



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Piaggio, Laura Raquel

El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud

Salud Colectiva, vol. 12, núm. 4, 2016, pp. 605-619

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73149180010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud

The right to food in obesogenic environments:
Reflections on the role of health professionals

Laura Raquel Piaggio¹

¹Licenciada en Ciencias Antropológicas. Integrante del equipo técnico, Programa Nutricional, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.  

RESUMEN Frente a la actual epidemia de obesidad, se problematiza la usual circunscripción del alcance del derecho a la alimentación a las situaciones de malnutrición por déficit. Se plantea que el derecho a la alimentación adecuada resulta vulnerado en los entornos obesogénicos, y que su protección requiere el establecimiento de medidas que regulen la publicidad y las prácticas de comercialización de productos ultraprocesados. Se sostiene que la principal barrera para la implementación de tales medidas la constituyen las estrategias desplegadas por las grandes corporaciones alimentarias. Entre ellas, se destacan las que tienen como objeto y/o como medio a la comunidad científica. Se identifican ciertos supuestos básicos subyacentes en los discursos de profesionales de la salud que contribuyen a crear un marco de legitimación del consumo de productos ultraprocesados. Se sugiere la adopción de un posicionamiento ético, libre de conflictos de intereses, para abogar por las necesarias medidas regulatorias de carácter estatutario.

PALABRAS CLAVES Derecho Alimentario; Obesidad; Procesamiento de Alimentos; Conflicto de Intereses.

ABSTRACT Faced with the current obesity epidemic, this article problematizes the way the right to food is often circumscribed to situations of nutritional deficit. It is argued that the right to adequate food is violated in obesogenic environments and that protection of the right requires the establishment of measures to regulate advertising and marketing practices regarding ultra-processed products. The work suggests that the main barriers to the implementation of such measures are the strategies employed by Big Food; among these, strategies that have the scientific community as a target and/or means are highlighted. Certain basic underlying assumptions are identified in the discourse of health professionals that contribute to create a framework of legitimacy regarding the consumption of ultra-processed products. The adoption of an ethical position that is free of conflicts of interest is suggested, so as to advocate for needed regulatory measures of a statutory nature.

KEY WORDS Food Rights; Obesity; Food Processing; Conflict of Interest.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 2014, el 39% de las personas mayores de 18 años tenía exceso de peso (38% varones y 40% mujeres), de los cuales el 11% de los hombres y el 15% de las mujeres eran obesos⁽¹⁾, lo que en promedio ha superado el porcentaje de personas subalimentadas: 10,9% a nivel mundial⁽²⁾. La obesidad se relaciona con el incremento de la diabetes tipo 2 y, en conjunto, contribuyen a la alta tasa de morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, resultando que

...el 65% de la población mundial vive en países en los que el sobrepeso y la obesidad ocasionan más muertes que un peso inferior al normal [Traducción de la autora del original: *65% of the world's population live in a country where overweight and obesity kills more people than underweight*].⁽³⁾

Sin embargo, mayoritariamente, cuando se habla del derecho a la alimentación la mirada se suele circunscribir a las situaciones de déficit en el estado nutricional (bajo peso, baja talla, carencia de micronutrientes) y de padecimiento de hambre o subalimentación.

Nuestro planteo busca señalar que el derecho a la alimentación resulta vulnerado en los entornos obesogénicos⁽⁴⁾ y que, habida cuenta de la responsabilidad de los estados nacionales y organismos supranacionales de respetar, proteger y hacer efectivo el ejercicio del derecho humano a una alimentación adecuada por parte del conjunto de la población, urge la adopción de medidas que garanticen entornos saludables.

Siguiendo a quien fuera el segundo relator sobre el derecho a la alimentación de Naciones Unidas, Olivier De Schutter, resulta necesario un cambio de paradigma⁽⁵⁾, de uno “productivista” centrado en el déficit a otro “regulador” que incluya la malnutrición por exceso. Las implicancias políticas y económicas de este cambio se enfrentan con

intereses en conflicto, en particular, con las estrategias de las grandes corporaciones productoras de bebidas y productos comestibles ultraprocesados. Estos productos se caracterizan por un alto aporte calórico, de grasas, azúcares o sodio, y por la ubicua disponibilidad, asequibilidad y publicidad, elementos clave de los entornos obesogénicos.

