

Nombre y Apellido: Manuela Nogueira Expósito

Título académico: Profesora en Sociología

Pertenencia institucional: UNLP-CIC/PBA-CEREN

País: Argentina

Teléfono 0295415630111

E-mail manuelanogueiraexposito@gmail.com

No publicar

La obesidad en disputa. Posiciones alrededor de la formulación, sanción y reglamentación de la Ley nº 26396, de prevención y control de los trastornos alimentarios.

El presente trabajo se propone una reflexión crítica acerca del proceso de conformación de la obesidad¹ como enfermedad y problema público en la Argentina contemporánea, tomando como fuente los diferentes proyectos de ley presentados y tratados en el parlamento nacional entre los años 1995 y 2008, momento en que se formula la Ley nº 26396, de prevención y control de los trastornos alimentarios.

En esta dirección, se problematizará la noción de ley en tanto mecanismo asociado a la definición de un problema público, es decir, como la encarnación de una manera predominante de plantear y proponer soluciones para el fenómeno de la obesidad. Asumiendo que las definiciones y las propuestas de intervención estatal son el resultado de las interacciones entre actores que movilizan recursos cognitivos, políticos, económicos e institucionales, estudiaré cuáles fueron las disputas que se suscitaron alrededor del tema en el parlamento nacional.

La obesidad tiene hoy una presencia y relevancia que hasta hace algunos años no tenía. En los inicios de este siglo XXI la obesidad ha adquirido un nuevo estatus, el de una enfermedad epidémica. Desde 1998, debido al aumento de su prevalencia en la población adulta e infanto-juvenil, la OMS la ha considerado como una epidemia y la enfermedad metabólica más persistente en el hombre y la mujer. Pocos asuntos en el campo de la salud pública han adquirido -en los últimos años y en diversos países- tanta importancia en organismos sanitarios internacionales, autoridades políticas y comunidades científicas y profesionales, agrupaciones de la sociedad civil y medios de comunicación.

Diversos estudios dan cuenta del crecimiento y la presencia de la obesidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) en su página web muestra que para el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los

¹ Si bien la Ley nº 26396 de prevención y control de los trastornos alimentarios, habla de bulimia, anorexia, sobrepeso y obesidad, el presente trabajo se centrará solo en la obesidad.

cuales más de 600 millones eran obesos. Señala que cerca del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos y que el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. Asimismo muestra que la prevalencia mundial de obesidad se ha multiplicado por más de dos veces entre 1980 y 2014. A pesar que el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medios, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior al de los países desarrollados” (OMS, 2015).

En Argentina la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo ENFR realizada en el año 2005 arrojó que un 34,5% de la población tenía sobrepeso y un 14,6% tenía obesidad. Es decir que el 49,1% de la población argentina de 18 años y más presentaba exceso de peso. En la Segunda ENFR realizada en el año 2009, la prevalencia aumentó siendo del 35,5% para sobrepeso y del 18 % para obesidad. Por lo tanto un 53,4% es decir, más de la mitad de la población argentina presentaba exceso de peso en algún grado. (Ministerio de Salud, 2013, pag.15). Esta enfermedad también resultó objeto de atención creciente, expresada en la aparición del tema en los medios masivos de comunicación, la formulación de numerosos proyectos de ley, la proliferación de investigaciones sobre el tema y la implementación de medidas sanitarias por parte del Estado, en los niveles nacional, provincial y municipal.

El objetivo de esta investigación es proponer una explicación y comprensión alternativa a la visión biomédica. Sostener que la obesidad es una enfermedad y un problema público de relevancia requiere, además de observar su impacto estadístico, buscar herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas que permitan indagar acerca de esta situación. Por esta razón se retomarán algunos conceptos centrados en el campo de estudios de los problemas públicos. Ellos permiten mostrar cómo determinadas cuestiones aparecen como asuntos de interés en la esfera pública, mientras que otros, potencialmente capaces de provocar un daño igual o mayor, no logran despertar la atención pública.

El autor pionero en el tema Joseph Gusfield (2014), quien analiza esta cuestión en su libro “La cultura de los problemas públicos, el mito del conductor alcoholizado” que permite reflexionar acerca del modo en que un problema se torna del orden de lo público, requiriendo la intervención de las autoridades competentes. Utiliza el concepto de problema público para

designar el proceso a través del cual un hecho se convierte en un asunto de reflexión y de protesta y un recurso así como un objetivo para la acción pública.

