

La obesidad en disputa. Los debates en torno a la ley 26.396 en los medios de comunicación nacional (Argentina 1995-2008).

Manuela Nogueira Expósito
FaHCE (UNLP)- CEREN (CIC/PBA)
manuelanogueiraexposito@gmail.com

El presente trabajo forma parte de una investigación llevada a cabo para mi tesina de grado de la Licenciatura en Sociología, cuyo objetivo es comprender el proceso de conformación de la obesidad¹ como enfermedad y como problema público en la Argentina contemporánea. La perspectiva de análisis articula herramientas teóricas sobre la construcción de problemas públicos y sobre el carácter social y culturalmente construido de las enfermedades. Se estudia específicamente, en el caso de la obesidad, cómo las definiciones y propuestas de intervención estatal resultaron de disputas entre actores que movilizaron recursos cognitivos, políticos, económicos e institucionales.

El objeto de esta ponencia en particular, es observar la forma en que el tema apareció en los medios de comunicación y cómo éstos reflejaron el proceso de formulación, presentación, debate, sanción y reglamentación de la ley. Al mismo tiempo, cómo fueron llevados a cabo los reclamos por la necesidad de la ley y las voces de algunos de los protagonistas. La perspectiva metodológica se centró en el relevamiento y análisis de fuentes documentales de los proyectos de ley, boletines oficiales y medios de comunicación televisivos y gráficos.

La investigación permite reflexionar acerca del modo en que la obesidad se tornó en un problema del orden de lo público, requiriendo la intervención de políticas y autoridades competentes. Por esta razón, se retomarán algunos conceptos centrados en el campo de estudios de los problemas públicos.

El autor pionero en el tema, Joseph Gusfield (2014), analiza esta cuestión en su libro “La cultura de los problemas públicos, el mito del conductor alcoholizado” en donde reflexiona acerca del modo en que un problema se torna del orden de lo público, requiriendo la intervención de las autoridades competentes. Se utiliza el concepto de problema público para designar el proceso a través del cual un hecho se convierte en un asunto de reflexión, de protesta y objetivo

¹Si bien la Ley n° 26396 de prevención y control de los trastornos alimentarios, habla de bulimia, anorexia, sobrepeso y obesidad, el presente trabajo se centrará sólo en la obesidad.

para la acción pública. Sostiene que son 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. Desde esta perspectiva de análisis, no todos los involucrados en el tema poseen la misma capacidad de influir sobre la opinión pública, no todos tienen el mismo grado o clase de autoridad para ser fuentes 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.

Interesa mostrar entonces, cómo las definiciones sobre la obesidad y las propuestas de intervención estatal son el resultado de disputas entre actores que poseen diferente peso dentro del campo. Para esto se expondrá cómo se fueron dando las disputas en torno a las diferentes formas de entender y tratar el problema, prestando atención a las posiciones y tomas de posición de los distintos actores que configuraron el campo discursivo alrededor de la obesidad (Bourdieu y Wacquant, 2014).

Comenzaremos presentando a los actores que participaron en el proceso presentación, formulación y sanción de la ley.

Expertos: se incluyen en esta categoría a los profesionales que estudian, trabajan o se especializan en el tema de la obesidad. Entre ellos se encuentran los médicos (pediatras, nutricionistas, sanitaristas), técnicos o licenciados en nutrición, antropólogos, ingenieros en alimentos, entre los más destacados. Intervienen sobre el tema a partir de algún tipo de saber anclado en investigaciones científicas, o alguna formación disciplinar particular. Cuentan con la “pericia” (Sarfati Larson, 1990) que es reconocimiento de un individuo/actor identificable por distintivos concretos dados por un conocimiento especializado superior al del resto de las personas. Este reconocimiento de la experticia por parte de los demás actores dentro del campo es clave ya que les brinda legitimidad científica. 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 y acerca de las políticas públicas para tratar el tema. Estas diferentes posturas cuentan con mayor o menor capacidad de imponer visiones o contar con espacios y recursos. Por un lado, se encuentran 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 los que considero expertos heterodoxos, que si bien tienen distintas miradas, suelen analizar a la obesidad como un problema que reclama regular la industria y actuar sobre algunos factores sociales.