Sostenemos que las posturas de los colectivos de profesionales de la salud no son ajenas a los intereses en conflicto. Proponemos reflexionar sobre ciertas premisas que operan como “supuestos básicos subyacentes” en las conceptualizaciones de algunos/as profesionales de la salud (“*educar para fomentar elecciones saludables en un marco de libertad*”, “*no hay alimentos buenos y malos*”, entre otras) que crean un marco valorativo que, aún sin ser intencional, otorga legitimidad a las bebidas y productos ultraprocesados y enfatiza la responsabilidad individual en las elecciones alimentarias en detrimento de la modificación de los entornos.

Consideramos que es importante recordar lecciones aprendidas en salud pública: la regulación de la publicidad y de los canales de comercialización han sido cruciales para limitar el uso de fórmulas lácteas, revalorizar la lactancia materna y aumentar su práctica; así como la prohibición de publicidad sumada a la limitación de espacios de consumo y el establecimiento de gravámenes sobre el precio de venta han demostrado efectividad en el control del tabaco. Este tipo de medidas permitieron “desnormalizar”⁽⁶⁾ ya sea la lactancia artificial o el consumo de cigarrillos. Es decir, tuvieron impacto en la valoración y legitimación social de tales productos y su uso, de las empresas productoras y sus estrategias de comercialización.

Sostenemos que el derecho a una alimentación adecuada requiere protección con urgencia y que los colectivos de profesionales de la salud tienen una responsabilidad especial en generar el reconocimiento de las causas sistémicas que llevan a su vulneración y visibilizar medidas de salud pública efectivas.

LA SINÉCDOQUE DEL HAMBRE

El derecho a la alimentación está reconocido internacionalmente desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos, integrado al derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado (Artículo 25.1).

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la alimentación se objetivó en el Artículo 11 como “el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre”⁽⁷⁾. De igual manera, al especificar los factores determinantes del derecho a la salud, se estableció que una de las obligaciones básicas de los Estados para garantizar el derecho a la salud es “asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre”⁽⁷⁾.

Cuando en 1999 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó una definición del derecho a la alimentación señala que este derecho comprende

La disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada. La accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos [y aclara] El Pacto se viola cuando un Estado no garantiza la satisfacción de, al menos, el nivel mínimo esencial necesario para estar protegido contra el hambre.⁽⁸⁾

Esta traslación de sentido entre “alimentación adecuada” y “no-hambre” se reitera en otros tratados internacionales o regionales⁽⁹⁾, consolidándose la sinécdote que nombra una parte –no padecer hambre– para aludir al todo –alimentación adecuada–, que lo excede ampliamente.

Esta visión se ha visto plasmada en los Objetivos del Milenio (aprobados en el año 2000 en la Asamblea General de Naciones

Unidas), en los que se definió como meta para el año 2015 reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre. Ello, en momentos en que la OMS ya alertaba respecto al carácter epidémico de la obesidad y la creciente doble carga de malnutrición (problemas de exceso sumados al déficit) y aumento de la morbilidad relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos^(10,11).

Si bien, en el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal, la “sinécdote del hambre” se ha sobreimpreso a dicha evidencia y opera sobre el esquema de prioridades. En palabras del segundo relator sobre el derecho a la alimentación de Naciones Unidas, Olivier De Schutter:

La lucha contra las enfermedades no transmisibles no cuenta con financiación suficiente, en parte porque no se incluyó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se aprobaron en el 2000. Menos del 3% de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud se destina a combatir estas enfermedades, aunque sean las causantes de más de un tercio de todas las muertes prematuras [...] Los segmentos más pobres de la población se ven afectados de forma desproporcionada.⁽¹²⁾

La “sinécdote del hambre” también se manifiesta en el monitoreo del grado de cumplimiento del derecho a la alimentación. En nuestro país, un informe publicado recientemente por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA) referido al derecho a la alimentación adecuada en la infancia⁽¹³⁾, solo presenta información acerca del déficit en el consumo de alimentos, excluyendo toda indicación a consumos excesivos. Si bien en breves artículos incluidos en las hojas centrales del documento se menciona el sobrepeso y la obesidad como el principal problema nutricional en la infancia,

