

X Jornadas de Sociología de la UNLP

5, 6 y 7 de diciembre de 2018

Manuela Nogueira Expósito.

Profesora en Sociología (FaHCE/UNLP), becaria doctoral CIC/PBA, estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales (FaHCE/UNLP)

Correo electrónico: manuelanogueiraexposito@gmail.com

Obesidad: la medición y el saber experto en su constitución como enfermedad

Resumen

Este trabajo se encuadra en el proceso de realización de la tesis para obtener el título de Doctora en Ciencias Sociales de la UNLP, que tiene por objetivo comprender el proceso de conformación de la obesidad como una enfermedad y como un problema público en la Argentina. Se estudian los conocimientos e intereses de los actores que intervinieron en el proceso de configuración, presentación, debate, sanción y reglamentación de la Ley 26.396 de trastornos alimentarios. El objetivo de la presente comunicación consiste en observar cómo fue el proceso que llevó que la obesidad se configure como enfermedad y epidemia y se demanden políticas públicas al Estado. En este marco, se indagará acerca de la construcción de índices en el caso de la obesidad, en tanto que permiten argumentar que la obesidad se ha vuelto efectivamente relevante, con rasgos epidémicos, legitimando de esta forma, sus reclamos para tomar medidas al respecto. En vista de este objetivo, se realizará un somero recorrido teórico acerca del rol que ocupa el conocimiento científico en la definición y orientación de políticas públicas.

Palabras claves: Obesidad- políticas públicas- expertos

La obesidad medida

La Organización Mundial de la Salud concibe a la obesidad como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015). Para medir la obesidad se cuenta con el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir de dividir

el peso (en kilogramos) por el cuadrado de la estatura (en metros). A partir de este cálculo, la OMS define que la obesidad se da partir de un IMC igual o superior a 30 kg/m² y plantea la existencia de distintos grados, que incluyen obesidad moderada, severa y muy severa¹. Los valores del IMC considerados normales varían con el tiempo, contextos socioeconómicos, género, edad. El IMC se constituyó como 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 (Vigarello, 2011). En base a este índice se desprenden otras mediciones que permiten a los expertos afirmar su incidencia, su prevalencia², su importancia como factor de riesgo de patologías asociadas a las que se las llama comorbilidades y sus costos sanitarios, entre otros.

Estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud (2018) muestran que a nivel mundial para el año 2016 eran obesos más de 650 millones de personas correspondiéndose a un 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres). El número de adultos obesos pasó de 100 millones en 1975 (69 millones de mujeres y 31 millones de varones) a 671 millones en 2016 (390 y 281 millones, respectivamente). La prevalencia de la obesidad también, de acuerdo a la misma institución ha aumentado en niños y adolescentes (de 5 a 19 años). Se calcula que en 1975, había menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años en esta situación; en cambio, en 2016, eran obesos un 6% de las niñas y un 8% de los niños. Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de 5 a 19 años de edad se multiplicó por 10 a nivel mundial³, pasando de los 11 millones de 1975 a los 124 millones de 2016 (OMS, 2017).

Para la OMS un IMC elevado es considerado un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las

² En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"), mientras que la incidencia examina los nuevos casos.

³ Para mayor información: ver el comunicado de prensa de la OMS (2017) "La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios". <http://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (OMS, 2017). Por su parte, la obesidad infantil también es asociada con una mayor probabilidad de obesidad en la adultez, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Los niños obesos tienen más probabilidades de desarrollar una serie de problemas de salud en la edad adulta, entre ellos: cardiopatías; resistencia a la insulina (con frecuencia es un signo temprano de diabetes inminente); trastornos osteomusculares; algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon) y producir discapacidad (OMS, 2017).

