmente, no tenía ningún problema del corazón. De hecho, tengo exámenes antes de ir al tratamiento (Alicia, entrevista, 2009).

Alicia es una mujer de 26 años de edad, profesional en comunicación social y derecho, mide 1,70 metros de estatura y llegó a pesar 180 libras luego de su viaje a Cuba. Es una militante activa de un partido de izquierda, no está de acuerdo con las dietas y todo lo que se relaciona con los cánones de la belleza, principalmente los enfocados con el ‘peso ideal’, por considerarlas como acciones ‘pequeño burguesas.’ Sin embargo, como se desprende de la entrevista, ella acude al centro de reducción de peso Delgadoz Extrema contra su voluntad, presionada por sus progenitores, quienes muestran una gran preocupación por la subida de peso que ella presenta. Este dato es prácticamente aislado en mis entrevistas, ya que tan solo se repite en otra ocasión⁶⁹. De acuerdo al trabajo de campo realizado, por lo general, los progenitores de mis informantes no intervienen a manera de presión ni obligación sobre sus hijas para adelgazar.

Entre algunos de mis sesgos antes de comenzar la investigación, pensaba encontrar mujeres cuyos esposos las abandonaban por su peso y/o las presionaban para que adelgazaran. Sin embargo, durante el trabajo de campo, prácticamente no salió ningún dato en este sentido. Más bien, las entrevistadas me informaron que sus esposos las apoyaban y alentaban para adelgazar, pero, en ningún caso, las menospreciaban ni las amenazaban con dejarlas si no reducían de peso. Ilustremos lo dicho con el caso de Mónica:

Entrevistador: Entonces ¿usted ha sentido presiones sociales con respecto a su peso?

⁶⁹ La otra entrevistada que siente presión por partes de su progenitores para adelgazar es Kiki. Informante clave que presentaremos más adelante.

Mónica: Sí, bastante.

Entrevistador: ¿En el ámbito familiar?

Mónica: No, aquí en mi familia, ni mi esposo, ni mis hijos nunca me han hecho sentir mal.

Entrevistador: Entonces ¿le han motivado a que baje de peso?

Mónica: Sí, mi esposo siempre me decía que, por salud, debo adelgazar; me decía: “Parece que se está engordando, no coma mucho”.

Entrevistador: Entonces, en su familia, no existió presión para adelgazar, sino más bien una sugerencia para que redujera de peso.

Mónica: Sí, pero no haciéndome sentir mal ni nada de eso. Nunca me hicieron sentir mal, ni mi esposo, ni mis hijos (Mónica, entrevista, 2009).

Mónica es una mujer de 35 años de edad, casada, con tres hijos, se dedica a labores domésticas en su casa. Mide 1,65 metros de estatura y pesa 240 libras, presentando un IMC de 40,07, equivalente a una obesidad muy severa, exceso de peso que, para el último año, le comenzó a causar problemas en su salud y discriminación por parte de su entorno social. En la entrevista, apreciamos que ella no siente presión por parte de su esposo ni de sus hijos para adelgazar; más bien presenta un entorno familiar muy favorable que la motiva a entrar en el centro Cosmiatra Spa, como veremos más adelante.

De acuerdo a las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, ninguno de los esposos o acompañantes de las informantes ejercían una presión directa sobre ellas para iniciar un tratamiento de adelgazamiento; más bien, en el caso de una de las entrevistadas (Roxana), realizaba su tratamiento a escondidas de su esposo, ya que él estaba conforme con cómo ella era físicamente y no le permitía entrar a ningún tratamiento de adelgazamiento por temor a una mala práctica estética. De aquí notamos cómo las percepciones del cuerpo femenino que tienen las mujeres sobre sí mismas difieren considerablemente de la manera cómo los hombres concebimos el cuerpo femenino. Así, mientras las mujeres quieren verse muy delgadas y piensan que a sus parejas sentimentales les agradan esas medidas corporales –como pude ver en algunas de las entrevistas—

a ciertos hombres –y me incluyo– nos gustan las mujeres de tallas más grandes. Dicho en palabras de una de las informantes (Linda) “a los hombres les gusta tener de donde agarrar”. La idea generalizada de creer que son los ‘hombres’ quienes inducen a las mujeres a adelgazar bajo presiones sentimentales, por lo menos en el contexto de esta investigación efectuada en la ciudad de Quito, no se presenta de esa manera; más bien la mayoría de las informantes me decían que quieren bajar de peso “por sentirse bien con ellas mismas y no para complacer a nadie”. Con este hallazgo, fruto del trabajo de campo efectuado, de ninguna manera pretendo universalizar ni generalizar que los ‘hombres’ nunca inducen a las mujeres a reducir de peso. Estos datos, al ser cruzados por la categoría ‘clase social’, muy probablemente sufran variaciones. Así, un ‘hombre’ de clase alta muy probablemente sí presionará por tener una novia y/o esposa de contextura delgada. En esta investigación, la mayoría de las entrevistadas son de clase media y tan solo cuatro son de clase alta. Sin embargo, con esta aseveración intento deconstruir los sentidos comunes que nos informan que siempre son los ‘hombres’ quienes presionan o inducen a las mujeres a adelgazar.

De la misma manera que en el tema de la motivación, llamé mi atención que, desde un inicio, todas las entrevistadas afirmaban la existencia de ‘presiones sociales’ o algún tipo de ‘discriminación’ sobre las mujeres que no poseían el ‘peso ideal’. Sin embargo, al preguntarles si les había ocurrido alguna experiencia personal a ellas, en casi todos los casos me informaban “que no era su caso”. Mi interrogante era entonces, sino les había ocurrido a ellas, ¿cómo podían aseverar tal información? Las respuestas venían de fuentes empíricas. “Lo he visto en amigas o en compañeras de trabajo, pero particularmente a mí no me ha ocurrido” era por lo general lo que contestaban. Ejemplifiquemos lo dicho en el caso de Rebeca:

Entrevistador: ¿Existe discriminación para las personas que no son delgadas?

Rebeca: Sí.

Entrevistador: ¿Puede contarme alguna experiencia personal?

Rebeca: A mí casi no me ha pasado nada. Lo que veo es que los chicos les molestan más a las flaquitas.

Entrevistador: ¿Entonces, la imagen que te devuelve el espejo no te gusta?

Rebeca: No, para nada (Rebeca, entrevista, 2009).

Rebeca es la más joven de todas las entrevistadas, tiene 22 años de edad, cursa una carrera universitaria y, desde que inició su adolescencia, ha probado de todo para adelgazar, hasta que ingresó en el centro Delgadez Extrema, donde, como en casi todos los casos –como se verá más adelante– adelgaza en base a una dieta muy estricta, provocando tiempo después el indeseable ‘efecto rebote’, recuperando incluso más peso del que originalmente tenía. En su percepción, está obesa, razón por la cual se siente discriminada por su entorno social.

Al preguntarle si “existe discriminación para las mujeres que no son delgadas”, ella me informa que “sí”; pero, al solicitarle que me cuente una experiencia personal, sostiene que a ella “no le ha pasado casi nada”. De acuerdo al trabajo de campo efectuado, son dos las posibles lecturas que esbozo para este tipo de respuestas. La primera es que no existe tal ‘presión social’, puesto que la mayoría de personas basan sus criterios en meras especulaciones: “me dijeron” o “lo que escuché por ahí”. Sin que esto deje de ser cierto del todo, una segunda interpretación podría ser la más acertada. Al igual que en el tema de la motivación, se oculta detrás de este tipo de respuestas una cierta ‘vergüenza’ y ‘culpa’ al confesar que son ellas las víctimas de ‘presiones sociales’ y ‘laborales’, como lo podemos ver ejemplificado en el caso de Rebeca, quien no me dice de manera directa que es ella la que sufre por las discriminaciones de su ambiente.

En el desarrollo de la entrevista, una y otra vez hizo alusión al tema de sentirse desplazada sentimentalmente e incluso socialmente por el hecho de tener exceso de peso. En la percepción de Rebeca, los ‘hombres’ no se fijan en ella por estar ‘gorda’ y mira con tristeza como éstos prestan más atención a las ‘flaquitas’. Esto hace que Rebeca tenga problemas de autoestima y de aceptación de su imagen corporal. Vemos entonces cómo, en éste y en otros casos similares que pude apreciar en el trabajo de campo, no se quiere asumir a manera de título personal la ‘discriminación social’, sino que se la proyecta al resto de la sociedad, convirtiéndose en un mecanismo de defensa para ocultar la ‘vergüenza’ que sienten respecto de este tema.

Aunque, en la mayoría de los casos, me informaron no ser ellas las que experimentan la discriminación, a continuación veamos cómo, en el caso de Mónica –quien su esposo no la discriminaba por su peso sino que la apoyaba en todo sentido–, es ella la que experimenta en carne propia la discriminación por parte de su entorno social:

Entrevistador: ¿Tiene alguna motivación estética para adelgazar?

Mónica: Puede ser por la ropa. Es que hay mucha gente que le molesta a una.

Entrevistador: ¿Cómo le molestan?

Mónica: Puede ser por hacerle sentir mal o para que una coja conciencia de lo que una está con sobrepeso.

Entrevistador: ¿Por ejemplo?

Mónica: Por ejemplo, cuando yo iba a entrar a algún lado, decían ‘cuidado se rompa la silla’ o ‘cuidado ¡oh no!, si usted sube ahí eso se va a dañar’. Entonces son esas cosas que a veces suceden [...] pero bueno, yo casi no he hecho mucho caso en ese sentido, más que todo era por la ropa, ya que la ropa que tenía casi ya no me quedaba: la barriga, los botones ya no me cerraban... entonces dije “ya no, esto se está complicando cada vez más”.

Entrevistador: ¿Usted siente una presión social para bajar de peso?

Mónica: Sí.

Entrevistador: ¿Cómo es eso?

Mónica: Las personas, mis amistades en general.

Entrevistador: ¿Qué hacían, se burlaban, la molestaban?

Mónica: Exacto, se burlaban cuando decían un chiste y comentarios en ese momento. Entonces a una le hacen sentir mal, pero yo nunca me sentí mal por eso.

Entrevistador: ¿Usted cree que existe algún tipo de discriminación en relación a las personas que son un poco gorditas?

Mónica: Sí, sí creo.

Entrevistador: ¿En qué sentido?

Mónica: En el sentido de que no le valoran, le hacen sentir mal, le toman todo a burla y no ven los sentimientos de las personas, cómo ellos se sienten (Mónica, entrevista, 2009).

Mónica, conforme informé líneas atrás, es una mujer que, en términos médicos, padece de una ‘obesidad muy severa’, lo cual le trae muchos problemas de salud y, como nos relata, sufre de una discriminación por parte de su entorno social, mas no familiar, y aunque ella no lo admite de forma categórica, eso le causa una gran tristeza. Más adelante, analizaremos como Mónica inicia su tratamiento en el centro Cosmiatra Spa.

En ámbitos laborales las respuestas son muy semejantes: “sí, hay presión en el trabajo para adelgazar, pero a mí no me ha pasado”. Entonces ¿cómo lo sabe?, “me dijeron”, “le pasó a una amiga”, “escuché en la televisión”, etc. Las presiones para adelgazar en ámbitos laborales son muy puntuales y están ligadas principalmente a altos cargos ejecutivos o a algún trabajo donde se vende a través de la imagen un determinado producto o servicio, conforme lo vamos a ver en el caso de Linda:

Entrevistador: ¿Siente algún tipo de presión en su trabajo por verse más delgada?

Linda: Ahora sí. Todas las personas dicen que estoy excedida de peso, que estoy muy gorda y me dicen que me cuide, que no se ve bien mi imagen, ya que ocupo un cargo importante dentro de la empresa.

Entrevistador: ¿Qué cargo ocupa usted?

Linda: Ocupo un cargo administrativo importante, soy la secretaria del presidente de esta corporación (Linda, entrevista, 2009).

Linda es una mujer de 37 años de edad, madre soltera que trabaja en una empresa multinacional y, a pesar de ocupar un cargo importante dentro de la misma, su sueldo es relativamente bajo⁷⁰, pero tiene que

⁷⁰ Linda me informó que su sueldo es de \$450, que, para el cargo que ocupa, es relativamente bajo.

conservarlo para poder sostener y educar a su hijo. Linda siente de primera mano la presión laboral. Ella me informó que, antes de ascender al cargo que tiene en la actualidad –secretaria del presidente de la corporación–, no la presionaban tanto como ahora. Estos relatos son muy escasos en esta investigación, ya que la mayoría de informantes no tenían experiencias personales con respecto a discriminaciones laborales por su peso⁷¹.

En la percepción de la mayoría de las entrevistadas, uno de los lugares donde se observa la mayor discriminación social guarda relación con la adquisición de prendas para vestirse. Ilustremos este punto en el caso de Rebeca:

Entrevistador: ¿Crees que existe algún tipo de discriminación social para las mujeres gordas?

Rebeca: Sí, claro.

Entrevistador: ¿Por ejemplo?

Rebeca: En la ropa, uno sale a comprar y todo es talla pequeña, es difícil encontrar ropa para gente gordita y, si se encuentra, no es algo bonito (Rebeca, entrevista, 2009).

Este dato me lo confirmaron en casi todas las entrevistas. El subir de peso les traía mucho problema con su vestuario, ya que debían dejar de usar ciertas prendas que les agradaba e ir a comprar ropa nueva. En ese momento se encontraban con la desagradable noticia de que no existe ‘ropa bonita’ para mujeres gordas, solo se encuentra ‘prendas comunes y ordinarias’, pero la ropa de alguna marca conocida era prácticamente inexistente en tallas grandes. De ahí que, en países como España, se ha intentado unificar el tallaje de la ropa para adaptar las tallas al cuerpo de la mujer, y contribuir así a combatir los trastornos alimentarios producidos por la presión que ejercen las tallas (Díaz y Morant, 2007).

La información académica revisada nos advierte que las personas obesas son objeto de discriminación social, laboral, afectiva y mediática, así, en los Estados Unidos, las personas gordas tienen menos oportunidad

⁷¹ En el Ecuador, no existen estudios respecto a las ‘presiones laborales’ relacionadas con la delgadez y la obesidad, como sí existen en los EEUU.

de ser admitidas en una universidad. En ámbitos laborales, muchas compañías, al momento de seleccionar su personal, hacen a un lado a las personas obesas o califican de peor manera a su personal gordo que al delgado (Seid, 1989 citado por Fischler, 1995:299).

En el caso de esta investigación, hay que hacer algunas puntualizaciones al respecto. Sí existe presión familiar, aunque no es tan notoria como se esperaría, principalmente proviene de su hogar de origen y parece –conforme las entrevistas realizadas– que la presión por parte de las parejas sentimentales es mínima o inexistente. La presión laboral sí existe, pero se encuentra ligada a altos cargos ejecutivos o ciertos trabajos como la atención al cliente, donde se requiere de un cuerpo delgado para vender un producto o servicio. La presión social se relaciona con los esquemas que el mercado quiere imponer en relación al ‘peso ideal’. Así, la mayoría de las informantes encontraba problemático el conseguir ‘ropa bonita’ que esté acorde con su talla.

Estereotipos de la delgadez y la obesidad

En este punto, es necesario ampliar y profundizar la discusión anterior en relación al tema de la discriminación social. Uno de los campos principales donde se visualizan las discriminaciones sociales y los estereotipos de belleza en torno al ‘peso ideal’ provienen de las imágenes y representaciones construidas desde los diferentes medios de comunicación –tanto escritos como televisados–, que nos presentan estereotipos en relación a la delgadez y la obesidad que se visualizan claramente en la publicidad. Veamos un ejemplo de esto en la revista *Energía total* de agosto de 2006.

Imagen N.º 4

María Teresa Guerrero



Fuente: revista Energía total.

Se observa, en la fotografía, a la presentadora de televisión María Teresa Guerrero (Imagen N.º 4). El subtítulo de este artículo va cargado de un adjetivo revelador: “una mujer radiante de energía.” Se nos informa que desayuna “pitahaya, que facilita la digestión, acompañada de un yogur de dieta, granola, cereales y pan integral. De esta manera, comienza el día en forma y plena energía”. Al mediodía, “almuerza pollo o pescado a la plancha, siempre acompañado de una ensalada, ya que le encantan; por cierto, su preferida es la Tigre Woods de Sports Planet”. Además se dice de ella que se mantiene en forma gracias a que asiste al gimnasio Nautilus. Durante la semana, “trota de 06:00 a 07:00 la distancia de 10 km y participa regularmente en las carreras de 5 km o 10 km que organiza DM32” (Energía total, 2006:78).

Este estilo de vida y de alimentación basadas en frutas, verduras, cereales, leches descremadas, filetes de carne y de pescado, unido a un régimen de entrenamiento de dos horas diarias, ya sea por factores económicos o por falta de tiempo, sería bastante complicado y poco probable para una persona de clase media o baja que tiene que trabajar por lo menos ocho horas diarias, y eso en el mejor de los casos.

Ejemplifiquemos lo dicho en el caso de Linda, quien, como parte de su tratamiento en el centro Cosmiatra Spa, debe realizar una dieta basada en legumbres, frutas y, en general, debe adquirir alimentos que son muy costosos para ella.

Entrevistador: ¿Es muy costosa la alimentación que debe seguir?

Linda: Ja, ja. Sí, especialmente en esta semana que toca comer bastantes nueces y almendras. Es rico, pero es caro, entonces el hecho mismo de comprar las hierbas, el hecho mismo de hacer ese caldo que lleva las medidas exactas de lo que tiene que comerse, la medida exacta de los minutos para cocer todos esos alimentos... ¡después el desayuno!, ¡después el almuerzo!, ¡la cena! y las frutas que hay que comprar para hacer los zumos, tanto la piña, la naranja, el limón, dos vasos, o sea me parece que es bastante. Y también a media tarde y a media mañana, tengo que comerme de seis a 12 nueces o de seis a 12 almendras. ¡Es bastante cara esta dieta!

Entrevistador: ¿Cuánto más o menos gasta a la semana?

Linda: Esa sí que es una buena pregunta. Yo antes, con \$1 y \$1,50 máximo ya almorzaba, ahora llevo \$5 a la legumbrería para comprar todo lo que necesito diariamente y a veces no me alcanza y le quedo debiendo a la legumbrera (Linda, entrevista, 2009).

Linda pudo sostener con muchas dificultades –económicas sobre todo– este estilo de alimentación durante casi un mes, pero mantenerlo y hacerlo un estilo de vida como en el caso de ‘María Teresa Guerrero’ le resultó prácticamente imposible. Finalizado el tratamiento, pasó lo previsible: al no mantener el mismo régimen de alimentación ‘rebotó’, subiendo más peso del que originalmente tenía. El ‘efecto rebote’ que se generó en Linda, como abordaremos más adelante, se debió a que, en el centro Cosmiatra Spa, le hicieron bajar de peso de forma muy acelerada, planificando perder 40 libras en cinco semanas.

Las imágenes que nos muestra la revista Energía total, al igual que otras similares de su especie, nos vende un estilo de vida confortable, con personas pertenecientes a familias funcionales, que se nos presentan saludables y triunfadoras en lo que emprenden; personas que tienen una transformación tal que nos producen envidia e infelicidad al no poder entrar dentro de estos parámetros. Dicho en palabras de Campus:

[...] puesto que debe usar el engaño, la publicidad no teme dar una imagen falsa de la realidad. Su propósito no es hacer crónica social. Así, las mujeres, niños y jóvenes que se prodigan en los anuncios son todos sanos guapos rubios y felices. Todos resuelven sus problemas comprando o comiendo algo. Consumir es el remedio mágico para las frustraciones. (Campus, 2000:122).

La mayoría de publicaciones de la revista Energía total tienen la misma connotación, se ve presentadoras de televisión como Paloma Fiuza, Yessenea Mendoza, María Sol Galarza entre otras, mujeres siempre delgadas, de rostro alargado, jóvenes, por lo general blancas, con una 'energía total' asociada al triunfo social, al éxito, a la belleza y, por lo tanto, deseables.

En contraste con estas imágenes, veamos ahora una fotografía de la revista Energía total, de julio de 2006, donde encontramos un reportaje que lleva el título de "¿Qué nos engorda?":

Imagen N.º 5

Escultura de una mujer obesa



Fuente: revista Energía total

Apreciamos una imagen que parece ser la escultura de una mujer gorda que se encuentra sentada, apoyando su codo en su muslo izquierdo y con

su mano sostiene su quijada; el otro brazo también se encuentra apoyado en su pierna derecha, denotando cansancio, fatiga, tristeza, pereza, quemeimportismo y desgano por vivir. Es decir, en estas imágenes, apreciamos todo lo contrario de la representación anterior que nos denotaba ‘energía’ y ‘vigor’. Uno de los subtítulos del artículo dice “Más energía, menos ejercicio”. La persona gorda de la fotografía tiene ‘más energía’, pero no la ‘energía total’ de María Teresa Guerrero, sino una energía acumulada y desgastada con el paso del tiempo que se manifiesta en su cuerpo obeso. El lead del artículo nos dice: “La paradoja es que, en las sociedades ricas, el consumo calórico baja, pero la obesidad aumenta. La causa no puede estar sino en la falta de ejercicio” (Energía total, 2006:32). La inactividad y la displicencia con el uso del cuerpo generarán obesidad y la pérdida de la ‘energía total’.

En la gran mayoría de las publicidades de esta revista, encontramos estas oposiciones binarias. Por un lado está la ‘energía total’, la disciplina, el éxito, el cuerpo bien formado y delgado en el caso de las mujeres. En cambio, en las segundas, predomina el cansancio, la displicencia, el tedio, la ociosidad, la gordura. Estas oposiciones binarias que aparecen en todas las ediciones de la revista Energía total son un claro ejemplo de la “sociedad lipófoba” (Flischler, 1995) en la que vivimos, donde la belleza se encuentra plasmada en cuerpos deseables, fuertes, saludables, sensuales, que son atractivos a las miradas. Estos cuerpos son los que merecen ser vistos, en contraste con los cuerpos cansados, anclados en el tiempo y en el espacio, obesos, indeseables, que no pueden controlarse frente a lo que comen.

En este sentido, Hall nos informa que:

Los estereotipos se aferran a algunas cuantas características simples, llamativas, memorables, fácilmente comprendidas y ampliamente reconocidas acerca de una persona, y reduce todo acerca de la persona a esas características, las exagera y las simplifica, y las fija a la eternidad sin posibilidad de cambio o desarrollo [...] Estereotipar significa reducir, esencializar, naturalizar y fijar las “diferencias”. (Hall, 1997: 258 citado por Macleod, 2004:36).

De modo esquemático, voy a agrupar algunos de estos estereotipos que se han creado alrededor de las personas obesas y que pude detectar en el desarrollo de esta investigación:

La primera que quiero señalar es aparentemente positiva. Existe una percepción de que las personas gordas tienen un trato más amable y poseen una mayor empatía en su comunicación que las personas delgadas (Fischler, 1995:323), comportándose de una forma más pasiva y tranquila. Sin embargo, como apreciamos en el fondo, se las presenta como sujetos pasivos, improproductivos y anclados en el tiempo.

De esta idea se deriva la concepción de que las personas obesas están asociadas a la displicencia y la ausencia de carácter. Se las considera personas abandonadas en sus hábitos cotidianos, “su perpetuo fracaso lo coloca implacablemente entre aquellos que no luchan o siempre son vencidos” (Fischler, 1995:340). De ahí que algunos pensadores, como Baudrillard (2000), asocian a la obesidad con lo obsceno, desprovista de toda capacidad de seducción, ya que estas personas acumulan una energía que, en último término, es superflua.

Aparte de pasivos, displicentes y ausentes de cualquier cualidad de seducción, conforme lo analicé en el capítulo II, se relaciona a las personas gordas con la pobreza (Peña y Bacallao, 2000; Aguirre, 2004; Yépez, 2005) debido a que tienen que mantener una ingesta calórica muy grande para soportar su trabajo que es, por lo general, de orden físico. Cruzando este estereotipo con el tema de género, se entiende que la obesidad está ligada a mujeres pobres urbano-marginales (Yépez, 2005) que tienen que quedarse en su casa realizando labores domésticas o trabajos en los que existen poco consumo de energía, teniendo ellas una autopercepción negativa de sus cuerpos, que las lleva finalmente a abandonarse en sus hábitos alimentarios.

Obesidad y culpa

En esta sección, voy a abordar la relación existente entre obesidad y culpa, vínculo que era unas de las interrogantes que conformaban el cuestionario de preguntas abiertas. Con todo este bombardeo publicitario de los medios de comunicación escritos y hablados que promueven un modelo hegemónico de la belleza, joven y delgado/a, me interesaba saber si las personas que asistían a los tratamientos de adelgazamiento eran movidas por un sentimiento de culpa personal. Igualmente me interesaba conocer si el no alcanzar las medidas corporales propuestas

y fracasar en el tratamiento de adelgazamiento la hacía ingresar en un círculo inacabable de culpabilidad. Esta relación entre obesidad y culpa es analizada por algunas académicas feministas (Wolf, 2002; Bordo, 1993; Ventura, 2000) conforme se explicó en el capítulo I. En esta sección, voy a abordar la relación obesidad-culpa. Para ello me voy a remitir a autores como Freud (2000), Foucault (1998) y Lacan (1994).

Freud (1999, 2000) nos informa que el ‘sentimiento de culpabilidad’ es un concepto vital para la historia de la humanidad. De acuerdo a este autor, la ‘culpa’ es el sentimiento que da inicio a lo que conocemos como ‘cultura’⁷². Para Freud, en la horda primitiva, existía el padre dominante, el cual ejercía su poder de forma despótica y autoritaria, siendo el único que podía poseer a todas las mujeres. Un día, sus hijos se rebelan contra él y lo matan, acto que produce en ellos lo que conocemos como ‘sentimiento de culpabilidad’. Ya que fueron los ‘instintos agresivos’ y ‘sexuales’ los que generaron este asesinato, para el futuro, se crean una serie de prohibiciones⁷³ y sanciones en el caso de infringir las normas, que tienen la finalidad de mantener la estructura de la nueva organización social.

