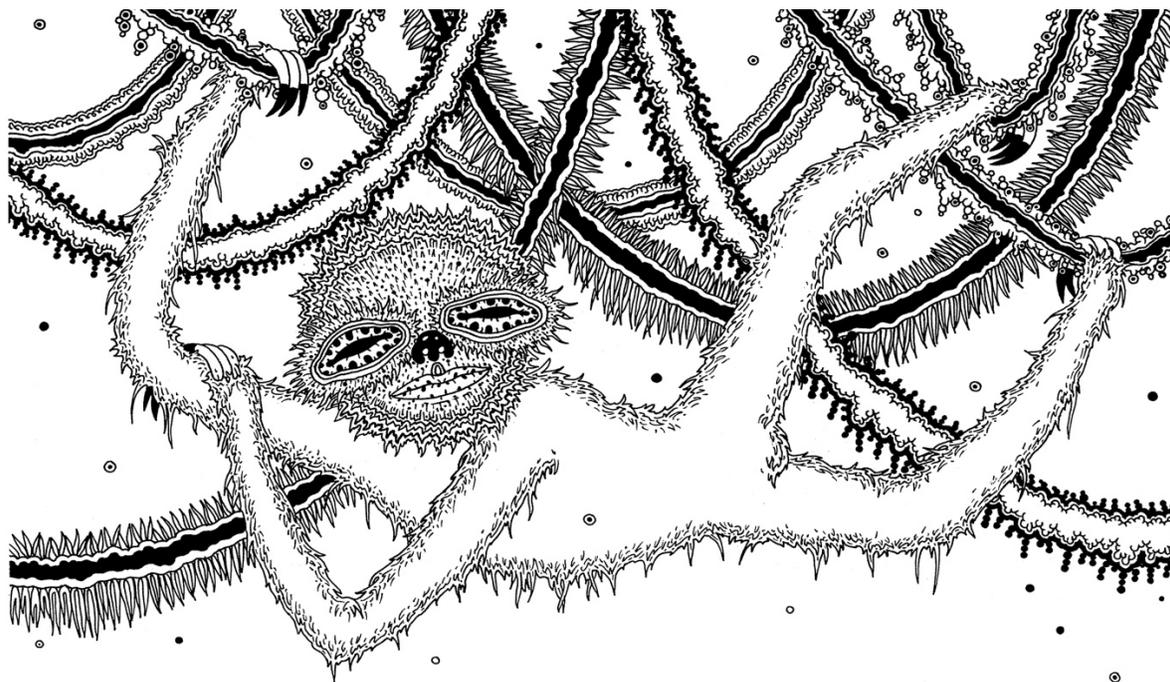


ARTÍCULOS

LA PATOLOGIZACIÓN DEL CUERPO DE MUJERES GORDAS EN LA CONSULTA CLÍNICA



Marcelo Pombo. ST. Marcador sobre papel. 1998

LA PATOLOGIZACIÓN DEL CUERPO DE MUJERES GORDAS EN LA CONSULTA CLÍNICA

PATHOLOGIZATION OF FAT FEMALE BODIES IN CLINICAL PRACTICE

Bonnie Devine

UNTREF / La Múcura

Bonnie Devine es Trabajadora Social de la Universidad del Valle en Cali Colombia y actualmente está cursando la Maestría en Estudios Políticos y de Género en la UNTREF. En el 2013 co-fundó el colectivo La Múcura con el cual desarrolla su quehacer desde la investigación comunitaria, el arte independiente y el activismo.

Ana Laura Lareo

IUNMA

Ana Laura Lareo es Historiadora formada en la UBA, con una Diplomatura en Género aprobada en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Actualmente cursa la Maestría en Estudios y Políticas de Género en la UNTREF. Se desempeña como docente universitaria en IUNMA (Instituto Universitario Nacional Madres de Plaza de Mayo), como Titular de Cátedra (concurada) de Teoría de la Historia y Taller de Escritura, y como Titular del Seminario “Subalternidades en la Política Argentina”.

Contacto: lareo.ana.laura@gmail.com
devinebonnie@hotmail.com

RESUMEN**PALABRAS CLAVE**

Mujeres
Gordas
Patologización
Consulta clínica
Feminismo

Este texto argumenta que las mujeres gordas viven experiencias de patologización de sus cuerpos en la consulta médica clínica. En ausencia de estudios respecto a esta temática, se retoman las voces de cinco mujeres gordas que dieron su testimonio personal, junto a algunas autoras que profundizan en el feminismo y el feminismo gordo. Se argumenta que en el marco de un discurso de la "epidemia de la obesidad", las mujeres sufren varias discriminaciones en las consultas de medicina clínica que no se pueden explicar en un tema de salud y que son específicas a sus vivencias como mujeres. Concluyendo, el texto vuelve a enfatizar el vacío investigativo que existe en estudios respecto a mujeres gordas y liderado por mujeres gordas en estas temáticas, llamando a una ampliación y profundización en este campo investigativo.