En Argentina, en consonancia con lo ocurrido a nivel internacional, la estadística permitió a los expertos señalar que la obesidad tiene una prevalencia significativa entre la población y se encuentra en crecimiento. La Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2007), llevada a cabo entre 2004 y 2005 en población de niños/as de 6 meses a 5 años, en mujeres de 10 a 49 años y en embarazadas mostró –respecto de estudios anteriores que destacaban el retraso crónico del crecimiento o el bajo peso– el aumento del exceso de peso como problemática a atender en todos los sectores sociales. La obesidad se presentó en el 10,4% de los niños/as, en el 15,3% de las mujeres de 10 a 49 años y en el 24,4% de embarazadas.

En los años 2005, 2009 y 2013 fue realizada la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en población de 18 y más años. El estudio arrojó que para el año 2005 14,6% de la población tenía obesidad. En la Segunda ENFR realizada en el año 2009, la prevalencia aumentó, siendo del 18% (Ministerio de Salud, 2013: 15). En el año 2012, estos y otros datos de estudios puntuales se consolidaron en la elaboración por parte del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) y la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA) en el Mapa de la Obesidad de la Argentina. En la última ENFR de 2013 la prevalencia fue del 20,8%, resultando casi 3 puntos más que en 2009 (18%) y 6 puntos más que en 2005 (14,6%). La obesidad fue mayor entre los varones (22,9% vs. 18,8% mujeres). En cuanto a la edad, el grupo de personas de entre 50 a 64 años fue el que presentó mayor prevalencia del indicador (29,6%), mientras que entre los más jóvenes se registraron los menores valores (7,7% entre los de 18 a 24 años y 15,8% entre los de 25 a 34 años)(ENFR, 2013: 60).

Además de los datos de incidencia, prevalencia y las comorbilidades de la obesidad, distintos expertos han analizado la cuestión de los costes económicos de la obesidad. Estos estudios han llevado a cabo estimaciones tanto retrospectivas como prospectivas acerca del grado de incidencia de las enfermedades relacionadas con la obesidad y de la magnitud de los costes médicos directos e indirectos asociados.

Los autores Pérez, Blasco y Furio Blasco (2018) en su investigación titulada "Los costes económicos de la obesidad y el sobrepeso" sostienen que se ha establecido una fuerte correlación positiva entre altos niveles en los índices de masa corporal y el gasto en servicios de salud. Dada la asociación entre la obesidad y la incidencia de una serie de enfermedades, parte de los costes relativos al diagnóstico y el tratamiento de estas afecciones puede considerarse como motivados por la obesidad. Este sobrecoste afecta tanto a la atención primaria y a las recetas recibidas por los pacientes con sobrepeso (13% y 37%, respectivamente) y obesidad (39% y 105%, respectivamente) en relación con los individuos con un peso normal(Thompson, Brown, Nichols, Elmer, & Oster, 2001). En términos más generales, se ha estimado que el sobrepeso ocasiona un aumento del 20% en los costes de atención sanitaria a lo largo de toda una vida para el caso de cinco enfermedades asociadas con el sobrepeso y la obesidad; y, en caso de los individuos obesos, este incremento sería del 50%"(Pérez, Blasco, y Furio Blasco, n.d.2018).

Los costes sanitarios indirectos de la obesidad se asocian con las pérdidas económicas que la misma produce en los individuos que las padecen y en la sociedad en su conjunto. Los estudios que se han dedicado a esta cuestión, abordan el impacto económico de la obesidad a través del mercado de trabajo (ausentismo y bajas laborales, caídas de productividad durante el tiempo de trabajo) o del incremento de la mortalidad prematura. A partir de estos relevamientos en donde se marca su fuerte impacto económico se argumenta que esta situación pone en peligro la viabilidad de los sistemas sanitarios, al generar grandes costes económicos directos e indirectos⁴ (Pérez, Blasco y Furio Blasco 2018).