relacionándolo con un “escenario de dieta infantil monótona y con exceso de calorías de baja calidad nutricional”⁽¹³⁾, resulta sumamente llamativo que el análisis de la encuesta alimentaria que motiva el informe excluya la ponderación de consumos inadecuados por exceso. Se trata de una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos realizada en el año 2013 en una muestra de 4.403 niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años residentes en conglomerados urbanos de Argentina. Se menciona la clasificación de seis grupos de alimentos que sustentan las *Guías alimentarias para la población argentina* del año 2000⁽¹⁴⁾ y, para guiar el análisis, se presenta una escala con los umbrales de frecuencia de consumo semanal, que parte de la categoría “adecuado” en orden decreciente hacia la inadecuación definida como menor a una vez por semana. Además de no contemplar una categoría que incluya la inadecuación por exceso, al presentar los datos se omite toda mención a los grupos de “aceites y grasas” y “azúcar y dulces”, justamente los grupos que vehiculan nutrientes cuyo consumo excesivo se vincula con la presencia de sobrepeso y obesidad. ¿Por qué se ha decidido presentar solo los resultados que dan cuenta de un consumo deficitario de alimentos fuente de nutrientes esenciales? A pesar de lo planteado en los breves artículos centrales, así como en la introducción, que aporta definiciones amplias del derecho a la alimentación y de su lugar entre los derechos de niños, niñas y adolescentes, se impone la “sinécdote” que restringe la mirada a las situaciones de déficit.

HACIA UN CAMBIO DE PARADIGMA

Citando nuevamente las palabras del informe presentado por Olivier De Schutter al Consejo de Derechos Humanos:

...la desnutrición, la carencia de micronutrientes y la sobrealimentación son distintos aspectos de la malnutrición que deben encararse de forma conjunta [...]

Hemos creado entornos generadores de obesidad y hemos diseñado sistemas alimentarios que, con frecuencia, se oponen a estilos de vida más sanos en vez de propiciarlos⁽¹²⁾.

¿A qué refiere la noción de entorno generador de obesidad u obesogénico? Ya en los años noventa, los investigadores australianos Boyd Swinburn, Garry Egger y Fezeela Raza plantearon este término para referirse a la suma de influencias que ejercen los entornos, oportunidades o condiciones de vida, promoviendo la obesidad en las personas o poblaciones al alentar un exceso en el consumo de calorías en relación al gasto energético^(4,15).

Distintos investigadores han identificado como elemento clave de los entornos obesogénicos la alta disponibilidad y gran accesibilidad a una categoría particular de productos alimenticios: los alimentos y bebidas ultraprocesados^(16,17,18). Estos productos se caracterizan, en su gran mayoría, por tener altos contenidos de grasas, azúcares o sodio, y son elaborados con sustancias extraídas o refinadas de alimentos enteros y gran cantidad de aditivos. A la vez, son producidos por grandes corporaciones transnacionales que han expandido su presencia primero en los países desarrollados y luego en los países de medianos y bajos ingresos. Ello se ha plasmado en una amplia oferta de alimentos listos o casi listos para consumir y bebidas azucaradas o químicamente edulcoradas, acompañados de agresivas y constantes campañas publicitarias, que alientan el sobreconsumo de dichos productos y desplazan los alimentos frescos o mínimamente procesados⁽¹⁹⁾.

Ahora bien, si hay un consumo excesivo de calorías, podría plantearse que el derecho a la alimentación está más que satisfecho y que se trata de un problema de otra índole. Esta lógica, complementaria de la sinécdote del hambre, omite una parte esencial de la ecuación: se trata del derecho a la alimentación adecuada y ello implica cubrir todas las necesidades nutricionales, de macro y micronutrientes, en proporciones adecuadas, accediendo a alimentos no solo nutricional

sino también culturalmente apropiados, a la vez que producidos y distribuidos de manera sostenible y justa⁽¹²⁾.

Es por ello que, al bregar por un cambio de paradigma, Olivier De Schutter ha planteado que “los Estados tienen el deber de proteger el derecho a una dieta adecuada, en particular regulando el sistema alimentario” y especifica que

...para combatir las distintas facetas de la malnutrición es preciso adoptar un enfoque de ciclo vital que vele por el derecho a una alimentación adecuada para todos y reformar las políticas agrícolas y alimentarias, incluidos los impuestos, con el fin de reestructurar los sistemas alimentarios para la promoción de una dieta sostenible.⁽¹²⁾

Propone que dicha regulación se plasme en la adopción de normas de carácter estatutario que restrinjan la comercialización y publicidad de alimentos y bebidas altos en grasas, azúcares o sodio, en particular dirigidas a niños y niñas; impongan impuestos a dichos productos para subsidiar el acceso a frutas y vegetales y llevar adelante campañas de educación alimentaria; modifiquen los actuales sistemas de subsidios agrícolas; desarrollen la infraestructura adecuada para unir a productores locales y consumidores urbanos y se utilicen los fondos públicos para asegurar la provisión de alimentos frescos, localmente producidos, en programas de alimentación escolar, entre otros⁽¹²⁾.