ABSTRACT**KEYWORDS**

*Fat Women
Pathologization
Clinical practice
Feminism*

This text argues that fat women live experiences of pathologization of their bodies in clinical medical consultation. In the absence of studies on this issue, the voices of five fat women who gave their personal testimony are retaken, along with some authors who delve into feminism and fat feminism. It is argued that within the framework of the "obesity epidemic" narrative, women suffer various discriminations in clinical medicine consultations that cannot be explained just as a health issue and that are specific to their experiences as women. In conclusion, the text once again emphasizes the research gap that exists in studies regarding fat women and led by fat women on these issues, calling for an expansion and deepening of this research field.

Introducción

Iniciamos la reflexión frente a la patologización de los cuerpos de mujeres gordas en la consulta clínica explicando a grandes rasgos el sesgo androcéntrico y capitalista del sistema de salud, reflejado en todas sus instancias a través de una mirada del conocimiento situado (Haraway, 1995). Para ahondar en esta patologización que viven las mujeres gordas, compartimos las narraciones personales de cinco mujeres frente a sus experiencias en la consulta de medicina clínica, desde las cuales se describen las situaciones concretas de discriminación vividas: 1) la palabra deslegitimada, 2) dificultad de acceder a exámenes, diagnósticos y especialistas y 3) culpabilización¹. En base a estas experiencias, generamos un debate frente al cuerpo gordo de las mujeres, percibido como cuerpo enfermo al interior del marco discursivo de la “epidemia de la obesidad”. Posteriormente planteamos los siguientes contra-argumentos a la afirmación que los cuerpos de las mujeres gordas son patologizados en sus experiencias en la consulta clínica: A) La postura del sistema médico hacia la gordura es un tema de salud; no responde a la patologización de los cuerpos gordos, B) la patologización que viven las personas gordas en la consulta de medicina clínica no tiene que ver con el género. Finalizamos el texto con una reflexión frente a la necesidad de generar estudios, investigación y producción de conocimiento que contemple a las mujeres gordas tanto como sujetos de dichos estudios como también productoras de los mismos.

Desarrollo

La consulta de medicina clínica es la puerta de entrada al sistema de salud, desde este lugar se comienzan los exámenes, se perfilan los diagnósticos y se decide quiénes pueden profundizar en su tratamiento y diagnóstico con remisiones a especialistas, en este sentido es una especie de colador para decidir quién necesita (merece) tratamiento más avanzado y especializado y quien no. Este *colador*, como reflejo del sistema de salud mismo y la institución médico-científica, no es objetivo, sino que está atravesado por sesgos culturales, políticos y económicos basados en un modelo androcentrista y capitalista, esto es lo que Donna Haraway (1995) describe como conocimientos situados.

Las personas representantes de ese sistema de salud en la consulta de medicina clínica son profesionales que terminan asumiendo estos sesgos, de manera consciente e inconsciente, basando sus diagnósticos, remisiones e interacciones con las personas que acceden a la consulta sobre dichos sesgos.

Asimismo, las personas gordas soportan los prejuicios del personal socio-sanitario: menor tiempo de atención; más prescripciones de pruebas relacionadas con estereotipos vinculados a la gordura (analíticas de colesterol,

¹ Agradecemos a Mercedes Silva, María Trinidad Sergio Bascarán, Mariana Peñaranda y Angélica Gardezabal Collazos por compartir sus valiosas experiencias con nosotras.

triglicéridos y glucosa) y de medicamentos (antidepresivos); más derivaciones a asistencia psicológica y de salud mental (Hebl y Xu,2001:1249). Brownell et al. 2005, revelaron que las/os médicas/os y enfermeras/os participantes en su estudio consideraban indisciplinadas/os y repelentes a sus pacientes gordas/os (Navajas, 2017:40-41).

Existen pocos estudios acerca de las experiencias de mujeres gordas en relación al sistema de salud y mucho menos respecto a sus experiencias en la consulta de medicina clínica. Estos pocos estudios existentes no especifican las experiencias de mujeres y se enmarcan en el discurso patologizante de la epidemia de la obesidad². Para poder enraizar esta reflexión en la experiencia de mujeres gordas en la consulta de medicina clínica, nos remitimos a testimonios personales de mujeres gordas de nuestras redes cercanas, incluyendo el testimonio de una de nosotras (Ana Lareo) como detonador.