La estructura de los problemas públicos es un área de conflicto en la que un conjunto de grupos o instituciones que a menudo incluyen dependencias del gobierno, compiten y pelean por la propiedad de esos problemas -o bien por desentenderse de ellos-, por la aceptación de las teorías causales y por la atribución de la responsabilidad. Sin embargo, según el autor, no todos los involucrados en el tema tienen la misma capacidad de influir sobre la opinión pública; no todos poseen el mismo grado o clase de autoridad para ser fuentes legítimas de definición de la realidad de dicho problema, ni para asumir el poder legítimo de controlarlo, regularlo y proponer soluciones innovadoras. En esa instancia el conocimiento y la política entran en contacto. El conocimiento es una parte del proceso, aporta una manera de ver los problemas que congenia o entra en contradicción con las distintas maneras en que se establece la responsabilidad política.

Otro autor que permite indagar acerca del tema es Bourdieu (2000). En su teoría, el acento está puesto en los diferenciales de poder que permiten a unos imponer sus intereses a los otros. En donde no se trataría solamente de que los problemas sociales se constituyan como tales a raíz de un acuerdo colectivo, sino que en ese mismo proceso de reconocimiento juegan un papel central los distintos diferenciales de poder que detentan diversos actores de una sociedad, lo que se traslada también a la capacidad de intervenir sobre el problema, ya que a “la problemática dominante, es decir, la problemática que les interesa esencialmente a las personas que detentan el poder [...], la dominan en manera muy desigual las diferentes clases sociales” (Bourdieu, 2000, p. 228).

Se estudia entonces, a la ley como mecanismo asociado a la definición de un problema público, como la encarnación de una manera predominante de pensar el fenómeno de la obesidad y cómo solucionarlo. Interesa mostrar que las definiciones sobre la obesidad y las propuestas de intervención estatal son el resultado de disputas entre actores que movilizan recursos cognitivos, políticos, económicos e institucionales. Para esto se expondrá cómo se fueron dando las disputas en el parlamento nacional, en torno a las diferentes formas de entender y tratar el problema, prestando atención a las posiciones y tomas de posición (Bourdieu, Wacquant, 2014) de los distintos actores que configuran un campo discursivo alrededor de la obesidad.

Es necesario entonces, en este punto introducir a los actores que componen el campo de disputas por la ley.

Expertos: son un conjunto de actores que intervienen sobre el tema a partir de algún tipo de saber anclado en investigaciones científicas, o alguna formación disciplinar particular. Y son reconocidos como expertos por los demás actores. Se incluyen en esta categoría: nutricionistas, médicos, médicos nutricionistas, antropólogos, pediatras, entre otros. Estos actúan de manera individual pero también están nucleados en asociaciones profesionales que dan mayor fuerza a sus proclamas. Entre ellas se encuentran la Sociedad Argentina de nutrición (SAN), la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA), el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social, Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad. Pueden también trabajar en clínicas privadas, como funcionarios estatales, en ONGs o en universidades.

Los expertos no constituyen un actor homogéneo. Si bien existe lo que Bourdieu (2003) llama “doxa”, es decir, lo indiscutible o lo que todos comparten acerca de la obesidad, existen miradas enfrentadas acerca de sus causas, definiciones, tratamientos, políticas públicas para tratar el tema. Estas diferentes posturas acerca del tema cuentan con mayor o menor capacidad de imponer visiones que las otras, y con mayores espacios y recursos.

Por un lado, están los *prestadores del servicio*, que son quienes atienden a los “pacientes” en general de profesión nutricionista o médico nutricionista. Son los que pertenecerían al sector de la *ortodoxia* con respecto a la obesidad.

Por otro lado, aparecen aquellos profesionales no necesariamente médicos que están especializados de alguna manera en la nutrición, tienen miradas alternativas en cuanto a la forma de entender a la obesidad y de tratarla. Estos son a los que clasifico como *expertos heterodoxos*, que si bien tienen distintas miradas, suelen analizar a la obesidad como un problema además de biológico, social. Consideran que si no se regula la industria y se cambian algunos factores sociales, la obesidad no se va a revertir.

Población obesa: es la población objeto de la ley. Son las personas que tienen determinado peso y pueden entrar en la categoría de “pacientes obesos”. La categoría “obesidad” y “paciente” es construida por la ciencia médica. Éstos no necesariamente se consideran enfermos u obesos. Pueden o no constituirse como actor colectivo y ser movilizados por otros actores en determinadas circunstancias.