Este tipo de propuestas también se han planteado enfocadas particularmente a la prevención de la obesidad infantil en la Declaración de México, producto de un encuentro organizado, en el año 2012, por el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) de Chile y el Parlamento Latinoamericano⁽²⁰⁾. A la vez, son coincidentes con los lineamientos del “Plan para prevenir la obesidad infantil” elaborado en el 2014 por la OPS⁽²¹⁾ y son retomadas en el proyecto de “Convención Global para Proteger y Promover Dietas Saludables”, presentado ante la Asamblea General de la

OMS, en 2014, por la Federación Mundial de Obesidad y la organización de la sociedad civil Consumers International⁽²²⁾.

Nos preguntamos entonces, si desde distintos ámbitos se señala recurrentemente un conjunto de intervenciones sobre los entornos, como las requeridas para abordar la epidemia de obesidad, qué barreras actúan en contra de su formalización e implementación y, por ende, están impidiendo la protección efectiva del derecho a la alimentación adecuada.

INTERESES EN CONFLICTO

Recordemos un ilustrativo ejemplo: en el año 2002 la OMS convoca a un grupo de expertos internacionales para elaborar una revisión de las evidencias científicas que sustentara el diseño de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud⁽²³⁾, la cual se plasma en el Informe Técnico 916⁽²⁴⁾, que se difunde para consulta pública en abril del año 2003, y en el que se establecen metas poblacionales de ingesta de nutrientes, con el objetivo de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. El informe generó fuertes reacciones por parte de la industria alimentaria, en particular la vinculada con el procesamiento de sal y azúcares. La más fuerte fue de parte de esta última, que presionó para que el Ministro de Salud de EE.UU. planteara a la OMS la posibilidad de retirar el financiamiento de su país si se aprobaba la recomendación de limitar la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total, tal como lo establecía el Informe Técnico 916. Las presiones se extendieron en diferentes eventos de la FAO y la OMS durante 2003 y principios de 2004, peligrando la aprobación de la Estrategia Mundial en la asamblea de mayo 2004⁽²⁵⁾. Finalmente, esta logró ser aprobada pero se quitó de su texto toda referencia al informe técnico en cuestión y la recomendación quedó expresada como “limitar la ingesta de azúcares libres” sin precisiones respecto al límite. Debieron pasar

jóvenes! hasta que la OMS finalmente publicara la *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*⁽²⁶⁾, proponiendo restringir la ingesta a menos del 10% del aporte calórico diario y sugiriendo como óptimo una reducción menor al 5%.

En consonancia con este paradigmático caso a nivel internacional, se reiteran episodios a escala nacional o jurisdiccional: la fallida, hasta el momento, regulación de la publicidad dirigida a niños y niñas en Brasil; la eliminación, al promulgarse en Argentina la Ley 26396 de Trastornos Alimentarios⁽²⁷⁾, del artículo referido a la inclusión de una leyenda de advertencia en la publicidad de alimentos con elevado contenido calórico; la revocación judicial de la limitación del tamaño de las porciones de bebidas azucaradas ofrecidas en locales gastronómicos en la ciudad de Nueva York, etc. En este sentido, expertos en salud pública y nutrición han planteado que, justamente, son las acciones de las grandes corporaciones alimentarias las que constituyen la fuerza más significativa en el bloqueo de los esfuerzos por establecer políticas públicas enfocadas a prevenir la obesidad^(28,29).

Varios autores^(30,31,32) plantean que las compañías transnacionales de bebidas y productos comestibles ultraprocesados afectan las políticas de salud pública y buscan evitar las regulaciones, tanto a través de acciones directas o “poder duro” (presiones políticas y de financiamiento) como de acciones más indirectas o “poder blando” (influenciando visiones y valores de la población general, así como de organizaciones sociales y científicas)⁽³¹⁾.

