

III Jornadas Interdisciplinarias de Jóvenes Investigadores en Ciencias Sociales  
IDAES-UNSAM

**El saber experto en la constitución de la obesidad como enfermedad y  
problema público.**

CIC/PBA-CEREN

[manuelanogueiraexposito@gmail.com](mailto:manuelanogueiraexposito@gmail.com)

Manuela Nogueira Expósito

Mesa 19. Ciencias, tecnologías y saberes expertos ante los desafíos de la contemporaneidad.

El presente trabajo forma parte de una investigación llevada a cabo para mi Licenciatura en Sociología, cuyo objetivo es comprender el proceso de conformación de la obesidad<sup>1</sup> como una enfermedad y como un problema público en la Argentina contemporánea. La perspectiva de análisis articula herramientas teóricas sobre la construcción de problemas públicos y el carácter social y culturalmente determinado de las enfermedades. Se estudia cómo en el caso de la obesidad las definiciones y las propuestas de intervención estatal fueron el resultado de disputas entre actores que movilizaron recursos cognitivos, políticos, económicos e institucionales.

Desde el enfoque teórico en el que se enmarca esta investigación, la definición de una enfermedad, un problema público como tal y la importancia que se le brinde es el resultado de interacciones entre actores, quienes acuerdan –en negociaciones no exentas de conflictos y en las que no todos tienen los mismos recursos para imponer sus puntos de vista– que determinadas cuestiones y no otras merecen la atención de la sociedad (Gusfield, 2014). Aquí, en particular, el objetivo que se persigue consiste en analizar cómo participó el saber experto en el cambio del estatus epistémico de la obesidad, pasando de considerarla un simple factor de riesgo a una patología crónica y más recientemente a una epidemia mundial. Siguiendo esta línea se realizará un breve recorrido bibliográfico recuperando discusiones

---

<sup>1</sup> Si bien la ley 26.396 habla de bulimia, anorexia, sobrepeso y obesidad, el presente trabajo se centrará sólo en la obesidad.

teóricas sobre la construcción de las enfermedades y acerca de cómo se constituye el saber experto en las sociedades actuales. En una segunda instancia se indagará cómo se llevó a cabo este proceso, en donde se analizará la construcción de datos y estadísticas que han permitido a los expertos afirmar que la obesidad es un fenómeno en crecimiento y con rasgos epidémicos. Se observará cómo el conocimiento médico científico ha participado en su establecimiento como enfermedad –definición, cuantificación, establecimiento de causas, factores de riesgo y los tratamientos destinados a combatirla– y la orientación posterior de políticas públicas.

Para poder llevar a cabo un análisis en torno a las características que fue adquiriendo la obesidad es fundamental en una primera instancia, adentrarse hacia cómo se construyen las enfermedades. Un autor destacado en este campo es Charles Rosenberg, que en su libro *Explaining Epidemics* (1992) sostiene que definir qué es una enfermedad implica no sólo considerar su carácter de evento biológico sino también los contextos sociales y culturales en los que emerge, es definida y atendida. De este modo, en las culturas occidentales una enfermedad no existe como un fenómeno social hasta que es nombrada. Según Rosenberg, una vez que una enfermedad es definida como tal mediante un acuerdo entre personas, ésta se convierte en un actor en ese entorno social, proporcionando legitimación y dirección a la toma de decisiones. Así, argumenta que

“[...] la enfermedad es al mismo tiempo un evento biológico, un repertorio de construcciones verbales específicas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina en una generación determinada, la posibilidad de una política pública y la legitimación de esa política, un aspecto del rol social y una entidad individual intrafísica, una sanción para valores culturales, y un elemento estructurante de la relación médico-paciente” (Rosenberg, 1992, p. 13. Traducción de Zabala, 2010, p. 40).

Es decir, según su perspectiva, las definiciones impartidas por la ciencia médica están condicionadas aún en los aspectos técnicos, que habitualmente se suponen poco ligados a los condicionamientos de los valores culturales. De esta forma el autor argumenta que existen otras cuestiones como la formación de los profesionales, diferencias de especialidad (aspecto institucional) que pueden afectar el proceso mediante el cual los médicos formulan y acuerdan sobre la definición de una enfermedad.