Actores con intereses económicos alrededor del problema:

Industria alimentaria: es la parte de la industria que se encarga de todos los procesos relacionados con la cadena alimentaria. Está agrupada en la COPAL (Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios), que es una organización empresarial que nuclea a cámaras y empresas de la industria de alimentos y bebidas, y representa a casi la totalidad de

los sectores que la integran. La entidad cuenta con treinta y cuatro cámaras asociadas que representan a más de 2.000 empresas de todo el país. Por lo que cuenta con capacidad de lobby en muchos ámbitos.

Financiadores sector salud: son las empresas prepagas y obras sociales; la lucha que dan se dirige a impedir o limitar la inclusión de la obesidad en el PMO, a fin de evitar el financiamiento de los costos para tratar la obesidad. En caso que esto sucediera podrían aumentar sus cuotas o ser financiados por el Estado.

Los prestadores del sector salud: son las personas que brindan tratamientos, empíricamente puede ser la misma persona a las que he clasificado como expertos/prestadores, pero analíticamente son otro actor. El desafío del análisis en este caso es observar cómo se entremezclan intereses y saberes. Se incluyen en el grupo de actores que contiene intereses económicos porque la sanción de la ley significa para ellos mayor cantidad de pacientes en sus consultorios. Es importante explicar que, con anterioridad a la ley, la atención por parte de un nutricionista requería la atención previa de un médico que diagnosticara una enfermedad desencadenada por la obesidad. Recién entonces, el paciente podía asistir a un nutricionista disponiendo de la cobertura de la obra social.

También es importante por la cirugía bariátrica la cual podrían realizar a cualquier sujeto de la población que tuviera el problema y no sólo aquellos que podían pagarla, ya que las obras sociales y empresas de medicina prepaga cubrirían esa cirugía.

Legisladores y miembros del poder ejecutivo: personas pertenecientes al sector estatal, ya sea al poder legislativo o como miembros del poder ejecutivo. Tienen la capacidad para dictar leyes asociadas a estos tratamientos, o de no impulsarlas.

Miradas en torno a la obesidad

Para clarificar el análisis y observar cómo se fueron movilizand los diferentes actores alrededor de los distintos proyectos de ley que tienen como eje el tratamiento de la obesidad, se construyeron tres tipos ideales de miradas acerca de la misma. Para esto, es necesario definir qué es un tipo ideal. Retomando a Max Weber, el tipo ideal es "un cuadro conceptual que no es la realidad histórica, al menos no la "verdadera", y que con mucho está destinado a servir como esquema bajo el cual deba subsumirse la realidad como espécimen, sino que, tiene el significado de concepto límite puramente ideal, respecto del cual la realidad es medida y comparada a fin de esclarecer determinados elemento significativos de su contenido empírico... El tipo ideal es... el intento de aprehender, en conceptos genéticos, individuos históricos o sus elementos significativos" (Weber, 1982). De tal manera, estos tres tipos ideales de miradas sobre la obesidad acentúan los puntos de vista, formando un cuadro conceptual homogéneo de

los rasgos más significativos de un fenómeno individual. Es decir que no existen estas miradas en la realidad sino que son construcciones. Suponen modos distintos de concebir la enfermedad, de pensar la intervención o las respuestas que deben dar el estado y la sociedad. Fueron construidas en la presente investigación para mostrar cómo los proyectos van incorporando o excluyendo determinados temas en la ley. Y cómo alrededor de los proyectos que impulsan a partir de estas miradas se estructuran disputas que afectan de manera distinta a los diferentes actores que están involucrados.

Mirada médico asistencial: los actores que se encolumnan detrás de esta mirada tienden a buscar que se sancione la ley. Su objetivo principal es que la obesidad sea considerada enfermedad y que sea incluida como tal en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Es decir que el Estado garantice la atención a todas las personas que la padecen, ya sea a través del sector público, privado o de la seguridad social. Esta dimensión es la que atraviesa todos los proyectos. Está destinado al tratamiento una vez que la persona ya padece la enfermedad y no está orientada a la prevención.

Mirada preventiva individual: Esta mirada supone que el Estado debe hacerse cargo de promover pautas de comportamiento saludables y en tal sentido reclama programas nacionales de prevención. Considera que el exceso de peso proviene de la falta de voluntad y control del individuo que lo padece. Éste es considerado como un ser racional que elige libremente los alimentos que consume, distinguiendo entre opciones más y menos saludables.