La influencia sobre legisladores, políticos y funcionarios con poder de decisión no solo se vehiculiza a través de presiones políticas o económicas, como la amenaza de retiro de inversiones o cierre de fuentes de trabajo⁽³²⁾, sino también a través de las llamadas alianzas público-privadas⁽³¹⁾ que a menudo llevan a la “captura corporativa” de las agencias estatales nacionales e internacionales. La organización internacional de defensa del derecho a la alimentación FoodFirst International Action Network (FIAN), que nuclea organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales,

utiliza el término “captura corporativa” para referirse a la ocupación de puestos de decisión y asesoría técnica por parte de profesionales comprometidos con intereses corporativos, evidenciados en relaciones laborales o comerciales precedentes o posteriores al desempeño en instituciones estatales o supranacionales^(33,34). Otros autores se han referido a esta situación con la metáfora de “puertas giratorias”⁽³⁵⁾ justamente para señalar la circulación de funcionarios entre espacios públicos y corporativos. El problema con esta “captura” o “circulación” es que se debilitan las regulaciones y controles y el accionar de las agencias estatales resulta favorable a los intereses corporativos en desmedro del interés público⁽³³⁾.

Paralelamente, las corporaciones (sus asociaciones, publicistas, abogados, asesores en imagen y relaciones públicas) buscan generar en la población un clima favorable a la no-regulación, enfatizando la *responsabilidad individual* y denostando la intervención estatal al calificarla de paternalista o incluso coercitiva y opresiva. Plantean que los individuos son quienes deciden qué comer, beber, si fumar o no, o hacer ejercicio físico, y que estos comportamientos son los que definen el estilo de vida y, por consiguiente, los resultados de salud. Plantean que las compañías ofrecen opciones entre las cuales elegir y que la educación es la clave para ayudar a las personas a tomar mejores decisiones⁽³⁶⁾. Paradójicamente, las grandes corporaciones y sus asociaciones sistemáticamente han bloqueado iniciativas que buscan facilitar información objetiva y comprensible a los consumidores a la hora de efectuar decisiones de compra⁽³¹⁾ (como el rotulado frontal –de advertencia o del semáforo– en productos envasados).

Otra estrategia desplegada por las corporaciones consiste en presentar como válida y suficiente la *autorregulación* de sus prácticas de comercialización, publicitando ampliamente supuestos compromisos de cambio. Varios autores sostienen que no hay evidencia que sustente que la autorregulación funcione en beneficio de la salud pública, mientras que sí la hay referida a regulaciones

estatales a través de normas de cumplimiento obligatorio^(30,31). Veamos dos ejemplos ilustrativos al respecto.

En el año 1975, instalado ya un debate público referido al incremento de la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo vinculado al uso de fórmulas lácteas y las agresivas campañas publicitarias y de comercialización que alentaban la alimentación artificial en detrimento de la lactancia materna, ocho empresas productoras de sucedáneos conformaron el International Council of Infant Food Industries (ICIFI), entidad que se encargó de la redacción de un código de ética, que contó con una amplia difusión mediática del compromiso de las industrias de aplicar voluntariamente controles sobre sí mismas. Transcurridos algunos años, varias organizaciones de la sociedad civil denunciaron que dicho código de ética no era más que un ejercicio de relaciones públicas y manejo de imagen empresarial, que no se habían modificado las prácticas de comercialización y se buscaba distraer las críticas hacia estas prácticas. Cuando en el marco de la OMS avanzaron en firme las tratativas para elaborar un código de comercialización de sucedáneos, de carácter obligatorio y alcance universal, el ICIFI comenzó a abogar en contra de este, sosteniendo que infringiría la libertad de empresa e incluso la soberanía nacional de los Estados⁽³⁷⁾.