⁴ Para mayor información acerca de este relevamiento ver: Matilde Alonso Pérez, Elías Furio Blasco. Los costes económicos de la obesidad y el sobrepeso (2018). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01764899/document>

Los índices presentados son los validados por instituciones reconocidas por la comunidad científica como la OMS, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, o publicaciones científicas. Sin embargo, el campo de la obesidad no es homogéneo sino que, los expertos en temas relacionados con la obesidad tienen disidencias, existen concepciones disímiles a la hora de entender, medir y proponer políticas en torno a la obesidad. Para analizar esta cuestión, es ineludible observar cómo son las lógicas mediante las cuales se formulan las estadísticas y el uso que se hacen de ellas. Claudia Daniel en su artículo “Cuando las cifras componen lo social. Estado, estadísticas y expertos en la construcción histórica de la cuestión social en Argentina (1913–1983)” analiza cómo los expertos –a través de un trabajo de clasificación y enumeración– producen las estadísticas públicas, lo que implica que los problemas sociales sean normalizados y estandarizados, brindando existencia social a un problema, a la vez que ofrecen una guía para la acción. De este modo, la estadística establece y brinda legitimidad a los consensos básicos sobre los que discutir acciones de intervención pública. En palabras de la autora: “Como tecnología de gobierno, las cifras oficiales organizan formas de gestión del mundo social, en un doble sentido: contribuyen a legitimar decisiones en el respaldo brindado por un saber técnico como a hacer operativo (política y administrativamente) programas de gobierno” (Daniel, 2011:74). Una vez llevadas al espacio público como datos, las estadísticas estructuran formas de percepción y apreciación de la sociedad, legitimadas por su condición científica, por su “ser” oficial.

Siguiendo estos lineamientos teóricos, me centraré en observar algunos de los desacuerdos más relevantes que se dan en el estudio de la obesidad. En una primera parte se observarán los argumentos que cuestionan la definición de la obesidad como enfermedad, el uso del índice de masa corporal como medición estandarizada y su estatus de epidemia.

En cuanto a la constitución de la obesidad como enfermedad, los desarrollos teóricos de Charles Rosenberg se basan en 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. 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. En base a este aspecto, los autores Heshka and Allison (2001) en su libro “Is obesity a disease?” cuestionan que la obesidad para ser tratada como un

problema de salud pública relevante, haya tenido que definirse como enfermedad, ya que, en el mejor de los casos, la obesidad sería un factor de riesgo que contribuye a desarrollar otras enfermedades. En contraste con la obesidad mórbida, la leve o moderada confiere mayores probabilidades de sufrir situaciones adversas en un futuro.

Es importante destacar que, en torno a esta controversia, los autores que consideran a la obesidad como enfermedad, se centran en la caracterización llevada a cabo por la OMS en el año 1946⁵ que estableció que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». A partir de ese momento, la enfermedad es entendida como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente el estado de bienestar (OMS, 2017). En base a este punto, se justifica que la obesidad, por sí misma, cumple con los criterios para clasificarse como enfermedad, ya que produce una alteración estructural y funcional en los individuos y, por ende, afecta el estado de bienestar.

En cuanto a las críticas con respecto al uso del IMC, diversos estudios ponen en cuestión que esta medida no se refiere directamente a la composición corporal ⁶, ni siquiera a la distribución de la grasa y que no es una medida exacta ni estándar para evaluar si alguien

⁵ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

⁶ La autora Norma Piazza (2005), marca en su estudio para la Sociedad Argentina de Pediatría: “Obesidad: definición y diagnóstico antropométrico” que la grasa corporal no se mide en forma directa en la atención clínica; se utilizan medidas indirectas en los niños, en los adolescentes y en los adultos. Para realizar estudios de investigación, se puede cuantificar, cada vez con mayor exactitud, a través de aparatos. Algunos son sencillos, como el de bioimpedanciometría eléctrica, que también se usa en la práctica clínica, aunque su correlación con el porcentaje de grasa es débil. Otros, como el de rayos X de absorciometría dual (dual energy Xray absorptiometry; DEXA, por sus siglas en inglés), sobrestiman el porcentaje de la grasa total en las adolescentes, hasta un cuatro por ciento con variaciones en los resultados según los modelos, las velocidades de los escáneres, los algoritmos del software y las marcas de los instrumentos. En cambio, el resonador magnético tridimensional mide con exactitud los diferentes tejidos y órganos, y permite diferenciar y cuantificar el tejido graso subcutáneo, visceral e intermuscular”.

tiene o no obesidad. Entre los autores que han generado aportes a esta línea investigativa se encuentra Mabel Gracia Arnaiz quien analizó cómo determinados comportamientos alimentarios se han convertido en problemas públicos, y de qué forma se ha ido construyendo la normalidad dietética y corporal. La autora, parte de la hipótesis según la cual la obesidad se 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, explica 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).