Asimismo el enfoque teórico de Magalí Sarfatti Larson (1990) permite complementar y profundizar al análisis de Rosenberg en tanto que estudia cómo se constituye el conocimiento especializado y el saber experto en las sociedades actuales. En su estudio “Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo”, a partir del uso que hace de las teorías de Pierre Bourdieu y Michael Foucault, introduce el concepto de “campos discursivos con unidad ideológica temática”, a los que concibe como espacios constituidos por todas las posturas, relaciones y estrategias en las que agentes interrelacionados adquieren, unos sobre otros y en diferente proporción, la autoridad para hablar en torno de ciertos temas y, como resultado, para incidir en su modo de concebirlos. En este marco, resulta central el concepto de “pericia”, el cual da cuenta del reconocimiento por parte de los diferentes actores del carácter diferencial del saber que detentan algunos actores, a quienes se considera expertos, que supone el dominio del estado del arte de un determinado campo científico o profesional, y se adquiere mediante procesos formativos en instancias educativas formales de nivel superior.

La autora sostiene que para que se produzca este reconocimiento es necesario que exista un público lego capacitado para reconocer los rasgos distintivos de la pericia atribuida al profesional. Asimismo es clave entender que ese reconocimiento no se da de manera natural sino que obedece a fenómenos propios de las sociedades contemporáneas, fundamentalmente, la amplia difusión del saber especializado a través de los medios masivos de comunicación y la educación oficial en todos sus niveles. Como resultado, la posesión de credenciales oficiales (títulos) relacionadas con algún campo científico o profesional, resulta clave para entender la capacidad diferencial –tal como habla Bourdieu– que algunos agentes obtienen sobre otros para la imposición de visiones en torno de temas que adquieren un carácter disputado.

En síntesis, por un lado la perspectiva teórica de Rosenberg permite observar que más allá del carácter biológico de las enfermedades, éstas existen una vez que son nombradas mediante un acuerdo entre personas, las cuales se encuentran condicionadas por distintas cuestiones como la formación o la especialidad elegida. Los aportes de Sarfatti complementan el enfoque de Rosenberg ya que para que un grupo de personas puedan definir qué es una enfermedad es clave la constitución de un saber experto para adquirir una posición de privilegio en esta definición.

## La constitución de la obesidad en enfermedad

Previo al análisis es importante hacer una breve revisión acerca de qué se entiende actualmente por obesidad. La Organización mundial de la Salud define obesidad como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015). Se considera obesidad a partir de un Índice de Masa Corporal <sup>2</sup>(IMC) igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> y existen distintos grados, que incluyen obesidad moderada, severa y muy severa. Es entendida como una enfermedad global, epidémica<sup>3</sup> y multifactorial a la que se la relaciona con el incremento de la morbilidad y mortalidad, con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares, con el aumento de muertes prematuras, pérdida de años de vida saludable y con los excesivos costes asistenciales.

A partir de esta breve introducción acerca de qué se considera actualmente como obesidad y en base a las teorías reseñadas, en lo que sigue, se indagará mediante un primer estudio exploratorio cómo la construcción de datos y estadísticas han permitido a los expertos afirmar que la obesidad se ha vuelto un fenómeno efectivamente relevante, con rasgos epidémicos, y en base a ello orientar las políticas en una dirección particular.

En las últimas décadas la obesidad ha llegado a constituirse en una enfermedad y problema de envergadura alrededor del mundo, sin embargo en la historia la obesidad no siempre fue considerada una enfermedad. Distintos estudios han evidenciado que la transformación de la gordura o el exceso de peso en enfermedad es un fenómeno relativamente nuevo. George Vigarello (2011), en su libro *“La metamorfosis de la gordura. Historia de la obesidad desde la Edad Media al siglo XX”*, a partir del uso de documentos y

---

2 El índice de masa corporal es un indicador que es objeto de controversias. El mismo estima la proporción de grasa corporal. Se calcula dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), y se expresa en kg / m<sup>2</sup>. Un IMC entre 25 y 29,9 es considerado sobrepeso y cualquier valor sobre 30 es obesidad. Las críticas que se le realizan se relacionan con que no tiene en cuenta las diferencias entre tejido adiposo y tejido magro; tampoco distingue las diferentes formas de adiposidad, por lo cual puede sobreestimar la grasa corporal en personas muy musculosas; por otra parte la grasa corporal puede ser subestimada en personas que han perdido masa corporal (ancianos). Por esta razón, en un marco clínico existen otras mediciones e indicadores que lo complementan y que contribuyen a interpretar el IMC como el perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm. (OMS, 2015).

3 En tal sentido, a partir del año 2000 un informe llevado a cabo por la OMS la obesidad ha sido caracterizada como una nueva epidemia mundial fundamentándose en que a nivel mundial existían más de mil millones de adultos con sobrepeso (de los que por lo menos 300 millones eran clínicamente obesos) y que se había convertido en uno de los principales factores que contribuían a la aparición de enfermedades crónicas e incapacitantes.

datos de diversos organismos sanitarios internacionales, presenta cómo ha sido el proceso por el cual la gordura comenzó siendo símbolo de prestigio social y llegó a transformarse en una enfermedad epidémica. En esta investigación histórica se expone cómo recién a mediados del siglo XX la obesidad comenzó a ser objeto indagación por parte de las ciencias médicas hecho que implicó su medición y cuantificación.

