

(In) segurança Alimentar e Nutricional: un análisis transcultural de modelos preventivos
contra la obesidad en España, Argentina y Brasil¹

Fabiana Bom Kraemer (UERJ / Brasil)

Mabel Gracia Arnaiz, (URV / España)

Flavia Demonte (UNSAM / Argentina)

Palabras-clave: obesidad; seguridad alimentaria y nutricional; estrategias globales.

INTRODUCCIÓN

La inseguridad alimentaria es una situación en la que el acceso físico, social y económico de los consumidores a alimentos nutricionalmente adecuados es escaso o inexistente (FAO, 2003). Aunque el sentido común percibe lo contrario, la obesidad y la inseguridad alimentaria están asociadas, habiendo sido estimado, en 2007, por la Comisión Europea que alrededor del 20% de la obesidad en los hombres y el 40% en las mujeres se debe a las desigualdades socioeconómicas (Roberteson, Lobstein, Knai (2007). Este fenómeno despierta la preocupación de las organizaciones mundiales de salud y derechos humanos y en 2014 y 2015, la OMS y la ONU recordaron el derecho humano a una alimentación adecuada y suficiente con la publicación de sus informes que promueven que todos los ciudadanos deben tener acceso a una alimentación suficiente y nutricionalmente adecuada, independientemente del género o nivel socioeconómico (WHO, 2014; UN, 2015).

Argentina, Brasil y España reconocen la obesidad como una prioridad en la agenda de políticas públicas, aunque ninguno ha tenido éxito al ahora de disminuir la prevalencia. Siguen mostrando una tendencia ascendente concentrada en las personas en situación de pobreza o con bajos niveles de educación alcanzados (ENS, 2016; MS, 2018; MS, 2019).

La aceptación de la obesidad como una enfermedad epidémica producto de dietas poco saludables y ausencia de actividad física (OMS, 2000) ha llevado a identificar procesos

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

biopsicosociales en los que el "ambiente" (político, económico, social, cultural) y no sólo el individuo y sus elecciones, asume un lugar estratégico en la definición del problema y en las propuestas de intervenciones (Dias, Henriques, Anjos y Burlandy, 2017) para reducir su impacto y su carga económica. Pero no hay suficiente claridad acerca de la naturaleza y grado en el que inciden cada uno de los factores del ambiente identificados.

Partiendo de la hipótesis que las medidas adoptadas en estos países no han prosperado, en parte, por su concepción reduccionista de la alimentación y la cultura y porque no han tenido en cuenta la particularidad contextual/social impuesta por las políticas económicas de austeridad y sus efectos en la vida cotidiana, el objetivo de este análisis comparativo es caracterizar la estructura conceptual subyacente de los modelos preventivos implementados durante los últimos años en estos tres países.

METODOLOGÍA

Si bien este trabajo forma parte de un proyecto mayorⁱ, aquí nos centramos sobre todo en el análisis de las políticas preventivas y de control de la obesidad implementadas en España, Argentina y Brasil entre 2004 y 2018.

Optamos por un estudio cualitativo del contenido (Guest, 2012) de las medidas adoptadas entre 2004-2019 el marco de la Estrategia para la Nutrición, la Actividad Física y la Prevención de la Obesidad (España) (NAOS, 2005); el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Argentina) (Ministerio de Salud, [MS] 2016a) y la Estrategia Intersectorial para el Control y la Prevención de la Obesidad (Brasil) (CAISAN, 2014) y documentos vinculados con las medidas mencionadas precedentemente dirigidas a la población adulta que cada uno de estos países vienen implementando desde el sector salud. Seleccionamos intencionalmente un total de 47 documentos distribuidos de la siguiente manera: 22 de España, 14 de Argentina y 11 de Brasil. Una vez seleccionados los documentos elaboramos un protocolo de codificación que revisamos a lo largo del proceso de codificación y análisis.

Cabe señalar que el alcance de este estudio está limitado a los documentos oficiales y a una selección asistemática de la literatura académica con la que se dialoga. Sin embargo, ofrece una visión panorámica y articulada de medidas que pretenden prevenir y controlar la obesidad

en tres países en los que, como a nivel mundial, no cesa de aumentar y donde es posible encontrar patrones comunes.

ESTRATEGIAS CONTRA LA OBESIDAD EN ARGENTINA, BRASIL Y ESPAÑA: EXPRESIÓN DE PROCESOS ASOCIADOS A LA NORMALIZACIÓN DIETÉTICA Y A LA MEDICALIZACIÓN DE LA OBESIDAD

En un contexto culturalmente distinto, pero epidemiológicamente similar los Argentina, Brasil y España han diseñado sus estrategias contra la obesidad (tabla 2) reproduciendo el diagnóstico global sobre sus causas y replicando algunas de las medidas propuestas a nivel mundial basándose en la premisa que la obesidad es una enfermedad epidémica, crónica, multicausal y costosa para el sistema de salud y la sociedad en su conjunto, es evitable.