Uno de los argumentos para sostener el carácter poco certero del IMC para determinar cuándo es –o no– obesidad se fundamenta en que las cifras pueden cambiar de acuerdo al punto de corte del IMC, por ejemplo: “en Estados Unidos e Inglaterra un índice mayor de 30 es considerado obesidad, mientras que en México este valor se ajustó para la talla baja de la población,(...) hay obesidad, si el IMC es mayor de 27 y más de 25 en una población de estatura baja; que en la mujer adulta se considera como tal si es menor de 1.50 metros y en el hombre adulto si es menor de 1.60” (Cruz Sánchez, Tuñón Pablos, Villaseñor Farías, Álvarez Gordillo, Nigh Nielsen, 2013: 167). En otros casos, como los fisicoculturistas, el IMC no se considera como determinante de obesidad, ya que el músculo es más pesado que la grasa y el tener un IMC alto no indica que deban perder peso. Asimismo en las personas de la tercera edad, es preferible tener un índice entre 25 y 27 en lugar de uno inferior a 25, lo que las protege contra la osteoporosis. Por lo tanto aunque se ha generalizado el uso del IMC, no es una medida exacta ni estándar para evaluar si alguien tiene o no sobrepeso (Cruz Sánchez, Tuñón Pablos, Villaseñor Farías, Álvarez Gordillo, Nigh Nielsen, 2013: 168). Por otra parte, se resalta que si bien es cierto que en el caso de la obesidad puede haber una alteración o impedimento sustancial de las funciones físicas, no siempre es así. En este punto, sostienen que la relación entre riesgo de enfermedad correlaciona con grasa corporal, no con IMC (Gracia, 2011). Con respecto a los costos médicos asociados con la obesidad, es importante desglosar entre gastos terapéuticamente eficaces, gastos de comorbilidad, gastos innecesarios por carecer de eficacia, y gastos de prevención y promoción que varían según presunta efectividad, prioridad y disponibilidad de recursos. Por otra parte, las personas que

tienen un IMC considerado obesidad no necesariamente se autoperciben obesas, enfermas ni impedidas a causa de esta cuestión.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, desarrolló la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, actividad física y salud, que fue aprobada por los estados miembros en mayo de 2004 (Resolución WHA 57.17), momento en el que se etiquetó a la Obesidad como "epidemia del siglo XXI". Sin embargo, en cuanto a la caracterización de la obesidad como epidemia, también existen reparos a la hora de entenderla de esa manera. Kotow (2015) pone en cuestión que con relación a su denominación como epidemia no sería la adecuada, ya que las mismas suelen presentar un proceso de aumento del contagio por su incontrolable transmisión, sea directa, por un vector, o por ubicuidad del agente patógeno. (Kotow, 2015:8). En segundo lugar, se pone en cuestión que el aumento de la prevalencia de la obesidad es moderado y paulatino, por lo cual no tendría el carácter de epidemia (Kotow, 2015:8). Sin embargo, los defensores de su estatus epidémico, consideran que, si bien no tienen las características de transmisión y contagio, su aumento es creciente y estaría relacionado con los modos de vivir –estilos de vida–, en donde se produciría un contagio cultural que hace prevalecer hábitos y costumbres que son vistos como poco saludables (OMS, 2000).