Población obesa: es la población objeto de la ley. Son las personas que entran en la categoría de obesidad que según la Organización Mundial de la Salud se diagnostica cuando el índice de masa corporal (IMC)² es igual o superior a 30 kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm. La categoría “obesidad” y “paciente” es construida por la ciencia médica aunque esto no implica que aquellos incluidos en tales categorías se consideren como tales. 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 rama de la industria encargada de todos los procesos relacionados con la cadena alimentaria. Está agrupada en la COPAL (Coordinadora de las

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 / m². 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. (OMS, 2015)

Industrias de Productos Alimenticios), organización empresarial que nuclea a cámaras y empresas de la industria de Alimentos y Bebidas. La entidad cuenta con treinta y cuatro cámaras asociadas que representan a más de 2.000 empresas de todo el país, lo que se infiere que les brinda la posibilidad de influir en diversos ámbitos.

Financiadores del sector salud: Son las empresas prepagas y obras sociales. Luchan para evitar la incorporación de la obesidad en el Programa Médico Obligatorio ya que si esto sucede, son ellos los que tendrían que financiar los costos. En caso que esto sucediera podrían aumentar sus cuotas o ser financiados por el Estado.

Los prestadores del sector salud: son los actores ya sea personas o instituciones que brindan tratamientos. Empíricamente pueden coincidir con los “expertos”, pero analíticamente son otro actor. El desafío del análisis en este caso es observar cómo se entremezclan intereses y saberes. Su inclusión en el grupo de actores con intereses económicos se fundamenta en que, previo a la sanción de la ley, la cobertura del tratamiento brindado por los nutricionistas dependía de la derivación de pacientes por parte de médicos que realizaban diagnóstico de enfermedades relacionadas con la obesidad. La sanción de la ley implicaría mayor cantidad de pacientes en sus consultorios. También, la posibilidad de realizar cirugías bariátricas ya que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga cubrirían el tratamiento.

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 e impulsar políticas públicas.

La obesidad como problema y su solución: miradas alternativas

Para clarificar el análisis y ver cómo se fueron movilizandolos diferentes actores alrededor de los distintos proyectos de ley que tienen como eje el tratamiento de la obesidad, se construyeron tres tipos ideales relativos a las miradas acerca de la misma. 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, en cambio, tiene el significado de concepto límite puramente ideal, respecto del cual la realidad es medida y comparada a fin de esclarecer determinados elementos significativos de su contenido empírico... El tipo ideal es... el intento de aprehender, en conceptos genéticos, individuos históricos o sus elementos significativos" (Weber, 1982: 82).

Los tres tipos de miradas sobre la obesidad acentúan los puntos de vista, formando un cuadro conceptual homogéneo de los rasgos más significativos de un fenómeno individual. Ellos son construcciones que abstraen distintos modos de concebir la enfermedad, de pensar la intervención o las respuestas que deben dar el Estado y la sociedad. Fueron construidos en la presente investigación para mostrar cómo los proyectos van incorporando o excluyendo determinados temas en la ley y cómo alrededor de los proyectos se estructuran disputas que afectan de manera distinta a los diferentes actores involucrados.

Mirada médico asistencial: está constituida por una perspectiva clínica de tratamiento individual. Hace hincapié en la modificación de los estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación y de actividad física. Está destinado al tratamiento una vez que la persona ya padece la enfermedad y no está orientada a la prevención. Quienes se encolumnan dentro de esta mirada reclaman que la obesidad sea considerada enfermedad y que sea incluida como tal en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Es decir, el Estado debería hacerse cargo de garantizar la atención ya sea por una obra social, mutual, pre-paga o en el sector público. Esta dimensión es la que atraviesa todos los proyectos.

Mirada preventiva individual: esta mirada supone que la obesidad es un fenómeno complejo y que su aumento a nivel mundial tiene consecuencias sociales y económicas. Considera que no sólo es un problema médico, sino que diversos factores participan en su incremento como las características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico). De esta manera, hace especial hincapié en la prevención, donde se diseñan estrategias orientadas a promover la elección de una alimentación saludable y la creación de entornos que faciliten la actividad física. Agrega la prevención a la mirada médico asistencial al no centrarse sólo en el tratamiento de los ya obesos sino en la concientización, focalizando en medidas preventivas dirigidas a toda la sociedad. Pone de manifiesto que el exceso de peso está relacionado con la falta de control individual, enfatizando la necesidad de modificar “conductas” asumiendo que la sociedad se compone de individuos “libres”, con capacidad y posibilidad de elegir qué, cómo y cuándo comer. Así, parte de una concepción de individuo racional que elige libremente los alimentos que consume, distinguiendo entre opciones más y menos saludables. Esta mirada supone que el Estado debe hacerse cargo de generar pautas

de conductas saludables. Sin embargo no propone la regulación de entidades como la industria alimentaria, la publicidad y los medios de comunicación.