Mirada preventiva colectiva: Al igual que la postura anterior, esta mirada pone el énfasis en la prevención. Sin embargo, se diferencia de ella porque incluye dimensiones socio económicas que están en la base de los comportamientos. Considera que la sociedad alienta consumos que pueden estar en el origen de determinadas conductas. Ve al fenómeno como un problema multifactorial en el que cobran relevancia la regulación de la industria alimentaria y de otras instituciones públicas. Desde tal perspectiva, construir un individuo racional que elija lo que come y lo que hace implica también alertarlo sobre la oferta. La obesidad es entendida como resultado de un aumento en la disponibilidad de alimentos, la fabricación de mayor variedad de alimentos altamente procesados (comida rápida), el abaratamiento de las grasas los azúcares y las harinas. El desplazamiento hacia comidas con mayor contenido calórico, carbohidratos refinados y grasas saturadas -cuyo incremento resulta evidente en los países en desarrollo- junto con un reducido gasto de energía (vida sedentaria) ha contribuido fuertemente a elevar la prevalencia de la obesidad.

Habiendo recorrido la composición del campo y las miradas dentro del mismo, pasaré a desarrollar los diferentes momentos que pueden identificarse desde el surgimiento hasta la

reglamentación de la ley. Asimismo intentaré mostrar las disputas y las luchas que se fueron dando en cada etapa.

Proceso de presentación, tratamiento y sanción de la ley

El primer proyecto de ley fue presentado en la cámara de diputados en el año 1995 por el diputado del partido justicialista Carlos Raúl Álvarez (1995)². Este primer proyecto es el que marca el eje central de todos los proyectos que le siguen hasta su sanción, ya que propone la incorporación del tratamiento de la obesidad como prestación obligatoria en el sistema nacional de obras sociales, las cuales deberían brindar a sus beneficiarios la cobertura del tratamiento de la obesidad entendida desde un abordaje integral que abarque aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y educativos. La ANSSAL (Administración Nacional de Seguro de la Salud) proveería los fondos necesarios a las obras sociales para atender a los beneficiarios. También propone realizar campañas informativas que deberían ser llevadas a cabo por el ejecutivo nacional y a través de la secretaría de medios de comunicación. Entre sus fundamentos se menciona la importancia de la inclusión de la obesidad como una enfermedad a ser cubierta por las obras sociales. Explica cómo la OMS define salud y por qué la obesidad sería una enfermedad. El tratamiento que propone incluye a aspectos nutricionales, incremento de actividad física y a las terapias cognitivas conductuales como también a acciones a nivel de salud pública (educación del consumidor, en la escuela y centros de trabajo e inversión en los medios de comunicación). Tanto en este proyecto como en el reproducido en el año 1997 predomina la *mirada médico asistencial*, y comienza a aparecer la *preventiva individual*. Ninguno de estos proyectos fue tratado en el Congreso.

Entre los años 2000 y 2005 se presentaron alrededor de cuatro o cinco proyectos por año, muchos de los cuales continúan considerando a la obesidad como enfermedad, su inclusión en el PMO y el acondicionamiento de lugares públicos para el tratamiento a personas con este problema. Los artículos que se agregan al eje central explicado anteriormente son: que el Ministerio de Salud de la Nación elabore programas nacionales destinados a combatir la obesidad, la discriminación; campañas de difusión de las problemáticas que se derivan de la obesidad y las consecuencias de las mismas (Basualdo, 2004); modificación de la Ley Federal de Educación 24.195 para que se enseñen en el sistema educativo los contenidos relacionados con los problemas nutricionales (Pichetto, 2003); incluir a la obesidad en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica (Vitale, 2004); que el sistema hospitalario de carácter público cuente

² Para mayor información léase: http://www3.hcdn.gov.ar/folio-cgi-bin/om_isapi.dll?E1=&E11=&E12=&E13=&E14=&E15=&E16=&E17=&E18=obesidad&E2=&E3=113&E5=ley&E6=&E7=&E9=&headingswithhits=on&infobase=proy.nfo&querytemplate=Consulta%20de%20Proyectos%20Parlamentarios&recordswithhits=on&softpage=Doc_Frame_Pg42&submit=ejecutar

con personal capacitado e instalaciones destinadas a la atención de esta patología; establecer un adecuado sistema de control de la salud para la detección temprana de la obesidad; (Ferrín, 2004); que todos los alimentos envasados deberían incluir en el envase la composición, el valor calórico y energético del mismo por la unidad que se tome como base (Pichetto, 2003).