La experiencia de ser una mujer gorda en el sistema biomédico es netamente violenta y deshumanizante: el médico clínico que acabas de ver y con suerte (muchas veces no) leyó tu historia clínica, ya sabe quién sos y cómo sos desde antes que entres al consultorio. *Sos vaga, te cuesta comprometerte, no tenés fuerza de voluntad, no haces deportes ni actividad física, tenés una relación tóxica con la comida, si sos gorda no te querés y si te querés, te mentás a vos misma al gustarte.* Sobre todas las cosas, ESTÁS ENFERMA (A. Lareo, testimonio personal, 10 de agosto de 2020).

Esta pre-concepción del cuerpo de la mujer gorda como un cuerpo enfermo es la base sobre la cual se construye la interacción, el diagnóstico y las posibles remisiones a especialistas. Dicha patologización del cuerpo gordo resulta en una serie de experiencias discriminatorias que violentan a las mujeres gordas. En las narrativas de las entrevistadas destacamos los siguientes tres puntos:

1. La palabra deslegitimada: Las mujeres que compartieron sus testimonios plantean que en la consulta médica clínica (y también con especialistas) perciben que les mediques deslegitiman su palabra, especialmente si plantean experiencias diferentes a un estereotipo de la persona gorda como perezosa, sin auto-control ni inactiva y mal alimentada.

Cuando empecé a describirle los síntomas me frenó y me dijo *eso es porque estás gorda*. Intenté explicarle algo más pero no me dejó, seguía insistiendo con que tenía que bajar de peso. Sin revisarme, me dio una orden para un medicamento y una lista de alimentos que no podía comer: prohibido café, té, mate, gaseosas, grasas y frituras, cebolla, ajo y cítricos en grandes cantidades. Cuando le dije que de esa lista lo único que consumía eran las verduras y frutas, pero en cantidades normales, me dijo *si claro, bueno, no lo comas tampoco* (M. Peñaranda, entrevista personal, 17 de agosto de 2020).

² Mas adelante profundizaremos en este discurso.

Esta voz experiencial resuena con lo que Miranda Fricker (2017) describe como injusticia testimonial, que es un buen punto de partida para comprender lo que viven las mujeres gordas en las consultas de medicina clínica: “La injusticia testimonial se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido” (p.17).

En todos los testimonios desplegados en este artículo vamos a encontrar lo mismo: casos de injusticia testimonial descarnada. La conceptualización de Fricker enmarca esta experiencia sistémica de injusticia sobre grupos oprimidos y subalternizados, cuyos testimonios, puntos de vista y experiencias sobre sus propias vidas y cuerpos no tienen el mismo valor que el de personas en la hegemonía de la belleza corporal. En estos casos, su testimonio se pone en cuestión por su pertenencia a estos grupos subalternizados, y su veracidad y/o pertinencia depende de la validación de “especialistas”, que por supuesto sí están dentro de la hegemonía o son parte del sistema biomédico. Así es como, históricamente, las quejas o críticas de personas gordas al sistema biomédico han sido desestimadas o subestimadas porque provienen de personas gordas, como si eso invalidara su opinión o el análisis de las situaciones que atraviesan en las consultas.

Hay una relación muy estrecha y poco investigada entre esta situación de violencia simbólica y la injusticia testimonial y la dificultad de acceso de mujeres gordas a la consulta, a diagnósticos correctos, al acceso con especialistas, y sobre todo a la adherencia a los tratamientos, a la continuidad de las visitas y turnos médicos.

2. Dificultad de acceder a exámenes, diagnósticos y especialistas: Desde esta base de injusticia testimonial y patologización, es difícil para las mujeres gordas acceder a exámenes acertados y por lo tanto diagnósticos que tomen en cuenta otros factores por fuera del sobrepeso.

Tuve que insistirle para que me haga un chequeo físico, el cual hizo a regañadientes y con evidente asco. Le pregunté si tenía un diagnóstico o al menos una idea de qué podía ser, me respondió: *ya te dije, estás gorda, tenés que bajar de peso*. Salí casi llorando del consultorio, la consulta duró menos de 10 minutos (M. Peñaranda, entrevista personal, 17 de agosto de 2020).