Tabla 2 - *Planes, programas y acciones relevantes en la prevención y control de la obesidad en España, Argentina y Brasil (2005-2018)*

País	Año	Plan/ Programa Ley/	Descripción
España	2005	NAOS	Estrategia para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad.
	2005	PERSEO	Programa Escolar Piloto de Alimentación Saludable y Ejercicio.
	2005	PAOS	Código de co-regulación de la publicidad de alimentos y bebidas destinada a población infantil, la prevención de la obesidad y la salud.
	2008	Proyecto GUSTINO	Programa que insta a los restaurantes a promover menús saludables y equilibrados.
	2011	Ley	Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición 17/2011.
	2011	NAOS	Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores.
	2013	Fifty-fifty	Programa para mejorar la salud global de la población adulta.
	2013	Observatorio	Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad.
	2014	JANPA (EU)	Plan de Acción Europeo sobre Obesidad Infantil, 2014-2020.
	2018	Plan	Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas.
Argentina	2008	Ley	Ley Nro. 26396 de Trastornos Alimentarios.
	2009	Estrategia	Res.1083/09. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de ENT y Plan Argentina Saludable.
	2013	Programa	Res. 578/2013. Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo.
	2014	Ley	Iniciativa Argentina Libre de Grasas Trans (Industria Alimentaria).
	2014	Guía	Guía Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de Obesidad en Adultos.
	2015	Decreto/ Proyecto	Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles.
	2016	Guía	Guías Alimentarias para la Población Argentina (actualización).
	2016	Programa	Res. 732/2016. Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad.

Brasil	2018	Mesa de discusión	Mesa de Discusión sobre diferentes opciones de etiquetado frontal entre la Secretaría de Gobierno de Salud y el Ministerio de Producción y Trabajo.
	2006	Manual	Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos
	2011	Plan	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.
	2012	Política	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
	2013	Ley	Portaria no 424/GM/MS de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
	2014	Guia	Guia alimentar para a população brasileira (revisión).
	2014	Estratégia	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.
	2015	Marco de referência	Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.

Fuente: elaboración propia.

Basándose en esta construcción, en 2005 España diseña su estrategia, respondiendo con prontitud al mandato de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a sus estados miembros (WHO, 2004). La NAOS (2005) sigue las directrices generales de la OMS y la Unión Europea (UE) y su objetivo es revertir los denominados “estilos de vida no saludables” a través de acciones multifacéticas, proponiendo programas que requieren la colaboración de numerosos actores sociales e intervenciones en diferentes ámbitos (escolar, laboral, sanitario, comunitario). Mientras que la NAOS subraya que “el conocimiento exhaustivo de las causas y de sus múltiples y complejas interrelaciones es esencial para cambiar los hábitos públicos e intervenir en las causas de la obesidad” (2005, p. 12), éstas se concretan sólo en dos: a) el aumento sostenido del sedentarismo; y b) el cambio en los patrones de alimentación durante los últimos 40 años que han ido de más a menos saludables (Varela-Moreira et al. 2013). Los denominados factores obesogénicos, como la mecanización, industrialización o la urbanización son considerados los culpables de esta tendencia (NAOS, 2005, p. 11), y proponen afrontarlos a partir de “fomentar un cambio decisivo y sostenido hacia una dieta saludable y actividad física regular” (NAOS 2005, p. 19). En el marco de esta política también se ha introducido más información nutricional en los envases de alimentos; se han firmado acuerdos con algunos restaurantes e industria alimentaria para reducir la cantidad de comida en los platos y reformular ciertos productos; se ha prohibido la venta de alimentos poco saludables en las escuelas y, finalmente, se ha formado a los profesionales del primer nivel de atención sanitaria.