Mirada preventiva colectiva: a diferencia del discurso preventivo individual, esta mirada pone el foco en las causas estructurales, en las dimensiones socioeconómicas de la “epidemia de obesidad”. Se diferencia de la anterior ya que considera que la elección individual (acerca de qué comer) no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan. Sostiene que las decisiones personales acerca del tipo de alimentos, bebidas, ejercicio, no se realizan libremente, sino que existen condiciones de vida que funcionan como estructuras que condicionan las posibilidades de elección. De esta manera, cree que la sociedad ofrece consumos que pueden estar en el origen de determinadas conductas. Ve al fenómeno como un problema multifactorial para cuya solución resulta central la regulación de la industria alimentaria y la acción de las instituciones públicas. Al igual que la postura anterior, esta mirada pone el énfasis en la prevención pero sumada a la reglamentación de actores como el mercado y el estado.

Hasta aquí se han identificado y caracterizado a los actores y miradas que permiten exponer las diferentes formas de entender y pensar la intervención o las respuestas que deben dar el Estado y la sociedad al problema de la obesidad en la Argentina. En el siguiente análisis se mostrará cómo fueron actuando los distintos actores y como estas miradas estuvieron presentes en el proceso de presentación, debate y sanción de la ley, lo que permitirá exponer la incorporación o exclusión de temas en la ley y cómo estos afectaron las connotaciones y los alcances que después tendría la ley reglamentada.

Aparición en la escena mediática

La primera repercusión en los medios de comunicación acerca de la necesidad de una ley de obesidad, aparece en el mes de septiembre de 1999 en los diarios Clarín y La Nación. Se publican dos noticias que hablan del IV Congreso Argentino de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Allí, por primera vez, es mencionada la necesidad de una ley de obesidad en los medios de comunicación gráfica nacional. De esta manera, el diario Clarín (1999) publicaba:

“Un panel de expertos debatió sobre el avance de la obesidad, que ya es considerada una epidemia global por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y discutió sobre la necesidad de una legislación. (...) Los especialistas explicaron que hoy la prestación recién se efectúa si el paciente desarrolla otra enfermedad como consecuencia de la obesidad, es decir, cuando ya está en juego la salud del paciente y su productividad. La doctora Rosa La Banca, presidenta del

Congreso, destacó que la legislación no acompaña un desarrollo saludable. Esto significa que una persona obesa no tiene derecho a recibir descuentos en medicamentos o a hacerse estudios clínicos bajo el diagnóstico de obesidad. Para el tratamiento de un paciente obeso, el médico debe argumentar algún trastorno paralelo que esté cubierto por las leyes sanitarias. Todavía es considerada una cuestión exclusivamente estética.”

Por su parte La Nación (1999) hablando del mismo congreso agregaba:

“Según los especialistas, lo que también hace falta es una ley que reconozca a la obesidad como lo que es: una enfermedad. Para resolver el vacío legal ya tiene media sanción por la Cámara de Diputados un proyecto de la diputada Carmen Banzas de Moreau que, de ser aprobado, obligará a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga a brindar cobertura al tratamiento de la obesidad y de otros trastornos de la alimentación, como la bulimia y la anorexia. (...) Pablo Giordano, presidente de la Asociación de Medicina Prepaga (Ademp), dijo que, desde un punto de vista médico, es deseable que todos puedan acceder al correcto tratamiento de todas las enfermedades. "Desde el punto de vista de la estructura de salud, esto va a significar un traslado del financiamiento de estas nuevas prestaciones al consumidor. Entonces, muchas personas no van a poder pagar la cuota, van a renunciar al servicio y deberán dirigirse al servicio de salud público, que presenta graves problemas", explicó.”

Los artículos periodísticos reflejaban que en ese encuentro predominaba la *mirada médico asistencial*, ya que se demandaba el reconocimiento de la obesidad como enfermedad y la cobertura de sus tratamientos, a la vez que indicaban que -en ese momento- para que se llevase a cabo el tratamiento a un paciente obeso, era necesario que otro médico certificara algún trastorno concomitante.

El reclamo estaba encabezado por el actor *“experto/prestador del sector salud”*, las agrupaciones de nutricionistas para quienes la sanción de esta ley significaría que los *“pacientes obesos”* podrían acudir a ellos sin derivación previa, aumentando por tanto el flujo de pacientes. Por otro lado, si la obesidad era incluida en el PMO, los *“financiadores del sector salud”* estarían obligados a cubrir la totalidad de la prestación.