Sé muy bien que mi cuerpo es fuerte, me enfermo poco y cuando lo hago me recupero rápidamente, sin embargo, las visitas médicas resultan toda una historia de terror. Recuerdo muy bien que en una de las últimas consultaba por una infección vaginal que me tenía bastante molesta, la médica [...] en medio de la consulta ella me preguntó si yo había pensado en un bypass, sugirió que tenía un sobre peso muy alto y que debía mejorar eso, enfáticamente le dije que no, puesto que ya tenía la experiencia de mi madre que se lo había hecho y podía ver todos los efectos adversos. Ella pareció entender, sin embargo, me

envió una cita para el programa de obesidad y una cita para un médico internista. (A. Gardezabal Collazos, entrevista personal, 16 de agosto de 2020).

Desde estas condiciones, la posibilidad de acceder a especialistas que no se enfoquen en temas de sobre peso se reduce drásticamente. Todas las entrevistadas expresaron de alguna manera ir a la consulta médica por una dolencia específica con la intención de llegar a algún especialista sin ningún éxito. En su lugar, o son remitidas a especialistas en sobre peso o son enviadas a casa con el “tratamiento” de adelgazar.

Cuando comentas tu preocupación o problema puntual, te repiten lo mismo, diciendo que probablemente sea una condición derivada del sobrepeso; y te aconsejan volver en unos meses con 5 kg menos, y ahí volver a hablar para ver si es necesaria o no una derivación o un diagnóstico (A. Lareo, testimonio personal, 10 de agosto de 2020).

Consultaba por una infección vaginal que me tenía bastante molesta, la médica [...] en medio de la consulta ella me preguntó si yo había pensado en un bypass, sugirió que tenía un sobre peso muy alto y que debía mejorar eso, enfáticamente le dije que no [...] sin embargo, me envió una cita para el programa de obesidad (A. Gardezabal Collazos, entrevista persona, 16 de agosto de 2020).

Cuando logran acceder a alguna consulta con especialistas (que muchas veces está relacionado con la posibilidad de la persona de pagar el acceso directo, sin pasar por la consulta clínica), los diagnósticos y tratamientos de las mujeres gordas siguen enfocándose en su peso, en sus experiencias específicas, especialistas en ginecología, neurología, odontología y psicología les mandan a adelgazar.

Moira Pérez plantea en el prólogo del libro *Gorda Vanidosa* de Lux Moreno (2019) la hipercorporización como el centro de las experiencias de patologización de las mujeres gordas, en donde el cuerpo de la persona pasa a definir todo su ser y se convierte en el filtro por el cuál se define a esa persona; todo otro rasgo es secundario en la percepción social de esa persona. Esto resuena con las palabras de nuestras entrevistadas en sus experiencias de patologización en la consulta de medicina clínica.

El proceso de hipercorporización está peligrosamente presente en las consultas médicas ya que todo el sistema biomédico actual, y durante los últimos 30 años ha tenido un enfoque y construcción neoliberal, ha ido construyendo una narrativa de la “epidemia de la obesidad” (que desarrollaremos más adelante), ha ido sumando índices de control en los pesos de la población que no están ligados a un concepto de salud integral sino a medidas estándar como el IMC (índice de Masa Corporal). El peligro de la

hipercorporización es la deshumanización y objetificación del individuo, que deja de tener características y dimensiones propias y complejas para ser sólo “Gordx”.

En ese proceso, además de no atender a las particularidades y necesidades psicológicas y físicas de esa persona, tampoco se la está viendo como sujeto de derechos.

3. Culpabilización: Otro de los elementos centrales en las experiencias discriminatorias que viven las mujeres gordas en las consultas de medicina clínica, es la culpabilización y estigmatización. Desde las interacciones, los diagnósticos y las remisiones o falta de ellas, las entrevistadas cuentan que se enfrentan a un discurso que las hace sentir como menos que sus pares con cuerpos delgados. Esta narrativa se fortalece desde muchos ámbitos sociales, personales y profesionales, generando inseguridad, miedo, culpa, vergüenza, des-empoderamiento, ansiedad y depresión,

Lo terrible, es que en el momento en el que querés frenar la situación, ya sea quejándote con ese mismo médicx, con alguien en tu obra social/prepaga/hospital o incluso con tu familia y/o amigos, te encontrarás con una pared: *vos hablás de gordofobia porque no querés escuchar lo que te dicen, cómo no te gusta lo que el médicx te dice, entonces cambias el tema hablando de esto. Hacete fuerte y sobre todo hacete cargo de tu enfermedad.* Miles, miles de veces he escuchado eso, al punto de creérmelo yo misma (A. Lareo, testimonio personal, 10 de agosto de 2020).