En tal sentido, diferentes autores evidenciaron que fue fundamental la determinación por parte de expertos de los 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. Éste, como otros índices, ha permitido a la comunidad científica afirmar que es una enfermedad, que afecta a un amplio sector de la sociedad y que ha crecido en las últimas décadas. Sin embargo, la bibliografía reseñada muestra que no existe unanimidad en torno a las formas de entender el problema.

Conocimiento científico, expertos y la construcción de estadísticas

En lo que sigue se expondrán algunos de los desarrollos teóricos que brindan pistas para comprender cómo, en determinadas coyunturas, el conocimiento producido en un ámbito llega a ser movilizado por actores de otros espacios sociales que se muestran capaces de imponer visiones del mundo, de sus problemas y de sus soluciones. Para esto, se retomarán autores que hacen hincapié en la configuración y las normas específicas que tiene la

producción de conocimiento y la expertise. Por último, se observará la importancia fundamental del uso de estadísticas como base de legitimidad para proponer soluciones.

Los desarrollos conceptuales de Magali Sarfatti Larson (1990) que desde el campo de la sociología de las profesiones aportan a comprender el modo en que el conocimiento es producido y aplicado, de modo tal que la vida de las personas queda afectada. En “Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo”, Sarfatti Larson se vale, para abordar esta cuestión, de los trabajos de Michel Foucault y Pierre Bourdieu, a partir de los cuales elabora la noción de campos discursivos, 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 de ellos, 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. Para la autora, es clave entender que ese reconocimiento no se da de manera natural sino que obedece a fenómenos propios de las sociedades contemporáneas, como la 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 hablaba Bourdieu– que algunos agentes obtienen sobre otros para la imposición de visiones en torno de temas que adquieren un carácter disputado. Pierre Bourdieu, en su desarrollo teórico, coloca mayor énfasis en los diferenciales de poder que permiten a unos agentes imponer sus visiones e intereses por sobre los de otros. En el mismo proceso de reconocimiento juegan un papel central los distintos diferenciales de poder que detentan los miembros de una sociedad (o dentro de un campo delimitado de la sociedad, como el campo científico), 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).

Sergio Morresi y Gabriel Vommaro en su libro “Saber lo que se hace: Expertos y política en Argentina” (2011) ofrecen diferentes trabajos basados en investigaciones empíricas que dan cuenta de los distintos procesos de interacción entre política y expertise en la Argentina reciente. La orientación del análisis está puesta en observar las características y los procesos que se llevan a cabo al interior del conocimiento experto. Se focalizan en cómo se elabora para ser aplicado y al mismo tiempo cómo orienta a la acción política, económica o social dando legitimidad a un curso de acción determinado. En este marco, sostienen que el conocimiento experto no es neutral, sino que ayuda a moldear a las organizaciones e instituciones que se sirven de él (Vommaro & Morresi, 2011, p.24). Otra cuestión que resaltan es que la expertise es un fenómeno global que se construye entre la intersección entre la esfera nacional y la internacional, pues se trata en la mayoría de los casos de procesos de importación/ exportación de saberes y de personas que tienden a hacer más fuertes y duraderas las redes que sostienen el discurso experto. En tal sentido, sostienen que la circulación de expertos es esencial a este fenómeno en donde se produce una circulación permanente de contactos profesionales y personales, de ideas y de experiencias a través de distintos mecanismos que han sido frecuentemente analizados con la metáfora de la red (Vommaro & Morresi, 2011:25). En este punto, es importante destacar la importancia de los rankings– que ordenan y jerarquizan instituciones, países y regiones – que se relaciona con el valor otorgado a los estándares internacionales como forma de normalización de los debates en torno a los problemas expertos, pero también en cómo se traducen con facilidad en horizontes normativos que sirven para imponer orientaciones políticas en diferentes países o regiones (Vommaro & Morresi, 2011: 28)

Los autores sostienen que la distinción de los expertos de los académicos, radica, en gran parte, en su capacidad de funcionar como sujetos capaces no solo de presentar las credenciales universitarias del mundo académico (diplomas de grado y posgrado, estos últimos muchas veces en prestigiosas universidades del exterior, publicaciones científicas) sino de movilizar ese capital simbólico de forma tal de legitimar sus discursos, sus visiones del mundo y sus recomendaciones específicas fuera del ámbito académico y científico (Vommaro & Morresi, 2011:18). En este marco, la estadística constituye para los expertos una forma dominante en la objetivación y definición del mundo social, permiten legitimar

bajo el principio de su magnitud (dimensión o extensión) de ese fenómeno en sinónimo de su relevancia social y desde allí se exige su atención de la política pública.