Lo que los medios nos muestran es cómo, desde este primer momento, se estructuró uno de los frentes de disputa alrededor de esta ley, lo que permite entender por qué la ley tendrá un derrotero tan lento. Vemos que el primer actor que fijará postura ante esto es el representante de

las prepagas y si bien señalaba que todos tienen derecho al acceso, mostraba las dificultades de financiamiento y la oposición de las prepagas. Es aquí donde se comienza a cuestionar el origen de los fondos para cubrir su tratamiento.

Proliferación de proyectos y visibilidad mediática

Entre los años 2000 y 2005 se presentaron alrededor de cuatro o cinco proyectos de ley por año en el Congreso de la Nación, muchos de los cuales continuaron sosteniendo la necesidad de considerar a la obesidad como enfermedad, su inclusión en el PMO y el acondicionamiento de lugares públicos para el tratamiento a personas con este problema. Sin embargo esto no tuvo repercusión mediática.

A partir del año 2006 se comienza a emitir por Canal 13 el programa televisivo “Cuestión de Peso”, que consistía en que los participantes logren el objetivo de descender de peso en forma saludable. La metodología se basaba en el seguimiento médico, la actividad física y la corrección de las conductas alimenticias, a lo que se sumaba el estímulo en los tratamientos dado por un sistema de premios y castigos semanales. Los participantes competían por un premio en dinero todas las semanas, que era acumulativo hasta el fin de su participación, ya sea porque abandonaban el programa o llegaban a su instancia final, siempre que hubiesen cumplido los objetivos de descenso de peso que se les proponían. En el mismo año, el programa comenzó a impulsar una campaña para que se sancione la ley de trastornos alimentarios y el 21 de noviembre convoca a un acto en el Congreso de la Nación para reclamar una ley para el tratamiento de la obesidad. En este sentido, en el diario La Nación (2006) se publica una nota titulada “Reclamaron a diputados una ley para prevenir y tratar la obesidad,” la cual relata:

“Más de un millar de personas con problemas de obesidad hicieron ayer un abrazo simbólico al Congreso Nacional, donde reclamaron a los diputados la aprobación de un proyecto de ley para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La iniciativa, impulsada desde el programa de televisión Cuestión de peso, procura que los legisladores recategoricen la patología con el rango de "enfermedad" para que las empresas de medicina prepaga y las obras sociales la incluyan en su plan de prestaciones médicas, según informó la agencia DyN.”

Un año después, en octubre de 2007, el mismo programa convocó a otra marcha para volver a reclamar sanción de la ley. La manifestación, según el diario Página 12 (2007):

“Fue realizada bajo la consigna “Hagamos temblar el Congreso, por una ley de obesidad ya” fue organizada por agrupaciones de lucha contra la obesidad que reclamaban desde hacía

tiempo una ley que obligue a las obras sociales y prepagas a financiar tratamientos para combatir y prevenir el sobrepeso.”

Estas noticias como las versiones taquigráficas muestran que esta movilización impulsada desde el reality show “Cuestión de peso” tuvo su correlato en el congreso nacional, lo que se puede ver reflejado en el siguiente fragmento del discurso de la diputada Mónica H. Fein:

“Para finalizar, creo que no podemos desconocer, (...) que en buena medida este tema ha sido instalado gracias a un programa de televisión. Entonces, me pregunto si está mal que discutamos un proyecto propuesto no sólo por quienes lo conducen sino también por sus participantes. En el siglo XXI no me parece que tengamos que asombrarnos de que las demandas de la sociedad se canalicen a través de los medios de comunicación.

En algún momento alguien señaló que había lobbies para que este proyecto prosperara. Me pregunto quién tiene el “lobímetro”, quién puede decidir cuándo una demanda social es un lobby y cuándo no. Realmente, no creo que estemos haciendo populismo al dar lugar a la demanda surgida de un programa de televisión. Estamos escuchando a la sociedad gracias a uno de los medios privilegiados por los cuales puede expresarse. En todo caso, escuchar a los que saben y a los que sufren no es un acto de populismo sino de democracia.