Muchas de las entrevistadas expresan que, como resultado de estas condiciones de patologización, discriminación y culpabilización, no vuelven a acceder a el sistema de salud.

Para comprender estas experiencias, es importante detenernos sobre el discurso de la epidemia de la obesidad, surgida en la década pasada, en donde las instituciones gubernamentales, científicas y médicas describían un incremento drástico en los índices de sobrepeso a nivel mundial. Navajas (2017) plantea que esto nace del cambio en la consolidación del Índice de Masa Corporal (IMC) y sus clasificaciones. De acuerdo a esta autora, veintinueve millones de personas pasaron a ser consideradas de la noche a la mañana. Lux Moreno (2019) explica que la incorporación del IMC como parte de los índices biométricos estandarizados hacen parte de la introducción de la estadística a las prácticas médicas, que terminaron universalizando qué cuerpos son normales:

Por impulso de la OMS, se gestionaron tablas de peso ideal que estandarizaron el IMC que se consideraba normal en pesos más bajos, imposición que formó

parte de un diagnóstico global que indicaba que la mitad de la población mundial estaba excedida de peso. Eso tuvo su primera réplica institucional en los Estados Unidos, donde, como ya dijimos, se declaró una “guerra contra la obesidad” que adoptó la forma de una serie de políticas que restringían el acceso a las coberturas de salud de las personas gordas (Moreno, 2019, p.79).

Este discurso de la “epidemia de la obesidad” no solo patologiza los cuerpos de mujeres gordas, justificando gran parte de las discriminaciones que viven en relación al sistema médico (y a las instituciones en general), sino que enmarca/limita su posibilidad de acción y activismo para poder generar resistencias y ampliación de los derechos. Esto lo vemos el caso de la Ley Nacional de Trastornos de Alimentos de Argentina en donde las personas gordas deben nombrarse como enfermas obesas para poder denunciar una violencia institucional (Contrera y Cuello, 2016).

Contra-argumento 1: Es un tema de salud, no de discriminación. Un posible contra-argumento al planteamiento de la patologización del cuerpo de mujeres gordas en la consulta clínica es que *la postura del sistema médico hacia la gordura es un tema de salud; no responde a un sesgo en contra de los cuerpos gordos y mucho menos a su patologización*. Al plantear la gordura como un tema de salud, se está afirmando que los altos índices de grasa y peso en el cuerpo pueden incrementar los riesgos de vivir ciertas enfermedades o empeorar enfermedades pre-existentes como por ejemplo enfermedades metabólicas (diabetes, hipertensión etc.), problemas cardiacos, entre otros.

No estamos negando que los altos índices de grasa en el cuerpo o que el peso elevado puede incrementar los riesgos de vivir ciertas enfermedades o empeorar enfermedades pre-existentes. Sin embargo, las experiencias violentas de mujeres gordas en las consultas médicas no se pueden simplificar a temas de salud. Al diagnosticar la gordura como enfermedad, el sistema biomédico tradicional suele ubicar su tratamiento en la dieta, la cirugía o los fármacos, en otras palabras, en la acción individual de la persona; la mujer gorda es la única responsable de su “enfermedad” y de su tratamiento.

Esta perspectiva de la gordura al desatender problemáticas estructurales y focalizarse en el autocontrol y las elecciones individuales, produce estigma y culpabiliza a las personas gordas por negarse a adoptar estilos de vida saludables (Navajas, 2017, p.37).

Este diagnóstico (gordura=enfermedad) y tratamiento (dieta, ejercicio, cirugía, fármacos) se ubica al interior de la cosmovisión tradicional del sistema biomédico de la autonomía como lo describen Laura Belli y Danila Suárez Tomé en *La autonomía revisitada desde la perspectiva de una bioética feminista* (en prensa). Las autoras plantean que el feminismo propone la **autonomía relacional** como crítica y ampliación de la noción clásica de la

autonomía. En esta *autonomía revisitada* se reconoce a la persona como parte de un contexto complejo e interconectado de relaciones que necesitan hacer parte de la forma de concebir la autonomía más compleja. Esta ampliación de la mirada también complejiza la visión de la responsabilidad cuando hablamos de la gordura, en donde no se puede mirar únicamente la voluntad o falta de voluntad de la persona, sino que se vuelve urgente mirar las relaciones familiares, comunitarias, contextuales; incluso las relaciones con el mismo sistema de salud.