Otro ejemplo más reciente es el “compromiso” de autorregulación de la publicidad dirigida a niños y niñas, firmado en 2008 por la International Food & Beverage Association (IFBA), conformada por once grandes corporaciones transnacionales (Coca-Cola Company, Ferrero, General Mills, Grupo Bimbo, Kellogg's, Mars, McDonald's, Mondelez International, Nestlé, PepsiCo y Unilever). Denominan su compromiso Global Policy on Marketing Communications to Children⁽³⁸⁾. El compromiso está lleno de salvedades: solo rige para menores de 12 años; en medios de comunicación (televisión, gráfica, Internet) que registren una audiencia de más del 35% compuesta por ese grupo de edad; excluye los mensajes publicitarios que utilicen personajes infantiles propios de las marcas; ex-

cluye la publicidad a través de los envases y la realizada en los puntos de venta (incluso a través de pantallas); excluye las actividades para recaudar fondos o donaciones caritativas; excluye los materiales provistos a las escuelas para uso educativo o para el personal. Nuevamente la clamada autorregulación implica un escudo protector contra las críticas o posibles demandas judiciales y un medio para opacar los reclamos de regulaciones claras, con criterios nutricionales unificados, que rijan para la totalidad de las industrias (no solo para las que firman el compromiso) y que sean de cumplimiento obligatorio.

Una reciente investigación llevada adelante en nuestro país por la Fundación InterAmericana del Corazón documentó que un 88% del total de publicidades de alimentos dirigidos a niños y niñas en la televisión tienen un bajo valor nutritivo (según el modelo de perfil de nutrientes del sistema europeo)⁽³⁹⁾.

Es interesante tomar en consideración que un estudio de microsimulación realizado en EE.UU. estimó que la limitación de la publicidad televisiva de alimentos no saludables dirigida a niños y niñas permitiría disminuir en dos puntos porcentuales la prevalencia de obesidad⁽⁴⁰⁾.

Otro estudio desarrollado por Unicef en tres países de América Latina (Argentina entre ellos) indagó acerca de la presencia de publicidad de bebidas y alimentos dirigida a niños y niñas en canales no tradicionales: sitios web y redes sociales de empresas alimentarias, verificando que Facebook es el medio más utilizado, con un despliegue en promedio por página de cinco técnicas publicitarias enfocadas a usuarios y usuarias infantiles⁽⁴¹⁾.

Asimismo, también indagaron la presencia de acciones publicitarias indirectas en escuelas, y verificaron que en un 50% de las escuelas de la muestra se llevaron adelante actividades patrocinadas por empresas de alimentos y bebidas⁽⁴¹⁾, ya sea charlas educativas para padres, niños y/o docentes, pruebas de sabor, organización de torneos o concursos y entrega gratuita de productos.

El financiamiento de actividades y materiales de educación alimentaria, actividades

deportivas o recreativas, con fuerte presencia de los logos de las marcas y, en algunos casos, de los productos mismos, justamente promueve el reconocimiento de las marcas o empresas por parte de niños y niñas, y el establecimiento de relaciones de lealtad en tanto consumidores actuales o futuros, así como también busca generar una imagen empresaria positiva. Este tipo de acciones, consideradas por algunos autores como marketing “no tradicional”, “indirecto” o “below the line”⁽⁴²⁾, suelen ser presentadas por las empresas como parte de sus programas de “responsabilidad social empresaria”, encubriendo que forman parte de una estrategia publicitaria.

Así como la autorregulación no fue una solución en la década de 1970, tampoco lo es hoy en día. La historia muestra que solo a partir del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS⁽⁴³⁾ se pudo comenzar a limitar la publicidad de tales productos, a la vez que emprender fuertemente una revalorización de la lactancia materna. En la actualidad, a pesar de los declamados compromisos, las grandes empresas productoras de alimentos y bebidas continúan de manera alarmante publicitando productos no saludables dirigidos a niños y niñas.

LEGITIMIDAD SOCIAL DE BEBIDAS Y PRODUCTOS COMESTIBLES ULTRAPROCESADOS Y EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Un apartado especial merecen las estrategias de las corporaciones alimentarias que tienen como objetivo y/o como medio a la *comunidad científica*. Señalaremos algunas de ellas.

Es frecuente que desde las corporaciones o sus asociaciones cuestionen las producciones científicas que evidencian efectos nocivos en la salud del consumo de bebidas y productos ultraprocesados. Un ejemplo ya citado es el de las objeciones al Informe Técnico 916⁽²⁵⁾, que reunía las evidencias que sustentaban la *Estrategia mundial sobre*

régimen alimentario, actividad física y salud, en particular, las referidas al impacto en la salud de la ingesta de azúcares libres. Estos cuestionamientos suelen negar o tildar de insuficiente la evidencia científica, crear confusión en la opinión pública e influir en equipos técnicos y políticos para evitar o al menos dilatar el diseño de medidas de salud pública efectivas^(31,32).