De ahí que, y como profundizamos en el capítulo I, en la sociedades premodernas existía el derecho soberano que consistía en ‘hacer morir y dejar vivir’, en que, como Foucault (1991, 1992a, 2006, 2007) nos informa, el incumplimiento de las normas generaba la pena de muerte mediante un acto simbólico que se lo realizaba en una ejecución pública. Este ritual fue declinando paulatinamente con el surgimiento de la modernidad y el capitalismo industrial, sociedad a la que Foucault denomina ‘disciplinaria y biopolítica’. Conformé revisé en el capítulo I, lo importante en la modernidad será ‘el hacer vivir y el dejar morir’. Ya no interesa realizar ejecuciones brutales y públicas, sino encerrar a los infractores de las normas en cárceles. El símbolo de esta nueva sociedad

⁷² Este concepto de Freud (1999, 2000) lo desarrolla principalmente en dos libros, *Tótem y tabú* y *El malestar en la cultura*. Textos donde Freud explica que, en la horda primitiva, existía un hombre dominante que monopolizaba a todas las mujeres. Esto generaba un malestar entre los demás hombres, principalmente sus hijos, a tal punto que un día deciden asesinar a su padre. Este hecho les genera un ‘sentimiento de culpabilidad’ que es eliminado a través de la creación del ‘animal totémico’ y de la ‘prohibición del incesto’. De acuerdo con Freud, a partir del ‘sentimiento de culpabilidad’ que les genera el asesinato del ‘padre’ se crean todas las normas y prohibiciones sociales, dando nacimiento a lo que conocemos como ‘cultura’.

⁷³ Levi Strauss (1981) profundiza en este concepto de Freud en su libro *Las estructuras elementales del parentesco*, informándonos que el nacimiento de la ‘cultura’ tiene su origen en el ‘tabú del incesto’.

es el ‘panóptico’, la sociedad del “vigilar y castigar” (Foucault, 1998), “te planteo normas elevadas y, si no las cumples, te castigo”, pero ya no con la muerte, sino que el castigo debe ser más simbólico y ritual. Sin embargo, en la ‘sociedad biopolítica’, lo más importante no es el castigo que se imparte por el incumplimiento de las normas sociales, lo crucial es la internalización de las normas a través del sentimiento de culpa.

En este sentido, el ciclo social de la culpa es el siguiente: en primer lugar, debo crear normas o estándares muy altos de conducta –que son prácticamente inalcanzables de cumplir– para que las personas los sigan. Como es de esperarse, la gran mayoría no logra alcanzar los ideales propuestos y se produce la ‘transgresión’ de la norma, que trae como consecuencia el ‘sentimiento de culpabilidad’. El ‘sentimiento de culpa’ no nos permite seguir con nuestras actividades cotidianas de la forma como las realizábamos habitualmente, a tal punto que necesita un canal para poder ‘expiarse’, que únicamente se logra con el cumplimiento de las ‘exigencias culturales’⁷⁴. Una vez realizado este acto simbólico, el ciclo de la culpa se repite indefinidamente, convirtiéndose en el mecanismo más poderoso para mantener el orden social, que permite la convivencia en comunidad⁷⁵. Por ello, Freud dice que los seres humanos vivimos en un ‘malestar en la cultura’, ya que las exigencias culturales producen en nosotros dolor e insatisfacción antes que felicidad (Freud, 2000).

Una vez conceptualizada la ‘culpa’, vamos a ver sus aplicaciones al tema de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’. Como he propuesto en toda esta investigación, mi hipótesis parte de extrapolar el concepto ‘biopolítica’ planteado por Foucault, al tema de la reducción de peso explicado a través del concepto que propongo denominado ‘biopolítica del peso’, con el cual intento, de forma macro, explicar todos los mecanismos sociales, culturales y económicos que giran alrededor del tema de la ‘belleza’, con los que se intenta controlar la vida de las personas basados en un discurso hegemónico del mercado que persuade a las personas a

⁷⁴ El argumento de este párrafo lo baso en el libro de Freud (2000) *El malestar en la cultura*, texto donde este autor aborda las aplicaciones que tiene el ‘sentimiento de culpabilidad’ en nuestras acciones cotidianas.

⁷⁵ En esta sección, realizo un esquema general de cómo se presenta la ‘culpa’ principalmente en el occidente cristiano, de tal manera que no debe entenderse que trato de aplicar este diagrama de forma universal, aplicado para todos los grupos humanos y culturales. Lo que pretendo diagramar es, de acuerdo a mis lecturas de Freud, Lacan y Foucault, cómo la ‘culpa’ socialmente es un mecanismo disciplinario del orden social.

alcanzar el ‘peso ideal’. De los datos obtenidos en el trabajo de campo y de las diversas imágenes que podemos ver en nuestra cotidianidad en relación con el tema del adelgazamiento, encuentro que son dos los símbolos de la ‘culpa’ y de la ‘biopolítica del peso’: la balanza y la cinta métrica. Categorías que las desarrollo a continuación.

En primer lugar, vamos a analizar a la ‘balanza’. Para ello, veamos la Imagen N.º 6 que la extraje de una publicidad que se encuentra en algunas farmacias de la ciudad de Quito.

Imagen N.º 6

La balanza



Fuente: Arko news.

Podemos apreciar a una mujer joven, delgada, blanca, rubia, de ojos claros, que calza perfectamente en los patrones de la belleza hegemónica. Denota una actitud de frescura, relajada y activa. Con su mano derecha, introduce una manzana en su boca, mientras que, con su mano izquierda, sostiene una balanza, denotando en este acto el control de esta mujer sobre su peso, a diferencia de las personas que probablemente están mirando la publicidad. En las entrevistas realizadas en el centro de reducción de peso Delgadez Extrema, me llamó mucho

la atención que las mujeres entrevistadas me informaran que, dentro de este centro, pudieron observar muchas balanzas, conforme lo muestra la siguiente entrevista:

Entrevistador: ¿Cómo era el lugar donde se efectuaba el tratamiento?

Carmelina: [...] Entra y es como un dormitorio grande que está dividido por 10 cubículos numerados en forma de “U”, cubiertos por una cortina, que es el lugar donde le aplican las vendas y la enfermera tiene un espacio pequeño en donde tiene la pesa. Eso sí, las pesas están en todo lado para que usted se esté pesando.

Entrevistador: ¿Cuántas pesas hay?

Carmelina: [...] Las pesas están donde usted se para y tiene el panel, entonces está una pesa, otra pesa y así me parece que tienen como unas 10 pesas, de esas pesitas grandes.

Entrevistador: ¿Este centro es símbolo de muchas pesas?

Carmelina: ¡Claro! Claro, pues, en eso consiste el tratamiento. Usted llega y le dicen ¡sáquese la ropa y pésele!

Entrevistador: ¿Entonces el primer procedimiento es pesarse?

Carmelina: Ajá, se va primerito a la pesa, todo el tratamiento es la pesa, ¡la pesa es lo máximo! Usted entra y ahí le toman el peso exacto de cómo usted entra (Carmelina, entrevista, 2009).

Carmelina es una mujer de 33 años de edad, casada, con tres hijos, de profesión parvularia, perteneciente a una clase social alta. Ella ingresa al centro de reducción de peso Delgadez Extrema por una publicidad que observa en la televisión. Durante las tres conversaciones que mantuvimos, ella me realizó un esquema pormenorizado del tratamiento en Delgadez Extrema conforme lo explico a continuación.

El tratamiento se inicia con una serie de exámenes médicos de todo tipo. Supuestamente, en este centro, existen todas las especialidades, y digo ‘supuestamente’ porque, como vamos a ver más adelante, muchas de las entrevistadas tuvieron complicaciones posteriores en su salud, las mismas que se hubieran evitado con un simple examen endocrinológico que nunca les realizaron los ‘especialistas’ de este centro. Una vez realizados

estos exámenes, se inicia un esquema en el que, todos los días, las personas tienen que medir su peso libra a libra; incluso se mide en gramos.

El tratamiento consiste en ir a pesarse pasando un día y luego de unos días de forma alternativa les colocan unas vendas frías y calientes, además de un parche que dura algunos días. Finalizada la sesión, las personas se acercan donde la ‘doctora’ –que en el mejor de los casos debe ser una nutricionista– para que, de forma escrita, les entregue el esquema de alimentación que durará hasta la próxima sesión, dieta que es completamente restrictiva y perjudicial para la salud como revisaremos más adelante. Como apreciamos en la entrevista anterior, las ‘pesas’ son el símbolo principal de este centro, las mismas que se encuentran ubicadas en casi todos los lugares de este establecimiento, siendo el único objetivo del centro Delgadez Extrema bajar de peso sin importar el costo para la salud.

El sistema de control y medición del peso es extremadamente minucioso en este centro. Al inicio, se firma un contrato en el que informa cuántas libras se va a perder y en qué tiempo exacto lo debe conseguir. Conforme avanza el tratamiento, el adelgazamiento es muy notorio y visible entre sus pacientes. Todos los días, las personas son pesadas y evaluadas para comprobar si cumplieron o no con su meta diaria, momento cuando pasan a un consultorio para hablar con la ‘doctora’, quien les informa los progresos diarios del tratamiento. En el caso de haber subido de peso en vez de bajar, les dicen que “si continúa así no va a haber progreso” y, si son continuas las subidas de peso, se suspende el tratamiento, porque quiere decir que la persona “no está colaborando”, teniendo en cuenta que este tratamiento es muy costoso y se lo paga por adelantado, a diferencia de otros tratamientos estéticos que se paga sesión a sesión. Si alguna persona quiere reclamar por sentirse perjudicada al haber suspendido el tratamiento sin haberlo terminado, le informan que, en el contrato firmado, hay una cláusula donde se especifica claramente que “si no se cumple el esquema, se termina el tratamiento y el centro no se responsabiliza de ningún efecto adverso”. Vemos ejemplificado lo dicho en la experiencia de Dámaris:

Entrevistador: ¿Cuándo le pesaban a usted y no había bajado las libras planificadas, le generaba algún tipo de culpa?

Dámaris: Claro, o sea es ¡ay, y ahora será que bajé de peso! ¿y sino he bajado? y cuando uno sabe que se salió del plan nutricional de la dieta, de hecho era automático que uno subía de peso o no bajaba, se estancaba.

Entrevistador: ¿Qué le decían a usted cuando se presentaba subida de peso?

Dámaris: Decían ¡haber mi hijita, qué se comió, por ahí alguna golosina no es cierto!, o sea sí le hacen notar y claro que uno siente como vergüenza, algo de culpa porque uno está fallando y yo me decía y ahora ¿qué me dirán?

Entrevistador: ¿Entonces le generaba culpa?

Dámaris: Sí, incluso una antes de que le digan nada, una ya siente esa culpa. Como le digo, era como un cierto temor, una vergüenza ante todo decir que subí de peso, que me estancué y que van a saber que comí algo más. A veces ocurría que, sin haber comido nada, una se estancó y es frustrante también, porque es como una presión que una ¡tiene que bajar! y ¡tiene que bajar! y si no lo hace, pues no está cumpliendo las expectativas personales y del personal que está a cargo de controlarlo a una.

Entrevistador: ¿Había un cambio en la dieta en el momento que usted subía de peso?

Dámaris: Sí, me decían que debía suprimir... o sea como un pequeño castigo. Si es que a media tarde usted tomaba el té con unas galletitas, entonces ahora se tomaba solo el té; las galletas ya no. Se debía suprimir el poco carbohidrato que uno consumía para poder compensar y recuperar el tiempo que se perdió (Dámaris, entrevista, 2009).

Dámaris es una mujer de 36 años de edad, divorciada, perteneciente a una clase social alta. Desde muy joven, ha realizado varios tratamientos para adelgazar hasta llegar a la liposucción. En Dámaris, se aprecia de forma clara el proceso de ‘internalización de la culpa’; piensa que está fallando al tratamiento si se come algún alimento que no estaba planificado. Este proceso interno, en palabras de Bourdieu (1998), se denomina ‘violencia simbólica’, haciendo alusión con este concepto a cómo curiosamente las personas que son víctimas de un proceso violento y degradante son

las que de mejor manera reproducen el mismo esquema violento que las arremete.

El sistema de dieta restrictiva que utiliza este centro para adelgazar se convierte en un proceso bastante penoso y estresante para las mujeres que lo siguen, creyendo ellas que, al subirse en la balanza y ver que no pierden el peso que estaba planificado, están cometiendo algún error, asumiendo la ‘culpa’ que les produce este hecho a título personal al no seguir estrictamente las indicaciones del centro.

La ‘cinta métrica’ es probablemente más visible en las publicidades que ‘la balanza’ y, de la misma forma, se constituye en un sistema de control que ‘internaliza la culpa’ en las personas que quieren adelgazar. Veamos ejemplificado lo dicho en la siguiente fotografía de la revista Energía total de agosto de 2006.

Imagen N.º 7

La cinta métrica



Fuente: revista Energía total

En esta fotografía, podemos apreciar a una mujer sin rostro, de contextura delgada y con su torso desnudo, envuelta con una cinta métrica que la sostiene con sus dos manos. El título que lleva este artículo es “El remordimiento de un desliz”. Llama la atención la palabra ‘desliz’ resaltada en color rojo, frase que nos hace alusión a una traición amorosa que no es de ‘mucho importancia’, ya que ocurrió por una sola vez y no se volverá a repetir. En el caso de la fotografía, el ‘desliz’ al que se refiere es el de haber roto una dieta comiendo algo que no estaba planificado. El texto nos dice: “Es casi imposible no caer frente a la tentación de un ‘pecadillo’ que rompe nuestra dieta. Siga estos pasos para que la próxima vez pueda comer sin remordimientos” (Energía total, 2006:52).

Estos ‘pecadillos’ resaltan la idea del ‘desliz alimentario’, ya que, para la persona que se propone bajar de peso y entra en un régimen alimentario estricto, el no cumplirlo genera una gran culpabilidad y angustia. Por eso, el texto recalca diciéndonos que nos van a dar los trucos o recetas para que la próxima vez que se presente el desliz comamos sin ningún ‘remordimiento’. Los pasos para superar el ‘desliz alimentario’ consisten en: Acepte el error: no debiste haber comido, pero ya lo hiciste. No se castigue, basta con que se observe subida de peso. Siga un plan efectivo, para que no vuelva a ocurrir el ‘desliz’. Aprenda y reflexione, para que no vuelvas a sentir esta culpabilidad, mejor primero reflexiona. Mídase un poco, no comas todo lo que te dan, ‘pruébelos’, eso sí, en pequeñas cantidades para que no vuelva a ocurrir. Finalmente cuando ya hayas superado la prueba, prémiese para reforzar su conducta alimentaria y evitar futuros deslices (Energía total, 2006:52). Veamos a continuación los ‘pecadillos alimentarios’ de Carmelina y de Alicia:

Entrevistador: ¿Qué pasa si no logra bajarlos 500 gramos que estaba planificado?

Carmelina: Bajé 100 gramos, por decir. Entonces me decían: “Qué pasó, porque la pesa no miente”. Y les tenía que decir que era verdad, que me comí algo que no debía. Luego me decían: “Muy bien, ahora vamos a recuperar este día que usted no hizo”. Por ejemplo, ahora ya no va a comer el cafecito de la tarde, sino que va a hacer tarde de frutas. En ese día, solo el almuerzo con alguna proteína y de ahí fruta hasta el otro día. Y usted iba al otro día y de hecho si bajaba los 500 gramos que les decían. Yo incluso bajé más (Carmelina, entrevista, 2009).

Entrevistador: ¿Qué pasaba si no lograba bajar las libras planificadas?

Alicia: Era tenaz, porque tenía que bajar un medio kilo diario y, si no bajaba, era superestresante. Es decir que si usted se comía un chocolatito chiquito entre esos dos días ya no bajaba ese medio kilo. A veces era un poco débil y comía una porción pequeñita de papa y ya no podía bajar. Además se me venía a la mente que era un proceso completamente estresante que me pesen pasando un día. Era tenaz subirse a la balanza y que le digan ¡no, no ha bajado!, o peor ¡ha subido! y después le metan donde la nutricionista y le dicen “tiene que bajar, Alicia, porque ya se nos acaba el plazo” (Alicia, entrevista, 2009).

Podemos notar que el esquema que tracé sobre la ‘culpa’ se cumple a cabalidad para el tema del adelgazamiento. Se plantea una dieta muy restrictiva que solo es posible cumplirla a base de mucho sufrimiento y, en la mayoría de los casos, con perjuicios para la salud. Como es de esperarse, las personas tienen, en el trayecto, ‘deslices alimentarios’, ‘pecadillos’ que se los expían dejando de comer determinados alimentos a modo de castigo para recuperar ese día perdido. Aún cuando se logre alcanzar el ‘peso ideal’, el esquema de mantener comidas restrictivas deberá ser una conducta de toda la vida, sopena de volver a entrar en otro tratamiento y en un círculo vicioso que no tiene fin.

Desde muy pequeñas, las mujeres ingresan dentro de este sistema de la satisfacción-rechazo que finalmente, en la edad adulta, las llevará a una completa represión de su apetito oral. Una vez que pierden peso y alcanzan las medidas propuestas, ellas deben aceptar el hecho de que, el mirarse de esa forma, será una obligación por el resto de su vida, creando, de esta manera, un círculo vicioso donde las mujeres nunca se sienten lo suficientemente delgadas y nunca podrán disfrutar con placer de una comida cuyas características sean las de dar calorías y aumentar el peso (Wolf, 2002). Tal vez por eso vemos, en la Imagen N.º 7, que la cinta métrica que se entrecruza en el cuerpo de la mujer no está pegada a su cuerpo, sino que se la ve que forma un círculo alrededor de su estómago, denotando que, si continúa con los ‘deslices alimenticios’, estos ‘pecadillos’ harán que su estómago engorde tanto hasta que esa circunferencia supuesta se convierta en una realidad.

La ‘balanza’ y la ‘cinta métrica’ se constituyen en las dos caras de una misma moneda, la ‘presión’ y la ‘culpa’ que se ejerce principalmente sobre las mujeres para adelgazar y encajar en los modelos hegemónicos de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’. Usando una figura literaria a manera de metáfora, la ‘balanza’ y la ‘cinta métrica’ se constituyen en una sinécdoque⁷⁶ de los tratamientos de adelgazamiento, ya que ambas representan ‘el uno y el todo’ de los tratamientos para bajar de peso, constituyéndose en símbolos visibles y represores de la ‘biopolítica del peso’.

Uno de los hechos que más llamó mi atención en esta investigación, es que, a pesar de ser alta la estadística de mujeres que habían tenido efectos secundarios en su organismo –como vamos a analizar más adelante–, las denuncias sobre estos centros y/o tratamientos eran prácticamente inexistentes. En la Defensoría del Pueblo, me dijeron que a lo sumo unas tres personas se habían acercado con una denuncia de esta índole en los últimos años. Similar resultado lo encontré en la Tribuna del Consumidor y del Usuario. Ambas son instituciones encargadas de mediar y salvaguardar los intereses de los consumidores de un determinado producto o servicio.

La pregunta que me surgió en este sentido era saber ¿por qué la estadística de denuncias es baja y prácticamente ausente, siendo que las mujeres afectadas son casi innumerables? La respuesta a está interrogante me hizo llegar a valiosas conclusiones en relación al tema de la ‘culpa’ y su relación con la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’.

En primer lugar, pude constatar que una mujer puede estar haciendo una dieta para adelgazar, pero va a tratar de ocultarlo a toda costa a su entorno social. En la medida de lo posible, ni siquiera se lo van a decir a sus amigas más cercanas. De acuerdo a la percepción de las informantes, porque las relaciones que se mantiene entre las mujeres son de mucha competencia y de envidia. Por ejemplo, Mónica me informó que, exceptuando su esposo e hijos, no le dijo “a nadie de su tratamiento” hasta que los efectos comenzaron a ser tan evidentes que tuvo que informarlo a sus amigas, pero les dijo sólo en términos generales que estaba haciendo una dieta y no que estaba en un programa completo de adelgazamiento en un centro estético. Las informantes trataban de hacer

⁷⁶ Sinécdoque es un “tropo que consiste en extender, restringir o alterar de algún modo la significación de las palabras, para designar un todo con el nombre de una de sus partes, o viceversa; un género con el de una especie, o al contrario; una cosa con el de la materia de que está formada, etc.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, S.f.).

creer al resto de personas de su entorno social que estaban bajando de peso por sus propios métodos, ya que les avergonzaba confesar que estaban adelgazando en un centro. A tal punto fue mi sorpresa que, en los días que parecía que no iba a tener ninguna persona para entrevistar, irónicamente estaba rodeado de mujeres que asistían o asistieron alguna vez a un centro estético para bajar de peso, pero lo tenían tan oculto que, en algunos casos, a pesar de tener cercanía con la entrevistada, les incomodaba hablar sobre el tema.

En segundo lugar y como ya lo he reiterado en esta sección, existe una ‘internalización de la culpa’ que se ejerce sobre las mujeres en forma de una ‘violencia simbólica’ (Bourdieu, 1998) en que ellas justifican y reproducen los métodos erróneos de los centros de estética y de adelgazamiento, asumiendo la culpa como suya si los resultados no son los esperados. La pregunta ritual con la que todo tratamiento de esta índole termina es “¿volveré a subir de peso?”, “¿nunca más recuperaré el peso perdido?” y la contestación con la que cosmetólogas y/o centros estéticos responden a esta inquietud es “eso solo dependerá de usted”, “si usted no se cuida, subirá de peso y no será nuestra responsabilidad”. Sin embargo, como vamos a revisar más adelante, existen factores que producen el ‘efecto rebote’ en las mujeres que están por encima de su voluntad. El comenzar a comer compulsivamente una vez finalizada una dieta muy restrictiva no es más que un síntoma ansioso y una reacción natural del cuerpo que ha sido privado de consumir alimentos indispensables para su óptimo desempeño durante ese período. Así, muchas de ellas no logran comprender cómo el recuperar el peso no depende, en un alto porcentaje, de ellas, sino del esquema erróneo que usaron para bajar de peso.

La tercera conclusión se deriva de la anterior. Si ya el hecho de estar subidas de peso les genera culpabilidad, una vez concluido el tratamiento de adelgazamiento y al no haber podido alcanzar los resultados esperados, algunas mujeres, en vez de denunciar y asumir una posición crítica frente al centro, se callan para no ser estigmatizadas socialmente. Existe lo que yo denomino un proceso de ‘doble culpabilización’. Por una parte, se sienten culpables por estar gordas y no encajar en los modelos hegemónicos del ‘peso ideal’, y después de haber fracasado en el proceso de adelgazar, se sienten más culpables que al inicio, por creer que no son lo suficientemente disciplinadas para poder controlar su apetito y caer fácilmente frente a las tentaciones de comer alguna cosa que les agrada.

Con lo expuesto, no trato de afirmar que las mujeres que no denuncian los procedimientos erróneos únicamente están relacionadas con el ‘sentimiento de culpa’. Conforme lo problematicé en el capítulo I, este estudio no intenta caer en los universalismos. La culpa, conforme se abordó en esta sección, es solo una de las aristas importantes que se relacionan con el tema de ‘belleza’ y de ‘peso ideal’ inscritas en una cultura determinada, que construye este concepto como un mecanismo homogenizante y disciplinario. De la misma manera, no intento decir con lo afirmado que las mujeres entrevistadas asumen un papel completamente pasivo dentro de estos tratamientos. En la última sección de este capítulo, veremos cómo, de la misma forma, se producen espacios de resistencia, donde las informantes asumen posiciones críticas frente a los tratamientos de adelgazamiento, entorno a lo que se denomina el ‘ethos barroco’ (Echeverría, 1994, 2000, 2002).

Representaciones en la revista Familia

En el capítulo III, analizamos algunas representaciones de los centros estéticos en la revista Familia. El objetivo en ese capítulo fue contrastar la información que estos centros nos brindan en los medios de comunicación, con los requisitos legales que debían cumplir. Allí discutimos ampliamente las irregularidades que presentan estos centros, así como los paupérrimos controles estatales.

En este capítulo, el objetivo es analizar la ‘publicidad engañosa’ que presentan estos centros en la revista Familia. A diferencia del capítulo III, donde el enfoque estuvo situado en el campo jurídico, aquí voy a analizar los aspectos etnográficos de las representaciones que nos presentan las imágenes de la revista Familia. Este análisis me servirá como introducción para los dos últimos temas que se refieren a las malas prácticas médicas y cosméticas en la reducción de peso, y la negociación que presentan las informantes frente a todos estos discursos hegemónicos de la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’.

La revista Familia circula todos los domingos con el diario El Comercio y, como lo analizamos en la introducción, representa la ideología blanco-mestiza que, al igual que otros medios de similares características, reproduce la cosmovisión y los “sentidos comunes nacionales de

los grupos dominantes” (Rahier, 2004:97). En el caso de la revista Familia, los terrenos comunes guardan relación con la construcción hegemónica de la ‘belleza’, la que se expresa en forma de publicidad que mantienen algunos centros estéticos y de adelgazamiento como se puede verificar domingo a domingo en esta revista. Antes de analizar algunas publicidades de la revista Familia, veamos cómo la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, en su Art. 2, define lo que es ‘publicidad abusiva’ y ‘publicidad engañosa’:

Publicidad abusiva.- Toda modalidad de información o comunicación comercial, capaz de incitar a la violencia, explotar el miedo, aprovechar la falta de madurez en los niños y adolescentes, alterar la paz y el orden público o inducir al consumidor a comportarse perjudicial o peligrosamente para la salud personal y colectiva. Se considerará también publicidad abusiva toda modalidad de información o comunicación comercial que incluya mensajes subliminales.