En consonancia con este enfoque, los aportes de Mabel Gracia Arnaiz –autora referente en la temática– se enmarcan dentro de una línea de estudios que tiene como objetivo analizar cómo determinados comportamientos alimentarios se han convertido en problemas sociales, y de qué forma se ha ido construyendo la normalidad dietética y corporal. La hipótesis de la que parte la autora consiste en que la obesidad convierte en enfermedad cuando los expertos convienen que el exceso de peso no es sólo un efecto de gente que come demasiado o una cuestión de estética, sino que existe un vínculo de co-morbilidad entre éste y otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares. Gracia, argumenta –al igual que Vigarello– que para que se lleve a cabo este proceso fue central el establecimiento del IMC como el indicador más utilizado para definir el carácter patológico del exceso de peso (Gracia, 2011). De esta forma, se ha constituido en una herramienta clave para los expertos, ya que mediante una simple ecuación permite medir de manera estandarizada la situación corporal de las personas alrededor del mundo y sobre esta base afirmar que se trata de un fenómeno estadísticamente significativo y en crecimiento constante.<sup>4</sup> De esta forma, Gracia afirma que “según este enfoque medicalizado de la gordura la obesidad y el sobrepeso, se asimila como evidente que la grasa mata, que la obesidad es en sí misma patológica y que todos los obesos son enfermos o lo serán” (Gracia 2007, p. 239). Así, a partir del establecimiento del IMC como medida para diagnosticar la presencia de obesidad, se instruye a toda la población a mantenerse dentro de

---

4 Una publicación realizada por la OMS en el año 2015 permite mostrar el uso que se hace de este indicador con el fin de mostrar la relevancia creciente del problema y sus transformaciones, pues entre otras cosas indica con precisión la cantidad de población mundial que padece esta enfermedad (un 13 % de adultos obesos, un 39 % de adultos con sobrepeso y una cantidad de 42 millones de niños menores de cinco años con sobrepeso), señala una tendencia por la cual el problema está creciendo en países de ingresos bajos y medios, en particular en entornos urbanos (con un incremento porcentual un 30 % superior al de los países de ingresos altos), y afirma que la prevalencia mundial de la obesidad se multiplicó por más de dos veces entre 1980 y 2014 (OMS, 2015).

su normopeso mediante el seguimiento de una dieta equilibrada y la práctica de ejercicio físico. En palabras de la autora:

“Las ideas que soportan la definición de la obesidad como una enfermedad crónica evitable llevan a los expertos en salud pública y las autoridades sanitarias a comprender y pensar su evolución en términos de una epidemia global –pandemia– y a identificar cada vez más los factores culturales como los principales causantes –el ambiente obesogénico<sup>5</sup>– en detrimento, incluso, de las razones biopsicológicas.” (...) “Así, pensar los actuales estilos de vida como inadecuados y/o desestructurados está sirviendo, como se ilustra a continuación, para legitimar mecanismos de prevención e intervención en una dirección determinada –normativizar la vida cotidiana– y para reproducir y mantener ciertas prácticas biomédicas” (Gracia, 2014, p. 382).

En sus diferentes estudios Gracia (2007, 2009, 2011) realiza una fuerte crítica al modelo biomédico preponderante en nuestras sociedades, fundamentando que por un lado, se insta a la población a modificar los hábitos alimentarios inadecuados emitiendo mensajes estandarizados acerca de la conveniencia de la dieta equilibrada pero, sin embargo, por razones estructurales o culturales mucha gente no puede acceder a ella o no se proponen medidas eficaces para cambiar el sistema. Esta visión prescinde del hecho de que la salud, dado que es una motivación importante del consumo alimentario, es sólo uno de los múltiples condicionantes de la alimentación cotidiana y se deja de lado que comer mal o bien reviste significados distintos de acuerdo a que el determinante sea el placer, el bolsillo, la comensalidad, la conveniencia o la enfermedad. De esta forma, argumenta que las razones acerca del empeoramiento de los hábitos alimentarios de algunos grupos sociales debería buscarse en los cambios registrados en la estructura social y la organización económica de estas sociedades –que son las que a través de la discriminación social, las largas jornadas laborales y formativas, la falta de tiempo para organizar la comida familiar, la pérdida generacional de competencias culinarias o la promoción del consumo compulsivo– impiden adquirir otros modos de vida más saludables.