No creo que en esta cuestión haya habido presión mediática sino que hubo participación popular a través de un programa de televisión.” (Diario de Sesiones, Cámara de Diputados De la Nación, 2008)

Por su parte la diputada Vázquez de Tabernise, Silvia B. afirmaba:

“(…), así como muchas veces señalamos con el dedo a los medios de comunicación que no están a la altura de las circunstancias, no favorecen el debate y no sirven para esclarecer a la opinión pública, también es bueno indicar, como aquí se ha destacado, que un medio televisivo, masivo, ha planteado el tema con mucha altura y ha ayudado a que esta cuestión finalmente se tradujera en una ley para toda la Nación. Ello también ha sido posible gracias a los legisladores que a lo largo de estos años han presentado distintos proyectos sobre el tema en debate, así como también al sufrimiento de muchos argentinos y argentinas que no encuentran respuesta en la cobertura de sus obras sociales. (...)

Las disidencias ya han sido planteadas y las diversas opiniones se encuentran claramente contempladas. Por lo tanto, pido por favor que retiremos del debate estas cuestiones para que rápidamente podamos dar sanción definitiva a la ley.” (Diario de sesiones, 4 de Junio de 2008)

Estas citas dan cuenta de cómo se comienza a dar una lucha para que se sancione la ley de trastornos alimentarios, y el impacto que tuvieron los medios de comunicación en los diputados a la hora de tratarla. Se observa cómo a partir de la visibilización mediática del problema se comenzó a debatir en el congreso a diferencia de lo que sucedía antes.

Ahora bien, ¿Cuál es el actor o los actores que están reclamando esta ley? Por un lado encuentro un programa televisivo que usa este medio para llevar a cabo una movilización. La particularidad de este programa es que está encabezado por el doctor Alberto Cormillot, un reconocido médico nutricionista argentino que dirige instituciones como la Clínica de Nutrición y Salud, Dieta Club (grupos profesionales para adelgazar) y Fundación ALCO (grupos de autoayuda) entre otros.

Este actor, según la clasificación planteada anteriormente en el presente trabajo, entraría en la categoría de “*experto/prestador del sector salud*” ya que se puede ver que es un importante referente especializado en el tema y ocupa posiciones en distintas organizaciones. Asimismo, las instituciones a las cuales pertenece son prestadoras del servicio, es decir, son los nutricionistas los cuales tienen un consultorio y atienden a los pacientes obesos. Que la obesidad entre en la categoría de enfermedad significa que se destinen recursos hacia su tratamiento.

En este escenario también aparece representado el actor “población obesa” agrupado en reclamo de la ley junto con sus familiares o gente particular interesada en la causa. Sin embargo hay que hacer una distinción en este punto, que estos “movilizados” no se han establecido como una organización de pacientes propiamente dicha. En muchos países o mismo en Argentina con otras enfermedades, se han establecido organizaciones de pacientes en las cuales se han diseñado mecanismos de participación en las decisiones de los sistemas de salud pública y se consagran tanto en las leyes como en el discurso político que el paciente es el protagonista de la salud. Estas organizaciones por lo general tienen funciones como: hacer campañas y estrategias de información sobre la enfermedad y su tratamiento, educar para la prevención de la enfermedad, promocionar proyectos de investigación relacionados a la información, difundir los derechos y los deberes de los pacientes, reclamar a la administración para lograr mejoras en la asistencia sanitaria. (García Sempere y Jose Artells, Juan, 2015)

Lo que vemos en este caso dista de ser una organización de pacientes. Lo que emerge es una lucha promovida por y desde el programa televisivo “Cuestión de peso” con médicos nutricionistas como los abanderados de la causa de la ley de obesidad. Sin embargo es destacable

observar que por primera vez en la Argentina se produjo una movilización de personas con exceso de peso, pero estas no se automovilizaron sino que fueron movilizadas por otro actor, el cual poseía intereses particulares para que se sancionara la ley.

La repercusión mediática llevó a que en la escena legislativa en el mismo año se diera un boom de proyectos de ley en donde aparece la *mirada preventiva colectiva*, poniéndose en foco los aspectos sociales de la enfermedad. Esto se refleja en los siguientes artículos publicados en los proyectos de ley entre el 2006 y 2008 en donde se ven afectados los intereses industriales:

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

- 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 la republica argentina, de cualquier origen deben incluir, en idioma nacional, en su envase 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. (Leguizamon, María Laura, 2006) (Solanas, Raúl Patricio, 2006) (Acuña Kunz, Juan Erwin Bolívar, 2006) (Curletti, Miriam Belén, 2006) (Sanz, Ernesto Ricardo, 2006) (Sanz, Ernesto Ricardo, 2006) (Capitanich, Jorge Milton, 2006) (Marino, 2007) (Sartori, Diego Horacio, 2007) (Bisutti, Delia Beatriz, 2006).