Publicidad engañosa.- Toda modalidad de información o comunicación de carácter comercial cuyo contenido sea total o parcialmente contrario a las condiciones reales o de adquisición de los bienes y servicios ofrecidos o que utilice textos, diálogos, sonidos, imágenes o descripciones que directa o indirectamente, e incluso por omisión de datos esenciales del producto, induzca al engaño, error o confusión al consumidor (Ley Orgánica del Consumidor, 2000).

Como apreciamos en estas definiciones, la ‘publicidad abusiva’ se enfoca en esta investigación, en detectar aquellas que inducen a un comportamiento perjudicial para salud, mientras que la ‘publicidad engañosa’ se refiere a omitir, cambiar o brindar información a medias que influyan en la compra. Veamos como se aplican estas definiciones en las siguientes representaciones de la revista Familia.

En la Imagen N.o 8, apreciamos, en la parte superior derecha la palabra ‘publirreportaje’, cliché muy frecuente en la revista Familia con el que se nos quiere vender la idea de estar leyendo un reportaje con ‘validez científica’, pero que, en el fondo, se constituye en una manera muy astuta de vender cualquier producto.

Imagen N.º 8

Producto milagroso

¡Adelgace 10kg en 30 días! Público Reporte

¡Tome una taza del Té Reductor del Dr. Chang 2 veces por día y adelgace 2,5 kg por semana, comiendo normalmente y sin hacer dieta!

Adelgace hasta 10 kg en 30 días comiendo normalmente con el Té Reductor del Dr. Chang. La fórmula del Dr. Chang hace "desaparecer" el exceso de peso. Basta tomar 2 tazas de té por día hasta alcanzar su peso ideal. ¡Comiendo normalmente y sin hacer ejercicio!

¡Ideal para quien no consigue adelgazar!

El Té del Dr. Chang dissolve instantáneamente las acumulaciones de agua y grasa que ocasionan su exceso de peso. Se trata de una acción natural y que funciona inclusive con las personas que siempre tuvieron dificultad para adelgazar o que tienen facilidad para engordar.

"...insisto en afirmar que no se trata de una dieta. Con mi Té Reductor usted pierde peso de forma fácil y rápida."
T. Chang

Decida ahora cuántos kilos quiere sentir perder y viva así en su plan de adelgazamiento. ¡E incluso algunos cajas más para establecer su peso!

Consumo semanal	1kg	2kg	3kg	4kg
Por semana	1	2	3	4
Por caja	1	2	3	4
Por caja de 10	1	2	3	4

1 caja por apenas \$ 24,99 por pagar de envío
2 cajas por apenas \$ 44,99*
3 cajas por apenas \$ 59,99*
4 cajas por apenas \$ 69,99*

¡Haga su pedido AHORA!

Adquiere ahora mismo 2 o más cajas de Té Reductor y recibe como regalo el "Plus de 15 días del Dr. Chang para recuperar las energías, desintoxicarse y aliviar las tensiones". Un método práctico que garantiza adelgazar su vida en apenas 15 días. Para recibirlo gratis con su pedido, mencione este código:

F-1705

Fórmula Exclusiva

¡No acepte imitaciones!
Listo no encontrará otro producto en el comercio. Anagórese de adquirir el Auténtico Té Reductor del Dr. Chang llamando ahora mismo al teléfono (02) 22 55 500.

¡La forma fácil de adelgazar!
Puede perder fácilmente los kilos que quiere y aún disfrutar de salud. Probar por 30 días sin compromiso.

¡Adelgace o reciba su dinero de vuelta!

Usted adelgatará 10 kg por mes simplemente tomando 2 tazas por día del Té del Dr. Chang. Si usted no adelgaza de 2 a 3 kg por semana, devolvámosle la caja antes de 30 días de recibido su pedido, y le devolveremos su dinero inmediatamente mismo game de cuando se reciba. **¡ESTA ES UNA GARANTIA INIGUALABLE!**

PIDALO AHORA POR TELEFONO
1021 22 55 500
TODOS LOS DÍAS, de 8 am a 8 pm
(09) 398 83 99 PORTA
(08) 400 44 88 MOVISTAR

¡Págalo GRATIS!

Fuente: revista Familia.

En este caso, lo que se trata de vender es un 'producto milagroso', entendiendo por estos a cualquier clase de producto que posee cualidades únicas y mágicas que, con su solo consumo, puede aliviar cualquier dolencia y, para el caso específico de esta investigación, generar, en corto tiempo y milagrosamente, la cura de la obesidad. "Adelgace 10 kg en 30 días" es el título de este 'publirreportaje', donde se aprecia una mujer delgada con un pantalón ancho, perteneciente a una mujer cuyas medidas de cintura son más grandes. El objetivo de esta imagen es hacernos creer que este pantalón pertenecía a esta mujer y que, milagrosamente, luego de consumir el "té reductor del Dr. Chang dos veces por día" logró perder tal cantidad de peso como por 'arte de magia'. Podemos apreciar una vez más el símbolo de la culpa y del control del peso, la 'cinta métrica' denotándonos el sistema de poder y control sobre el cuerpo.

El otro cliché que muchas veces vemos en estas publicidades es el conocido eslogan de '100% natural'. Es muy común en nuestros días ver anuncios de productos o medicamentos 'naturales' que pueden adquirirse libremente en farmacias sin receta médica, que nos dicen no tener efectos secundarios sobre nuestros organismos. La verdad es

que, como profundizaré más adelante, se quiere relacionar lo ‘natural’ con inocuidad y no existe tal ecuación, ni al hablar de alimentos ni de medicamentos. En la publicidad, siempre existe una guerra por captar a sus consumidores, usando como estrategia contradecir a otra ‘publicidad errónea’. En este caso, la ‘otra publicidad errónea’ serían las dietas restrictivas; se aprecia un mensaje que nos informa, que simplemente consumiendo “dos veces por día” este té, uno puede seguir “comiendo normalmente y sin hacer ejercicios”. Con ello trata de vendernos el eslogan de “baje de peso, sin dietas ni ejercicios con solo consumir este producto milagroso” y para darnos la seguridad de que no se trata de un engaño, nos garantizan que, si no bajamos de peso en el tiempo prometido, “nos devuelven el dinero”. “El fin de la publicidad no es informar: es vender un producto, por lo general, no imprescindible. Una de las estrategias fáciles para ello es la reproducción de los modelos sociales más establecidos y aceptados, una forma cómoda y poco reflexiva de llegar al mayor número de posibles compradores” (Campus, 2000:122).

Este es un claro ejemplo de ‘publicidad abusiva’ y ‘engañosas’. ‘Abusiva’ en el sentido de que todo tratamiento para bajar de peso de forma acelerada trae serios y delicados perjuicios para nuestra salud, además que el consumir tal o cual producto mágico no produce adelgazamiento instantáneo. ‘Engañosas’ porque la foto de la mujer que supuestamente consume el ‘té milagroso’ pertenece a una modelo que seguramente siempre fue delgada y nunca sufrió de obesidad, cuya foto aparece en esta y otras publicidades similares. Irónicamente, la única forma segura de bajar de peso es exactamente contraria a los mensajes que los ‘productos milagrosos’ nos quieren vender, y consiste en ‘hacer ejercicio’ y ‘comer equilibradamente’, conforme lo analizo más adelante.

De la misma forma en que se publicitan ‘productos milagrosos’ para bajar de peso, con similar esquema se promueven tratamientos y/o métodos un tanto más complejos que un simple producto, con el cual se pueden obtener ‘resultados mágicos’ y ‘milagrosos’ sobre el peso. Veamos un ejemplo de esto en la siguiente fotografía de la revista Familia del 18 de enero de 2009, donde apreciamos un nuevo publicirreportaje:

Imagen N.º 9

Tratamiento milagroso

Estudios Clínicos muestran: ALPHA MIND es el Método más Simple y Eficaz para Adelgozar Definitivamente.

“Cómo adelgacé 17 kg casi sin darme cuenta, comiendo todas mis comidas favoritas, 5 veces por día!”

SEPA POR QUÉ USTED TAMBIÉN ADELGAZARÁ CON ESTE MÉTODO... ¡Y PARA SIEMPRE!

1 ALPHA MIND no es una dieta. Dietas significan restricciones en las comidas, pero con ALPHA MIND usted puede comer lo que quiera y cuanto dese.

2 ¿Cuánto quiere perder? Determine ahora cuantos kilos quiere perder y deje ALPHA MIND funcionar. ¡Es fácil!

3 Resultados definitivos. Este método actúa profundamente, corrigiendo para siempre las causas que le hicieron engordar. Y no volverá a engordar nunca más.

4 Garantía. Si usted no adelgaza en 30 días, devolvamos su ALPHA MIND y le reembolsaremos el valor del mismo (menos gastos de envío) inmediatamente.

Llame ahora mismo y reciba su método ALPHA MIND en casa con garantía de 30 días por apenas \$ 19,99 más \$ 2,50 para gastos de envío. Aceptamos todas las tarjetas de crédito.

Consítenlos por otras formas de pago. Si *prefiere recibir su método ALPHA MIND con urgencia*, haga su pedido con hora marcada, recíbelo en su casa en 24 hs y pague al mensajero al recibir su pedido en casa (\$ 19,99 más \$ 5,00 para gastos de envío urgente – sólo para Quito y Guayaquil).

¡LLAME AHORA MISMO!
(02) 22 55 500
TODOS LOS DÍAS, DE 8:00 am a 8:00 pm
F1801 MOVISTAR: (08) 400 44 88
PORTA: (09) 322 87 62

SI USTED...
ya probó de todo para adelgazar y ninguna dieta funcionó,
ya adelgazó con dietas pero volvió a engordar rápidamente,
cree que la única forma de adelgazar es pasando hambre y privándose de todo lo que le gusta,
entonces usted precisa conocer ALPHA MIND:
¡el método natural más eficaz para adelgazar!

ALPHA MIND es la forma más fácil y rápida para adelgazar. Yo pesaba 76 kg y en 44 días bajé a 59. ¡Y no volví a engordar! ¡Es perfecto!

Esta es mi historia de cómo conseguí bajar de 76 kg para 59, casi sin darme cuenta. Una mañana estaba calzando mis zapatos y sentí un fuerte dolor de espaldas y dificultad para respirar... ya estaba gorda de más. Por la tarde lei su anuncio de ALPHA MIND y decidí probar. Comencé a perder peso tan rápido que mis amigos y mi marido no lo creían. Nunca me sentí tan bien en toda mi vida. Y lo mejor: ¡continué comiendo 5 veces por día! ALPHA MIND es la forma más simple y rápida para adelgazar que existe.
Alejandra Ramón Torres (Manabí)

Acepte el desafío ALPHA MIND:
si usted no adelgaza en 30 días le devolvemos su dinero!
Haga una prueba con ALPHA MIND, sin compromiso, con estas condiciones:
podrá comer todo lo que quiera y cuanto dese, sin restricciones,
perderá peso desde el primer día, y sin dejar de comer lo que le gusta,
alcanzará su peso ideal en pocas semanas y no volverá a engordar nunca más.



Fuente: revista Familia

Vemos, en esta fotografía, reproducidos los mismos formatos anteriores: “Cómo adelgacé 17 kg casi sin darme cuenta, comiendo todas mis comidas favoritas, cinco veces por día”. La transformación se produce de forma ‘mágica’ únicamente realizando este tratamiento. Una vez más, apreciamos el eslogan clásico “baje de peso, sin hacer dietas y en poco tiempo”. En uno de los recuadros que vemos en la parte central izquierda, se aprecia el testimonio de la mujer que se encuentran en el centro de la fotografía en el formato ‘antes y después’, informándonos que “un día menos pensado subió de peso” a tal punto que tuvo “un fuerte dolor de espalda y no podía respirar”, hasta que decidió probar el sistema Alpha Mind y “logró bajar de 76 kg que pesaba, a 59 en 44 días” y lo más importante es que bajó de peso “sin darse cuenta”, ya que ella continuó con su mismo estilo de comer “cinco veces al día” (Revista Familia, 2009:7). Esto muestra un total de 17 kg o 37,4 libras que pierde esta mujer en aproximadamente un mes y medio, cuando, de acuerdo a

la Organización Mundial de la Salud, la forma correcta de bajar de peso sin causar perjuicios para la salud es de máximo 1 kg semanal.

De acuerdo con Berger “la publicidad nos convence para que realicemos tal transformación mostrándonos personas aparentemente transformadas y, como consecuencia de ello, envidiables. La fascinación radica en ese ser envidiado. Y la publicidad es el proceso de fabricar fascinación” (Berger, 1975:146). El objetivo central de esta publicidad es vendernos a una persona que estaba insatisfecha con su peso y, luego de probar este ‘tratamiento mágico’, logra el cambio esperado. La ‘fascinación’ que producen estas imágenes genera, como Berger afirma, una envidia hacia estas personas que han logrado esta metamorfosis en su peso, queriendo inducirnos, una vez más mediante la ‘culpa’ a comprar este producto.

Un segundo punto que destacar en esta publicidad es el subrayado rojo que se encuentra en la parte superior con la frase “Estudios clínicos muestran que Alpha Mind es el Método más Simple y Eficaz para Adelgazar Definitivamente”. Esta alusión a lo científico y a lo clínico nos posiciona en lo que Foucault decía acerca de cómo interactúan “el conocimiento, el poder y la verdad”, así nos informa que todo “conocimiento vinculado al poder no solo asume la autoridad de “la verdad”, sino que tiene el poder de hacerse él mismo verdadero” (Foucault, 1997:27 citado por Hall, 1997:31).

En este sentido, la publicidad analizada solo es un ejemplo de muchas otras que aluden a un discurso o conocimiento médico o seudomédico que posee intrínsecamente la capacidad de convertirse en ‘verdadero’. De ahí el hecho de encontrar ‘publirreportajes’ o artículos que contienen frases típicamente construidas, que rezan más o menos así: “De acuerdo a un estudio realizado en la universidad de [...]” o “de acuerdo al doctor fulano del tal”, las mismas que tratan de asegurar, en la mente de sus lectores, que el ‘conocimiento’ o ‘reportaje’ que nos están brindando no es común, sino que posee ‘la verdad’ única acerca de cómo bajar de peso. Finalmente, el ‘publirreportaje’ científico termina vendiéndonos este sistema novedoso –que no se especifica en qué consiste– asegurándonos, como otros ‘publirreportajes’, que adelgazaremos para siempre y, de no ser así, “nos devuelven el dinero”⁷⁷.

⁷⁷ Durante el trabajo de campo, intenté corroborar la famosa afirmación de “les devolvemos el dinero” en el caso de no funcionar tal o cual tratamiento y/o producto. En la Tribuna del Consumidor y

Además de promocionarse ‘productos y tratamientos milagrosos’, en la revista Familia, existe una tercera modalidad que se enfoca en las ‘técnicas milagrosas’. Como problematicé en el capítulo III, las cosmetólogas y/o centros cosmetológicos permanentemente intentan renovar sus procedimientos con técnicas novedosas traídas desde algún país extranjero, las mismas que se las considera como ‘únicas’ y ‘mágicas’ para solucionar de forma definitiva el problema de la obesidad. Veamos, en un nuevo ejemplo de la revista Familia del 10 de enero de 2010, cómo un centro cosmetológico promociona su revolucionaria técnica que, de ‘forma milagrosa’, “erradica la obesidad en tan sólo 45 días”.

Imagen N.º 10

Técnica Mágica

INFORMACIÓN COMERCIAL

OSZONOTERAPIA: La técnica natural que erradica la obesidad en tan sólo 45 días

El más novedoso tratamiento para eliminar de raíz los problemas de sobrepeso, celulitis, flacidez, queloides y estrías

La ozonoterapia es una terapia de carácter natural que se encarga de aportar el ozono al organismo. El cual penetra a través de los poros de la piel, potenciando todos los resultados que uno quiera conseguir a través de ella, ya que actualiza el metabolismo celular y origina una profunda desintoxicación, humectación y nutrición de la piel.

Esta es un procedimiento médico general integral que puede significar una intervención eficaz en los casos de adiposidad localizada o celulitis. El tratamiento se ejecuta con inyecciones subcutáneas en la zona adiposa a tratar, donde por medio del oxígeno tratado se acelera el proceso de eliminación de grasa de manera más rápida.

Su utilización más divulgada apunta a terminar con los problemas que obsesionan a la mayoría de las mujeres: la celulitis, flacidez, obesidad, el mejoramiento de las estrías de un 60 a 80 % y desaparición de queloides.

Esta terapia de carácter natural, también es utilizada para la mejora de muchos males, pues los beneficios que brinda al organismo son múltiples: revitalizante, antioxidante, oxigenante, regenerador, anti inflamatorio, entre otros.

La Ozonoterapia no posee efectos colaterales, ni hábitos, pues se genera a partir de un elemento natural – el oxígeno – que por ser un gas alotrópico, con el correr del tiempo, vuelve a su estado original.

Este tratamiento debe ser realizado por un profesional de la salud, por eso en los Centros de Estética STELLA DURAN se exige que estos procedimientos sean realizados por médicos y especialistas, además de que cumplimos con todas las normas de seguridad, garantizamos el éxito y la efectividad en la realización del procedimiento.

Presentando este cupón, recíbelo totalmente **GRATIS**, una valoración corporal más el **50%** de Ducto, y por el mes de Enero regístrate observando **6 meses** de mantenimiento.

contáctanos Ya!!!

Venite nuestros Centros de Atención:
MATRIZ NORTE: Urban 2001 entre Durruti y Alvarado s/65 Fomento PB, Edo. Nezakere, Telfs. 2462 557 / 2284 379 / 2284 371
SUCURSAL SUR: Hotelgo de Ciudad Guaymas s/100 y Fomento, Telfs. 3447 974

Fuente: revista Familia

El título de esta publicidad es contundente: “Ozonoterapia: la técnica natural que erradica la obesidad en tan sólo 45 días”. Casi mantiene

del Usuario, me informaron que, en los pocos casos que han tenido que mediar con algún centro y/o producto, nunca “devolvían el dinero”. Los acuerdos a los que se llegaba era a lo sumo cambiar el producto o ampliar las sesiones –en el caso de centros–, pero jamás existía un resarcimiento económico.

los mismos esquemas anteriores: nos presenta esta novedosa y ‘exclusiva’ ‘técnica milagrosa’ que posee este y no otro centro estético para perder peso, la misma que puede eliminar todos los problemas derivados del exceso de peso como son “la celulitis, estrías, queloides, etc.” Una vez más, enfatiza ser una técnica ‘natural’ y, como tal, nos trata de vender la idea de que no tiene ningún ‘efecto secundario’ sobre nuestros cuerpos y, como hemos venido analizando hasta este momento, por lo general no existen estudios que confirmen tal aseveración. Además, aunque una técnica sea ‘natural’, siempre existen efectos secundarios en el organismo y no es posible prescribirlos para todos los grupos humanos en determinadas circunstancias.

La promesa de “erradicar la obesidad en tan solo 45 días” llama la atención de forma alarmante, primero porque erradicar significa ‘arrancar de raíz’ ‘eliminar sin dejar ninguna huella’ (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, S.f.) cosa que ningún producto, tratamiento o técnica mágica puede asegurarnos al 100%. En esta frase se esconde una terrible generalización que no incluye información sobre –por ejemplo– las personas obesas con problemas hormonales, a las que ninguno de estos procedimientos les servirá para bajar de peso y, si lo hacen, pueden acarrear consecuencias nefastas para su salud. La oferta de bajar de peso en “tan sólo 45 días”, aunque parece falsa, puede lograrse. Sin embargo, eso no es lo que importa, sino el alto precio que puede representar para la salud. No debemos extrañarnos de estas falsas promesas, porque, a la mayoría de estos centros, como analizamos en el capítulo III, no les importa los efectos secundarios de sus tratamientos sobre la salud de sus clientes, el objetivo es bajar de peso de forma rápida e instantánea sin importar los efectos adversos futuros. Veamos otro ejemplo de un conocido y muy publicitado centro de reducción de peso en la revista Familia del 22 de noviembre de 2009:

Imagen N.º 11

Formato 'antes y después'

“125 LIBRAS MENOS”

ANTES DESPUÉS

2
SEMANAS
GRATIS

A LAS 50
PRIMERAS
LLAMADAS

HEYDI GÁNCHEZ MÉNDEZ
bajo 125 libras en laín

ADELGAPATCH
SPECTROPACH FORMA PARTE DEL TRATAMIENTO DE LAÍN

HOY
ABRIMOS
• C.C. EL RECREO
2 654 470

LAÍN
ADELGAZAR EN SERIO

C.C. El Recreo 2 654 470
R. El Salvador 932-111, 2 243 243
SOLYANOS, Mat. del Gal. 098 87 18
Mat. del Sur. 208 93 08
P.O. Correo 101. 098 77 37

Fuente: revista Familia.

Esta publicidad se distingue de otras similares por el hecho de presentar a ‘mujeres ecuatorianas reales’ a diferencia de otras que nos muestran el ‘antes y después’, pero, por lo general, de modelos que nunca fueron obesas y no tenían nada que reducir. Este centro presenta, en diferentes publicidades, como se puede apreciar casi todos los domingos del año, durante los últimos años, en la revista Familia la clásica y célebre representación del ‘antes y el después’: “Antes era una mujer gorda, fracasada, que todo me iba mal en la vida, hasta que probé el novedoso tratamiento mágico para adelgazar y, cuando lo conseguí, mi vida cambió por completo”⁷⁸.

⁷⁸ Aunque en esta publicidad no hay tal afirmación, se nos presenta de forma camuflada. Siempre, por medios televisivos –principalmente–, vemos el mismo diálogo. En estas publicidades, el ‘antes’ era de fracaso por su exceso de peso, pero luego de usar el ‘producto’, ‘técnica’ o ‘tratamiento mágico’, su vida cambió por completo. La imagen del ‘después’ es completamente opuesta a la del ‘antes’. La mujer que aparece en la fotografía es construida como una mujer renovada, que se visualiza en su vestimenta, está bien maquillada, denotando frescura, juventud y belleza.

Aunque he podido revisar varias publicidades de este centro con diferentes mujeres en el formato ‘antes y después,’ ésta es la que más me llamó atención por el cambio extremo que sufre la mujer de la fotografía al adelgazar. Aunque para muchas personas puede ser nuevo, existen varios programas informáticos que sirven para editar y modificar imágenes y que son utilizados principalmente en publicidades de este tipo, cuyo fin es distorsionar y modificar las imágenes para vender algún producto o servicio.

El más conocido y utilizado de estos paquetes informáticos es Adobe Photoshop, programa con el que se puede cambiar cualquier fotografía al gusto de uno. Así, por ejemplo, hacer que una foto de una mujer con senos pequeños aparezca con senos grandes o que una mujer extremadamente gorda aparezca como delgada⁷⁹, de manera tan imperceptible a la mirada que nos convence del supuesto cambio extremo. Sin poder aseverar si la mujer que aparece en esta publicidad adelgazó o no de forma tan drástica, lo que sí se esconde detrás de esta fotografía, es el mismo sistema hegemónico y de control que trata de vendernos la idea de que es posible, a través de dietas restrictivas, alcanzar el ‘peso ideal.’ Berger, una vez más, nos informa que:

El propósito de la publicidad es que el espectador se sienta marginalmente insatisfecho con su modo de vida presente. No con el modo de vida de la sociedad, sino con el suyo dentro de esta sociedad. La publicidad le sugiere que, si compra lo que se le ofrece, su vida mejorará. Le ofrece una alternativa mejorada a lo que ya es (Berger, 1975:157).

El objetivo publicitario del formato ‘antes y después’ es crear una insatisfacción en la imagen corporal de las mujeres, convenciéndolas de que la transformación de una persona ‘gorda y fracasada’ en otra ‘delgada y exitosa’ sí es posible, a través de este ‘tratamiento mágico.’ Veamos una última imagen al respecto de este tema en la revista Familia del 9 de noviembre de 2008:

⁷⁹ En la web, podemos encontrar varios ejemplos de los ‘milagros publicitarios’ que puede conseguir el Adobe Photoshop. Para mayores detalles, ver dos ejemplos de lo dicho en: <http://www.youtube.com/watch?v=iYhCn0jf46U>. y como una mujer gorda aparece como delgada en: http://www.youtube.com/watch?v=nSebkwUD_qs.

Imagen N.º 12

Mirada institucional

The advertisement is for 'Pierde Peso' magazine. It features a red vertical bar on the left with the word 'familia' written vertically. The main title 'pierde peso' is in large, bold, red letters. Below it, the slogan 'bajar de peso...' is written in a smaller font. A photograph shows a woman from behind, looking at a scale in a gym. Below the photo, the text reads '...ya no es un pesar' and 'Suscríbete y recibe 2 secretos diarios por un mes.' A hand is shown holding a smartphone displaying a text message. To the right of the phone, it says 'Mensajea al 34667 con la palabra FORMA'. Below this, it states 'y recibirás 2 tips al día por un mes!!! por tan solo 1,20 usd + IVA'. At the bottom, the 'familia m(m)vil' logo is displayed.

Fuente: revista Familia

A diferencia de las anteriores publicidades, ésta pertenece a la propia revista Familia, apreciamos, en color rojo, el título “pierde peso” con el eslogan “bajar de peso... ya no es un pesar” existiendo, en la mitad de ambas frases, la imagen de una mujer que se encuentra de espaldas, mirando su peso corporal ante una balanza. El objetivo de esta publicidad es vender, a través del celular, tips para la reducción del peso.

La oferta consiste en que, por \$1,20 más IVA, se puede recibir “dos secretos diarios por un mes” para bajar de peso. Aquí podemos comprobar cómo la mirada institucional (Collins y Lutz, 1993) de la revista Familia está de acuerdo con las representaciones hegemónicas del ‘peso ideal’ que semanalmente nos presenta, reproduciendo y afirmando con ello que la ‘biopolítica del peso’ se encuentra completamente establecida

en la imágenes que se semanalmente se difunden por este medio de comunicación. Por ello, en algunos países como los EEUU se ha intentado reglamentar el uso de las imágenes del cuerpo femenino en los medios de comunicación (Flischler, 1995:298).