Desde esta autonomía relacional, también nos podemos preguntar si las experiencias de todas las mujeres gordas frente a la consulta de medicina clínica son iguales. ¿Todas las mujeres gordas pueden realizar una dieta, una rutina de ejercicio, pagar una cirugía o tener acceso a fármacos de la misma manera? Un elemento fundamental en este análisis es la clase, en donde mujeres con dinero tendrán más facilidad de acceder a alimentos más saludables, a disponer de tiempo para hacer ejercicio, de pagarle a alguien para la preparación de sus alimentos, de acceder a tratamientos y cirugías costosas, etc.

Al comprender la relación entre salud y la gordura desde una visión más amplia, desplazando la mirada hacia el contexto y las relaciones, se vuelve urgente entender qué representan estos cuerpos gordos para el sistema neoliberal. Irati García López de Aguilera (2016) en su artículo titulado *Género, gordura y feminismo*, plantea que el cuerpo gordo representa la antítesis del cuerpo productivo requerido por el sistema capitalista:

Sin embargo, sí que podemos decir que el cuerpo gordo ha sido y continúa siendo, en nuestras sociedades, representativo de significados simbólicos contrarios a los del sistema capitalista de la última etapa. Este cuerpo, en tanto que es vinculado con la superación, pereza, la holgazanería, la falta de ambiciones... supone un enfrentamiento implícito con la ética del trabajo, que debería refrenar y contener nuestros deseos y de la que se nutre el sistema capitalista (Bordo, 2003: 199). Son precisamente estos atributos los que han sido comúnmente asociados a las clases bajas, generalmente vinculando estos como causantes de su propia desdicha (p.22).

El sistema capitalista neoliberal necesita generar mecanismos para controlar estos cuerpos desobedientes que resisten desde su existencia el mandato de la productividad reflejado en el autocontrol. Uno de esos mecanismos se ve reflejado en la patologización del cuerpo de la mujer gorda en su encuentro con la consulta médica clínica.

Nos interesaba recuperar las reivindicaciones y la historia de lucha del activismo gordx en Argentina, retomando su postura frente a la salud y la accesibilidad de las mujeres gordas. Tomamos un párrafo de las Conclusiones del Taller Activismo Gordx del Encuentro Nacional de Mujeres N°32 (2017-Sede Chaco):

Estamos de acuerdo con que existe una industria médica de la dieta que se beneficia de la patologización de las cuerpos gordas. Expresamos que la opresión sobre las cuerpos no se da de igual forma en mujeres gordas que en hombres gordos, como tampoco lo es de igual forma en personas cis que en personas trans (ENM, 2017: 81)

Se deja muy en claro que la industria médica de la dieta tiene más que ver con la normalización de los cuerpos, y con la generación de ganancias económicas que con la salud de las personas.

Cuando hablamos de patologización nos referimos puntualmente a lo elaborado previamente: independientemente de las enfermedades que puedan derivarse del sobrepeso o la obesidad; el tratamiento que se recibe es cómo si la gordura fuera una enfermedad en sí misma (sin observar valores o mediciones, sin diagnóstico de enfermedades). ¿Qué pasa con los cuerpos flacos en los cuáles se puede incurrir en enfermedades derivadas? ¿Por qué en ese caso la flacura no es una enfermedad? De hecho, en nuestra sociedad esos cuerpos son los ganadores, los exitosos, los de las modelos con miles de seguidores en Instagram y los que tienen halagos constantes porque representan belleza y sensualidad.

De hecho, nuestro país es uno de los países que tiene más casos de anorexia y bulimia en el mundo; sin embargo, ser flaco no es condenado ni se considera una enfermedad; la enfermedad es el trastorno alimenticio en sí.

La pregunta debería ser entonces ¿Cómo define el sistema biomédico lo que es una enfermedad o una persona enferma?

Volviendo a la línea de análisis del trabajo, y retomando la línea del activismo gordx, la patologización de la gordura está más ligada al neoliberalismo y sus lógicas político-económicas: el control de los cuerpos para que sean útiles, donde la salud es un concepto sesgado.

Contra-argumento 2: La gordofobia no es un tema de género. Si se puede aceptar la argumentación anterior y afirmar que los cuerpos gordos son patologizados desde el sistema de salud y específicamente en las experiencias en la consulta médica clínica, algunas personas podrían argumentar que es un tema que trasciende el género para afectar a todo tipo de identidades. Aquí yace el segundo contra-argumento: *la patologización que viven las personas gordas en la consulta de medicina clínica no tiene que ver con el género, es una discriminación generalizada.* ¿Por qué realizar una lectura desde el género especificando las experiencias de mujeres en la consulta médica clínica? El control del sistema capitalista neoliberal del cuerpo gordo afecta tanto a hombres, mujeres y no binarios. Si algo, los hombres gordos estarían castigados de manera más extrema pues uno de los roles de género asociados a la masculinidad es justamente la productividad, generando una

desobediencia del cuerpo gordo masculino a los mandatos del sistema neoliberal muy claro.