Estos nuevos artículos que se suman a los proyectos surgidos en esos años asumen una postura inclinada hacia lo social al entender la obesidad como un fenómeno multifactorial. La obesidad es entendida como resultado del aumento en la disponibilidad de los alimentos, el abaratamiento de las grasas los azucares y las harinas, la fabricación de mayor variedad de alimentos altamente procesados, la oferta y propaganda a toda hora de este tipo de alimentos, todas estas cosas aparecen como una burla para el consumidor racional. Considera que la

sociedad promueve consumos que pueden estar en el origen de determinadas conductas. Por esto considera de suma importancia la regulación de la industria alimentaria y de las instituciones públicas.

Por lo tanto, entre el 2006 y el 2008 se producen avances significativos en cuanto a la ley. Por un lado se observa cómo la repercusión mediática genera que en el congreso se le preste mayor atención a la ley y que se presenten mayor cantidad de proyectos. Por otro lado, también se dan avances a la hora de entender la obesidad, ya no como un fenómeno individual sino que aparece fuertemente condicionado por la sociedad.

Me parece importante distinguir que la lucha mediática y la lucha que se da en el congreso no necesariamente fueron de la mano, ya que, mientras en el congreso surge esta nueva *mirada preventiva colectiva*”, lo que se reclama mediáticamente, según los medios de comunicación analizados, es la incorporación de la obesidad como una enfermedad y su inclusión en el PMO. Es decir, se da una continuidad del predominio de *“la mirada médico asistencial”* que está en el origen de los proyectos que se venían desarrollando desde el proyecto de ley inicial de 1995.

La confrontación, proceso tratamiento de la ley.

La idea de este apartado es analizar cómo fueron apareciendo y actuando los distintos actores presentados a la hora del tratamiento, debate y sanción de la ley. Durante 2007 y 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 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 23 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. La lista incluía la bulimia, la anorexia y la obesidad, cuyos tratamientos deberían ser cubiertos de manera obligatoria tanto por las obras sociales sindicales como por las empresas de medicina prepaga, una vez que fuera sancionada la ley.

En tal sentido el diario La Nación (2007) afirmaba:

“Las 23 iniciativas fueron presentadas en los últimos dos años y se encontraban demoradas en comisión debido al acuerdo que el gobierno nacional había arribado con la Unión Industrial Argentina para congelar el trámite parlamentario de una serie de iniciativas

modificatoria de la actual legislación laboral que, según la óptica de esa entidad, incrementan los costos de las empresas.”.

En esta cita se manifiesta la presión de Unión Industrial Argentina y los intereses en disputa. La nota da cuenta de lo que yo llamaría “la primera actuación” del actor que he denominado “*Industria alimentaria*” el cual, tal como se ve claramente- opone resistencia para cuidar sus intereses. Por otro lado también aparece el “gobierno nacional” el cual según la cita acuerda con los industriales para que no afectar sus intereses.

Entre el 4 y 5 de junio de 2008 los tres diarios analizados dan cuenta de que en la Cámara de Diputados se aprobó el proyecto de ley de obesidad. Sin embargo, 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 fue modificado, acordando que debería obligarse 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)

De esta sesión también dieron cuenta los medios de comunicación:

“El diputado kirchnerista tucumano Alfredo Dato dijo que la palabra azúcar aparecía "demonizada". Jujeños y formoseños, y también de otras provincias no productoras, compartieron ese criterio. (...)” “Con el retoque, sólo se obliga a estas empresas a incluir en la publicidad del producto que su “consumo excesivo es perjudicial para la salud”. (Página/12, 2008)

Por su parte el diario Página 12, el día 5 de Junio de 2008 publicaba:

“Ya a mediados de noviembre del año pasado, mientras se trataba el proyecto en el Senado, la propia presidenta de la Comisión de Salud, Haydée Giri, aclaró que “el tema de la industria no lo toca ni lo va a tocar” esta nueva ley, que no tenían “nada que ver” porque “éste no es un proyecto de la Comisión de Industria y Comercio”. Ayer, en el recinto directamente

bajaron el artículo 11, argumentando que dañaba a las industrias azucareras de Salta y Jujuy.”
(Pagina 12, 2008)

El 13 de agosto de 2008 se sancionó la Ley 20.396 de Trastornos Alimentarios. Si bien, como presenté anteriormente, hubo otras iniciativas, la ley sancionada por ambas cámaras 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 (Boletín Oficial, Septiembre de 2008).