En esta sección, hemos visto cómo, en la revista Familia, se promocionan productos, técnicas y tratamientos ‘milagrosos’ cuyo éxito, en nuestra sociedad, responde a nuestra ‘cultura inmediatesta’ y ‘mágica’ que, a toda costa, quiere evitar los procesos de larga duración y que prefiere creer en ‘soluciones mágicas’ e ‘instantáneas’ que resuelvan sus problemas de forma rápida. Aunque, en un sentido, esta forma de abordar la vida es negativa y perjudicial⁸⁰ para algunas personas, más adelante veremos cómo el ‘pensamiento mágico’ se constituye en una forma de resistencia frente a los discursos hegemónicos de la ‘belleza’.

Hasta este punto, analicé las presiones familiares, sociales y laborales que inducen a las personas a entrar en un sistema de adelgazamiento. También revisé cómo el ciclo de la culpa influencia para introducir y/o mantener a las mujeres en un tratamiento de reducción de peso. De la misma forma, he revisado cómo las publicidades que presenta la revista Familia reproducen esquemas ‘mágicos’ y ‘rápidos’ para adelgazar. En la siguiente sección, voy a problematizar las categorías género, raza/etnia, clase social, ubicación geográfica, y cómo éstas se entrecruzan con las historias de la vida de las informantes clave. A continuación, abordo estas categorías en forma separada.

Análisis de categorías: género, raza/etnia, clase social, ubicación geográfica

En relación al tema del género, una vez finalizado el trabajo de campo, pude confirmar la hipótesis prevista: eran muchas más las mujeres que asistían a un tratamiento de adelgazamiento en relación a los hombres. Así, de las 22 entrevistas realizadas, tan solo una correspondía a un hombre, y éste no estaba en un tratamiento estético, sino médico. Esto probablemente se deba a que, como señala Ventura, en el caso de los hombres, el no encajar en los modelos estéticos hegemónicos puede ser

⁸⁰ En la sección que aborda los efectos secundarios de los tratamientos adelgazantes, veremos cómo el uso de productos, técnicas y tratamientos ‘milagrosos’ pueden ser perjudiciales para la salud.

reemplazado por otras ganancias simbólicas: “el poder económico, los logros profesionales, el talento, la fuerza física, la celeridad, la jerarquía o simplemente la simpatía y la capacidad de seducción (al margen de sus anatomías) les protege de la insignificancia o decadencia de sus cuerpos” (Ventura, 2000:27). En cambio, para las mujeres, el escrutinio de su cuerpo es más escarnecedor, ya que, el no calzar con dichos modelos, les genera una gran angustia y culpabilidad.

Cosmetóloga 1, dueña del centro de cosmetología Moldeando tu Figura, me informó que, en su centro, había realizado a lo sumo unos cinco tratamientos de adelgazamiento a hombres en todo los años que ha funcionado. Sin embargo, el dato que cabe destacar es que un interesante número de hombres sí asistían a este centro estético, pero para realizarse un tratamiento para la ‘caída del cabello’. Como dato anecdótico, Cosmetóloga 1 me dijo que pudo notar que a estos clientes les incomodaba compartir el mismo espacio con las mujeres que asistían a realizarse sus tratamientos; así por ejemplo, el entrar en una cabina –lugar donde se efectúa el tratamiento capilar– y ser observado por una mujer o estar muy cerca de ellas generaba, en algunos casos, poca continuidad y deserción. Como estrategia, ella decidió ubicar estas cabinas en un lugar alejado de toda visibilización dentro del centro, con lo que la situación mejoró y los clientes masculinos se sentían mucho más tranquilos en asistir al centro.

Similares circunstancias se daban en el centro Cosmiatra Spa, donde no fue posible entrevistar a ningún hombre. Cosmiatra 1, de la misma forma, me comentó que eran muy pocos los hombres que había tratado de adelgazar en los años que tenía de experiencia. En el centro de reducción de peso Delgadez Extrema, mis informantes me manifestaron el mismo hecho, “era muy raro ver a algún hombre dentro de las cabinas”.

Esto probablemente es una muestra de que los esquemas patriarcales están muy presentes en la ciudad de Quito, además de que responde a estereotipos sociales que ligan principalmente a la mujer con la belleza y a los hombres con la inteligencia⁸¹ (Esteban, 2000:206). Aun así y como lo señala Bordo, en la actualidad, tanto el cuerpo femenino

⁸¹ El estereotipo dice que los hombres se ligan a la inteligencia; así, a manera de metáfora, el perder cabello o quedarse calvo se constituye en un símbolo de vergüenza para los hombres, mas no el tener exceso de peso. De este dato, podría surgir una futura investigación que aborde el tema de las ‘masculinidades’ y de la ‘belleza’ en los hombres en relación con su cabello.

como el masculino son sensualizados/sexualizados en los medios de comunicación, pero con marcadas diferencias. “Las imágenes masculinas están rodeadas de un halo de fuerza y también de poder, mientras que los cuerpos femeninos transmiten por lo general fragilidad y sumisión” (Bordo 1990, citado por Esteban 2000:215).

Vemos entonces como las mujeres están siendo articuladas en un esquema de violencia en que su éxito o fracaso social es medido principalmente por sus medidas corporales, razón por la cual la publicidad estética relacionada con el adelgazamiento, casi en su totalidad, va dirigida hacia las mujeres y muy poco hacia los hombres.

La categoría raza/etnia es probablemente una de las más difíciles y complejas de problematizar. Antes de analizar estos criterios en relación con la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’, veamos brevemente la evolución histórica que han tenido los conceptos raza/etnia. El concepto de raza nos remite a una categoría biológica, colonial, que se remonta 500 años atrás, alrededor del año 1 500 dC., cuyos orígenes hacen referencia a dos hechos históricos particulares. El tráfico y comercio de gente ‘negra’ venida de África a cargo del príncipe Enrique el Navegante, y a la colonización española iniciada por Cristóbal Colón, quien creyó hasta su muerte que había llegado a las indias occidentales, por lo que, a los habitantes de estas tierras, los denominó ‘indios’ (Whitten, 1999:48-9).

De esta manera, tanto ‘indios’ como ‘negros’ se constituyeron en categorías raciales que sirvieron para justiciar la opresión y la dominación de la raza ‘blanca’ europea que se consideraba superior, cuyo fin era civilizar y modernizar a estas razas atrasadas y bárbaras. Además que, con el tráfico de esclavos ‘negros’ se convirtió a éstos en meras mercancías, mientras que a los ‘indios’ se los utilizó en los obrajes y encomiendas, constituyendo su trabajo en mano de obra barata, dos elementos centrales en la formación del naciente capitalismo (Whitten, 1999:50).

Los españoles, a diferencia de sus pares anglosajones⁸², se mezclaron tanto con los ‘indios’ y los ‘negros’ produciendo así el fenómeno que

⁸² La colonización inglesa fue completamente opuesta a la española. Los ingleses emigraron a los EEUU huyendo de los conflictos religiosos de su país; viajaron familias enteras, por lo que no se produjo el mestizaje. Los españoles, en cambio, al no viajar con sus familias, llegaron a cruzarse con los indígenas dando como resultado el fenómeno que conocemos como ‘mestizaje’. Desde este punto, hasta después de la independencia, nuestras élites blanco-mestizas –a diferencia de los ingleses que prácticamente eliminaron a sus ‘indios’-, intentaron más bien integrar, civilizar y modernizar a los indígenas andinos.

conocemos como ‘mestizaje’, a partir del cual se crearon nuevas categorías coloniales que son las siguientes: al descendiente entre un ‘blanco’ y una ‘negra’ se lo denominó ‘mulato’; al descendiente entre un ‘blanco’ y una ‘india’ se lo denominó ‘mestizo’, y al descendiente entre un/a ‘negro/a’ y un/a ‘indio/a’ se lo denominó ‘zambo’. Todas estas categorizaciones se las utilizó como elementos discriminatorios y civilizadores en los que el componente ‘blanco’ es siempre el superior y lo ‘indio’ y lo ‘negro’, los inferiores. Con este tipo de mezclas se intentaba ascender culturalmente –a ‘indios’ y a ‘negros’– en la escala racial. Este fenómeno es lo que conocemos con el nombre de ‘blanqueamiento’ (Whitten, 1999:52).

Las élites blanco-mestizas intentaron un proceso unificador y homogenizante creando la ‘comunidad imaginada’ (Anderson, 1993) del Estado-nación ecuatoriano, siendo el mestizaje el principal paradigma del ciudadano moderno y civilizado (Weiss, 1999). Esta unificación va a llevarse a cabo mediante la idea del ‘blanqueamiento’, en la que se continúa con las mismas categorías coloniales donde lo blanco-mestizo está en la cúspide y lo ‘indio’ y lo ‘negro’, en la periferia, debiendo eliminarse toda diferencia bajo el paradigma homogenizante del ciudadano blanco-mestizo. Un ejemplo de esto se evidencia en un discurso del presidente Rodríguez Lara en la década de los años setenta, donde hizo alusión a que “todos nos volvemos blancos cuando aceptamos los objetivos de la cultura nacional” (Whitten, 1976:268 citado por Weiss, 1999: 221).

En relación a la acepción ‘etnia’, ésta surge en los años setenta, cuando ya no era políticamente correcto hablar de ‘raza’. Esto tiene sus antecedentes en el “rechazo oficial de la categoría raza por parte de la ONU” (Martínez 2006:98 citado por Hollenstein 2009:33). Sin embargo, la diferenciación raza/etnia no es clara y se presta a varias confusiones como nos hace notar Rivera (1999) identificando tres factores donde los conceptos raza y etnia se confunden y se amalgaman al mismo tiempo, así:

En primer lugar, existiría un error semántico cuando el término etnia es utilizado para designar a un grupo humano determinado cuyos miembros comparten el sentimiento de poseer un origen común, una historia, un destino y son conscientes de su unidad, una especie de categorización de pertenencia racial que se pretende criticar;[...] En segundo lugar, la etnicidad puede ser vista como una instancia inmutable, invariable, no accesible al cambio

y a los condicionamientos de los ámbitos políticos, económicos y sociales. Este tipo de posiciones interpretativas son defendidas por las corrientes esencialistas y culturalistas que consideran al individuo como una persona que solo puede identificarse con su grupo de origen. Finalmente, relacionado con lo anterior, es decir con los esencialismos, existiría la posibilidad de que se niegue a la persona la decisión de pertenecer o no a determinado grupo identitario y cultural (Rivera, 1999:31).

En este marco histórico conceptual de la construcción del concepto 'raza' y su alter ego 'etnia', al realizar las entrevistas, encontré que, a mis informantes, les dificultaba identificarse con una raza/etnia específica. Muchas, al preguntarles a que raza o etnia creían pertenecer, me respondían con frases como "no sé", "no le entiendo" o "qué debo responder". Al ponerles las opciones 'blanca', 'mestiza', 'indígena', 'negra', veinte de las 22 entrevistadas se identificaron como 'mestizas' (90%) y solamente dos se consideraban 'blancas'⁸³. Ninguna 'indígena' o 'negra', a pesar de que algunas entrevistadas, a mi parecer, tenían rasgos fenotípicos que coincidía con lo 'negro' o lo 'indígena'.

Así, vemos como, en el Ecuador, los conceptos raciales están arraigados y plenamente vigentes: "lo blanco es asociado con progreso, [mientras que] lo oscuro, con estancamiento y arcaísmo" (Whitten, 1981 citado por Weiss, 1999:222). Sin embargo, como hemos revisado hasta aquí, todas las diferencias raciales/étnicas se invisibilizan y se amalgaman a través de la idea del 'blanqueamiento' y de la unificación del ciudadano/a modelo blanco/a- mestizo/a.

En este punto, es necesario hacer unas comparaciones y puntualizaciones al respecto de este tema en relación con los datos obtenidos en este estudio y la literatura revisada. A diferencia del estudio de Miller (1969), efectuado en adolescentes jamaquinos, y, de forma más precisa por tratarse del Ecuador, el estudio de Casanova (2008) en adolescentes guayaquileñas, en que estos autores concluyen que las adolescentes relacionan la 'belleza' o lo 'bello' con lo caucásico y anglosajón, degradando lo no-blanco, en esta investigación, los datos obtenidos fueron muy diferentes. En el presente estudio, pude observar que las informantes marcaron un distanciamiento con los modelos hegemónicos de la 'belleza' en relación a la raza/etnia.

⁸³ La Constitución Política del Ecuador (2008) garantiza el derecho a la autoidentificación que tienen todas las personas en nuestro país en los artículos 21, 56, 57 y 60.

Al preguntarles a mis informantes sobre la relación belleza/raza/etnia, la mayoría respondió que no importaba el color de piel para ser bella. Así surgieron respuestas como “hay negritas que son muy bonitas y blancas feas”; solamente una afirmó que las mujeres ‘blancas’ podían ser bellas.

Esta diferencia de hallazgos se debe principalmente al hecho, de que, en los estudios antes mencionados, su enfoque es exclusivamente en adolescentes, mientras que, en esta investigación, al concentrarse en personas que asisten a centros estéticos y de reducción de peso, la edad de las entrevistadas es completamente irrelevante. Así, la menor de las informantes tenía 22 años de edad, mientras que la mayor, 45 años de edad, siendo el promedio de edad de las entrevistadas de 33 años. La adolescencia es una etapa en la que los conceptos sociales y culturales están en plena construcción y se movilizan con facilidad, mientras que, en la edad adulta, las posiciones identitarias son mucho más marcadas y difíciles de cambiar. De esta manera, vemos como la mayoría de mis entrevistadas, a pesar de que la idea del blanqueamiento está vigente en el Ecuador, al relacionar el concepto belleza/color de piel marcan un distanciamiento y generan una estrategia de resistencia con los discursos hegemónicos de la ‘belleza’, al no relacionar lo ‘blanco’ con lo ‘bello’.

De la misma forma, cuando pregunté sobre la descripción física de lo que consideraban como una mujer ‘bella’ se les dificultó mucho la respuesta. Las opiniones, aunque fueron muy diversas, todas coincidían en algo: la mujer ‘bella’ debía tener un ‘buen cuerpo’ no siendo ‘ni tan delgada, ni tan gorda’ o ‘delgada, pero con curvas’. Estos datos sí coinciden con los estudios de Miller (1969) y de Casanova (2008), quienes encuentran, de la misma forma, que el cuerpo ideal en la mujer está relacionado con tener ‘caderas amplias’, ‘busto grande’ y ‘cintura delgada’. Miller encuentra que, en Latinoamérica, “el cuerpo ideal femenino es más lleno que el ideal en los Estados Unidos” (Miller, 1969:85 citado por Casanova, 2008:293). Así, pude corroborar, en las conversaciones y entrevistas a profundidad, que, para las informantes clave, los cuerpos de las modelos muy delgadas no eran considerados como atractivos, ni bellos; más bien se referían a ellas como ‘raquíticas, anoréxicas’. Parafraseando el título de una película, una de las informantes clave me dijo que “las mujeres de verdad tienen curvas”.

La pregunta que más confusión causó en mis informantes clave hacía referencia a “si creen que existe alguna mujer en la que se encarne la

belleza ideal”, interrogante que constantemente tenía que aclararla para una mejor comprensión. Fueron muy pocas las que se identificaban con una mujer en específico. Pedro, el único hombre entrevistado, me dijo que podía ser la actriz Megan Fox, otra mencionó a la presentadora de televisión María Teresa Guerrero y dos coincidieron en que era Angelina Jolie. De ésta última, dijeron que la admiraban además de por su belleza física, por ser una mujer que repartía exitosamente sus roles de actriz y de madre. Que las entrevistadas se identificaran con Angelina Jolie me llamó mucho la atención, debido a la fama que esta actriz tiene de ‘mujer fatal’. Sin embargo, pude apreciar cómo una de las informantes (Myriam) veía en ella a la encarnación de la ‘belleza ideal’. Así me dijo que:

Angelina Jolie tiene medidas corporales perfectas, rostro hermoso, es inteligente, seductora. Es la mujer más deseada por los hombres, muy dedicada a sus hijos -ha rechazado algunos papeles en películas cuando ella creyó que estaba fallando en su papel de madre-; además adoptó a dos niños. Finalmente, es una mujer que realiza obras de beneficencia y comparte su dinero con algunos desafortunados del mundo (Myriam, entrevista, 2009).

Sin embargo, el dato que hay que destacar es que 18 de las 22 entrevistadas no se identificaron con ninguna mujer en específico y, en términos generales, creían que no existían ninguna mujer con dichas características, más bien la alusión siempre estaba relacionaba con la ‘belleza interna’. Así, la ‘mujer bella’ o que encarna la ‘belleza ideal’ es aquella que es “inteligente, sincera, tiene valores, ayuda a los demás, ama mucho a sus hijos y es solidaria con las personas que le rodean”.

Vemos cómo, en esta investigación, a diferencia del estudio de Miller (1969) y de Casanova (2008), donde concluyen que las adolescentes valoran lo blanco y lo delgado rechazando lo no-blanco -como su estereotipo ideal, no así en la realidad-, en el presente estudio puedo concluir que las entrevistadas guardan distancia con los modelos hegemónicos de la ‘belleza’ considerando lo no-blanco como ‘bello’ y no necesariamente equiparando lo ‘blanco’ como sinónimo de ‘belleza’. Además que, en relación con las modelos muy delgadas, las consideran como ‘raquíticas y anoréxicas’, haciendo hincapié, la mayoría de ellas, en que una ‘belleza interna’ es más importante que la ‘belleza física’.

Al abordar las categorías raza/etnia en el Ecuador, debemos puntualizar que éstas están íntimamente relacionadas con el concepto

de la 'clase social', a tal punto que guardan una simbiosis cultural. En el Ecuador, se presentan categorizaciones híbridas mixtas raciales/clase social que suelen ser muy confusas de explicar, como el 'chagra', el 'montubio' y el 'cholo'. La alusión a 'chagra' es un término peyorativo que se refiere a personas del campo que han emigrado a la ciudad sin importar su condición económica, migración que se refiere principalmente a gente que proviene de la misma Sierra –a un costeño que emigra a Quito no se le llamaría 'chagra', sino 'mono'-. En relación a los términos 'cholo' y 'montubio', estos guardan un común denominador. Benavides (2007) nos informa que "los primeros son ex-indígenas que residen en la Costa y sobreviven en base a la pesca y la agricultura a pequeña escala, y los segundos, ex-comunidades indígenas que ocupan las orillas de los ríos y se dedican intensamente a la agricultura y al intercambio cultural (Benavides, 2007:110). Es interesante notar como en el caso del 'cholo' es un híbrido racial/social donde determinar sus límites es sumamente complejo. 'Cholo' es un personaje que fenotípicamente es estereotipado como una persona de "piel más oscura, un tamaño menor y rasgos indígenas, específicamente en el caso de los hombres, la falta de bello en el cuerpo y la cara, y el pelo erizado" (Benavides, 2007:111). Sin embargo, los alcances de la palabra 'cholo' no quedan ahí, ya que también puede hacer alusión a una persona blanca o mestiza de bajos recursos económicos o con un muy mal gusto para vestirse o expresarse en sus ideas.

La intersección raza/clase debe entenderse como un flujo en constante cambio, en que la movilidad social/racial es permanente. Por ejemplo, una persona puede ascender racialmente –hacia lo blanco– si asciende primero socialmente. Así, vemos como, en el estudio de Casanova, las adolescentes que, a su juicio, son de 'piel café', pero que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto, se identificaban como 'blancas' (Casanova, 2008:298), diferente del caso de los Estados Unidos, donde la movilidad social/racial es muy difícil, por no decir inexistente (Weiss, 1999).

Como analizamos en el capítulo II, las clases altas en diferentes épocas precisaron distinguirse de las demás, presentando un cuerpo gordo u obeso como símbolo de estatus social, sobre todo en tiempos cuando el alimento era escaso y la delgadez se asociaba con la pobreza y

la fealdad (Matthew, 1993; Garin, 2002; Shack, 2002; Barreto, 2008). Este paradigma, de forma definitiva, fue cambiando desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando “las clases altas eligieron distinguirse de las clases trabajadoras adoptando un ideal de delgadez que luego sería imitado por las clases media y baja” (Contreras, 2002b:282).

Ventura nos recuerda que la delgadez en el siglo XIX se fue constituyendo en un símbolo de estatus para la clase burguesa. “Las naturalezas enfermizas y débiles se asocian al sacrificio, a la bondad y al buen gusto, mientras que un apetito sano, una anatomía vigorosa y las mejillas sonrosadas eran más propias de lavanderas que de damas elegantes” (Ventura, 2000:71). La ‘distinción’ opera principalmente en el cuerpo, espacio y lugar de confrontación política y simbólica en que las mujeres de clases altas intentaban ‘distinguirse’ de sus pares obreras presentando un cuerpo más fino, tísico y aristocrático, que las diferencien de las mujeres proletarias con cuerpos más rellenos y gordos (Bourdieu, 2000).

Este criterio de ‘distinción’ también opera en el Ecuador y para el caso particular de Quito en relación a la idea de la ‘decencia’ (Kingman, 2008). Así, las mujeres de mayores recursos económicos, como vamos a revisar en esta sección, son las que más intentan obtener un cuerpo delgado y, cuando no lo conseguían, sufrían más que el resto de las entrevistadas de clase media y baja.

Como analizamos en el capítulo III en relación a las ganancias de los centros estéticos y las microeconomías de las cosmetólogas, vimos cómo, antes de que se diera el proceso de la dolarización en el Ecuador en el año 2000, los tratamientos estéticos eran accesibles únicamente para los sectores económicos altos; además que los centros que ofertaban estos tratamientos eran muy pocos (ver Tabla N.º 1) y los precios estrepitosamente altos que eran pagados únicamente en dólares.

Antes de la dolarización, un tratamiento podía valer unos \$400, cuando el último ‘salario nominal’⁸⁴ hasta marzo del año 2000 equivalía a 1 200 000 sucres. Si convertimos esta cifra en dólares, teniendo en cuenta que un dólar equivalía a 25 mil sucres, que traducido en términos del salario nominal equivalía a \$48. Con lo que podemos comprender que

⁸⁴ El salario nominal era la suma del salario mínimo vital y algunas compensaciones de ley.

invertir en tratamientos estéticos y de adelgazamiento antes del año 2000 estaba completamente reservado para las clases más pudientes.

Una vez con nuestra economía dolarizada, los precios de los tratamientos estéticos se mantuvieron y, en algunos casos, hasta tuvieron que ser reducidos, convirtiéndose en accesibles para las clases media y baja. En la actualidad, podemos decir que los precios están relativamente al alcance de todos/as. Por ejemplo, el centro de cosmetología China Tatuada oferta diferentes tipos de tratamientos, siendo el más costoso de \$150 que se puede pagar sesión a sesión en un período de tres meses. En el centro Moldeando tu Figura, de la misma forma, se paga por sesión y el tratamiento total equivale a unos \$400 que se cancelan en un período de tres o cuatro meses aproximadamente. El centro Cosmiatra Spa también cobra \$400 (interesante si consideramos que está ubicado al sur de la ciudad). Similar precio mantiene el centro de reducción de peso Delgadez Extrema que cobra alrededor de \$800, pero que equivale a una estrategia publicitaria donde, con ese mismo precio, se atienden dos personas.

La mayoría de entrevistadas se identificaron como 'mestizas' e igual relación se presentó con autoidentificarse como 'clase media' -18 de las 22-. En algunos casos, me llamó la atención que algunas mujeres asumieran esta categoría, siendo que, a mi parecer, eran de clase más bien alta. Por ejemplo, Carmelina, que se catalogó como 'clase media' es una mujer que poseía un edificio de unos cinco o seis pisos con sus respectivos departamentos, el mismo que tenía el nombre de su apellido y el de su esposo; también me informó que su cónyuge trabajaba en el sector petrolero, teniendo un buen sueldo. Además, en dicho edificio, funcionaba un jardín de infantes cuya dueña y administradora era Carmelina. Similar caso me ocurrió con otras tres informantes. Probablemente esto se deba a que existen personas que no quieren aparecer como poseedoras de mucho dinero y peor informarlo a un desconocido.

Una vez más, es necesario hacer otra comparación con el estudio de Casanova (2008) en el que esta autora introduce la categoría 'autoestima' y su relación con la 'clase social'. En su estudio, Casanova nos informa que las adolescentes con mayores recursos económicos presentan una mayor satisfacción y aceptación de sus cuerpos, así como una autoestima más alta. En esta investigación y desde una interpretación exclusivamente

cualitativa⁸⁵, encontré exactamente lo contrario. De las 22 entrevistadas, siete se encontraban satisfechas con su cuerpo actual, ocho no lo estaban y querían modificarlo con algún tratamiento y siete decían sí estarlo, pero que, por cuestiones de salud, les gustaría adelgazar un poco más. El dato relevante es que cuatro de las entrevistadas pertenecían a un estatus económico alto⁸⁶ y todas ellas estaban insatisfechas con sus cuerpos actuales, versus las demás mujeres de clase media y baja que compartían equitativamente la satisfacción e insatisfacción de sus cuerpos. Veamos ejemplificado lo dicho con la experiencia de Dámaris, una mujer de clase alta.

Entrevistador: ¿Es para usted un problema ver la imagen que le devuelve el espejo todos los días?

Dámaris: Claro. Yo, por ejemplo, quisiera estar como quedé luego de mi cirugía. Realmente me sentía fascinada porque había alcanzado, qué le digo, el 'ideal'. Estaba delgada, ya no tenía mis estrías, ni mi vientre colgado; tenía todo donde debería estar. Entonces, claro, es supersatisfactorio verse al espejo y ver que conseguí tener un bonito cuerpo. Claro, pasa el tiempo, uno se vuelve a ver y ya ha engordado, ya se me ve incluso la cara más rellenita, las piernas o el pantalón ya no me cierra como me cerraba antes, ahora me aprieta. ¡Todo eso es frustrante!

Entrevistador: ¿Está conforme con su peso actual?