Por ejemplo en el proyecto de ley de Irma Roy del año 2003 se argumenta:

“Es sabido también que el grueso de la población desconoce el valor energético y calórico de los alimentos, así como las necesidades diarias por sexo y grupo etario, y que los alimentos más cargados de calorías son los más baratos. Sin embargo puede elegirse conociendo sus propiedades dentro de un grupo de ellos, aquellos que mejor respondan a los requerimientos nutricionales individuales. Nuestro pedido apunta a ello, ya que desde los ministerios a los que se dirige, son los que están en condiciones de enseñar prácticamente a los usuarios desde su infancia, qué elementos son más adecuados nutricionalmente (dentro de las posibilidades socioeconómicas de cada uno), con el propósito de desarrollar hábitos saludables en relación con la comida para prevenir uno de los problemas de la salud pública, dada la relación de la obesidad con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, patologías cardiovasculares, alteraciones metabólicas y otras.” En la cita se observa cómo el énfasis está puesto en la educación del individuo para poder controlar o cambiar sus hábitos alimentarios.

Así, los distintos proyectos que se ven en estos años son el fruto de esas dos miradas en donde se complejiza la forma de entender y de tratar la obesidad. En los artículos mencionados emerge la *“mirada preventiva individual”* que complementa a la *“mirada medico asistencial”*. Esta nueva mirada aparece más claramente en donde se reclaman programas de prevención nacionales, en donde se le asigna un papel fundamental a la educación. En última instancia, según estas posturas, lo que determina la obesidad de los individuos son sus propias elecciones. En esta etapa si bien se puede ver un avance en los proyectos de ley, el campo de disputas alrededor del PMO (prestadores versus financiadores) sigue vivo y la incorporación de esta nueva mirada no parece haber generado un frente opositor.

A partir del año 2006 comienzan a surgir proyectos en donde aparece la *mirada preventiva colectiva*, poniendo el foco en los aspectos sociales de la enfermedad. En los siguientes artículos de algunos proyectos de ley entre los años 2006 al 2008, se puede observar cómo afectan los intereses industriales: (Leguizamon, 2006) (Solanas, 2006) (Acuña Kunz, 2006) (Curlletti, 2006) (Sanz, 2006) (Capitanich, 2006) (Marino, 2007) (Sartori, 2007) (Bisutti, 2006)

- No se autorizará o se suspenderá, según sea el caso, la publicidad dirigida a menores de alimentos y bebidas de bajo aporte nutricional.

- Prohibir la comercialización y o promoción de alimentos de bajo aporte nutricional y bebidas y jugos azucarados acompañados por juguetes, premios, artículos coleccionables u otros elementos que promuevan el consumo de los mismos por parte de menores.

- Todos los alimentos envasados que se comercialicen en el país, de cualquier origen deben incluir en su envase y en idioma nacional, la composición, el valor calórico y energético del mismo.

- Los kioscos escolares no podrán expender alimentos de bajo aporte nutricional ni gaseosas o bebidas azucaradas en establecimientos escolares.

- Empresas de transporte deben poseer lugares accesibles a las personas que sufren de obesidad.

- Los locales gastronómicos deberán ofrecer al público comidas de bajo contenido calórico e informar sobre el mismo en sus menús.

- Multas a quienes no cumplan los anteriores.

Estos nuevos artículos que se le suman a los proyectos surgidos en esos años entienden a la obesidad como un fenómeno multifactorial. Consideran que el tipo de sociedad donde se vive determina cómo se come. La obesidad es entendida como resultado del aumento en la disponibilidad de los alimentos, el abaratamiento de las grasas los azúcares y las harinas, la fabricación de mayor variedad de alimentos altamente procesados, la oferta y propaganda a toda hora de este tipo de alimentos, lo que condiciona las posibilidades de elección del consumidor racional. Por esto considera de vital importancia que se regule la industria alimentaria y que las instituciones públicas tomen medidas para que haya cambios importantes en el problema.

Por lo tanto, entre el 2006 y el 2008 se producen avances significativos en cuanto a la ley, se dan avances a la hora de entender la obesidad, ya no como un fenómeno individual sino que aparece fuertemente condicionado por la sociedad.

Es importante entonces dar cuenta de cómo van apareciendo y actuando los distintos actores presentados a la hora del tratamiento, debate y sanción de la ley. Durante el 2007 y el 2008 comienza el proceso del tratamiento y de debate de la ley. El 23 de agosto del 2007 la Comisión de Legislación Laboral del Senado aprobó un paquete de proyectos de ley para obligar a las obras sociales y a las prepagas a cubrir los gastos originados por tratamientos de desórdenes alimentarios, como la bulimia, la anorexia y la obesidad. Se unificaron veintitrés iniciativas en un solo texto que contaba con dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara. Lo aprobado en comisión apuntaba a incluir en el Programa Médico Obligatorio (PMO) todas las enfermedades relacionadas con trastornos de la alimentación.