Conclusiones

A lo largo de la presentación se pudo 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. Los diferentes autores reseñados evidenciaron que fue fundamental la determinación por parte de profesionales expertos en 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 mediciones 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 padecer otros problemas de salud.

Aunque no pudo ser analizado en detalle, y es una cuestión que se pretende seguir estudiando, se identificó que el campo de los expertos en temas relacionados con la obesidad tiene sus divisiones e incluye un sector – no hegemónico– que pone en duda que la obesidad sea en sí misma una enfermedad, que el índice de masa corporal sea el método adecuado para medirla internacionalmente y su actual carácter de epidemia. En este contexto, la bibliografía especializada en el análisis de la expertise permite sostener que a la hora de hablar de cuestiones científicas no todos tienen la legitimidad ni los créditos para definir “obesidad” sino que en esa definición se requiere de “pericia” –en términos Sarfatti Larson– y para su obtención es necesario transcurrir por las lógicas de la educación oficial para la atribución de títulos que legitimen esa expertise. Por otra parte, se pudo observar que las cuestiones legitimadas socialmente en las agendas internacionales con respecto a la obesidad incidieron en la consagración de una determinada forma de producción del conocimiento sobre el mundo social (la estadística), mientras que esas herramientas cognitivas estandarizadas y los grupos capaces de manipularlas, constituidos como expertos, influyeron en la definición de esa agenda y, por tanto, en la orientación de las políticas gubernamentales. En este caso, es fundamental entender a la expertise como un fenómeno global en donde los estándares internacionales se transforman en horizontes normativos que sirven para imponer orientaciones a la hora de conceptualizar determinados temas (Vommaro y Morresi, 2011).

En el caso de la obesidad, su reconocimiento como fenómeno global se relaciona con las formas validadas de medirlo y entenderlo internacionalmente a través de la lógica de la importación de conocimientos. Otra de las cuestiones que se han analizado, en cuanto a la forma de concebir la obesidad, es que no necesariamente las personas con un IMC superior a 30 se consideran enfermas u obesas.

Las indagaciones preliminares permiten afirmar que en la Argentina se registra un proceso que guarda importantes similitudes con el que fuera descrito por la bibliografía que refiere al escenario internacional. Sin embargo, la atención recibida por parte de las ciencias sociales y humanas se ha centrado, por un lado, los que están orientados al diagnóstico y prevención de la obesidad infantil (Kofman, 2011) y por otro lado en los enfoques orientados al análisis del impacto del discurso médico en las concepciones y consecuencias de la obesidad (Noblia, 2017). El presente trabajo se inscribe en esta vacancia, en el estudio de cómo la obesidad se ha constituido en objeto de preocupación para una multiplicidad de actores sociales (como miembros de la profesión médica y del ámbito científico, legisladores, autoridades estatales, medios masivos de comunicación y los propios afectados) llevando a la implementación de medidas sanitarias por parte del Estado (en los niveles nacional y provincial). Con respecto a esto último, en la tesina de grado (Nogueira Expósito, 2017) se realizó una primera identificación del proceso de construcción de la obesidad como un problema público, haciendo foco en la formulación de los distintos proyectos de ley sobre el tema desde el año 1995 hasta la sanción de la ley n° 26.396/08 en el año 2008. En el trabajo se identificó y caracterizó a una serie de actores relevantes (expertos, entre los que se incluyen profesionales y científicos con distinta adscripción disciplinar, como médicos, nutricionistas y antropólogos; población obesa; legisladores; funcionarios; empresarios, tanto de la industria alimentaria como del sector de la salud; entre otros) quienes, actuando de manera individual o colectiva, contribuyeron a la definición del problema y a promover respuestas del Estado y de la sociedad civil. 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 necesarias para la comprensión del caso de la obesidad y para poder ayudar al diseño de políticas públicas.