Dámaris: No [...] A partir de los 21 años empezó mi lucha porque antes era delgada, pero a partir de los 21 años yo empecé a ¡engordar! a ¡engordar! y a ¡engordar! Con los embarazos, peor aún. Entonces definitivamente no estoy conforme con mi peso actual.

Entrevistador: ¿Qué sentimientos le genera esta insatisfacción de su cuerpo?

⁸⁵ En su investigación, Casanova (2008) utiliza la escala de autoestima de Rosenbarg (1989) y la escala modificada de Franzoi-Shields (1984) para medir los niveles de autoestima y la aceptación de sus cuerpos respectivamente. La metodología en esta investigación, tal como lo expliqué en la introducción, es exclusivamente cualitativa y consiste en realizar entrevistas en profundidad e historias de vida, herramientas metodológicas que, a mi parecer, me ayudan a profundizar de mejor manera las diversas intersecciones que se presentan en este estudio.

⁸⁶ Solo dos se catalogaron como de un estatus social alto; sin embargo y como lo expliqué, dos de ellas, a pesar de catalogarse como clase media, a mi parecer no lo eran. La una poseía un edificio con su nombre, era dueña de un jardín de infantes y su esposo era petrolero; la otra, de la misma forma, poseía un carro costoso, tenía un apartamento propio en el sector de la Jijapa, y era gerente financiera de una institución privada; además, sus tres hijos estudiaban en un colegio de Quito donde la pensión es muy costosa.

Dámaris: Frustración, incluso decepción, muchas veces de verse uno al espejo o ir de compras y ver que la ropa que uno quiere solo hay en tallas cero, talla uno, dos, tres, cuatro y no pues, uno tiene que empezar a buscar ‘ropa de abuelita’. Bueno, yo estoy digamos en una edad madura, pero hay jovencitas también gorditas y no van a conseguir ropa bonita. (Dámaris, entrevista, 2009).

Dámaris, conforme la presentamos líneas atrás, es una mujer de 36 años de edad que se percibe como una persona de clase social alta. Durante los últimos 15 años, ha ingresado a diversos tratamientos para adelgazar, hasta el punto de realizarse una liposucción. Una y otra vez ha estado buscando el ‘tratamiento mágico’ que consiga adelgazarla definitivamente. Como apreciamos en esta entrevista, luego de la cirugía llegó a tener el cuerpo que ella deseaba, pero, con el paso de los años, una vez más, las estrías y el sobrepeso regresaron y, en la actualidad, no acepta su imagen corporal. Si bien Dámaris está con un sobrepeso de unos 10 kilos⁸⁷ (IMC 30,8, está entrando en obesidad) y aunque debe entrar en un plan de adelgazamiento, no se la ve físicamente mal⁸⁸. Al contrario, a mi parecer que es una mujer atractiva que no la catalogaría como ‘gorda’. Sin embargo, ella sufre de muchas penurias personales. Me informó que, en su círculo social, la mayoría de sus amigas son delgadas, van al gimnasio y siempre se ven bien.

Contrariamente a esta entrevista, veamos el caso de Mónica, que es una mujer de clase media/baja que tiene una obesidad muy severa (IMC de 40,08), bastante alarmante y, después de unos tres meses en el centro cosmetología Cosmiatra Spa, se ven notorios cambios en su peso.

Entrevistador: ¿Ahora que ha reducido de peso considerablemente, acepta su cuerpo?

Mónica: Yo siempre lo he aceptado, desde antes y hasta ahora. Lo que ocurre es que ahora me siento con una mejor salud, ya no tan pesada como antes. [...] Yo les digo a mis hijos cuando me dicen que tal o cual parte de su cuerpo es feo y no les gusta, que deben aceptarse tal como son. Yo nunca me he dicho ¡qué fea!, ¡qué horrible te ves con este peso! Yo quise bajar de peso por salud, ya

⁸⁷ Dámaris mide 1,65 metros de estura y pesa 65 kg.

⁸⁸ Probablemente aquí está uno de mis sesgos como investigador y conforme lo analicé en la introducción, a mí parecer las mujeres voluptuosas o con tendencia a engordar no se ven mal.

que el movilizarme aún dentro de mi casa me costaba. Ahora me siento mejor (Mónica, entrevista, 2009).

Notemos las diferencias entre ambas entrevistas para ver el cruce entre clase social/autoestima/aceptación corporal. Mónica es una mujer que, cuando la conocí, tenía una notoria obesidad, debía bajar alrededor de unas 100 libras para alcanzar su ‘peso ideal’. La primera vez que la entrevisté le pregunté si estaba satisfecha con su cuerpo, y me dijo que “sí”, que no tenía problemas en aceptar su cuerpo “tal como es”. Incluso, como ya revisamos líneas atrás, su esposo la acepta tal cual es ella y son sus problemas de salud los que la motivan a ingresar en un tratamiento de adelgazamiento. En contraposición, Dámaris, que tiene aproximadamente unas 20 libras demás, es atractiva, posee mucho dinero y debería, en alguna medida, sentirse satisfecha con su cuerpo, pero no lo está.

De esta manera, apreciamos en esta investigación que, a diferencia del estudio de Casanova (2008) en adolescentes guayaquileñas, las mujeres de mayores recursos económicos no tiene un buen nivel de autoestima, ya que, si partimos del hecho que poseer una ‘autoestima’ saludable es quererse, valorarse y amarse, tal como uno es –y no como se desea estar o quisiera verse– estas mujeres no lo están. En las entrevistas, se refleja que estaban inconformes con sus cuerpos, cada vez necesitaban cambiar algo y muchas de ellas, a pesar de estar delgadas⁸⁹, había algo que les disgustaba en sus cuerpos y querían seguir adelgazando o quedar delgadas para siempre –como es el caso de Dámaris–. Al contrario, las informantes de clase media o baja, en su gran mayoría, se sentían satisfechas con sus medidas corporales actuales y el bajar de peso no lo realizaban de forma tan obsesiva y frustrante como en el caso de las mujeres de mejores recursos.

Desde luego y como ya vimos en el caso de Ventura (2000) y Bourdieu (1998), las clases altas necesitan ‘distinguirse’ a través de la delgadez y el no alcanzar este modelo es más frustrante para ellas, en comparación con las mujeres de clase media y baja que no tienen la misma presión social para verse delgadas. Como ya revisamos, la mayoría de esposos

⁸⁹ Como es el caso de Myriam, otra de las cuatro entrevistadas que se sentía inconforme con su cuerpo, siendo ella de contextura delgada. Me decía frases como “siempre tengo problemas con estos rollitos” “constantemente tengo que volver a algún tratamiento estético”.

o compañeros sentimentales de las mujeres de clase media no ejercían presión a su pareja por verse delgadas; incluso, como ya vimos, el esposo de Roxana no quería que ella ingresara al tratamiento por temor a los efectos secundarios que podrían presentarse. Además que él (esposo de Roxana) está completamente satisfecho con las medidas corporales que presentaba su esposa, a diferencia de Dámaris, quien es divorciada y, aunque no me lo dijo textualmente, pensaba que unos de los factores que influyó en su separación es que su ex-esposo la dejó por una mujer más joven y más delgada que ella.

En este punto, debo recalcar sobre los planteamientos epistemológicos de este estudio. No intento presentar los resultados de esta investigación como las ‘verdades’ sobre la ‘belleza’ y el ‘peso ideal’ versus otras investigaciones que no lo están. Conforme lo expliqué en la introducción, mi planteamiento teórico es posestructuralista y no pretendo ni criticar, ni crear nuevos ‘centros’ entorno a este tema; más bien pretendo explicar, siguiendo a Viteri (2008), cómo al hablar de las intersecciones raza/clase social, se presentan múltiples significaciones e interpretaciones sociales “sin centros, y sujetos a constante transformación y significación” (Omi y Winant, 1994 citado por Viteri, 2008:99). Así, para este estudio en particular, los resultados interpretados cualitativamente nos informan que las mujeres de clase media y baja, poseen una autoestima más saludable que las que pertenecen a una clase alta. A pesar de que estos datos son opuestos a los encontrados en Casanova (2008), ambos datos pueden ser leídos complementariamente y no en contraposición, ya que, como precisé líneas atrás, los grupos de edad son diferentes entre uno y otro estudio, lo cual da como consecuencia que los resultados finales sean diferentes.

De la misma forma, como existe una ‘movilidad social’ entorno a las intersecciones raza/clase social, existe también una ‘movilidad geográfica’ en la ciudad de Quito. En el Ecuador, la idea de Nación se formó mucho después del surgimiento del Estado ecuatoriano, entorno a sus dos ciudades principales que son Quito y Guayaquil, la primera ligada al sistema de hacienda y la segunda al modelo agro-exportador (Kingman, 2006). Fueron las élites blanco-mestizas de ambas ciudades quienes intentaron plasmar la ‘comunidad imaginada’ (Anderson, 1993) llamada Ecuador entorno a estos dos centros dicotómicos. Sin embargo, no fueron ni la prensa ni la novela, como señala Anderson (1993), los mecanismos de homogenización que plasmaron la idea de

nación en nuestro país, sino más bien una cultura basada en la oralidad que se transmitía de generación en generación y un sistema de cartas y correspondencia que era muy popular entre los intelectuales de la época (Kingman, 2006:76).

De igual forma, nuestras élites intentaron recrear la dicotomía campo-ciudad, categoría creada en Europa que equiparaba a la ciudad con la modernidad y al campo con lo rural y el retraso. Esta ciudad occidental tipo París o Londres nunca se pudieron implantar en Quito debido a que las relaciones simbólicas y económicas entre el campo y la ciudad eran permanentes. Además no se podía precisar con claridad qué espacio geográfico correspondía al campo y cuál a la ciudad. Los señores de la hacienda eran los mismos señores de la ciudad, las oligarquías quiteñas eran rentistas y toda su economía la basaban en su sistema de hacienda; además muchos indígenas trabajaban en labores domésticas y actividades cotidianas de las casas de la ciudad (Kingman, 2006:120 y ss.).

A diferencia de otras ciudades cuyo modelo fue la grilla⁹⁰, un diseño cuadrícula que va hasta el infinito, Quito es un damero cuya estructura geográfica es incluyente, una suerte de imaginario urbano que intenta recrear la idea de ciudadanía y la igualdad, donde proletarios y burgueses comparte un espacio común. Claro está, no debemos engañarnos al pensar que este es un modelo perfecto, ya que, en el fondo, se esconde la idea de una ciudad weberiana donde se expresa la “manifestación extrema de la voluntad moderna capitalista de racionalización y control” (Gorelik, 1998:40).

En este sentido, la construcción de la dicotomía norte-sur⁹¹ es muy compleja, ya que los límites entre estos son completamente imprecisos y varían con el transcurso del tiempo. Mi padre me contaba que, cuando el era niño, el ‘norte’ de Quito era hasta la Colón y el ‘sur’ se extendía hasta la Villaflora; ahora la Colón es casi el centro de Quito y la Villaflora es casi el inicio del sur de la ciudad.

⁹⁰ Por ejemplo, New York o Buenos Aires. En el caso de la segunda, Sarmiento y sus élites no se basaron en tal dicotomía que, para ellos, hubiera sido ciudad-pampa; más bien idearon el sistema de la grilla donde la ciudad estaba diseñada a manera de una cuadrícula que se extendía hacia el infinito. Dicha “expansión no puede ser vista como culturización de la llanura, sino como metamorfosis” (Gorelik, 1998: 30).

⁹¹ El centro de la ciudad no forma parte de esta dicotomía y escapa a los conflictos segregacionales del norte-sur (Naranjo, 1999:329).

En nuestro imaginario urbano, se construyó la idea de que el ‘norte’ de la ciudad era sinónimo de riqueza y progreso versus un ‘sur’ pobre y ligado a la violencia. Como un símbolo de la separación norte-sur, se encuentra la famosa ‘Virgen de Legarda’, ubicada en el sector del Panecillo que, desde el sector ‘norte’, puede ser apreciada de frente, mientras que, desde el ‘sur’, únicamente se mira su espalda; ordenamiento simbólico en que nuestras élites intentaron crear la segregación espacial diferenciando lo que significa vivir en el ‘norte’ o en el ‘sur’ dando a entender que, a los sureños, “la virgen les da la espalda” (Naranjo, 1999:330).

La ecuación ‘sur’ igual pobreza comenzó a cambiar a partir de la mitad de la década de los noventa por dos hechos puntuales que voy a narrar a continuación⁹². El primero hace relación a la construcción del Trolebús en el año 1995, sistema de transportación que acortó las distancias y los tiempos entre el ‘norte’ y el ‘sur’ de la ciudad. Para tener una relación de lo que intento explicar, enunció el siguiente ejemplo. Cuando era niño, llegar desde el barrio El Recreo hasta la Jipijapa tomaba un tiempo aproximado de una hora, a una hora y media, en un sistema de transportación popular que era muy precario; a partir de la construcción del Trolebús, esta distancia se la recorre en el lapso de 35 minutos exactamente.

El otro acontecimiento es la construcción del Centro Comercial El Recreo, evento que, para la época, en el imaginario urbano, se veía como una inversión de alto riesgo, ya que se creía que hacer un centro comercial enorme en el ‘sur’ de la ciudad estaba destinado al fracaso, debido a que los ‘sureños’, no tendrían el suficiente dinero para comprar en él. Esto, claro está, no ocurrió así; mas bien El Recreo se posicionó de tal manera que llegó a ser el centro comercial más visitado de toda la ciudad con un promedio que se estima en 1 20000 visitantes por mes (Diario Hoy, 2005), además de que ha tenido una serie de remodelaciones y ampliaciones durante toda su trayectoria hasta la última realizada en el año 2009, convirtiéndose probablemente en el centro comercial más grande de todo el Ecuador. Esto puso en duda los sentidos comunes que afirmaban que, en el sur, hay pobreza.

⁹² En el siguiente párrafo, recorro al ejercicio etnográfico de la memoria y la oralidad, debido a que no encontré ningún autor que se haya preocupado por estudiar estos eventos que, a mi parecer, son cruciales para entender el tema de la movilidad geográfica y las diferencias norte-sur en la ciudad de Quito.

En este sentido, y aplicando estos presupuestos teóricos a esta investigación, podemos deducir que, si es posible que un centro comercial grande se desarrolle en el 'sur' de la ciudad, de la misma forma es posible que lo hagan centros estéticos y de adelgazamiento. Antes era poco frecuente ver en el sur una clínica estética, que únicamente existían en el 'norte' de la ciudad. En la actualidad, a cada paso, nos encontramos con algún centro cosmetológico y de adelgazamiento. Cosmetóloga 1 me informó que muchas de sus compañeras emigraron al 'sur' de la ciudad porque había mejores oportunidades de crecimiento ya que "en el sur, está la plata". De la misma forma, China Tatuada, quien posee un centro cosmetológico tanto en el 'norte' como en el 'sur' de la ciudad, me informó que su local del 'sur' presentaba un mejor comportamiento económico en relación al del 'norte'. A ella, en particular, le gusta trabajar más con personas 'sureñas', ya que las 'norteñas' son "muy tarjeteras"; en cambio, en el sur, siempre le "pagan en efectivo". Igualmente, Cosmiatra 1 gustaba de trabajar más con personas que viven en el 'sur', pero por razones diferentes. A su parecer, las mujeres 'norteñas' eran más exigentes y "más difíciles de satisfacer", mientras que las personas sureñas "no eran tan complicadas y se satisfacían con mayor facilidad".

Con estos ejemplos, intento ilustrar cómo la categoría 'ubicación geográfica' de ninguna manera puede ser vista como un centro estático y homogéneo, donde corremos el riesgo de repetir los sentidos comunes que señalan que, en el 'norte', está la riqueza, mientras que, en el 'sur', la pobreza y la violencia. Los conceptos 'sur' y 'norte' deben ser problematizados como categorías completamente maleables sujetas a una permanente construcción y reinención social⁹³.

Expectativas iniciales versus resultados finales

Una de las preguntas planteadas en la entrevista a profundidad estaba enfocada en conocer cómo las mujeres que asisten a centros de cosmetología y de reducción de peso asimilan los discursos hegemónicos de la 'belleza'

⁹³ En el mes de agosto de 2010, se inauguró el Quicentro Shopping del Sur, ubicado en el sector de la Morán Valverde, al extremo sur de la ciudad. El Quicentro Shopping tiene la fama de ser el centro comercial donde principalmente compran las clases altas de Quito. Ahora, en un hecho que parece casi inaudito, este centro estará al alcance de los habitantes del extremo sur de la ciudad. Como fue en el caso de El Recreo, se pronostica que este proyecto será un completo éxito.

y si, entorno a esta negociación, existen espacios donde estos formatos pueden ser resistidos. En primer lugar, veamos cuál fue su satisfacción en relación al centro de estética y/o adelgazamiento.

De las tres entrevistas realizadas en el centro Moldeando tu Figura, todas estaban satisfechas con los resultados del moldeamiento de su cuerpo, aunque debo aclarar que, al momento de las entrevistas, las tres estaban en medio del proceso y no eran muy constantes en las sesiones; sin embargo, encontraban que las sesiones –con la maderoterapia principalmente– eran bastante relajantes, además que mantenían una buena relación con la dueña del centro. No ocurrió lo mismo con los demás centros.

En el centro Cosmiatra Spa, ocurrió algo diferente. De las cuatro entrevistadas, dos no se sintieron satisfechas con los resultados obtenidos; una estaba más o menos conforme y tan solo Mónica –quien sufría de una obesidad muy severa– se sentía contenta por ver cómo, en tan solo dos meses, había perdido aproximadamente unas 70 libras. En el centro Mentiras Camufladas, de las tres entrevistadas, dos estaban satisfechas por los resultados y una no lo estaba, porque bajó de peso más de lo esperado y ahora no podía subir, “se veía muy delgada” y ese no era el objetivo. Finalmente, en el centro Delgadez Extrema, de las 10 entrevistadas, cuatro dijeron haberse sentido bien una vez finalizado el tratamiento, porque alcanzaron el peso deseado, pero luego, en los cuatro casos mencionados, ocurrió el ‘efecto rebote; las otras seis, en cambio, no se sentían satisfechas con los resultados obtenidos, porque, en este caso, sí atribuían al centro y/o a la dieta restrictiva los resultados adversos posteriores que tuvieron que padecer.

Como vamos a revisar en esta sección, ésta es la constante en relación al centro Delgadez Extrema. A la mayoría de informantes les parecía un tormento y una experiencia muy desagradable adelgazar en este centro, además de que el pesarse pasando un día causaba en ellas una gran presión y culpabilidad cuando no reducían de peso a la velocidad que el centro proponía. Antes de continuar con este análisis, es necesario que definamos algunos términos como ‘iatrogenia’, ‘efecto rebote’ y ‘efecto yoyó’.

Iatrogenia deriva de dos palabras iatros: médico y genio: engendrar (Balarezo, 1995:49). En este sentido, por iatrogenia debemos entender

a los prejuicios que se derivan –principalmente– del ejercicio de la profesión médica. En términos generales, se entiende que la iatrogenia son todas las consecuencias negativas que se derivan de un tratamiento o medicamento. Sin embargo, el término no se aplica únicamente al campo médico. Por ejemplo, un psicólogo que no utiliza fármacos y que realiza psicoterapia puede generar algún efecto iatrogénico en su paciente. En este sentido, podemos aplicar este término a los tratamientos estéticos y de adelgazamiento. La iatrogenia en el contexto de esta investigación tiene múltiples aristas que vamos a analizar a continuación.

La más frecuente y común forma de iatrogenia en los tratamientos de reducción de peso es lo que se conoce como el ‘efecto rebote.’ Cuando una persona sigue una dieta restrictiva en la que le está prohibido comer muchos de los nutrientes que son indispensables para mantenerse saludable, una vez finalizada esta dieta, el cuerpo inmediatamente comienza a pedir los carbohidratos y proteínas ausentes, por lo que la persona comienza a recuperar de forma acelerada todas las libras que perdió, incluso aumentando más libras de las que originalmente tenía antes de iniciar su tratamiento.

El esquema fisiológico del ‘efecto rebote’ es el siguiente: las dietas restrictivas usualmente prohíben o disminuyen notablemente el consumo de carbohidratos y proteínas que son, ni más ni menos, la fuente del combustible que necesita diariamente el cuerpo humano para vivir, por ejemplo de estos nutrientes se genera la producción de glucosa y, al no existir estos componentes en nuestro organismo –el cerebro necesita glucosa para funcionar–, lo tiene que tomar de los músculos, generando pérdida de la masa muscular que es la razón por la que la persona baja aceleradamente de peso. El músculo es el lugar donde se queman las calorías y una vez que la persona ha finalizado la dieta y vuelve a sus hábitos alimenticios cotidianos, el cuerpo, de forma desesperada, va a pedir los carbohidratos y proteínas que necesita para generar la energía requerida. El problema es que, al haber reducido su masa muscular, existen menos lugares en el cuerpo donde quemar esas calorías, tornándose en un metabolismo mucho más lento que antes del tratamiento, por lo que la persona, con suma facilidad, recupera su peso perdido y, en la mayoría de los casos, aumenta más de peso.

Es muy común –y en esta investigación lo pude corroborar– que las personas que tienen la desesperación por bajar de peso intentan varios

tratamientos en el transcurso de su vida generando múltiples ‘efectos rebote’ en su cuerpo. Cuando, en una misma persona, existen varios ‘efectos rebote’ como consecuencias de repetidas dietas restrictivas, se le conoce con el nombre de ‘efecto yoyó’ porque su peso comienza a funcionar como un yoyó, suben y bajan de peso muchas veces.

Tanto el ‘efecto rebote’ como el ‘efecto yoyó’ son completamente perjudiciales para la salud humana. Entre los efectos adversos más comunes derivados de estos están los siguientes: problemas cardiovasculares, al perder masa muscular como consecuencia de la dieta restrictiva, también se pierde del corazón, generando problemas cardíacos. Las grasas son necesarias para el óptimo desempeño del cuerpo humano, ya que ayudan a sintetizar hormonas vitales para la salud, entre éstas se encuentran las hormonas sexuales, que realizan su función sobre la base de los lípidos. Si perdemos mucha grasa, se disminuyen estas hormonas y las mujeres pueden pasar por períodos de infertilidad o amenorreas. Uno de los principales órganos que se ven afectados por las dietas restrictivas es la vesícula, generando múltiples cálculos que pueden ocasionar su extracción. Principalmente en las mujeres, se produce problemas de ostiopenia y osteoporosis.

Un último punto por destacar son las ‘pastillas de colores’ que no se sabe con mucha certeza su contenido posológico, pero que, en algunos casos, se ha comprobado que poseen levotiroxina, sustancia que acelera el funcionamiento de la glándula tiroides y genera pérdida de potasio y electrolitos, daño cardíaco, generando complicaciones endocrinológicas posteriores, debido a que se está prescribiendo hormonas a una persona cuyas glándulas están bien o diuréticos a alguien que no tiene retención de líquidos.

Estos esquemas de tratamientos y dietas cuyo único objetivo es bajar de peso a cualquier precio, pueden generar anorexia y bulimia nerviosa, trastornos alimentarios de índole psicológica y médica, donde las personas que lo padecen nunca se encuentran satisfechas/os con su imagen corporal y permanentemente quieren bajar de peso, en el primer caso, no ingiriendo casi ningún alimento y, en el segundo, provocándose vómito por la culpa que les provoca la ingesta compulsiva de alimentos. A continuación veamos el testimonio de Alicia, quien llegó a pesar 180 libras midiendo 1,70 metros. A pesar de que no le molestaba

particularmente su sobrepeso, sus padres la presionaron para ingresar en el centro de reducción de peso Delgadez Extrema:

Entrevistador: ¿Cuánto llegaste a pesar?

Alicia: Lo mínimo que llegué a pesar fue 129 libras y de ahí subí a 132. Entonces me molestaban porque no bajaba lo que era. Luego comencé a sentir desmayos y me fui donde la 'doctora'. Le dije lo que había pasado y me puse a llorar, le dije que me sentía mal porque tenía ganas de comer arroz y comí arroz, chocolates, entonces empecé a subir de peso y me puse a llorar. Le dije: "creo que tengo bulimia porque todo lo que como estoy vomitando", o sea, era un vómito no provocado sino que comía y se me regresaba todo y me sentía muy mal y estaba desesperada. Imagínese jovencita y yo que estaba completamente en contra de estos procedimientos y había visto casos de bulimia y anorexia un montón de veces y ahora que me pase a mí, era realmente preocupante. Ella me dijo: "Sí, puede ser que estés enferma, pero, mi hijita, va a seguir bajando de peso, sí o no, dígame ahorita." Entonces yo le dije ¡no!, ¡ya no quiero!, ¡no quiero! Me dijo entonces: "¡Ok! Ya no te vamos a molestar más, ya terminaste el tratamiento". Entonces sacó una hoja de descargo de responsabilidad que decía que ya no voy a seguir bajando de peso y que el centro Delgadez Extrema no se responsabiliza si sigo subiendo de peso, que no me van a devolver el dinero y que, como yo no he seguido correctamente la dieta, entonces que no se responsabilizan por los efectos secundarios que me puedan ocurrir. Entonces me dijo que tengo que firmar la hoja. Imagínese, en lo desesperada que estaba, yo siendo abogada no me importó nada y cogí y firmé la hoja. Luego le dije: "¿Qué sigue ahora, doctora! Me van a seguir dando comida progresivamente o alguna cosa. Me dijo tiene que comiera una cucharita de arroz diaria.

Entrevistador: ¿Entonces comenzó la fase del mantenimiento?

Alicia: Empecé, pero no continué. Fui dos veces al mantenimiento porque ya tenía bulimia avanzada y ella me mandó solo a comer una cuchara de arroz, pero ya no podía dejar de comer. Me había inhibido tanto tiempo de un montón de cosas que comencé a comer de todo. Me dio ganas de comer solo arroz y solo comí arroz durante una semana. Luego, solo chocolates y así, tenía asco de las legumbres y de las frutas, solo quería comer lo que no había comido.