Es cierto que la patologización de los cuerpos gordos afecta a todo tipo de identidades incluyendo a los hombres. Sin embargo, desde una mirada interseccional, es necesario comprender la complejización de la discriminación contra las mujeres gordas. ¿Por qué sucede esto? Como plantea Diana Maffia (2008) en *Contra las dicotomías*, una de las dicotomías fundantes de nuestra sociedad occidental se basa sobre el binomio hombre-mujer. Esta dicotomía es a su vez excluyente (no existe ninguna otra opción por fuera de estas dos; en conjunto son el todo) y jerárquica (el hombre y todo lo que representa tiene más valor que la mujer y todo lo que representa). Los aspectos relacionados a cada parte de esta dicotomía hombre-mujer, definirán las divisiones de los roles esperados para cada grupo. En el caso de la mujer se le asocia con lo emocional, lo sensible, la maternidad, el útero (entre otros), todos elementos vinculados al cuerpo en contraposición al hombre que se asocia con la racionalidad representada por el cerebro (García, 2010). En este sentido, el cuerpo de la mujer es mucho más controlado que el cuerpo del hombre; su complacencia en el cuerpo representará la aceptabilidad de una mujer, su éxito como mujer en la sociedad.

Para comenzar, el rol, estatus y valor de una mujer en la sociedad aún se determina por su cuerpo, por la idea de que existe una diferencia de género natural y, en consecuencia, un orden de género. Un cuerpo femenino socialmente aceptado refleja esta diferencia de género y la jerarquía de poder entre hombres y mujeres y lo que se considera una “feminidad” apropiada. Para las mujeres, el tamaño del cuerpo es uno de los indicativos más importantes en su aceptación social, por no decir que el más importante (Harjunen 2017, p.12).

En este sentido vemos que la desobediencia de la mujer gorda corta mucho más profundamente los roles de género instaurados por el sistema capitalista que el cuerpo gordo del hombre. De hecho, García (2016) menciona como muchas veces los cuerpos de hombres gordos tendrán cierto estatus social pues sus cuerpos grandes se asocian a la fuerza y a la protección, alineándose con los roles de género esperados de los ellos. Si la desobediencia de la mujer gorda es mayor, es de esperarse que su opresión sea también mayor.

A continuación, se enumeran algunos de los roles de género asociados a las mujeres que son desobedecidos por los cuerpos de mujeres gordas.

1. El cuerpo de las mujeres gordas desobedece al mandato de que las mujeres existen en cuanto son observadas por un ojo masculino, por lo tanto, deben buscar ser atractivas para los hombres (o para el sistema patriarcal, que también representa el ojo masculino) (Saguy, 2012).
2. Las mujeres deben controlar sus apetitos, en donde la restricción y la negación del hambre (también sexual) son rasgos centrales de la construcción de feminidad, la mujer gorda muestra públicamente otra relación con sus deseos y su apetito (García, 2016).
3. Las mujeres gordas desobedecen el mandato de ocupar poco espacio, el mínimo posible, tanto simbólico como físico, sus cuerpos son la materialización física del desacato a este mandato.

Con su cuerpo, las mujeres gordas están desobedeciendo a estos mandatos de género, virviendo lo que es aceptable y no en una mujer. Por otro lado, una mujer gorda orgullosa y activista, que abraza su corporalidad, hace que todo entre en corto circuito, pues no solo desobedece, sino que rechaza el mecanismo de control principal, la culpa.

Conclusión y reflexiones

Estos análisis que cruzan salud, sistema médico, género, capitalismo, patologización y medicalización, los vinculamos al escenario de la consulta médica clínica mediante algunos estudios muy vagos, pocos en el campo específico de la salud, logrando enraizar la discusión en el campo de la consulta en medicina clínica por las experiencias compartidas por las entrevistadas. Los estudios son pocos y menos aún los que arrojan cifras frente a las mujeres gordas en el sistema de salud y en la consulta clínica.