Entre el 4 y 5 de junio de 2008 en la Cámara de Diputados se aprobó el proyecto de ley de obesidad. Sin embargo, las versiones taquigráficas de la ley muestran que hubo algunas resistencias al proyecto original. Estas se dieron a través de los representantes de las provincias productoras de azúcar (Tucumán, Salta y Jujuy), que manifestaron su desacuerdo cuando descubrieron que, en el artículo 11 del proyecto, se obligaba a que aquellos alimentos con elevado contenido calórico, grasas y azúcar, y pobres en nutrientes esenciales, deberían contar con la leyenda «El consumo excesivo de azúcares es perjudicial para la salud». Los representantes en el congreso, tucumanos, salteños y jujeños, tanto oficialistas como opositores, advirtieron que el azúcar es un alimento "noble" y que no debía ser "demonizado" de esta forma, ya que se podría perjudicar seriamente a la industria. Finalmente, previo a la sanción definitiva, volvió al senado y se modificó, de esta manera se obliga a estas empresas a incluir en la publicidad del producto que su "consumo excesivo es perjudicial para la salud". (Diario de sesiones, 4 de Junio de 2008)

Finalmente el 13 de agosto de 2008 se sanciona la Ley 20.396 de prevención y control de los Trastornos Alimentarios. Si bien, como manifesté anteriormente, hubo otras iniciativas la ley sancionada por ambas cámaras, ésta establece: la incorporación al Programa Médico Obligatorio (PMO) la cobertura y tratamiento integral de los trastornos alimentarios. La ley entiende por trastornos alimentarios "la obesidad, la bulimia, la anorexia nerviosa y demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionados con inadecuadas formas de ingesta alimenticia". Esta cobertura "incluirá los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria". En lo que se refiere a la cirugía bariátrica, las mayores erogaciones serán compensadas por la Administración de Prestaciones Especiales a las obras sociales y prepagas. La ley plantea también "la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también medidas que fomenten la actividad física", y la "capacitación de educadores, trabajadores sociales y de la salud" para "detectar las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones para abordarlas" (Boletín Oficial, Septiembre de 2008). En cuanto a los quioscos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer alimentos saludables y variados. Deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada" (Boletín Oficial, Septiembre de 2008). El Ministerio de Salud "deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios y los diseñadores de moda no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud o belleza". Y "queda prohibida la publicación o difusión de dietas o métodos para adelgazar que no lleven el aval de un médico o licenciado en nutrición". En cuanto a los alimentos que anuncien tener propiedades nutricionales especiales, "el

Ministerio de Salud podrá requerir la comprobación técnica de las aseveraciones” (Boletín Oficial, Septiembre de 2008). La publicidad o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda “El consumo excesivo es perjudicial para la salud” y que los envases de productos comestibles que tengan entre sus insumos grasas “trans” lleven la leyenda “El consumo de grasa trans es perjudicial para la salud” (Boletín Oficial, Septiembre de 2008). También se establece “el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios, en el ámbito del Ministerio de Salud”, entre cuyos objetos se incluye “instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios”, “promover conductas nutricionales saludables” y “promover espacios de contención para quienes padecen estas enfermedades” (Boletín Oficial, Septiembre de 2008). Además, “los proveedores de bienes y servicios no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que establezca el Poder Ejecutivo. Tal negativa será considerada acto discriminatorio” (Boletín Oficial, Septiembre de 2008).

Si bien la presidenta de la nación de aquel entonces promulgó la ley de prevención y control de los trastornos alimentarios lo hizo con la “observación” de cuatro artículos. Estos son: el artículo número 5, que colocaba a la obesidad en la categoría de enfermedad epidemiológica y, según parámetros internacionales, el trastorno alimentario no está en esa categoría.

El artículo 11 que establecía que todos los productos con elevado contenido calórico deben contener la leyenda “El consumo excesivo es perjudicial para la salud” y se decidió cambiarlo porque “los nutrientes esenciales varían en cada persona y en cada etapa del crecimiento” (Boletín Oficial, Septiembre de 2008).

El artículo 20 de la ley aprobada en el Congreso ordenaba que figurara en los envases de comestibles si tienen grasas trans, pero el Gobierno estimó que “el código alimentario argentino establece la normativa para la venta” de esos productos (Boletín Oficial, Septiembre de 2008).