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 requiere 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 Cristina Fernandez de Kirchner promulgó la ley de obesidad, lo hizo con la “observación” de cuatro artículos. Esta información fue publicada tanto en el Boletín oficial de la fecha como en el diario La Nación. Ellos fueron:

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. *"Son artículos que colisionan con algunas normas ya establecidas, como el artículo 5º, que incluía a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave) -informó el doctor Carlos Sorati, secretario de Política, Regulación e Instituto del Ministerio de Salud-. Para las enfermedades no transmisibles, el ministerio ha creado áreas específicas de control, y esto es así acá y en el mundo entero".* (La Nación, 2008)

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)(La Nación, 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)(La Nación, 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. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)(La Nación, 2008)

Puede observarse que todos los artículos que aparecían en la ley que “afectaban” o “regulaban” a la industria fueron eliminados. De esta manera como dijo la presidenta de la Comisión de Salud, Haydée Giri, “el tema de la industria no lo toca ni lo va a tocar” (Página/12, 2008) y así fue. Podemos ver entonces que el actor “industria alimentaria” tuvo una posición fuerte dentro del campo, relacionado con su capacidad de lobby.

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 la lucha por incluirlo y las resistencias para impedirlo, es necesario hacer un breve análisis acerca del PMO y por qué es importante la incorporación de la obesidad en el mismo.

La inclusión de la obesidad en el PMO significa 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.

Por lo tanto, la puesta en vigencia de la mencionada ley generó sinfín de críticas por parte de los representantes a los que yo llamo: “*financiadores del sector salud*”. Éstos mostraron su descontento, ya que afirmaban que si esto se llevaba a cabo podría significar un quiebre del sistema y pondría en jaque a numerosas prestadoras. Se pueden observar varios fragmentos de los Diarios: La Nación, Clarín y Página/12 que dan cuenta tanto de la defensa como de la oposición en cuanto a la incorporación de las cirugías bariátrica por parte de las obras sociales. Éstos en aquel entonces manifestaban que era posible un aumento en las cuotas de las obras sociales.

"Me parece un disparate que se incluya una prestación en el PMO sin un análisis previo de costo-efectividad -dijo a La Nación el doctor Federico Díaz Mathé, director de la Cámara de las instituciones médico asistencial de la República Argentina, Cimara-. Queremos saber cómo piensan financiarlo, porque las empresas de medicina prepaga no tienen los recursos para cubrir estos tratamientos" (La Nación, 2008). Según Claudio Bellocopit, presidente de Swiss

Medical Group, *"todos los habitantes tienen derecho a la salud y a una mejor calidad de vida, y nosotros no nos oponemos al principio enunciativo de la ley. Pero ahora también nos obligan a cubrir la cirugía bariátrica. ¿Y con qué plata vamos a hacerlo? -cuestiona Bellocopit-. Necesitamos financiación, porque legislar con la billetera ajena es muy sencillo"* (La Nación, 2008). Desde la compañía de medicina prepaga OSDE opinaban según el mismo diario *"Siempre sucede lo mismo: agregan nuevas prestaciones y no nos dicen de dónde saldrán los fondos."* (La Nación, 2008)

Por otro lado los defensores de la incorporación aseguraban que:

"Para que un paciente sea candidato a la cirugía tiene que ser gravemente obeso, es decir tener un índice de masa corporal superior a 40, y haber intentado tratamientos no quirúrgicos serios al menos durante cinco años", explicó Fernández. "Respecto a la cirugía, es el último paso luego de que cada paciente con sobrepeso haya cumplido por lo menos dos años de tratamiento médico, psicológico y nutricional sin interrupciones", puntualizó el titular de la ADEMP." (La Nación, 2008)

En cuanto a la opinión por parte del sector estatal:

"El Ministerio de Salud porteño de aquel momento aseguraron que la ciudad estaba en condiciones de cumplir con los requerimientos de la ley. "Llevará tiempo instrumentarla, pero habrá que esperar la reglamentación para encarar la política de salud correspondiente." (La Nación, 2008)

Por su parte la Ministra de Salud de aquel entonces Graciela Ocaña declaraba en el diario Página/12 (2008):

"Seguramente tiene un impacto en los costos de las obras sociales y las prepagas", pero dijo que van a "discutir" el tema con prestadores antes de implementar la ley. (...) "La cobertura de nuevas patologías tiene un impacto en los costos de las obras sociales y las prepagas -dijo Ocaña-, pero lo que hay que discutir es cómo se formulan esos costos".