Valls-Llobet en *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad* plantea que una de las problemáticas principales en la construcción de conocimiento en la ciencia y en la medicina es la ausencia de mujeres (2010). Esta ausencia se puede ver desde dos perspectivas, 1) la ausencia de estudios realizados con mujeres como sus sujetos principales y 2) la ausencia de mujeres en la producción de conocimiento. Nos aliamos a Valls Llobet para plantear que existe un vacío gigante en cuanto a las mujeres gordas en relación al sistema de salud y específicamente respecto a la patologización de sus experiencias en las consultas en medicina clínica. Se necesitan generar más estudios frente a sus experiencias y también se necesitan realizar más estudios científicos y médicos liderados y gestionados por mujeres gordas. En este sentido, retomamos las palabras de Blas Radi cuando habla de la producción de conocimiento acerca de la comunidad trans, haciendo el paralelo con la necesidad de generar conocimiento amplio, no objetualizante, empoderador frente a la patologización de los cuerpos de las mujeres gordas:

Lo más significativo es crear una oportunidad para que los tipos de producción de conocimiento privilegiados y poderosos que se dan en la academia (acerca de temáticas trans o acerca de cualquier otra área que involucre a seres humanos) no sean solamente conocimiento objetualizante, lo que podríamos llamar “conocimiento de” a “conocimiento con” (Radi, 2019, p.10).

A modo de reflexión final, queremos compartir algunos aportes que hicieron las entrevistadas cuando les preguntamos qué quisieran ver cambiar en las prácticas de la medicina clínica:

Primero no ir directo a hablar del peso, sino en tratar lo que sea que se fue a consultar. Después creo que la clave está en que todos los médicos estén más formados en psicología, siendo que muchas veces no tienen tacto ni ven más allá de un cuerpo gordo (M. Silva, entrevista persona, 17 de agosto de 2020).

Simplemente que si se trata de una consulta que no tiene nada relacionado al peso no asuman que es el "problema" eje de la vida de la persona. Que las personas son más que su aspecto físico (M.T. Sergio Bascarán, entrevista personal 17 de agosto de 2020).

Es muy básico, pero realmente quiero que sigan los mismos pasos en una consulta que seguirían con una persona flaca: preguntarle los síntomas, hábitos, etc., hacer un chequeo físico y explicarle cual es el posible diagnóstico y tratamiento. Entiendo que la obesidad puede acarrear problemas de salud, pero en muchísimas cosas no es la causa del problema [...] También, aunque el peso pueda ser una de las causas del problema, quiero que no desestimen el resto de las posibles causas (M. Peñaranda, entrevista personal, 17 de agosto de 2020).

Bibliografía

- BELLI, L., SUÁREZ TOMÉ, D. (En Prensa) “*La autonomía revisitada desde la perspectiva de una bioética feminista*”, en Maffía Diana (coord.) “*Géneros, Justicia y Filosofía*” Buenos Aires: Editorial Rubinzal Culzoni.
- CONTRERA, L. Y CUELLO, N. (2016). “*Cuerpos sin patrones, resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*”, Buenos Aires: Madreselva.
- ENCUENTRO NACIONAL DE MUJERES 2017-Sede Chaco “*Conclusiones Talleres ENM 2017*”.
- FRICKER, M. (2017). “*Injusticia epistémica, el poder y la ética del conocimiento*”, Barcelona: Herder Editorial.
- GARCÍA LOPEZ, I. (2016). “*Género, gordura y feminismo*”, España: Dirección para la Igualdad de la UPV/EHU.
- HARAWAY, D. (1995). “*Ciencia, cyborgs y mujeres, la reinención de la naturaleza*”, Madrid: Cátedra.
- HARJUNEN, H. (2017). “*Neoliberal bodies and the gendered fat body*”, New York: Routledge, research in gender and society.
- MAFFÍA, D. (2008), “*Contra las dicotomías. Feminismo y epistemología crítica*”, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- MORENO, L. (2018). “*Gorda vanidosa, sobre la gordura en la era del espectáculo*”, prólogo por Moira Pérez, Buenos Aires: Ariel editorial.
- NAVAJAS-PERTEGÁS, N. (2017). “*La gordofobia es un problema del trabajo social*”. Valencia: Universitat de València.
- RADI, B. (2019). “*Políticas del conocimiento hacia una epistemología trans*”, en López, M. “*Los mil pequeños sexos, intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*”, Sáenz Peña: EDUNTREF.
- SAGUY, A. (2012). “*Why Fat is a Feminist Issue*”, California: Universidad de California.
- VALLS-LLOBET C. (2010). “*La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad*”, Barcelona: Aequalitas, Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres n° 26.