Era lo que mi cuerpo me exigía comer. Entonces vino la fase en que dije ¡chuta!, comencé a subir de peso de poquito a poquito

Entrevistador ¿El rebote?

Alicia: Ajá. Poco a poco subía de peso. Al principio tenía un vómito no provocado; luego yo misma me empecé a meter el dedo en la boca. O sea, imagínese, llegaba a la casa me comía dos latas de sardina, me bajaba la olla de arroz, me comía chocolates. Después de eso, bajaba, me comía más, me comía queso o sea era un atragantamiento terrible. Me sentía tan mal, o sea, por lo que había gastado en este centro. Entonces cogía y me metía el dedo en la boca, y después de eso me sentía peor y decía: “¡Dios mío, esto no me puede estar pasando a mí! Yo trabajaba en la CONAMU⁹⁴ y había ayudado a un montón de mujeres que habían tenido estos casos. Para mí esto era un hecho que solo les ocurría a los ‘pequeños burgueses’, imagínese tanta gente que necesita comida y yo estoy vomitando la comida” ¡Fue lo peor!

Entrevistador: ¿Estaba deprimida?

Alicia: Claro, no estaba bien psicológicamente. Fue tal la depresión que dos veces tuve ganas de lanzarme a la calle, o sea, ya después de vomitar obviamente se le baja completamente la serotonina y fue una depresión terrible. Dos veces tuve intentos de matarme hasta que la tercera le conté a mi hermana y le decía: “Ñaña, no me dejes comer”, o sea, “no me dejes bajar de noche a comer” [...].

Entrevistador: ¿Sus padres no sabían que terminó el tratamiento?

Alicia: Al principio no, luego yo les dije que ya no iba a seguir con eso. Claro que se enojaron un poco, pero me veían enferma. Entonces dijeron bueno, no hay problema, déjalo.

Entrevistador: ¿Pero ellos querían que continuara bajando?

Alicia: No, yo creo que ya empezaron a ver que no había sido conveniente ingresar en este centro. Entonces más bien no me dijeron nada [...] le dije a mi hermana “no me dejes comer de noche”, o sea “si me ves que bajo a la cocina, no me dejes ir sola”.

⁹⁴ Consejo Nacional de las Mujeres del Ecuador.

Pero cuando se dormía mi hermana, me acuerdo que un día eran como las tres de la mañana y yo bajaba atragantarme de todo lo que había, absolutamente de todo, o sea, si es que había residuos de pollo ahí me los comía. Hasta que decidieron llevarme donde el psicólogo y me ingresaron a un tratamiento. Me dijo que estaba mal, que tenía que controlarme al comer y de ahí mi papá me llevó a la Clínica Pichincha de urgencia porque se me había subido demasiado el azúcar, o sea, había comido muchísimo dulce. Me hicieron exámenes, tenía subido el azúcar, efectivamente se me nubló un poco la vista [...] ahí hablé con el médico y le dije todo como me sentía y me mandó con criterios de bulimia y anorexia nerviosa. Después subí de peso más de lo que bajé, llegué a pesar más que cuando entré en Delgadez Extrema. Creo que pesaba unas 170 libras. Luego llegué a pesar hasta unas 185 libras. [...] Subí de nuevo de peso y volví a ser una 'gordita feliz' normal, pero ya con una afección, o sea, el pelo se me caía terriblemente, tenía anemia, o sea, a pesar de ser tan gorda, estaba con anemia. Se me amortiguaban las piernas un montón a tal punto que un día no me podía levantar de la cama; me dolía la cabeza; no estaba menstruando bien y ahí fui a la dermatóloga porque tenía la cara hecho 'choclo', con millones de espinillas, y ella me dijo "tú tienes un problema hormonal". Entonces me mandó donde el endocrinólogo, un doctor maravilloso. Él me vio y me hizo la historia clínica y me dijo que tenía muchísimos pacientes que venían del centro Delgadez Extrema. Se enojó full porque me pidió que le diera las dietas que me habían dado y las revisó y me dijo que era obvio que me diera bulimia, porque con una dieta tan restrictiva de tanto tiempo es imposible que tu cuerpo no te vuelva a pedir todas las cosas. Entonces, primero me mandó a hacerme unos ecos de ovario y unos exámenes hormonales tenaces. En los ecos, se vio que tenía millón de quistes en el ovario y él dice que esos quistes son por las vendas frías y por la curva de glucosa que se altera cuando se deja de comer normalmente. Ahora tengo poliquistes y toda la vida voy a tener poliquistes en los ovarios. Además tenía dañada una hormona que se llamaba la androsterona, que fácilmente se hubiera curado si me hubieran mandado un buen examen hormonal en Delgadez Extrema. Tenían que haberme dicho: "¿Sabe? Tiene dañada esta hormona, tome una pastilla" y yo hubiera bajado de peso normalmente, pero como solo me mandaron exámenes para la tiroides, no me encontraron nada. Yo he tenido dañada esta hormona y tuve que seguir un tratamiento que recién acabé. Duró como tres años hasta que finalmente bajé de peso tranquilamente. En tres años, imagínese, a diferencia de

los cuatro o cinco meses en los que me hicieron bajar de peso en Delgadez Extrema. Además tuve que gastar en ir al gimnasio, gastar en el endocrinólogo, dermatólogo, nutriólogo -ni siquiera nutricionista-. También fui al psicólogo unas dos veces, pero recién estoy empezando a salir (Alicia, entrevista, 2009).

Como apreciamos en este relato, a Alicia, además de provocarle por el ‘efecto rebote’, este esquema de tratamiento basado en una dieta restrictiva del centro Delgadez Extrema le ocasionó bulimia nerviosa, problemas dermatológicos, complicaciones en sus ovarios, depresión, por señalar las consecuencias más graves. Similares complicaciones ocurrieron con tres informantes más que asistieron a este centro y tuvieron efectos secundarios perjudiciales para su salud en el futuro. Existió un caso muy conocido en el que este centro fue enjuiciado penalmente por provocar anorexia nerviosa en una adolescente, juicio del que sospechosamente⁹⁵ el centro salió absuelto de todos los cargos que se le imputaban. Tuve la oportunidad de conocer a la adolescente afectada por este erróneo tratamiento, viendo fotos antes del tratamiento, cuando era una niña muy robusta, y fotos una vez finalizado el tratamiento, donde se aprecia a una adolescente completamente delgada, casi cadavérica, con un complicado caso de anorexia. Por estas situaciones complicadas por las que tuvo que atravesar este centro, comenzaron a tomar ciertas salvaguardas. Así, cuando ven que los efectos secundarios de tal o cual paciente les pueden traer complicaciones legales futuras, les hacen firmar una hoja de descargo de responsabilidades a sus clientes, donde descarada y cínicamente dicen que ellos no “se responsabilizan si la persona vuelve a subir de peso o de cualquier efecto secundario posterior”.

Veamos los efectos secundarios del segundo esquema de tratamiento. Debo aclarar que, aunque los efectos secundarios más graves los pude apreciar en las mujeres que asistieron al centro Delgadez Extrema, también existió ‘efecto rebote’ en dos de las cuatro mujeres que asistieron al centro Cosmiatra Spa. Una estaba en proceso de tratamiento y la otra había adelgazado considerablemente (Mónica), pero creo que, al hacerlo de forma tan acelerada, lo más probable es que, en un futuro, tenga que

⁹⁵ ‘Sospechosamente’ porque, al tener la posibilidad de acceder a todo el proceso jurídico de esta menor de edad, se puede constatar que existen informes médicos y psicológicos que certifican que fue la dieta restrictiva del centro Delgadez Extrema la que provocó la anorexia nerviosa en ella. Finalmente, a pesar de existir contundentes pruebas que se aprecian en todo el proceso, los jueces del Tribunal Penal fallaron a favor del centro.

afrontar un ‘rebote’. Este esquema de adelgazamiento está basado en inyecciones de mesoterapia, masajes reductores, cremas, fajas, entre otras técnicas.

La aplicación de inyecciones de mesoterapia, como lo expliqué en el capítulo III, no sirven –como nos informan las publicidades y los centros cosmetológicos– para reducir de peso ‘sin volver a engordar’. La mayoría de estos productos contienen ciertos componentes que ayudan a romper grasas ‘localizadas’, pero no tienen ningún resultado efectivo en la verdadera obesidad. Ilustremos este punto en una de las entrevistas que mantuve con el Dr. Pablo López, presidente de la SECIAN.

Entrevistador: ¿La mesoterapia reduce de peso?

Presidente SECIAN: Si reduce, no lo sé, porque no hay información científica al respecto. Pero, si lo hace –y hay que dudar, porque no hay información–, debe ser muy mínimo: una grasa muy localizada que se llama tejido subcutáneo. Pero la grasa que se llama intraabdominal y que esa sí es la más peligrosa, ¡la mesoterapia no la topa! No hace ningún tipo de efecto a este tipo de grasa que sí es perjudicial para la salud y que está dentro de la cavidad abdominal. Podrá verse mejor la persona, quién sabe y desaparecerá la celulitis, habrá mejoras estéticas, pero no tiene ningún beneficio a la salud. Esto solo se puede lograr con ejercicio y un buen manejo dietético (López, entrevista, 2009).

Una vez más conectamos esta sección con el análisis sobre la ‘publicidad engañosa’. Todos estos centros que ofrecen bajar de peso ‘sin volver a subir’ y utilizan como técnica principal las diferentes modalidades de mesoterapia están simplemente engañando a sus clientes, debido a que, a lo sumo, lo que se puede conseguir con esta técnica es una reducción de medidas corporales, de la misma forma que provoca iatrogenia en sus clientes/pacientes, porque una vez concluidas las inyecciones de mesoterapia, inmediatamente comienza el ‘efecto rebote’.

En este punto, debo concluir con la discusión que inicié en el capítulo III en relación a la acepción que se hace del término ‘natural’, palabra detrás de la cual se ocultan intereses de mercado y una peligrosa iatrogenia para los usuarios de estos tratamientos. La frase preconstruida, que una y otra vez escuché durante el desarrollo del trabajo de campo, era que

tales o cuales productos son ‘naturales’ y, por lo tanto, ‘no tienen ningún efecto secundario para el organismo’. Este enunciado es completamente falso y erróneo por las siguientes consideraciones:

En primer lugar, únicamente podemos llamar ‘natural’ aquello que se encuentra en la naturaleza sin la intervención de la mano del hombre. Si tal o cual producto ya tiene algún tipo de tecnología de por medio, si existen procesos de preservación y extracción, ya no podemos denominarlo 100% natural. Además cabe indicar que los medicamentos alopáticos, de la misma forma, son extraídos de plantas naturales. Entonces, al final de cuentas, vienen a ser lo mismo. Realmente lo único que se puede entender cuando nos informan que un producto es ‘natural’, es que, de alguna forma, estos productos son menos procesados, conservan un poco más la esencia de la planta, tienen menos preservantes, pero nunca que son ‘100% naturales’. Una segunda consideración es que no todo lo ‘natural’ es sinónimo de inocuo y sano. En la naturaleza, existen plantas naturales que son muy nocivas para la salud humana. Utilizar el término ‘natural’ de forma muy amplia y general, informando que no tiene ningún efecto nocivo, es erróneo e incluso peligroso para la salud.

Conforme lo informé en el capítulo III, los ‘naturópatas’ son personas, por lo general empíricas, que han realizado ‘cursillos’ sobre plantas y que tienen sus ‘consultorios’ o centros naturistas, donde ejercen su ‘medicina alternativa’ sin la adecuada formación académica ni los debidos cuidados que conlleva tratar con la salud humana. Así por ejemplo, dos de mis informantes clave, Mónica y Roxana, antes de comenzar en el centro Cosmiatra Spa, asistieron a un ‘naturópata’ para que las ayudara a reducir de peso, quien les prescribió la ‘nuez de la india’ para adelgazar, producto ‘natural’ que no posee registro sanitario ecuatoriano y cuya comercialización está prohibida por sus efectos nocivos para la salud, que van desde trastornos a nivel intestinal, vesicular y cardíaco, por lo que clínicamente no es recomendable para bajar de peso. Mónica me informó que consumió la ‘nuez de la india’ durante un mes y tuvo malestares en su cuerpo.

¡La nuez de la india! A mí ese tratamiento me hizo daño. Yo no avance a seguir tomando eso, porque me hizo daño al hígado, sentía un malestar horrible, me daba unos cólicos horribles, cada vez que tomaba eso, comía algo y en seguida iba al baño ¡yo pasaba solo en el baño! (Mónica, entrevista, 2009).

En Mónica, que solo consumió la ‘nuez de la india’ durante un mes, sus efectos no fueron tan devastadores como sí lo fueron en Roxana, quien, durante casi un año, consumió este producto, ingresando en el hospital de urgencia para ser extraída su vesícula por encontrarse muy dañada por el consumo de la ‘nuez de la india’. Debo aclarar que este último dato no lo obtuve directamente de Roxana, quien ni siquiera hizo alusión al caso, probablemente –y como ya problematicé líneas atrás– por sentirse culpable o avergonzada al respecto de este tema. Esta información me la facilitó Mónica, quien es familiar cercana de Roxana y la acompañó en todo ese proceso. Mónica me informó que, a Roxana, no le gusta hablar sobre ese tema, ya que ella nunca aceptó que fue el consumo de la ‘nuez de la india’ lo que causó la pérdida de su vesícula.

Bajo el paraguas de lo ‘natural’, se escudan tratamientos, procedimientos y productos de los cuales no existen los suficientes estudios científicos que nos puedan certificar la ausencia de ‘efectos secundarios’ para la salud. Más bien, casi todos los productos, tienen efectos secundarios. De ahí que vemos que, para sacar un medicamento al mercado, existen protocolos muy rígidos que estos deben cumplir durante algunos años y siempre deben informarnos sobre sus efectos adversos y las personas que no deben consumir los productos bajo determinadas circunstancias. Así vemos que tal o cual medicamento no puede administrarse a mujeres embarazadas o que están en período de lactancia o alguna persona que padece de tal o cual enfermedad, y se debe puntualizar qué ocurriría si, en ese preciso instante, se está consumiendo otro medicamento, pero ninguno de estos protocolos se cumple en los medicamentos ‘homeopáticos’. Conforme expuse en el capítulo III en relación a los controles estatales, es muy preocupante que la regulación de estos productos se la tome muy a la ligera por parte de los órganos de control, ya que, como señalamos, más bien existen dos acuerdos ministeriales donde se permite la comercialización de estos productos que no poseen registro sanitario ecuatoriano, dándoles un plazo de cuatro años para legalizarse. Mientras tanto, la gente que consume estos productos no tiene la certeza de qué efectos futuros les puede acarrear su consumo.

El caso de la ‘mesoterapia natural’ es exactamente igual. En las publicidades de la empresa encargada de distribuir este producto en la ciudad de Quito, dice textualmente que su uso no conlleva ningún ‘efecto secundario’, declaración que, conforme nos informa Desmond, es

errónea, ya que la mesoterapia, sea natural o alopática, conlleva múltiples efectos secundarios que van desde “el dolor, eritemas, reacciones vagas, epigastrias, lesiones mecánicas, hematomas, necrosis cutáneas” (Desmond, 2008:356-358) por señalar las más importantes.

Mientras no existan los suficientes estudios científicos que avalen que la ‘mesoterapia’ no provoca efectos secundarios, su uso podría acarrear complicaciones futuras. Así, el científico y cirujano plástico colombiano Felipe Coiffman nos informa sobre una nueva patología denominada ‘Alogenosis Iatrogénica’, que se refiere a los efectos contrarios que producen sustancias extrañas inyectadas en el organismo que pueden aparecer hasta unos 30 años después y que se estima que, sólo en Latinoamérica, existen más de 1 millón de víctimas por estas inyecciones, siendo las malignidades más frecuentes a nivel local “el dolor, eritema, pigmentaciones, edemas, fibrosis, queloides, infecciones, fístulas, necrosis de piel, desplazamiento por gravedad, etc., y generales, fiebre, dolor generalizado, artralgias, decaimiento, malestar general, aumento de caída del cabello, depresión, etc.” (Coiffman, 2008:1).

Las sustancias que se han podido detectar bajo el término genérico de ‘biopolímeros’ constan de “células de pato canadiense, polimetilmetacrilato (la sustancia que inyectaba el Doctor Glúteos, ver capítulo III), aceite de cocina, aceite mineral, vaselina, aceites vegetales, entre otros” (Coiffman, 2009)⁹⁶. Así, los verdaderos efectos secundarios de un producto que no se sabe con certeza qué sustancias contiene, lamentablemente, muchas mujeres los podrán comprobar en sus cuerpos y ver sus nefastas consecuencias en un futuro lejano.

Estrategias para combatir la obesidad

Hemos revisado hasta aquí la forma incorrecta de cómo, desde muchos ámbitos, ya sean cosmetológicos o pseudomédicos, intentan combatir

⁹⁶ El programa *30 Minutos Plus* del 12 diciembre de 2009 presentó el programa titulado *La belleza tiene su precio segunda parte*, donde se puede ver cómo, en la ciudad de Quito, muchos centros cosmetológicos, de forma clandestina, inyectan sustancias completamente nocivas para la salud a vista y paciencia de las autoridades del Ministerio de Salud que no realizan los controles mínimos para evitar estos perjuicios. Debo aclarar que la referencia (Coiffman, 2009) es una entrevista realizada a este científico. En la bibliografía constará en la sección ‘Videos’ con el título *La belleza tiene su precio segunda parte*.

la obesidad del cuerpo. Todo esquema de adelgazamiento que se base en una dieta restrictiva que, en un futuro mediano, cause 'rebote', con una simbología anorexígena situada en la 'cinta métrica' y 'la balanza', que lleve a las mujeres a una preocupación constante por medir gramo a gramo su peso y que no promueva el ejercicio físico, están completamente contraindicados para bajar de peso. En otra conversación que mantuve con el doctor Pablo López, presidente de la SECIAN, me informó sobre las estrategias que se deben utilizar para combatir la obesidad, las mismas que las esquematizo de la siguiente manera:

La primera estrategia contra la obesidad consiste en prevenir la subida de peso; mediante un cambio de hábitos alimentarios, se debe prevenir que la persona no suba más de peso. Después, la concentración se enfoca en mantener el peso de la persona. De ahí se intenta controlar las comorbilidades y los factores de riesgos como diabetes, presión alta etc., a través de dieta y ejercicio. Finalmente, la última estrategia y en último caso, la opción es bajar de peso y no la primera, como el 'régimen de la belleza' lo promueve. Como vemos, la escala de la 'biopolítica del peso', invierte los papeles al vendernos la idea exactamente opuesta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos informa que no todas las personas deben bajar de peso. Únicamente los adultos que tienen un índice de masa corporal por encima de 27, si tienen algún factor de riesgo como la subida de su presión arterial, subida de la glucosa o si existe algún antecedente familiar de infartos. Existiendo estos factores, recién debemos pensar en topar el peso. Además debemos comprender qué es el 'peso genético'. Una persona puede no estar en el peso exacto de acuerdo al IMC; sin embargo, si no supera los 27 puntos en esta escala y si la persona se siente bien de salud, ésta no debe bajar de peso, ya que éste corresponde a su 'peso genético' y es el que necesita para mantener la homeostasis de su cuerpo. Intentar bajar de peso a una persona de este rango sería perjudicial para su salud. Pude apreciar, durante el trabajo de campo, que las mujeres que asisten a estos centros no son obesas, poseen a lo sumo algo de tejido graso y, por lo general, tienen un IMC entre 25 y 27 y que casi siempre se mantiene en ese rango, razón por lo que no debería toparse su peso. La estrategia en estas personas consiste en un aprendizaje para seleccionar mejor los alimentos, hacer más ejercicio, ya que el peso que no puede mantenerse en el tiempo es una señal inequívoca de que se está yendo contra su 'peso genético'.

La recomendación de la OMS dice que una persona no debe bajar más del 10% de su peso corporal. De acuerdo a este organismo, una persona no debe perder más de 1 kg a la semana y máximo 4 kg al mes, más o menos unas nueve libras mensuales. La Asociación de Dietistas Americanos (2009) es todavía un poco más conservadora al informarnos que, como máximo, se debe bajar dos libras semanales, poco menos de 1 kg a la semana. En cualquiera de las dos opciones que tomemos, fácilmente nos podemos dar cuenta que están alejadas de los esquemas de adelgazamiento que utilizan los centros de cosmetología y de reducción de peso. La forma correcta de bajar de peso no es de forma acelerada como rezan los eslóganes que escuchamos en las publicidades -“Bajé 30 libras en 30 días”- o los esquemas de adelgazamiento del centro Delgadez Extrema, donde se hace bajar de peso a sus clientes unas 30 o 40 libras mensuales, o el centro Cosmiatra Spa, que planificaba perder una libra diaria.

Cualquier programa que promueva el bajar de peso por encima de estos parámetros establecidos por la OMS o la Asociación de Dietistas Americanos, está atentando contra la salud humana. Esas personas tendrán que soportar efectos secundarios a corto y largo plazo tales como el ‘efecto rebote’ y demás complicaciones que hemos revisado en esta sección. El bajar de peso nunca debe ser de forma acelerada, es más bien un proceso muy lento, como pudimos apreciar en el caso de Alicia. Cuando fue tratada por un endocrinólogo de verdad, bajó en tres años de peso. Así, si una persona subió bastantes libras en un proceso sistemático que duró algunos años, no se puede pretender que, en un lapso de dos o tres meses, deba perder todo el peso acumulado. La única forma segura de adelgazar es mediante una dieta equilibrada que contenga carbohidratos y proteínas en dosis indicadas, acompañadas de un ejercicio que ayude a quemar la respectiva carga calórica.

En algunos casos, a pesar de que la persona esté con sobrepeso y obesidad, no es ese su verdadero problema. En muchas ocasiones, su subida de peso puede estar ligada a factores nerviosos que tienen su base y origen en la ansiedad, patología psíquica que genera en estas personas la ingesta compulsiva de alimentos. En estos casos, no importa si una persona logra adelgazar con una dieta restrictiva; luego de un tiempo volverá a subir de peso al recobrar sus hábitos alimentarios, porque su verdadero problema nunca fue superado. Este es otro ejemplo de cómo el perder peso está en un segundo plano y hasta puede ser irrelevante.

La gran mentira que pude apreciar durante el trabajo de campo es que la mayoría de estos centros y sus respectivas publicidades pregonan que pueden ‘erradicar la obesidad’ o ‘bajar de peso para siempre’, situación que es completamente falsa. El tratar la obesidad no es un problema que pueda manejar una cosmetóloga, sino que tiene que ser abordado multidisciplinariamente por varios profesionales de la salud. Lo único que se puede lograr con un tratamiento cosmetológico es la ‘reducción de medidas’ o la pérdida de líquidos corporales y de grasas localizadas, que lo único que mejoran es la parte estética de la mujer, ya que el verdadero sobrepeso, que está en las zonas intraabdominales del cuerpo, los tratamientos cosméticos nunca lo topan y, si lo hacen, pueden acarrear peligrosos riesgos para la salud. El acto de ‘reducir las medidas’ corporales por el hecho de ser efectuado en tan corto tiempo, afirma el resultado ‘milagroso’ de estos tratamiento entre sus usuarias, a la vez que posicionan a las cosmetólogas en una situación de poder que las hace ver como verdaderas hacedoras de ‘milagros’ estéticos.

Negociación de los sujetos/agentes

Durante toda esta investigación, hemos visto a los diferentes actores del ‘régimen de la belleza’ y del ‘peso ideal’, ya sean voces estatales, de las cosmetólogas o de las personas que intentan reducir de peso. En esta última sección, de manera esquemática, vamos a analizar cómo las mujeres que asistieron a los centros de estética y de reducción de peso asimilaron los discursos hegemónicos sobre el ‘peso ideal’ y/o si existieron espacios donde estos discursos fueron resistidos. Las voces que están a favor o en contra de este llamado ‘culto al cuerpo’ y a la salud, las podemos clasificar, de acuerdo a Díaz y Morant (2007), en voces individuales e institucionales. Basado en este presupuesto teórico, veamos a continuación ambos grupos.

Las voces individuales que pude detectar en esta investigación fueron múltiples y básicamente estaban conformadas por los médicos, nutricionistas, cosmetólogas y las mujeres que asistían a los tratamientos de adelgazamiento. De los tres primeros casos, a lo largo de toda esta investigación, hemos escuchado sus múltiples criterios a favor y en contra del adelgazamiento. Quiero únicamente concentrarme en el último grupo, las mujeres que querían adelgazar y, como tales, asistieron a un centro de estética y de reducción de peso.

Dos de las preguntas de la entrevista estaban enfocadas en saber si la persona, antes de iniciar el tratamiento de adelgazamiento, pensaba que sí, de una ‘forma mágica’, iba a bajar de peso, ‘sin dietas ni ejercicios’. La otra se refería a cuántas de las entrevistadas estaban sintonizadas con los modelos hegemónicos de la belleza. Esta pregunta iba orientada a saber si querían ser o parecerse a las modelos que ven en los diferentes medios de comunicación con medidas perfectas de acuerdo a los cánones establecidos de la belleza.

Si bien todas las mujeres, al iniciar el tratamiento de adelgazamiento, tenían la expectativa de quedar muy delgadas, pocas creyeron que, de ‘forma mágica’, iban a lograr los efectos deseados en sus cuerpos, y una vez finalizado el mismo, ninguna de ellas creía que se ‘baja de peso sin esfuerzo, ni ejercicio’. Las respuestas obtenidas en este tema las ordeno en dos grupos: unas creían que, a pesar de que el centro fue muy importante en el nuevo peso obtenido, finalmente fueron ellas las que, con su esfuerzo, aportaron casi todos los resultados que al final obtuvieron, y no lo atribuían ni al centro, ni a la mesoterapia, ni a ninguna técnica mágica. Roxana, a quien ya hemos hecho alusión en otros párrafos, es una mujer de 40 años de edad, casada y con un hijo. Durante toda su vida, realizó diferentes tipos de dietas, hasta que, en un proceso bastante largo con un ‘naturópata’ que le prescribió la ‘nuez de la india’, tuvo que ser extraída su vesícula. Ella, al igual que muchas otras, no cree que, de ‘forma mágica’, se reduzca de peso:

Entrevistador: ¿Crees en el eslogan “baje de peso sin dietas ni ejercicios” o a través de una pastilla mágica?