---

<sup>5</sup> El concepto “ambiente obesogénico” se refiere a las condiciones de aumento en la disponibilidad de alimentos, específicamente en grasas, azúcares o calorías y una disminución en las posibilidades de actividad física. (Lake y Townshend 2006)

Entre los resultados aportados por esta investigación, se plantea que la reciente definición de la obesidad en tanto que enfermedad ha aumentado el rechazo hacia las personas gordas, analizando que si bien son consideradas, por un lado, víctimas de una sociedad permisiva y consumista, por otro, son identificadas como transgresoras de los patrones normativos establecidos para prevenirla –la dieta óptima y el peso normal o saludable– y, en consecuencia, culpables de su enfermedad. Así, en sus conclusiones plantean que como ya ha señalado Poulain (2009) la comunidad médica debería ser consiente del rol de “gran estigmatizador” y que el inconveniente más grave de la medicalización del consumo alimentario y el peso corporal es dar una forma de legitimidad científica a la discriminación social que sufren las personas obesas.

En un estudio anterior Nogueira (2017) se indagó cómo en Argentina este proceso también tuvo su correlato registrándose un interés creciente por la obesidad en tanto enfermedad y problema público, expresado entre otras cuestiones en la aparición del tema en los medios masivos de comunicación, la proliferación de investigaciones y la implementación de medidas sanitarias por parte del Estado lo que redundó en la Ley n° 26.396 (“de trastornos alimentarios”). Asimismo se relevaron los proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional considerando a los diferentes actores que intervinieron e indicando cuáles han sido las diferentes formas de concebir el fenómeno, el tipo de conocimientos que invocaron en esta definición, los intereses que defendieron y las disputas que se suscitaron alrededor de la cuestión. Al respecto, puede decirse que las posturas que preponderaron fueron las que defendían que la obesidad sea considerada por el Estado como una enfermedad y se garantizara la incorporación de su tratamiento integral en el Programa Médico Obligatorio<sup>6</sup>, como también generar campañas de prevención y concientización sobre la temática. Por el contrario, quedaron por fuera de la ley las visiones que hacían hincapié en una transformación social más amplia que afectaba intereses de la industria

---

6 El PMO es definido en su propio texto 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). Así, las empresas 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.

alimentaria. Se pudo observar que los actores definidos –en esta investigación– como “expertos ortodoxos”<sup>7</sup> lograron difundir la lucha por la sanción de la ley en los medios de comunicación, movilizaron a las personas afectadas para reclamar por una ley que contemple su situación y fueron escuchados por los legisladores. Sus intervenciones, que quedaron reflejadas en las divulgaciones realizadas por los medios de comunicación y en la preocupación central alrededor de la ley que reclamaron –el reconocimiento de la obesidad como enfermedad por parte del Estado y la cobertura de los tratamientos–, estuvieron alimentadas por el discurso científico biomédico. De la misma manera, se observó que el campo de los expertos en temas relacionados con la obesidad tiene sus divisiones e incluye un sector al que se asignó el rótulo de heterodoxia<sup>8</sup>. Se sugirió que este sector concibe el problema de la obesidad de un modo que implica ir más lejos de lo que se logró con la sanción de la ley 26.396, especialmente en lo que refiere a la regulación de la industria alimentaria. No obstante, hay que señalar que el modo de concebir el problema de la obesidad por parte de los diferentes proyectos de ley se volvió más complejo y este tipo de cuestiones fueron al menos consideradas.

---

7 En la investigación reseñada se considera expertos ortodoxos a “aquellos que tienen mayor capacidad para imponer su visión, que en este caso estaría integrado principalmente por médicos y nutricionistas que se desempeñan en la práctica clínica, quienes tienen contacto directo con los pacientes. Su doctrina está formada por la biomedicina, la cual, a partir de la investigación y la producción de registros estadísticos, establece categorías de inclusión o exclusión y les permite afirmar que realmente existe un problema y determinar qué tipo de respuestas o acciones se deben llevar a cabo.”(Nogueira, 2017, p. 30)

8 Por otro lado, como alternativa a esta postura aparece otra, que se caracterizó como la “heterodoxia” del campo, en tanto cuestiona las visiones que son dominantes en el campo pero no tiene el peso suficiente para imponer la propia perspectiva. Esta postura es sostenida por profesionales que están especializados en temas ligados con la alimentación humana y que tienden a colocar el énfasis en los factores sociales que tienen incidencia en la obesidad y en la necesidad de regular la industria alimentaria. En general, se trata de científicos sociales o médicos con una formación que cuestiona los límites de la perspectiva asistencial para el tratamiento de algunas afecciones.