Por su parte Argentina, a diferencia de España, diseñó su estrategia años más tarde. La obesidad fue ingresando a la agenda sanitaria a partir de una serie de relevamientos epidemiológicos que fueron justificando su construcción como objeto de política de salud. Recién en 2008 se promulgó la Ley Nro. 26396 de Trastornos Alimentarios que insta a crear el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios. Pero fue con la resolución 1083/2009 que se propone una Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. Hasta ese momento la obesidad no era considerada una problemática significativa como para que una medida sea exclusiva para su prevención o atención, más allá de la Iniciativa de Argentina Libre de Grasas Trans (MS, 2016b). Finalmente, en 2016, se comienza a implementar el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (PNASPO) producto de la resolución 732/2016. En julio de 2017 se realizó el primer plenario de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, que reunió a representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con diferentes actores. Al igual que la NAOS en España, el PNASPO está en concordancia con las directrices de la OMS y con la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de las ECNT de la OPS de 2007 y 2014. También parte de un diagnóstico y del impacto económico de la obesidad, afirmando que “el sobrepeso y la obesidad, [están] relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo (...)” (MS, 2016a, p. 4) y “(...) y los costos directos para el sistema de salud e indirectos para la sociedad son elevados (...)” (MS, 2016a, p. 3). Su propósito es ofrecer un enfoque integral de la alimentación saludable y la problemática de la obesidad abarcando los aspectos principales que determinan su incremento en el marco de un ambiente obesogénico, también identificado como el culpable de la tendencia. Según el programa, la elevada oferta de productos alimenticios elaborados con alto contenido de sal, grasas saturadas y azúcares libres, la existencia de publicidad e información inadecuada, la realización de dietas inadecuadas, la escasa realización de actividad física y las desigualdades en la calidad de atención son la expresión de este ambiente. Si bien –al igual que la NAOS- propone líneas de acción variadas (promoción y la regulación de alimentos procesados a través de acuerdos con la industria y con otros actores y propuestas de cambios en la legislación) interviene fundamentalmente

sobre el comportamiento a través de la promoción de la dieta saludable y la actividad física en diferentes ámbitos o entornos (hogar, escuela, trabajo).

Finalmente, en Brasil las directrices para organizar acciones de prevención y tratamiento de la obesidad datan de fines de la década de 1990 con la definición de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), revisada en 2012 (Ministério da Saúde [MS], 2012). Sin embargo, fue en 2014, a través de la Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN) que formuló el Plan intersectorial para combatir la obesidad y que subsidió, de manera singular, una estrategia intersectorial, desarrollada por miembros de los diversos ministerios que conforman CAISAN, el Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y la OPS/OMS, que sistematiza las recomendaciones para los estados y municipios brasileños. Esta composición se justifica reconociendo la necesidad de una acción conjunta para abordar la obesidad a través de acciones intersectoriales y participación social. El objetivo es prevenir y controlar la obesidad, promoviendo una alimentación adecuada y actividad física en el entorno en el que se vive. Como en los otros documentos, los denominados factores obesogénicos son considerados los culpables de esta tendencia. Lo más destacado es el reconocimiento del aumento del consumo de productos ultraprocesados. Así, en el marco de esta política se proponen acciones como el fomento de la agricultura familiar, la implementación del “Marco de educación alimentaria y nutricional para políticas públicas” y guías alimentarias, la difusión de materiales para adaptar espacios físicos para promover estilos de vida saludables, como el “Manual de comedores escolares saludables”, estrategias que incluyen la investigación del estado nutricional, las morbilidades asociadas, las deficiencias nutricionales, así como la evaluación de la ingesta de alimentos, los protocolos de atención para la atención integral de la salud para las personas con sobrepeso y obesidad en el Sistema Único de Salud y, finalmente, el establecimiento de un Acuerdo de Compromiso entre el Ministerio de Salud y las asociaciones representativas del sector productivo para reducir las cantidades de azúcar, grasa y sodio en los alimentos procesados.

Como hemos visto, si bien la tipología de medidas en los tres países es variada, es menos plural respecto a su concreto contenido y alcance. Como expresión de procesos asociados a la normalización dietética y a la medicalización de la obesidad -comunes en las sociedades occidentales-, la mayoría de las medidas analizadas se centran en promocionar un modelo

estandarizado de dieta y ejercicio físico y, por lo tanto, de control sobre los cuerpos, indicando qué y cuánto deben comer o moverse los individuos, aislados de sus contextos y ubicando al Estado como el gran regulador de la vida, desarrollando una estrategia de biopoder.

Mientras que el impacto de los denominados “ambientes obesogénicos” es considerado el culpable de estas tendencias, las acciones emprendidas promocionan, en buena medida, cambios que requieren comportamientos individuales. Las acciones de educación, comunicación e información estimulan el autocuidado y las prácticas de educación alimentaria y nutricional con individuos y grupos de población para que se motiven para “elegir” racionalmente alimentos saludables.

Con aquel objetivo, y en el marco de las políticas y programas analizados, en los tres países se han implementado campañas de información y educación a través de, principalmente, instituciones sanitarias y escolares, creando imágenes de pirámides o platos saludables, guías alimentarias para la población en general, materiales de comunicación y educación, spots audiovisuales, talleres, juegos y recetarios, o la implementación de quioscos/buffet/comedores escolares saludables con resultados dispares.

Así, en la práctica son numerosas las medidas que proponen intervenciones dirigidas a influir en los comportamientos individuales y son escasas las acciones concretas que definen e integran, de algún modo, los entornos y sistemas alimentarios y que condicionan socioeconómica y culturalmente las prácticas alimentarias cotidianas, más allá de lo discursivo. Ello contrasta con el hecho de que las principales normativas –como hemos visto– reconocen la necesidad de intervenir sobre los determinantes y sobre los entornos (Gracia-Arnaiz, 2017).