Roxana: No, no bajas con pastillas así a lo loco, no bajas porque yo he probado de todo [...] pero no, o sea, definitivamente, si tú no comes bien, si no trabajas bien con tu alimentación, si no haces ejercicio, si no tomas agua, no tienes un estilo de vida adecuado, no hay una varita mágica que te haga bajar de peso.

Entrevistador: ¿Qué es lo que baja de peso?

Roxana: Tu constancia en algo, tus mejores hábitos de alimentación, tu estilo de vida, tu ejercicio, tomar agua, descansar, en resumen mantener un buen estilo de vida (Roxana, entrevista, 2009).

El segundo grupo, en cambio, asumió una posición mucho más crítica sobre los tratamientos estéticos y de adelgazamiento, convenciéndose finalmente de que no es necesario asistir a ningún centro para bajar de peso, sino cambiar radicalmente todos sus hábitos alimentarios. Veamos ilustrado este punto en el caso de Linda:

Entrevistador: ¿Qué pasó al final del tratamiento? ¿Le ayudó a bajar de peso?

Linda: Pienso que todo está en uno mismo, el tratamiento me ayudó en una mínima parte.

Entrevistador: Yo recuerdo que usted redujo bastante de peso. ¿Qué paso?

Linda: Sí, cuando estaba con la dieta, con la mesoterapia, estaba bien, pero apenas dejé todo eso ‘reboté’.

Entrevistador: ¿Volvió a su peso original?

Linda: Sí, volví a recuperar todas las libras perdidas. El fin del discurso es que todo está en uno. No existe ningún ‘producto mágico’, el compromiso debe ser con uno mismo de cuidar su salud, su estética. Pienso, en lo personal, que eso de los tratamientos es puro engaño. Si uno no hace ejercicios o deja de comer muchos carbohidratos, igual uno va a subir de peso.

Entrevistador: ¿Por qué no terminaste el tratamiento?

Linda: Vi que los resultados no eran los que me dijeron. A una le hacen creer que va a bajar de peso, pero no es así, sino que todo está en uno mismo. Todo está en la alimentación y en hacer ejercicio: eso es todo. No quise seguir con tanto maltrato físico con la maderoterapia. Entonces, para qué seguir con eso. Mejor sigo tranquilamente con mi vida cotidiana (Linda, entrevista, 2009).

En relación a la pregunta de si querían parecerse a las modelos que los medios de comunicación nos presentan, solamente dos de las 22 entrevistadas tenían el deseo de lograrlo, mientras que las veinte restantes miraban estos cuerpos con un criterio de resistencia. Pensaban que las imágenes que se ven en los medios son “puro marketing”, “muchos

retoques” y, en general, las mujeres de las publicidades y medios de comunicación tienen esas medidas porque “únicamente se dedican a cuidar sus cuerpos”, no, como ellas, que tienen que cumplir fases de madre, esposa, trabajadora en algunos casos en tiempos limitados. En definitiva, no miran con envidia los cuerpos de los modelos hegemónicos de la belleza. Miremos lo que me dijo Mónica al respecto:

Quando yo veo una mujer delgada en televisión, no pienso ¡qué bonita esa mujer!, ¡yo quisiera ser como ella! Más bien digo ¡qué bien!, debe tener mucha fuerza de voluntad, debe ser de posibilidades, debe tener mucho dinero para pagarse tratamientos y hacerse muchas cirugías (Mónica, entrevista, 2009).

Vemos cómo en ésta y en las 19 restantes entrevistas, las informantes toman distancia con los discursos hegemónicos de la belleza y, en muchos de los casos, los resisten de forma irónica como lo hace Mónica.

De la misma forma, las voces institucionales son múltiples. De la bibliografía revisada, vemos cómo, en otros países, principalmente los del llamado ‘primer mundo’ son múltiples las instituciones que combaten los discursos hegemónicos de la belleza. Díaz y Morant (2007) nos informan que pueden ser desde el Ministerio de la Sanidad hasta instituciones privadas que velan por los derechos de las personas obesas.

En nuestro caso, no sucede de la misma forma, ya que los controles estatales, como analizamos pormenorizadamente en el capítulo III, son muy incipientes y casi ausentes, por lo que los centros de estética y de reducción de peso han hecho prácticamente lo que han querido sin el más mínimo control. Nuestra Ley Orgánica de la Salud más bien ampara para que estos centros puedan hacer lo que quieran, además de que no existe una ley específica que regule la práctica de la cosmetología. Desde luego que no es solamente cuestión de leyes, porque, si así fuera, en estos países donde sí existen los adecuados controles estatales, como es el caso de Colombia, Argentina, España, no sucederían las mismas atrocidades que vemos en el Ecuador. Sin embargo, esto no sucede así. Ya vimos que, de acuerdo con Coiffman (2009), existen más de 1 millón de víctimas en toda Latinoamérica, siendo los principales afectados Colombia y Brasil, países donde, si bien existen leyes específicas al respecto, de igual forma suceden las mismas ilegalidades que en nuestro país⁹⁷. “Legislación no

⁹⁷ Díaz y Morant (2007) nos presentan un caso de cómo, en el Ministerio de la Sanidad de España, se mantienen batallas legales con la empresa de comida rápida Burger King, quien hace caso omiso de todas las recomendaciones, desafiando constantemente las leyes y prohibiciones que dicho Ministerio

falta. Otra cosa es que se cumpla. El caso es que, pese a la abundancia de leyes, la publicidad no mejora. Siguen las críticas y el cansancio entre la cantidad de anuncios y la calidad de bastantes de ellos” (Campus, 2000:125).

En nuestro caso, existen instituciones privadas como la Sociedad Ecuatoriana de las Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN), que, en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), crearon el Observatorio del Régimen Alimentario y la Actividad Física de los Niños y Adolescentes Ecuatorianos, organismo con el que intentan concientizar en la población, que la obesidad es un problema de hábitos alimentarios y no estético. La SECIAN produce investigaciones y documentos científicos y promueve hábitos saludables en la población, pero, conforme lo enuncié en el capítulo II, estas propuestas, al no tener el suficiente apoyo estatal, se convierten en letra muerta y son silenciados por la gigantesca publicidad que promueven los centros estéticos y de adelgazamiento.

También existe la Defensoría del Pueblo, institución donde las personas pueden acudir cuando se sienten perjudicadas con algún tratamiento o producto milagroso que adquirieron, y esta institución, de forma no vinculante, media entre las partes para buscar una solución. Tanto en la Defensoría del Pueblo como en la Tribuna del Consumidor y del Usuario, me informaron que no existía ningún reclamo de alguna persona que se haya sentido perjudicada por un ‘producto milagroso’ y, en relación a los reclamos hacia los centros de estética y de adelgazamiento, no poseían estadísticas al respecto, pero me aseguraron que, a lo sumo, son unos tres casos durante los últimos años. En relación a la existencia de Asociaciones que defiendan los derechos de las personas obesas, en el Ecuador, no existe ninguna institución en este sentido, a diferencia de otros países en los que las personas obesas se han organizado⁹⁸.

Pienso que las estrategias de resistencia, tanto individuales cuanto institucionales, deben ir enfocadas en otro sentido. De ahí que intencionalmente he dejado para este punto el mecanismo de resistencia que más me llamó la atención, que curiosamente sale del mismo Estado, pero no del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como pienso que debería ser, sino de la Dirección de Defensa del Consumidor (DIDECO),

le impone. Así vemos como la resistencia no es cuestión de crear leyes.

⁹⁸ En la Web, se puede observar algunas de estas sociedades, tales como la Asociación Española para la Aceptación de la Obesidad (ASOCEAO), ver en <http://www.gordos.org>.

perteneciente al Ministerio de Industrias y Productividad (MIPRO), que realizó un reportaje con el título “Lo que deberías saber sobre los productos milagrosos”, que fue publicado en la revista Familia del 29 de noviembre de 2009, como podemos ver a continuación:

Imagen N.º 12

Mecanismos de resistencia



Fuente: revista Familia

Esta publicación apareció en toda la mitad de la revista Familia de ese domingo. Desde el momento en que la observé, me impresionó mucho y, a la siguiente semana, tuve la oportunidad de entrevistarme con María Fernanda Mata, directora de la DIDECO, quien me informó que esta Dirección se creó con la finalidad de velar por los derechos de los consumidores, así como dar cumplimiento a lo que establece la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor. Se dieron cuenta de que la mejor estrategia para combatir a los “productos milagrosos” era realizar una publicación en el mismo lugar donde estos centros, domingo a domingo, promueven sus tratamientos erróneos, la revista Familia.

En dicha publicación, se pueden leer las principales pautas que toda persona debería saber sobre los ‘productos milagrosos.’ Como dato

anecdótico, la directora de la DIDECO me informó que, al siguiente día de la publicación, llamaron muchas personas creyendo que se trataba de un tratamiento nuevo como es el estilo de los ‘publireportajes’ y averiguaban “cuánto costaba el tratamiento”. En este dato curioso, podemos fijarnos el gran impacto comercial que generan los ‘publireportajes’ para vender cualquier producto. Creo que una de las causas por las que mucha gente llamó son que las imágenes que presenta este reportaje, son exactamente las mismas con las que se promueven la ‘publicidad engañosa’. Así, apreciamos a la típica mujer delgada sosteniendo un pantalón muchísimo más ancho que ella, que denota el resultado milagroso del producto. Así, corroboramos la famosa frase popular de que ‘las imágenes valen más que mil palabras’ y, aunque éstas sean una y otra vez repetidas, de la misma manera generan un gran impacto comercial entre los usuarios de este tipo de literatura. Además de esta publicación, la DIDECO realiza dípticos informativos para promover la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor y generar una conciencia positiva en los consumidores y usuarios. En relación con los ‘productos milagrosos’, está el siguiente informativo:

Imagen N.º 13

Díptico producido por la DIDECO

MIPRO *Cuando más lo mejor de ti, el Cliente avanza.*
el comercio y desde donde pagar!

Promesas milagrosas para perder peso

DIDECO *Infórmate, compárate y decide.*

Mayor información:
Teléfono: 02 244 6490, ext. 265/267/271
www.mipro.gov.ec | defensa.consumidor@mipro.gov.ec

PROMESAS MILAGROSAS PARA PERDER PESO

¡Perde peso mientras duermes!
¡Perde 30 libras en sólo 30 días!

¡Come todo lo que quieras y pierde peso!

- Los productos y programas que prometen una pérdida de peso fácil y rápida no son confiables.
- Para que pierdas peso, deberás disminuir las calorías que ingieres e incrementar tu actividad física.
- Los expertos recomiendan que un plan de disminución de peso no debe exceder de una libra por semana.
- Una vez que hayas conseguido el peso adecuado a tu estatura y constitución física, los expertos sugieren:
- Consumir alimentos nutritivos bajos en calorías e incrementar tu actividad física.
- Ten precaución sobre los productos milagrosos, que prometen disminuir tu peso permanentemente.

DIDECO DIRECCIÓN DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR

LA VUJON

Fuente: MIPRO.

Iniciativas como las de la DIDECO me parecen ser estrategias de resistencia mucho más importantes y efectivas incluso que crear leyes que probablemente –como sucede en nuestro país– no se cumplan.

Modelos hegemónicos, resistencia y ‘ethos barroco’

Conforme hemos analizado en este capítulo, tanto Miller (1969) y Casanova (2008), concluyen sus estudios afirmando que, en las sociedades poscoloniales, existe una predominante valoración de lo blanco y lo delgado con una degradación de lo no-blanco. En el caso particular de la investigación de Casanova, añade el dato de que, cuando estos formatos hegemónicos son llevados a la cotidianidad, se flexibilizan con sus pares del mismo contexto social. Este estudio, como hemos revisado, arroja datos diferentes, ya que, de acuerdo a la interpretación cualitativa de las entrevistas, las informantes dan siempre la posibilidad de la inclusión racial y estética. Así, para ellas puede existir la posibilidad de una ‘negra bonita versus una blanca fea’ o ‘gordas rellenas que son bonitas versus flacas anoréxicas que se aprecian como raquíticas’. Como ya expliqué, los hallazgos de esta investigación no necesariamente se los puede leer como excluyentes y en contraposición de los dos estudios antes mencionados; más bien sus interpretaciones pueden ser complementarias teniendo en cuenta la variable edad.

Casanova (2008) termina su argumento planteándose una interrogante: “si el requisito de la belleza es ser blanca y tener rasgos europeos, ¿cómo puede la adolescente mestiza mantener un autoconcepto positivo? (No olvidemos que la mayoría de estas jóvenes guayaquileñas están satisfechas con sus cuerpos)” (Casanova, 2008:304). Dicho en otros términos, si las adolescentes guayaquileñas están de acuerdo con los modelos hegemónicos de la belleza, ¿cómo pueden al mismo tiempo tener un ideal positivo de sus cuerpos? Antes de responder a esta pregunta, planteo otra inquietud que surge de esta investigación. Si, conforme a los hallazgos encontrados en este estudio, las mujeres que asisten a los centros de cosmetología y/o de reducción de peso marcan distancias con los modelos hegemónicos de la belleza resistiéndolos e ironizándolos en algunos casos, la pregunta que me surge es ¿por qué una y otra vez inician un nuevo tratamiento de adelgazamiento y entran en este círculo vicioso del ‘régimen de la belleza’? Ambas interrogantes, aunque completamente distintas, guardan una respuesta en común y

se relaciona con la comprensión del ‘ethos barroco’ latinoamericano, conforme lo aborda el filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría (1994, 2000, 2002).

En este punto voy a dar por finalizada la discusión dejada inconclusa en la sección donde abordé el tema de la ‘culpa’ y ‘el pensamiento mágico’. En relación a la ‘culpa’, informé que se constituye en un mecanismo poderoso mediante el cual muchas mujeres, una y otra vez, caen en el círculo vicioso del ‘régimen de la belleza’. En relación al ‘pensamiento mágico’, hice notar que es la concepción práctica de nuestra cultura que nos hace creer en ‘productos, técnicas y tratamientos mágicos’ que su solo uso genera resultados milagrosos en el peso. En estas dos conclusiones, se puede leer que las mujeres son víctimas del ‘régimen de la belleza’ carentes de una agencia personal y social frente a los modelos hegemónicos. Sin embargo, estos datos no deben ser leídos de esa manera, ya que, al mismo tiempo, esta concepción de la vida puede ser interpretada como una forma de resistencia que únicamente encuentra su cabida en lo barroco.

Bolívar Echeverría (1994, 2000,2002), conforme lo abordé en el capítulo I, nos plantea la posibilidad de crear una modernidad no capitalista y subalterna generada desde Latinoamérica a partir del ‘ethos barroco’. En este sentido y como se discutió líneas atrás, el ‘ethos barroco’ se opone a la lógica noreuropea/estadounidense que se maneja bajo los parámetros del ‘tercer excluido’, postura filosófica que nos obliga a elegir entre una u otra posibilidad. De ahí que, usualmente, cuando se abordan estos análisis, se cae en el juego binario de la pasividad-resistencia, pero de ninguna manera se da la opción a una tercera posibilidad, la misma que es vista como una forma de barbarie y premodernidad de los subalternos.

Como vimos, el ‘ethos barroco’ teatraliza la modernidad capitalista adoptando la tercera opción. En la dimensión de lo barroco, existe una dialógica cultural. Por una parte, es la aceptación de la cultura europea, pero subvertida a través de la imaginación. “Lo propio del ‘ethos barroco’ es su capacidad de desafiar y parodiar la economía burguesa en su característica fundacional: la administración tacaña de los bienes⁹⁹” (Echeverría, 2000:15-16 citado por Morello, 2009:428).

⁹⁹ De ahí que uno de los principios del barroco sea el exceso en todos sus sentidos. Por eso se dice que los latinos somos excesivos en hablar, en comer, en las formas estéticas, en contraposición de la austeridad propia de los noreuropeos y estadounidenses que se encuentran bajo la lógica de la ‘ética protestante’ weberiana.

Bajo estos parámetros teóricos, puedo ensayar una respuesta a la pregunta de Casanova (2008) y a la que me surgió de esta investigación. En la lógica del ‘ethos barroco’, no es necesaria la elección de ‘una u otra lógica’, no es ‘lo uno o lo otro’, ya que, al existir la ‘tercera posibilidad’, puede también ser ‘lo uno y otro’; siempre existirá espacio para el ‘tercer excluido’. Así es como podemos leer que las adolescentes guayaquileñas, al mismo tiempo que mantienen un autoconcepto positivo de sus cuerpos, guardan sintonía con los modelos hegemónicos de la belleza. De la misma forma que las mujeres que una y otra vez entran al ‘régimen de la belleza’ para adelgazar, al mismo tiempo crean espacios intermedios donde estos discursos hegemónicos son resistidos. No es lo ‘uno o lo otro’, ya que puede ser lo ‘uno y lo otro’ al mismo tiempo, ya que, en nuestra lógica cultural, existe más bien el ‘tercer incluido’¹⁰⁰.

El ‘pensamiento mágico’ que, desde una postura eurocéntrica, tiene connotaciones negativas y es visto como una forma de atraso y premodernidad, se constituye en una forma de resistencia frente al ethos realista europeo que asumió Latinoamérica. “Como no puede contra la devastación capitalista, la intenta superar teatralizando la existencia. Al instalarse en lo imaginario, surge esa ‘magia’ que convierte el mundo en maravilloso” (Echeverría, 2003:107-9 citado por Morello, 2009:427). Este ‘escapismo de la realidad’, esta forma ‘mágica’ de ver la vida, es una forma de subvertir la lógica del capital y del mercado que da la posibilidad de una realidad diferente, que resiste a las normas hegemónicas impuestas desde el occidente europeo.

Conclusiones

En el presente capítulo, hemos abordado cómo se presentan los modelos hegemónicos de la belleza y las respuestas que los agentes brindan frente a estos discursos. Hemos visto cómo, por una parte, las mujeres que asisten a los centros de estética y de reducción de peso sintonizan y caen

¹⁰⁰ Otra de las características de la cultura barroca es la de la ‘inclusión’, “nada es tan bueno para ser tomado, ni tan malo para ser desechado” (Morello, 2009: 425). Existen múltiples ejemplos del ‘tercero incluido’ en nuestra vida cotidiana. Así, si nos subimos en un transporte público, podemos ver un póster del Niño Jesús con la frase “Dios guía mi camino” y, al lado de éste, otro póster de una mujer desnuda. Lo ‘santo’ y lo ‘profano’ unidos en un mismo espacio. Esto, claro está, no tendría sentido para la lógica eurocéntrica/estadounidense del ‘tercer excluido’, en la cual es ‘lo uno o lo otro’, pero, como estamos analizando para nuestra cultura, puede ser ‘lo uno y lo otro’ al mismo tiempo.

víctimas de los modelos hegemónicos de la belleza y, al mismo tiempo, bajo la lógica del ‘ethos barroco’, se crean espacios intermedios donde se posibilita la idea de resistencia de estos subalternos que cumplen una agencia activa frente a los discursos hegemónicos de la ‘belleza’ y del ‘peso ideal’.

Podemos concluir que categorías, tales como ‘belleza’, ‘delgadez’ y ‘peso ideal’, están en constante viaje y desplazamiento discursivo y no se las puede catalogar desde los sentidos comunes que intentan naturalizar estos conceptos, principalmente desde una visión que proviene de los países del norte. Estos conceptos están en permanente cambio y construcción, donde no pueden existir centros ni opiniones finales sobre el tema.

Constantemente asumimos estereotipos de belleza de la misma forma que los resistimos, los aceptamos y rechazamos al mismo tiempo. Es nuestra forma particular de entender la cotidianidad, es la forma alternativa de vivir la modernidad desde Latinoamérica. Por ello, de acuerdo con Morello “el hombre de la modernidad barroca toma distancia respecto de sí mismo, vive creándose como un personaje” (Morello, 2009:426). Esa es la forma como reinventamos nuestros cuerpos bajo la dialógica aceptación/rechazo del ‘peso ideal’.

Conclusiones generales

El presente trabajo profundizó sobre la construcción de estereotipos de ‘belleza’ a partir de la categoría ‘peso ideal’. Vimos como el concepto de ‘biopolítica poblacional’ estudiado por Foucault (1991, 1992a, 2006, 2007) para el siglo XX está enfocado en los problemas alimentarios y estéticos que fueron abordados en el presente estudio con un concepto que denominé ‘biopolítica del peso’. En la discusión que problematicé, quedó evidenciado cómo, a partir del siglo XX, se construye un discurso médico, seudomédico y cosmetológico que nos presenta la obesidad como algo indeseable, promoviendo un modelo de belleza normativa, basada en los presupuestos culturales y sociales de delgadez extrema.

En el capítulo II, discutí cómo este discurso médico-estatal construye a la obesidad como una ‘epidemia del siglo’ y un problema de salud pública en el Ecuador (Yépez, 2005). En este sentido, el Estado genera una amplia discursividad en materia de ‘seguridad alimentaria’ e investigaciones sobre la obesidad, con las cuales se quiere contrarrestar el crecimiento de esta patología en nuestro país. Conforme lo abordé a lo largo de este trabajo, estos documentos y estudios se quedan en un plano teórico que, en la práctica, no se constituyen en soluciones viables para disminuir el crecimiento de la obesidad en el Ecuador.

Por ello, vimos cómo, al no existir soluciones efectivas para el tratamiento de la obesidad por parte del Estado, éstas se vehiculizan mediante los centros de estética y de adelgazamiento. La mayoría de los centros analizados no cuentan con un personal capacitado para realizar los tratamientos adelgazantes, además de que infringen las leyes ecuatorianas al ofertar sus servicios sin poseer el permiso de funcionamiento respectivo. Frente a este fenómeno, quedaron evidenciados los paupérrimos y casi ausentes controles estatales, que permiten que estos centros funcionen y oferten sus servicios sin el más mínimo control. Paradójicamente y conforme se analizó en el capítulo

III, existen acuerdos ministeriales que permiten la distribución y comercialización de los productos homeopáticos, sin que estos posean registro sanitario ecuatoriano que avale su inocuidad sobre el cuerpo humano.

La otra cara de esta economía política, se nos presenta en las 'legalidades paralelas' y las 'economías informales' que generan las cosmetólogas y esteticistas en la ciudad de Quito. La estética, a partir del proceso de dolarización en el Ecuador, se constituyó como una salida efectiva que muchas mujeres adoptaron para enfrentar la crisis económica que se generó por aquellos días. El estudiar belleza y cosmetología se enmarca dentro de este sistema de 'economía informal', donde las cosmetólogas incluyen, como parte de sus 'tratamientos', productos naturales y la venta de cosméticos que, en tiempos de crisis y de baja asistencia de sus clientes a los tratamientos de adelgazamiento, les ayuda a generar los ingresos económicos necesarios para solventar sus gastos.

El discurso médico, seudomédico y cosmetológico que analicé a lo largo de estas páginas se evidencia en la publicidad, en que se construyen imágenes y representaciones fabricadas principalmente en las revistas populares de circulación masiva, las mismas que reproducen los 'sentidos comunes nacionales' (Rahier, 1999) sobre la construcción de la 'belleza' y del 'peso ideal'. En este contexto, vimos cómo las mujeres, en un sentido, 'sintonizan' con las construcciones hegemónicas de la 'belleza' y, al mismo tiempo, asumen posiciones críticas frente a estos discursos. Al ser mi posición deconstructiva, escapo a los opuestos binarios aceptación-resistencia, ya que estas dos categorías pueden coexistir mutuamente como se evidenció en las informantes claves, las que, al mismo tiempo que 'aceptan' los discursos hegemónicos de la 'belleza' y del 'peso ideal', los 'rechazan'. Lo 'uno' y lo 'otro' al mismo tiempo, al puro estilo barroco de nuestra cultura.

A partir de este estudio, son tres las investigaciones que se pueden profundizar en el futuro. La primera es el análisis de este nuevo campo de estudios que se denomina 'naturopatía', la misma que quedó planteada y fue abordada en el presente trabajo, sin darle la profundidad que amerita el caso. El profundizar en el tema de los seudomédicos entorno al cual, también se enmarca un sistema de 'economía informal' será un necesario estudio para el futuro.

Como lo expliqué, este estudio, en su gran mayoría, analiza mujeres que asisten a centros de estética y de adelgazamiento. La asistencia de hombres a estos centros con la finalidad de bajar de peso es prácticamente inexistente. Sin embargo, como los señalé en el capítulo IV, a partir de mis conversaciones con Cosmetóloga 1, pude ver que los hombres sí asisten a estos centros para realizarse ‘tratamientos’ para la ‘caída del cabello’. De ahí que un análisis de las ‘masculinidades’ y la construcción de la ‘belleza masculina’ en torno a este tema es otro estudio necesario para el futuro. El último estudio que puede surgir del presente trabajo, se constituye en un análisis del mundo de las cirugías estéticas, donde los cirujanos plásticos se creen escultores modernos del cuerpo femenino.

Finalmente, en este trabajo, quedó evidenciado como las categorías ‘belleza’ y ‘peso ideal’ de ninguna manera pueden ser ‘naturalizadas’ y enmarcadas dentro de opuestos binarios. Así, los sentidos comunes que asocian a la ‘belleza’ con la ‘delgadez’ y a la ‘obesidad’ con lo ‘indeseable’ conforme se abordó en este estudio, son categorías que cambian y son modificadas en el tiempo y en una cultura determinada. Las categorías ‘belleza’ y ‘peso ideal’ escapan a los universalismos y fronteras binarias, porque, como los profundicé a lo largo de estas páginas, éstas viajan y están en constante reinvención.