Bibliografía

- Burrows, R. (2000) “¿Existe realmente una asociación entre la obesidad infantil y la del adulto?” En: Albala, C., Burrows, R., Diaz, E. & Kain, J. (Eds.), *Obesidad: un desafío pendiente*. Santiago: Universitaria.
- Campos P. “*The obesity myth*.” Nueva York Gotham Books, 2004.
- CESNI, SAOTA. “*Hacia el mapa de la obesidad en Argentina*”. 1ª Jornada de Obesidad en Argentina. Buenos Aires: Octubre 2012. Disponible <http://www.cesni.org.ar/Content/pres.mapa12.pdf>. Acceso 29/01/13.
- Contreras J, García M. “*Qué comer, cuánto comer; la emergencia de las sociedades obesogénicas*”. Congreso ALA, e.p. 2010.
- Cruz Sánchez, M.; Tuñón Pablos, E; Villaseñor Farías, M; Álvarez Gordillo, G; Nigh Nielsen, R. (2013). “*Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología*”. *Región y sociedad* págs.: 165-202.
- Daniel, Claudia, “*Cuando las cifras componen lo social. Estado, estadísticas y expertos en la construcción histórica de la cuestión social en Argentina (1913–1983)*”, en Morresi, Sergio and Vommaro, Gabriel (eds.), *Saber lo que se hace. Técnica y política en Argentina* (Buenos Aires: Prometeo/UNGS, 2012), pp. 66
- Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, et al. “*Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)*”. *Arch Argent Pediatr*. 2009; 107(5):397-404.
- ENNYS (2007) “*Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados*”. Ministerio de Salud, 2007. Disponible en <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>
- 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 M, Comelles JM (ed). “*No comerás*”. Barcelona: Icaria; 2007. [Links]
- Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109(3):256-66

- Gusfield, J. (2014). *“La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente”*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ministerio de Salud de la Argentina. (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-201311_gpc_obesidad-2013.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2005). *Primera Encuesta Nacional de Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFR)*. Primera edición. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2009). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFR)*. Primera edición. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2013). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFR)*. Primera edición. Buenos Aires http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf. (10/04/2017)
- Norma Piazza (2015). *“Obesidad: definición y diagnóstico antropométrico”* en *Obesidad: guías para su abordaje clínico*. Comité Nacional de Nutrición. Sociedad Argentina de Pediatría.
- OMS (2015) *“Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria.”* WHO. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>
- OMS *“Datos y cifras sobre obesidad infantil”*. (2017). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- OMS *“Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”*. (DPAS,2004): En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf. [Links]
- Parra-Cabrera S, Hernández B, Durán-Arenas L, López-Arellano O. *“Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública.”* *Revista de Saúde Pública*. 1999;3:315-25.

- Pérez, M. A., Blasco, F., & Furio Blasco, E. (n.d.). “*Los costes económicos de la obesidad y el sobrepeso*”. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01764899>
- 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.
- Sociedad Argentina de Nutrición. (14 de Octubre de 2015). <http://www.sanutricion.org.ar/>. Obtenido de <http://www.sanutricion.org.ar/>
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. (14 de Octubre de 2014). <http://www.saota.org.ar/>.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2011). Comité Nacional de Nutrición. Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Arch Argent Pediatr. 2011;109(3):256-66
- Thompson, D., Brown, J. B., Nichols, G. a, Elmer, P. J., & Oster, G. (2001). “*Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study.*” Obesity Research. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.23>
- Vigarello, G. (2011). La metamorfosis de la gordura. Historia de la obesidad desde la Edad Media al siglo XX. 2011, Buenos Aires, Nueva Visión