Pero también hay que señalar que en estos países existen profundos debates acerca de cada una de estas medidas e incluso implementaciones concretas, por ejemplo, en España la regulación de la publicidad de alimentos o en Argentina la actual discusión sobre el etiquetado frontal de advertencia nutricional. Destacamos también en Brasil el protagonismo de los estudios epidemiológicos realizados por el Centro de Investigación Epidemiológica sobre Nutrición y Salud de la Universidad de São Paulo sobre las políticas alimentarias y nutricionales que asumen que una dieta saludable implica la transformación del sistema alimentario a través de la promoción del consumo de alimentos frescos o mínimamente

procesados como base alimentaria y, siempre que sea posible, con base orgánica y agroecológica, comprados directamente a los productores.

Observamos también que hay algunos intentos, con resultados dispares y con muchas dificultades, para avanzar con medidas más colectivas. Los acuerdos con la industria alimentaria sobre reformulación de los alimentos en los tres países –también con alcance y resultados dispares-, son un intento de ello. Pero cabe resaltar que Brasil -al inscribir las políticas dentro del campo de la seguridad alimentaria y nutricional y al trabajar sobre el grado de procesamiento de los alimentos como criterio de clasificación y reconociendo que aun hay un largo camino que recorrer- encamina de forma más eficaz los esfuerzos para llevar a cabo políticas públicas articuladas y convergentes entre diferentes sectores y lograr diálogos que superen las barreras de las políticas sectoriales.

CONCLUSIÓN

En un contexto socioeconómico dispar pero epidemiológicamente similar en ciertos aspectos, los tres países han sido activos en el establecimiento de políticas, programas y estrategias lideradas por el sector salud siguiendo las directrices promovidas por la OMS, la UE y la OPS. Está claro que, aunque la tipología de los programas propuestos ha sido variada, es menos plural en cuanto a su naturaleza y alcance.

A pesar de los intentos muy importantes y que se toman como ejemplo en algunos países, como analizamos, no se discuten, p. ej., los límites que enfrentan las personas para modificar sus "elecciones", ni el impacto de los determinantes sociales en la vida cotidiana. Parte de la ineficacia de este modelo es que lo ha hecho minimizando las dimensiones complejas las prácticas alimentarias y el impacto de los factores macro y microestructurales en la salud, en especial entre las personas socialmente desfavorecidas.

Para finalizar, no queremos dejar de resaltar que las políticas de prevención y control de la obesidad están influenciadas por el mismo entorno económico y sociopolítico de cada país. Por lo tanto, averiguar la relación que existe entre los modelos preventivo-promocionales y la evolución de la prevalencia de la obesidad, a su vez, podría contribuir a identificar las limitaciones de las medidas adoptadas a la vez que proponer discusiones profundas y no

dicotómicas sobre nuevos modelos preventivos que tengan en cuenta las particularidades de cada territorio.

REFERÊNCIAS

- CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN) (2014). *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília, Brasil: CAISAN.
- DIAS, P., HENRIQUES, P., ANJOS, L., y BURLANDY, L. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 33(7), e00006016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.
- ENS (2018). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2018.htm>
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2017). Taking measures in times of crisis: The political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, 68, 65-76.
- GUEST, G. (2012). *Applied Thematic Analysis*. California, EEUU: Sage Publications.
- MINISTERIO DE SALUD (2016a). *Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Res.732/16*. Buenos Aires, Argentina: MS.
- MINISTERIO DE SALUD (2016b). *Boletín de vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo*. Buenos Aires, Argentina: MS.
- MINISTERIO DE SALUD (MS) (2018). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires, Argentina: MS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) (2012). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, Brasil: MS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019). *VIGITEL. Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS.
- NAOS (2005). *Estrategia para la Nutrición. Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Madrid, España: Agencia Española de Seguridad Alimentaria.
- OMS (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO technical report series 894. Geneva: WHO.

- ROBERTSON A, LOBSTEIN T, KNAI C. Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action [Online]. Report under contract SANCO/2005/C4-NUTRITION-03. Bruxelas: Comissão Europeia. 2007. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev200810_28_rep_en.pdf.
- VARELA-MOREIRAS, G. et al. (2013). Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y debe hacer?. *Nutr. Hosp.* 28(5), 1–12.
- WHO (2004). *The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Washington: WHO.
- WHO (2014). World Health Organization. European food and nutrition action plan 2015–2020 [Online]. Regional Committee for Europe. Copenhaga, Dinamarca; 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf.
- UM (2015). United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Online]. Nova Iorque; 2015. Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf).

¹ La precarización de la vida cotidiana: (in)seguridad alimentaria, género y salud (ref. núm. CSO2016-74941, 2017-2019), financiado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, España, dirigido por Dra. Mabel Gracia-Arnaiz.