Bibliografía

- Aafjes Marieke (2008). *Belleza producida y cuerpos maleables. Un estudio sobre la belleza física y la práctica de cirugía estética en Buenos Aires*. Tesis de maestría en Antropología Social y Política. Buenos Aires: FLACSO, Sede Argentina [Versión electrónica].
- Agamben, Giorgio (2003). *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: PRE-TEXTOS.
- Aguinaga, Lenín, Patricio Lozada, Catón Olmedo, Rubén Páez y Arturo Pozo (1999). *El peso de la enfermedad en el Ecuador*. Quito: CEPAR.
- Aguirre, Patricia (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- American Dietetic Association (2009). "Position of the American Dietetic Association: Weight Management". *Journal of the American Dietetic Association*. Vol. 109. N.o 2: 330-346.
- Anderson, Benedict (1993). *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y difusión del nacionalismo*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Ardèvol, Elisenda, Bertrán Marta, Callén Blanca y Pérez Carmen (2003). "Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea". En *Athenea Digital*, primavera, núm. 3: 72-92. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Visitada 22 de abril de 2008 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/537/53700305.pdf>.
- Asociación Española para la Aceptación de la Obesidad (2009). Visitada el 12 de Enero de 2010 en: <http://www.gordos.org>
- Balarezo, Lucio (1995). *Psicoterapia*. Quito: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Barreto Dimitri (2008) "Presentación del libro Obesidad". Ponencia presentada en la presentación del libro *Obesidad*, de Rodrigo Yépez. Marzo 15 de 2008. Quito. Visitada 11 de junio de 2009 en: http://www.opsecu.org/imagenes/uploads/File/Presentacion_libro_Dr_Dimitri_Barreto.pdf.
- Baudrillard, Jean (2000). *Las estrategias fatales*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Benavides, Hugo (2007). "Medardo Ángel Silva: las voces inefables y el sercholo en Guayaquil". En *Íconos* 27: 107-117. Quito: FLACSO-Ecuador.
- Berger, John (1975). *Modos de ver*. Barcelona: Editorial Gustavo Gill S. A.
- Bolívar, Ingrid (2007). "Reinados de belleza y nacionalización de las sociedades latinoamericanas". En *Íconos* N.o 28: 71-80. Quito: FLACSO-Ecuador.
- Bordo, Susan (1989). "The body and the reproduction of femininity: A feminist appropriation of Foucault". En *Gender/body/knowledge: Feminist reconstructions of being and knowing*, Allison Jaggar and Susan Bordo (Eds.). New Brunswick: Rutgers University Press.
- (1993). "El Feminismo, la cultura occidental y el cuerpo". En *Unbearable Weight Feminism Western Culture and the Body*, Silva Moisés (Trad.). Visitada 11 enero de 2010 en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana14/14-1.pdf>.

- (1997). "The effacements of postmodern culture". In *The Gender/Sexuality Reader*, Lancaster, Roger and Di Leonardo, Micaela (Eds.): 335-358. New York: Routledge.
- Bourdieu, Pierre (1998). "La dominación masculina". En *La masculinidad. Aspectos sociales y culturales*. Juncosa, José (Comp.): 9-108. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- (2006). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. España: Editorial Santillana.
- Brook, Barbara (1999). *Feminist Perspectives on the Body*. London: Longman.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. New York: Routledge.
- Campus, Victoria (2000). *El siglo de las mujeres*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Casanova, Erynn (2008). "No hay mujer fea": conceptos de la belleza entre las adolescentes guayaquileñas". En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Araujo, Kathya y Prieto Mercedes (Eds.): 291-307. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Coiffman, Felipe (2008). "Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad". En *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, Vol.34-N.º1:1-10. Visitada 1 de junio de 2010 en: http://aestheticmedicine.com/images/stories/alogenesis_iatrogenica.pdf?phpMyAdmin=AtQj eelySaSumakB9OXSHmLycfb.
- Colectivo Agrario (2009). *Soberanía Alimentaria. Porque creemos en el debate: propuestas de legislación*. Quito: CAFOLIS, HEIFER, Interpón - Oxfam, FIAN, IEE, PROBIO, SIPAE, VECO - Andino.
- Collins, Jane and Catherine Lutz (1993). *Reading National Geographics*. Chicago: The University Press.
- Contreras, Jesús (2002a). "Introducción". En *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Por Contreras, Jesús (Ed.): 9-23. Barcelona: Alfa Omega Grupo Editor.
- (2002b). "La obesidad una perspectiva sociocultural". En *Form Contin Nutr Obes*; 5(6):275-86. Visitada 19 junio 2009 en: <http://www.scribd.com/doc/7104751/La-Obesidad-Una-Perspectiva-Sociocultural>.
- (2007). *Paradigmas de la modernidad alimentaria*. Video-Conferencia. Diciembre 12 de 2007. FLACSO, Sede Ecuador.
- Contu Fabio (2008). "Barrigas que Cuentan: The Good Body, de Eve Ensler". En *A Body that Could Never Rest: Relaciones entre Cuerpo y Cultura en las Tradiciones Anglófonas. Cuerpos que Cuentan*, Vol. II, Chávez, Félix y Falconí Diego (Eds.). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Cumbre Mundial de la Alimentación (2006). *Plan de acción sobre la cumbre mundial sobre la alimentación*. Roma: FAO. Visitada 5 junio de 2009 en: http://www.fao.org/wfs/index_es.htm.
- Charles, Incola y Kerr Marion (2002). "Es así porque es así: Diferencias de género y de edad en el consumo familiar de alimentos". En *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Contreras, Jesús (Ed.): 199-217. Barcelona: Alfa Omega Grupo Editor.
- Deleuze, Gilles (2007). "La inmanencia una vida..." En *Ensayos sobre biopolítica: excesos de vida*, Giorgi, Gabriel y Rodríguez Fermín (Comps.): 35-40. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Derrida, Jacques (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Editorial Anthropos.

Desmond, Marcela (2008). "Mesoterapia. Uso en Medicina Estética y Dermatología". En *Dermo-Cosmiatría. La ciencia al cuidado del cuerpo*, Fontboté Manuel (Ed.): 345-358. Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.

Díaz, Rojo y Morant Marco (2007). "El discurso crítico contra la <<tiranía>> del culto al cuerpo". En: *Tonos*. Revista Electrónica de Estudios Filológicos No. 14 Diciembre 2007. Visitada 18 marzo de 2010 en: <http://www.um.es/tonosdigital/znum14/secciones/estudios-8-cuerpo.htm>.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua (S.f.). "Erradicar". En *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Visitada 15 febrero de 2010 en: <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=erradicar>.

——— (S.f.). "Sinécdoco". En *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Visitada 15 febrero de 2010 en: <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=sin%C3%A9cdoco>. (Visitada febrero 15 de 2010).

Dube, Saurabh (1999). "Introducción". En *Pasados poscoloniales*, por Dube, Saurabh (Comp.): 17-98. México DF: El Colegio de México.

Echeverría, Bolívar (1994). "El ethos barroco". En *Revista Nariz del Diablo* N.o 20: 27-45. Quito: CIESE.

——— (2000). *La modernidad de lo barroco*. México DF: Ediciones Era.

——— (2002). *La clave barroca de América latina*. Quito. Visitada 13 junio de 2010 en: <http://www.bolivare.unam.mx/ensayos/La%20clave%20barroca%20en%20America%20Latina.pdf>.

Eco, Umberto (2006). *Historia de la belleza*. Barcelona: Editorial Lumen.

Enciclopedia Espasa Calpe (S.f.). "Alimentos transgénicos". En *Planeta Sedna*. Visitada 30 julio de 2010 en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/transgenicos.htm>.

Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil (2004). *Lactancia materna y nutrición*. Quito: CEPAR.

Eposito, Roberto (2006). *Bíos: Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Esteban, Mariluz (2000). "Promoción social y exhibición del cuerpo". En *Perspectivas feministas desde la antropología social*, Del Valle, Teresa (Ed.): 205-242. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Ferrater, José (1994). "Principio del tercer excluido". En *Diccionario de filosofía*, vol. 4: 3479-3480. Barcelona: Editorial Ariel. Visitada 25 mayo de 2010 en: http://books.google.com.ec/books?id=jOmwunYKtoC&pg=PA3480&lpg=PA3480&dq=El+principio+del+tercero+excluido,+o+del+tercio+excluso+enuncia+que+cuando+dos+proposiciones+est%C3%A1n+opuestas+contradictoriamente,+no+pueden+ser+ambas+falsas.+Ferrater&source=bl&ots=Tvcp2ZMenO&sig=pEFFW7HIX5BxHGC24WR_BGrijYg&hl=es&ei=_wNVTL2GFol48AaUmeCnBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false.

Fischler, Claude (1995). *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

——— (2002). "Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea". En *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres*,

- Contreras, Jesús (Ed.): 357-380. Barcelona: Alfa Omega Grupo Editor.
- Fontboté, Manuel (2008). "Química cosmética y los activos". En *Derma-Cosmiatría. La ciencia al cuidado del cuerpo*. Por Fontboté Manuel (Ed.): 43-98. Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.
- Foucault, Michael (1991). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI editores.
- (1992a). "Del Poder de soberanía al poder sobre la vida". En *Genealogía del racismo*: 171-189. Buenos Aires: Ediciones Altamira.
- (1992b). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de La Piqueta.
- (1998). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Curso en el Colegio de Francia (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Curso en el Colegio de Francia (1978-1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud Sigmund (1999). *Tótem y tabú*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2000). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Garine, Igor (2002). "Los aspectos socioculturales de la nutrición". En *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Contreras Jesús (Comp.): 129-169. México DF: Alfa Omega Grupo Editor.
- Giorgi, Gabriel y Rodríguez Fermín (2007). "Prólogo". En *Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida*. Por Giorgi, Gabriel y Rodríguez Fermín (Comps.): 9-34. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Goetschel, Ana (2004) "Musas ondinas y misses: estereotipos e imágenes de las mujeres quiteñas en los años treinta del siglo XX". En *Íconos No 20*: 110 -113. Quito: FLACSO-Ecuador.
- Goffman, Irving (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gorelink, Adrián (1998). *La grilla y el parque. Espacio público y cultura urbana en Buenos Aires 1887-1936*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Grosz, Elizabeth (1994). *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press.
- Guha, Ranajit (1999). "La prosa de la contrainsurgencia". En *Pasados poscoloniales*, Dube Saurabh (Comp.): 159-208. México DF: El Colegio de México.
- Guerrero, Andrés (1991). *La semántica de la dominación: El concertaje de los indios*. Quito: Ediciones Libri Mundi.
- (1994). "Una imagen ventrílocua: El discurso liberal de la desgraciada raza indígena a fines del siglo XIX". En *Imágenes e Imagineros. Representaciones de los indígenas ecuatorianos, Siglos XIX y XX*, Muratorio Blanca (Ed.): 197-252. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

- (2000). "El proceso de identificación: sentido común ciudadano, ventriloquía y transescritura". En *Etnicidades*. Por Guerrero, Andres (Ed.): 9-60. Quito: FLACO, Sede Ecuador.
- Hall, Stuart (1997). "El trabajo de la representación". En *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*, Hall, Stuart (Ed.): 13-74. Traducido por Elías Sevilla Casas. Visitada 5 marzo de 2009 en: <http://www.ram-wan.net/restrepo/introeeccs/halle%20trabajo%20de%20la%20representacion.pdf>.
- Heller, Agnes y Fehér Ferenc (1995). *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hollentein, Patric (2009). *La reproducción de la dominación racial. Experiencias de una familia indígena en Quito*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Estudios Políticos. Quito: FLACSO, Sede Ecuador, Ediciones Abya-Yala.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). *Encuesta de empleo, desempleo y subempleo*. Quito: INEC. Visitada 16 julio de 2010 en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enemdu.
- Iriart, Cecilia, Merhy Emerson y Waitzkin Howard (2006). "Las HMO en el exterior: La atención médica gestionada en América Latina". En *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Fort, Meredith, Mercer Mary y Gish Oscar (Comps.): 143-158. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Jordán, Fausto, Sánchez Raúl y Chu Yep Susana (2005). "Ecuador: Propuesta de estrategia nacional para mejorar la seguridad alimentaria". En *Políticas de seguridad alimentaria en los países de la Comunidad Andina*, Salcedo Salomón (Ed.): 84-111. Santiago: Oficina Regional de la FAO para América Latina y El Caribe.
- Kingman, Ecuador (2008). *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Lacan, Jacques (1994). Seminario IV. *La relación de objeto*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Le Breton, David (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Macleod, Morna (2004). "El traje como texto y la disputa de los signos". En *Revista Estudios Interétnicos* N.º 18, año 11. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos. Universidad San Carlos de Guatemala.
- Maluf, Renato (2008). *Seguridad alimentaria y nutricional. Un Enfoque de Derecho y Soberanía*. Quito: CAFOLIS.
- Marcus, George (2001). "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal". En *Revista Alteridades* 11 (22): 111-127. México DF. Visitada 22 abril de 2008 en: <http://148.206.53.230/revistasuam/alteridades/include/getdoc.php?rev=alteridades&id=278&article=330&mode=pdf>.
- Matthews, Sara (2000). "El cuerpo, apariencia y sexualidad". En *Historia de las mujeres en Occidente*, Duby, Georges y Perrot Michelle (Coords.): 75-97. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones S. A.
- Miller, Errol (1969). "Body image, physical beauty and colour among Jamaican adolescents". En *Social and Economic Studies* N.o 18: 72-89.

- Morales, Juan (2006). *El hambre al servicio del neoliberalismo*. Bogotá: Ediciones Desde abajo.
- Morello, Gustavo (2009). "El Barroco y la Modernidad Latinoamericana. Una Lectura a la Obra de Bolívar Echeverría". En *Sociedad, Cultura y Literatura*, Arcos Carlos (Comp.). Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Moreno, María (2007). "Misses y concursos de belleza indígena en la construcción de la nación ecuatoriana". En *Íconos* No 28: 81-91. Quito: FLACSO-Ecuador.
- Naranjo, Marcelo (1999). "Segregación espacial y espacio simbólico: un estudio de caso en Quito". En *Antigua modernidad y memoria del presente. Culturas urbanas e identidad*, Salman, Ton y Kingman Eduardo (Eds.): 227-235. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Negri, Antonio (2007). "El monstruo político. Vida desnuda y potencia". En *Ensayos sobre biopolítica: excesos de vida*. Giorgi, Gabriel y Rodríguez Fermín (Comps.): 93-139. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nencel, Lorraine (1999). "Diversidad y esencialismo, ¿términos contradictorios?. La sexualidad masculina en Lima, Perú." En *Antigua modernidad y memoria del presente. Culturas urbanas e identidad*, Salman, Ton y Kingman Eduardo (Eds.): 125-144. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Nietzsche, Friedrich (2001). *El nacimiento de la tragedia*. Madrid: Editorial EDAF.
- Núñez, Jorge (2006). *Cacería de brujos: drogas 'ilegales' y sistema de cárceles en el Ecuador*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales especialización en Estudios Políticos. Quito: FLACSO-Sede Ecuador, Ediciones Abya -Yala.
- Pacheco, Víctor y Naranjo Edwin (1995). "Visión general de la transición epidemiológica nutricional ecuatoriana 1980-1993". En *Biopatología Andina y Tropical Ecuatoriana*, Fierro, Rodríguez y Ordóñez Gabriel (Eds.): 257-270. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Pacheco, Víctor y Pasquel Miguel (2000). "Obesidad en el Ecuador: Una aproximación a los estudios de prevalencia". En *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* Vol. 25(2): 8- 12. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Peña, Manuel y Jorge Bacallao (2000). Obesidad en la pobreza. *Publicación Científica* N.o 576. Washington D.C.: Ediciones OPS.
- Pequeño, Andrea (2004). "Historias de misses, historias de naciones". En *Íconos* N.o 20: 114 -117. Quito: FLACSO-Ecuador.
- (2007). *Imágenes en disputa, representaciones de mujeres indígenas ecuatorianas*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo. Quito: FLACSO, Sede Ecuador, Ediciones Abya -Yala.
- Rahier, Jean (1998) "Blackness, the racial/Spatial order, Migratins, and Miss Ecuador 1995-1996". En *American Anthropologist*, Vol. 100, N.o 2: 421-430.
- (1999). "Mami, ¿qué será lo que quiere el negro?: Representaciones racistas en la revista *Vistazo*, 1957-1991". En *Ecuador Racista. Imágenes e Identidades*, Cervone, Emma y Rivera Frey (Eds.): 73-109. Quito: FLACSO sede Ecuador.
- Reyes, Adriana (2001). "El Enfoque de Género como crítica a la conceptualización de la Salud como Sistema". En *Reflexiones en Salud: Una aproximación desde la Antropología*, Suarez,

- Roberto (Comp.). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Rivera, Fredy (1999). "Las aristas del racismo". En *Ecuador Racista. Imágenes e Identidades*, Cervone, Emma y Rivera Fredy (Eds.): 19-44. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Ross, Eric (2002). "Una revisión a las tendencias dietéticas desde los cazadores-recolectores hasta las sociedades capitalistas modernas". En *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Contreras Jesús (Comp.): 259-306. México DF: Alfa Omega Grupo Editor.
- Sánchez, Cruz (2006). "Electroestética en Tratamientos Corporales". En *Estética 2*: 269-282. España: Editorial Videocinco.
- Shack, Dorothy (2002). "El gusto del catador: Determinantes sociales y culturales de las preferencias alimentarias". En *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Contreras, Jesús (Ed.): 111-125. Barcelona: Alfa Omega Grupo Editor.
- Shiva, Vandana (2006). "Cosecha robada: El secuestro del suministro mundial de alimentos". En *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Fort, Meredith, Mercer Mary y Gish Oscar (Comps.): 205-221. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Spivak, Gayatri (1997). "Estudios de la Subalteridad: Deconstruyendo la historiografía". En *Debates Poscoloniales. Una introducción a los Estudios de Subalteridad*, Rivera, Silvia y Barragán Roxana (Comps.): 247-278. La Paz: SEPHIS.
- Strauss, Lévi-Claude (1981). *Las estructurales elementales del parentesco*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Ugarte, Javier (2006). "Biopolítica. Un análisis de la cuestión". En *Claves de la razón práctica*, N.º 166: 76-82. Madrid: Progreso. Visitada 29 enero de 2009 en: http://www.biopolitica.cl/docs/Biopolitica_un_analisis.pdf.
- Ventura, Lourdes (2000). *La tiranía de la belleza: las mujeres ante los modelos estéticos*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Virno, Paolo (2003). *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Viteri, Amelia (2008). "Queer no me da": traduciendo fronteras sexuales y raciales en San Salvador y Washington DC". En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Araujo, Kathya y Prieto Mercedes (Eds.): 91-105. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Weiss, Wendy (1999). "El camal y los asuntos de raza y clase". En *Antigua modernidad y memoria del presente. Culturas urbanas e identidad*, Salman, Ton y Kingman Eduardo (Eds.): 219-236. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Whitten, Norman Jr. (1999). "Los paradigmas mentales de la conquista en el nacionalismo: La formación de los conceptos de las 'razas' y las transformaciones del racismo". En *Ecuador Racista. Imágenes e Identidades*, Cervone, Emma y Rivera Fredy (Eds.): 45-70. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Wolf, Naomi (2002). *The Beauty myth*. New York: Harper Perennial.
- Yépez, Rodrigo (2005). "La obesidad: Nuevo problema de salud pública". En *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, Vol. 1, No.1: 34-42. Quito: Universidad Central del Ecuador.

Yépez, Rodrigo, Manuel Baldeón, Fernando Carrasco, Ricardo Checa, Joanna Granda, Gabriela Loza, Catherine Paredes y Julieta Robles (2006). "El exceso de peso en los adolescentes ecuatorianos superó a la desnutrición". En *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, Vol. 2, No 1: 31-37. Quito: Universidad Central del Ecuador.

Yépez, Rodrigo, Manuel Baldeón y Pablo López (2008). *Obesidad*. Quito: Ediciones SECIAN.

Documentos

Acuerdo Ministerial N.º 00693 (2007). Reglamento para la Obtención del Registro Sanitario y para el Control Sanitario de Medicamentos Homeopáticos, de Establecimientos de Fabricación, almacenamiento, importación, exportación y comercialización de dichos medicamentos. *Registro Oficial* N.º 227. Diciembre 7. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Acuerdo Ministerial N.º 0818 (2008). *Reglamento Para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Acuerdo Ministerial N.º 0334 (2009). Refórmese el Reglamento para la Obtención del Registro Sanitario y para el Control Sanitario de Medicamentos Homeopáticos, de Establecimientos de Fabricación, almacenamiento, importación, exportación y comercialización de dichos medicamentos. *Registro Oficial* No. 620. Junio 25. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Arko News (S. f.) *La salud naturalmente*. No. 3. Publicidad en folleto.

Consejo Nacional de Desarrollo, Ministerio de Industrias, Comercio e Integración, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Acuerdo de Cartagena (1985). *Seminario de Seguridad Alimentaria. Informe del Consultor*. Quito.

Constitución Política del Ecuador (2008). *Registro oficial* No 449. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.

Diario Hoy (2005). Los centros comerciales: Una mezcla de diversión, comercio y seguridad. 1 Enero de 2005. [Versión electrónica].

——— (2009). INEC cuestiona cifras de la OCDE sobre índice de trabajo informal. 9 abril de 2009. [Versión electrónica].

Diario Los Andes/On line (2010). Crece la polémica por la muerte de la modelo. Diciembre 1. Visita 21 enero de 2010 en: Versión Digital en: <http://www.losandes.com.ar/notas/2009/12/1/un-459832.asp>.

Diario Últimas Noticias (2009). ProEstetic clausurado por el caso Clara Estrella. 9 marzo de 2009. [Versión electrónica].

Dirección Provincial de Salud de Pichincha (2009a). *Informe Inspección Proestetic*. Noviembre 4. Quito.

——— (2009b). *Informe Técnico de Inspección de Vigilancia y Control Sanitario*. Diciembre 15. Quito.

FAO (1995). *Alimentación, agricultura y seguridad alimentaria. La dimensión mundial. Evolución histórica, situación actual, perspectivas del futuro*. WFS 96/TECH/1. Texto provisional sin revisar.

Junta Nacional de Defensa del Artesano (2009). *Listado de Centros y Unidades de Formación de*

- Ramas. Cosmetología y Belleza. Pichincha. Quito.*
- (S.f.). *Listado de Instituciones Artesanales de Pichincha. Quito.*
- La Santa Biblia (1960). México DF.: Sociedades Bíblicas Unidas.
- Laspina, Carmen (2009). *Oficio SVS-11-2009 [0006159].* Ministerio de Salud Pública Quito.
- Ley Orgánica de Defensa del Consumidor (2004). Suplemento *Registro Oficial* N.o 116. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.
- Ley Orgánica de la Salud (2006). Suplemento - *Registro Oficial* 423. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.
- Ley de Seguridad Alimentaria (2006). *Registro Oficial* 259. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.
- Ley de Orgánica de Soberanía Alimentaria (2009). Suplemento - *Registro Oficial* 583. Quito: Corporación de estudios y publicaciones.
- Ley 711 (2001). *Diario Oficial* 44635. Colombia. [Versión electrónica].
- Ministerio de Agricultura y Ganadería (1975). *Ecuador. Bases para la formulación y desarrollo de la política nacional de alimentación y nutrición. Quito.*
- Ministerio de Agricultura y Ganadería y FAO (1997). *Programa Especial de Seguridad Alimentaria. Documento Nacional. Quito.*
- Ministerio de Industrias y Productividad (S.f.). *Promesas milagrosas para bajar de peso. Díptico. Quito.*
- Ministerio de Salud Pública (2009). *Manual Operativo para la Aplicación del Reglamento Para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario. Quito.*
- Revista Energía Total (2006). "¿Qué nos engorda?". Año 1. N.o 1. Sección salud, pg. 32.
- (2006). "El remordimiento de un desliz" Año 1. No 1. Sección dieta, pg 52.
- (2006). "María Teresa Guerrero. Una mujer radiante de energía". Año 1. N.o 2. Sección portada, pg. 78.
- Revista Familia (2008). "Pierde peso". N.o 1203. Noviembre, pag. 5.
- (2009). "Publireportaje ¡Adelgace 10 kg en 30 días!". N.o 1230. 17 Mayo de 2009, pág. 17.
- (2009). "Cómo adelgacé 17 kg casi sin darme cuenta, comiendo todas mis comidas favoritas, cinco veces por día". N.o 1213. 18 octubre de 2009, pág. 7.
- (2009). "Dr. Glúteos. Médicos especializados en Argentina y Brasil". N. o 1253, 25 octubre de 2009, pág. 41.
- (2009). "125 libras menos". N.o 1257. 22 Noviembre de 2009, pág. 5.

——— (2009). "Lo que deberías saber sobre los ´ productos milagrosos ´". N.o 1258. 29 noviembre de 2009, pág. 28-29.

——— (2010). "Ozonoterapia: la técnica natural que erradica la obesidad en 45 días". N.o 1264, 10 enero de 2010, pág. 17.

Revista Vanguardia (2007). "La Cosmética mueve 350 millones al año". N.o103, sección: el informe de mercado, pág. 28-29.

Salas, Bernarda (2009). PGESEPS-00006723. Dirección Provincial de Salud de Pichincha. Diciembre 11. Quito.

Universidad Iberoamericana del Ecuador (S.f.). Escuela de Cosmiatría Terapias Holísticas e Imagen Integral. Quito.

Videos

Discovery Channel (S.f.). El Hombre de 560 kilos.

Piper, Tim and Staav for Ogilvy (2008). Dowe evolution. Visitada 14 de junio de 2010 en:

<http://www.youtube.com/watch?v=iYhCn0jf46U>.

Rodrigopvribeiro´s Channel (2008). Magic by Adobe photoshop. Visitada 14 de junio de

2010 en: http://www.youtube.com/watch?v=nSebkwUD_qs.

Teamazonas (2009). "30 minutos Plus". La Belleza tiene su precio, segunda parte. Quito.