El último artículo observado, el número 21, facultaba al Gobierno a dictar sanciones ante el incumplimiento de la ley, pero la Constitución nacional prohíbe la delegación legislativa al Ejecutivo, por lo cual esa tarea compete exclusivamente al Poder Legislativo.

Se observa entonces, que todos los artículos que aparecían en la ley que “afectaban” o “regulaban” a la industria fueron eliminados. Podemos ver entonces que el actor “industria alimentaria” tiene una posición fuerte dentro del campo, ya que posee poder de lobby y de veto.

Sin embargo la disputa más importante que se llevó a cabo en este proceso fue la incorporación de la obesidad en el PMO. Éste fue el eje fundamental de la ley. Ahora bien para comprender las razones de la lucha por incluirla y las resistencias para que esto no suceda, es

necesario hacer un breve análisis acerca del PMO. El Programa Médico Obligatorio (PMO), en su propio texto, es definido como un: *“Programa de Salud referido al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria”* (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2002). Asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria brindando cobertura en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto médico como odontológico. Las empresas prepagas no pueden negarse a cubrir ninguno de los servicios incluidos en el PMO. Tampoco pueden establecer tiempos mínimos de espera o de permanencia para poder gozar de determinada cobertura ni exigir cargos adicionales que no estén establecidos en el PMO. De la misma manera, no se permite limitar el ingreso de personas por su edad o por alguna enfermedad preexistente.

Ahora bien la inclusión de la obesidad en el PMO significa para los “financiadores del sector salud” la cobertura y tratamiento integral de los trastornos alimentarios lo que incluye los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria”. Esto significa que también cubre la cirugía bariátrica. Los costos de la misma son altos y la población que sufre obesidad es mucha por lo tanto a las empresas de medicina prepaga les implicaría la cobertura de los tratamientos quirúrgicos relacionados con la obesidad. Si bien las entidades privadas ya cubren gran parte de los trastornos alimentarios: controles de laboratorio, consultas con médicos especialistas en endocrinología y nutrición, psicólogos y dietólogas; lo que exige es que tanto el by-pass gástrico como la banda gástrica ajustable (BGA) estén comprendidos dentro la cobertura.

Conclusión

A partir del recorrido analizado, se puede afirmar que el proceso, desde la aparición del primer proyecto de Ley de prevención y control de los trastornos alimentarios hasta su reglamentación, fue complejo y largo y en el intervinieron diferentes actores con distinto peso. Se advierte que desde el año 1995 hasta el 2008 hubo un reconocimiento de la obesidad como enfermedad, que es un tema a tratar en materia pública, y que este reconocimiento redundó en una ley que hoy en día reconoce el derecho a la salud de un nuevo contingente de enfermos.

En este proceso hubo quienes triunfaron y vieron sus intereses representados, quienes a pesar de su lucha fueron perjudicados y quienes no se vieron afectados.

En el primer grupo se puede ver que por un lado las miradas que terminaron siendo reflejadas por la ley fueron por un lado la *Medico Asistencial* ya que la obesidad paso a ser considerada una enfermedad y se incluyó en el PMO. Esta afectó intereses muy importantes ya que está en el centro la tradicional disputa entre prestadores y financiadores. La batalla fue ganada por los *prestadores del sector salud*, ya que al incluirse la obesidad en el PMO, cualquier persona puede asistir a sus consultorios sin necesidad de diagnóstico previo y el tratamiento es cubierto por las obras sociales. Los *“financiadores”* Con la sanción de la ley efectivamente fueron los más perjudicados ya que serían quienes tendrían que cubrir con sus recursos los nuevos tratamientos. Sin embargo se puede inferir que esta pérdida ha sido relativa, ya que tienen la posibilidad de ser costeados por el estado o pueden readecuar las cuotas a sus clientes.

Y por último está *“la población obesa”* quienes fueron beneficiados de modo parcial por esta ley, ya que si bien cubre los costos de los tratamientos, se perdió el aspecto de regulación social del problema.

La otra mirada que fue incluida en la ley fue la *Preventiva individual*. Ésta tuvo éxito ya que quedo entera. Alrededor de la misma no se configuran disputas. Sin embargo no se fijaron plazos, ni cómo se llevarían a cabo estas campañas de prevención. De esta manera queda a disposición del estado regular estas políticas.

En cambio la *Mirada Preventiva Colectiva* la cual afectaba intereses de la industria alimentaria, no pudo imponerse. Ésta quedo por fuera de la ley, ya que todos los artículos de la misma que regulaba de alguna forma la industria, fueron vetados, como es el artículo del azúcar, o los de las etiquetas en los alimentos. Si bien dentro de los expertos hubo un sector que luchó por que la ley tenga esta mirada no tuvieron el peso suficiente para imponerse. Estos actores si bien están a favor de la ley creen que es incompleta ya que no regula los aspectos sociales del problema.