Conclusión

En el presente trabajo se pudo observar como en los medios de comunicación analizados se plasmó el proceso desde la aparición del primer proyecto de Ley de prevención y control de los trastornos alimentarios hasta su reglamentación: tanto en su etapa inicial donde la ley no era más que una demanda, en el impulso y los reclamos llevados a cabo por el programa televisivo

“Cuestión de peso” a la sanción de la ley, como también en la reglamentación y los vetos de algunos de sus artículos.

Se advierte que desde el año 1995 hasta el 2008 hubo un reconocimiento de la obesidad como enfermedad que redundó en la promulgación de una ley que hoy en día reconoce el derecho a la salud de un nuevo contingente de enfermos. Se puede afirmar que este proceso fue complejo y largo y en él intervinieron diferentes actores con distinto peso. Actores que, además, obtuvieron distintos resultados de esta partida: algunos triunfaron al ver sus intereses representados, otros a pesar de su lucha fueron perjudicados y, finalmente, hubo quienes no se vieron afectados con el proceso.

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 *Mirada Médico 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 disputa 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 del sector salud”* fueron los más perjudicados con la sanción de la ley ya que serían quienes tendrían que cubrir con sus recursos los nuevos tratamientos. Sin embargo se puede inferir que esta pérdida ha sido relativa, en tanto que tienen la posibilidad de ser costeados por el estado o pueden readecuar las cuotas a sus clientes. Por último, está el actor *“población obesa”* el cual fue beneficiado 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 *“Mirada Preventiva individual”*. Ésta resultó exitosa ya que alrededor de la misma no se configuran disputas, lo que implicó que no se modificará su contenido original. 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 quedó 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.

Como se desprende de la investigación realizada, recuperar el rol que jugaron los medios de comunicación, los actores y las distintas miradas que se consolidan en estas disputas, resulta significativo para poder entender cómo se organiza el mapa de posiciones en torno a Ley de Obesidad.

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.

- 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.

- Boletín 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.

- Clarín. (05 de Mayo de 2006). Jaque a la obesidad: crean estrategias para que los chicos coman más sano.

- Clarín. (10 de Septiembre de 1999). Piden una ley para personas con trastornos alimentarios.

- Clarín. (14 de Septiembre de 2007). La obesidad ya es considerada una enfermedad en Misiones.

- Clarín. (17 de Agosto de 2007). Avanza un proyecto que prohíbe la venta de golosinas en las escuelas.

- Clarín. (18 de Enero de 2008). La ley contra la obesidad está vigente en Entre Ríos y se desató la polémica.

- Clarín. (18 de Enero de 2008). Obras sociales y prepagas, a un paso de cubrir gastos por bulimia, anorexia y obesidad.

- Clarín. (21 de Noviembre de 2006). Acto en el Congreso para pedir una ley de tratamiento de la obesidad.

- 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.
- Gusfield, J. r. (2014). La cultura de los problemas públicos el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente . Avellaneda: Siglo veintuno editores.
- La Nación. (10 de Septiembre de 1999). La opinión de las prepagas.
- La Nación. (04 de Septiembre de 2008). Vetan puntos de la ley de obesidad.
- La Nación. (13 de Agosto de 2008). El Senado aprobó la ley de obesidad.
- Nación. (15 de Agosto de 2008). 15 de agosto de 2008 la Nación Posiciones enfrentadas por la ley de obesidad. Buenos Aires, Buenos Aires.
- La Nación. (21 de Noviembre de 2006). Reclamaron a diputados una ley para prevenir y tratar la obesidad. Recuperado el Abril de 2015
- La Nación. (Jueves 14 de agosto de 2008). Oposición de las firmas de medicina prepaga.
- 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/>
- Página 12. (Jueves 5 de junio de 2008). La obesidad como enfermedad. Página 12. Obtenido de <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-105461-2008-06-05.html>
- Página/12. (11 de Octubre de 2007). Un reclamo de peso frente al Congreso.
- Página/12. (5 de Junio de 2008). Los problemas de sobrepeso deben ser atendidos gratis por obras sociales y prepagas.
- 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.

- Sarfatti Larson, Magali (1990). Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo, Revista de Educación, número extraordinario, pp. 200-225.

- 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: Camara de Diputados.

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