## **Conclusión**

Las investigaciones reseñadas permitieron observar que la transformación de la obesidad en enfermedad es un fenómeno reciente y que para su constitución requirió de la intervención de una multiplicidad de actores que la definan como tal. Recuperando desarrollos teóricos de Magali Sarfatti Larson (1990), se planteó que alrededor de la obesidad, en tanto enfermedad y problema público, se constituyó un campo discursivo con unidad ideológica temática en el que actores con concepciones e intereses divergentes –y capacidades desiguales para imponer sus puntos de vista– confrontaron sus posiciones generando resultados con efectos concretos sobre ciertos dominios de prácticas.

En tal sentido, los diferentes autores reseñados evidenciaron que fue fundamental la determinación por parte de profesionales expertos de indicadores de medición y control, como el IMC, estableciendo criterios relativamente simples para la inclusión o exclusión de una persona en la categoría de obeso. Ésta, como otras cifras, ha permitido a los expertos afirmar que es una enfermedad, que afecta a un amplio sector de la sociedad y que ha crecido en las últimas décadas, cuantificar su impacto económico y los riesgos de concebir otros problemas de salud. Sin embargo, las limitaciones y mayores críticas a este modelo biomédico, residieron en que la constitución de la obesidad como enfermedad no contribuyó a exculpar a las personas obesas en tanto que enfermas, sino que se las termina por culpabilizar por su condición. Así el problema mayor de la medicalización de la obesidad reside en que se lleva a cabo una legitimidad científica a la discriminación social que sufren las personas obesas.

Los aportes de Gracia (2007, 2009, 2011, 2014) y Nogueira (2017) analizando las estrategias llevadas a cabo en España y Argentina para combatir la obesidad estuvieron orientadas en la modificación de los estilos de vida de los individuos. Sin embargo, resulta interesante observar que en las propuestas analizadas se complejizaron las miradas y estrategias en torno a la obesidad en tanto consideran que la elección individual acerca de qué comer no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan. De esta forma, es importante dar cuenta que las decisiones personales acerca de qué comer y la posibilidad y acceso a la actividad física no se realizan libremente, sino que existen condiciones estructurales de vida que condicionan estas elecciones. Es fundamental entonces

observar el fenómeno de la obesidad como un problema multifactorial, para cuya solución resulta central la regulación de entidades como la industria alimentaria, la publicidad, los medios de comunicación y la acción de las instituciones públicas. Si bien la extensión de la discusión a estos aspectos rebasa el objetivo de este trabajo, es importante reconocer el aporte que las diferentes disciplinas pueden hacer para el desarrollo de la salud pública. De este modo, se considera que las contribuciones de la teoría social son necesarios para la comprensión del caso de la obesidad y para poder ayudar al diseño de políticas públicas.

## Bibliografía

- Contreras, J. y Gracia-Arnaiz, M. (2011) *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gracia Arnaiz, M. (2009). *La emergencia de las sociedades obesas y de la obesidad como problema social*. Revista de Nutrição , 22 (1), 5-18. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000100001>
- Gracia Arnaiz, M. (2014). *De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la obesidad*. Salud i Ciencia 20(4):382-8, 2014.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). *Comer bien, comer mal: medicalización del comportamiento alimentario*. Salud Pública de México.49: 236 - 242.
- Gracia-Arnaiz, M. (2010) *Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas*. Revista Salud Colectiva, 5 (3): 363-376.
- Gusfield, J. (2014). *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lake, A., y T. Townshend. 2006. *Obesogenic Environments: Exploring the Built and Food Environments*. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health (126) 6: 262-267.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2002). *Programa Médico Obligatorio de emergencia*. Buenos Aires.
- Nogueira Expósito Manuela (2017) *La construcción de la obesidad como problema público en la Argentina contemporánea: un análisis a partir de la sanción de la Ley N° 26.396"(tesina de grado)*. Presentada en Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación para optar al grado de Licenciada en Sociología.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (recuperado por última vez el 10 de abril del 2017)
- Poulain JP. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris: PUF;

- Sarfatti Larson, M. (1990). *Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo*, Revista de Educación, número extraordinario, pp. 200-225.
- Vigarello, G. (2011). *La metamorfosis de la gordura. Historia de la obesidad desde la Edad Media al siglo XX. 2011*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- WHO. 2000. Obesity: preventing an managing the global epidemic. Geneva. Technical Report Series 894.
- Zabala, J. (2010) *La enfermedad de Chagas en la Argentina: Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias.* - 1a ed. -Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2010.