Bibliografía

- Acuña Kunz, Juan Erwin Bolívar. (2006). Declara de interés nacional la lucha contra la enfermedad de la obesidad. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.

- Alvarez, Carlos Raul. (1997). “Incorporación del tratamiento de la obesidad como prestación obligatoria en el sistema nacional de obras actores.”. *Proyecto de Ley*. Cámara de Diputados.

- Basualdo, Roberto Gustavo. (2004). Campaña de difusión destinada a concientizar a la sociedad sobre la Obesidad, y sobre su problemática. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 122.

- Bisutti, Delia Beatriz. (2006). Incorporación de tratamientos contra la obesidad en obras sociales y empresas de medicina prepaga, como prestación medica obligatoria. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.

- Boletin Oficial de la Republica Argentina. (3 de Septiembre de Septiembre de 2008) *TRASTORNOS ALIMENTARIOS*. Buenos Aires: Año CXVI Número 31.481.

- Bourdieu, P. (2000), *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo editorial.

- Bourdieu, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Bourdieu, Pierre, Wacquant Loïc. (2014). *Una invitacion a la sociologia reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

- Capitanich, Jorge Milton. (2006). Sobre prevención y tratamiento integral de la obesidad y sobrepeso. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Senadores.

- Curletti, Miriam Belén. (2006). Por el que se crea el Programa Nacional de Lucha contra la Obesidad en Jóvenes y Niños. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Senadores.

- Diario de Sesiones, Camara de Diputados De la Nación. (4 de Junio de 2008). Diario de sesiones. *13ª REUNION – Continuación de la 5ª SESION ORDINARIA*. Republica Argentina.

- Diario de sesiones. (4 de Junio de 2008). Versiones taquigráficas. PERIODO 126º.

- Ferrín, María Teresa. (2004). Tratamiento de la obesidad, obligatoriedad de la prestación médica para las obras sociales y empresas de medicina prepaga. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 122: Camara de diputados.

- Gusfield, J. r. (2014). La cultura de los problemas públicos el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente . Avellaneda: Siglo veintuno editores.

- Leguizamon, María Laura. (2006). Prevención y control de los trastornos alimenticios: Sobre cobertura por parte de las obras sociales de la bulimia y anorexia. Modificación a la ley 24.455. P.Legis.: 124 -: Camara de Senadores.

- Marino, J. C. (2007). Declarando de interés el V Congreso Anual Hispano Latinoamericano de Obesidad y Trastornos Alimentarios. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 125: Cámara de Diputados.

- Ministerio de Salud . (14 de Octubre de 2015). *Guía de Práctica Sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad*. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/>: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2002). *Programa Médico Obligatorio de emergencia*. Buenos Aires.

- Organización Mundial de la Salud. (14 de Octubre de 2015). <http://www.who.int>.
Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Pichetto, Miguel Ángel. (2003). Proyecto de ley: Sobre incorporación de programas vinculados a la problemática del sobrepeso y la obesidad en la Ley de Educación. p.Legis:121: Cámara de senadores.

- Pichetto, Miguel Ángel. (2003.). Por el que se declara de interés nacional la lucha contra la obesidad. *Proyecto de ley*. P.legis:121: Cámara de senadores.

- Roy, Irma. (4 de Marzo de 2003). Implementar una campaña nacional haciendo saber los peligros que trae aparejada la obesidad. Ciudad de Buenos Aires: tramite parlamentario n°2. Diputados expediente:0197-d-2003.

- Sanz, Ernesto Ricardo. (2006). Por el que se crea al Programa de Lucha contra la Obesidad y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Senadores.

- Sartori, Diego Horacio. (2007). Obesidad y obesidad morbida. Incorporación al Programa Médico Obligatorio -PMO- de la cobertura de técnicas quirúrgicas para su tratamiento. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 125: Cámara de Diputados.

- Solanas, Raúl Patricio. (2006). Obligatoriedad de la cobertura integral para personas que padezcan la enfermedad de obesidad a las obras sociales. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.

- Vitale, Domingo. (2004). Incorporar como prestaciones obligatorias, en todas las obras sociales, y asociaciones de obras sociales del sistema nacional y entidades de medicina prepaga, el tratamiento de la obesidad. *Proyecto de ley*. P.legis 122: Cámara de Diputados.

- Weber, M. (1982). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.