Otra estrategia de las corporaciones consiste en condicionar las producciones científicas a través del financiamiento. Un metaanálisis mostró que en las investigaciones financiadas por empresas se producía una desviación sistemática de los resultados que llevaba a conclusiones, en una alta proporción, favorables a los intereses del financiador en comparación con investigaciones independientes⁽⁴⁴⁾.

Podemos citar nuevamente al informe *Derecho a una alimentación adecuada en la infancia*⁽¹³⁾ en el que, al analizar el consumo de alimentos de niños y niñas en conglomerados urbanos de Argentina, se omiten las inadecuaciones por exceso, así como el grupo de azúcares, cuando es el elevado consumo de bebidas azucaradas uno de los factores fuertemente asociados a la obesidad infantil^(45,46,47). Nos preguntamos si este sesgo por omisión guarda alguna relación con el socio principal de la publicación: la empresa Coca-Cola de Argentina.

Por otro lado, las empresas aportan financiamiento a sociedades científicas para la realización de jornadas y congresos obteniendo, a cambio, espacio físico (exhibidores) para promocionar sus productos entre los profesionales asistentes y, en algunos casos, participación en el programa científico del evento. Este tipo de vínculos entre empresas y sociedades científicas adquiere un cariz más problemático aún en el otorgamiento de avales a productos concretos, permitiendo el uso del logo de la institución, reforzando las alegaciones nutricionales con fines publicitarios. Podemos citar como ejemplo el reciente aval de la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) al producto lácteo Danonino dirigido a niños⁽⁴⁸⁾. Si bien se trata de un producto fortificado con micronutrientes, el aporte de azúcares libres y grasas saturadas (28% y 17% del valor calórico total,

respectivamente) resulta excesivo, según surge al contrastar su composición nutricional con el *Modelo de perfil de nutrientes de la OPS*, en el que se considera alto un porcentaje igual o mayor al 10%⁽⁴⁹⁾.

Otras acciones de propaganda se dirigen directamente a los y las profesionales abocados a la atención de niños, niñas y adultos en instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Las grandes corporaciones han creado la figura de “asesor/a nutricional”, quien visita periódicamente a los y las profesionales para entregar material promocional de la empresa, sus marcas y/o productos. Este material incluye desde almanaques, cuadernos, afiches, cuadernillos con la descripción del “portfolio” de productos, muestras, artículos científicos afines, traducidos, resumidos o comentados y/o folletería para el o la paciente, como se exemplifica en la Figura 1. Esta estrategia recuerda tristemente a la metodología de comercialización y publicidad desplegada por las empresas fabricantes de fórmulas lácteas, desde mediados del siglo XX hasta la redacción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la década de 1980, en la que se utilizó como canal de difusión y de aval científico a los y las profesionales e instituciones



Figura 2. Máquinas expendedoras de bebidas azucaradas (no incluyen agua a pesar de la imagen) y golosinas, ubicadas en las salas de espera de dos centros de salud, uno público y otro privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Fuente: Elaboración propia.

de salud, a fin de crear legitimidad y fomentar la alimentación artificial de bebés.

Otro aspecto a señalar es la presencia en las instituciones de salud de locales de venta y/o máquinas expendedoras de bebidas y productos comestibles ultraprocesados con altos contenidos de grasas, azúcares y/o sodio (Figura 2). Esta presencia en un medio que goza de legitimidad social, que es valorado por la población y vinculado con el cuidado de la salud, integra estrategias de comercialización que además de asegurar una continua disponibilidad y facilidad de acceso a los productos, incrementa su valoración y aceptación por parte de los y las consumidores. En EE.UU., donde un 30% de los hospitales con programas de residencia en Pediatría cuenta con un restaurante de comida rápida en su interior, se documentó un incremento en la compra de este tipo de comida como consecuencia de la visita a la institución, así como una percepción más positiva de ese tipo de alimentos por parte



Figura 1. Material promocional entregado por una representante de la empresa Coca-Cola a profesionales de un centro de salud público de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Fuente: Elaboración propia.

de los padres que llevaron a sus niños o niñas a la consulta médica en hospitales con este tipo de oferta, en comparación con los que no la tenían⁽⁵⁰⁾.

Este tipo de vínculos entre corporaciones alimentarias y asociaciones profesionales e instituciones de salud (financiamiento de investigaciones y eventos científicos, otorgamiento de avales a productos, entornos institucionales permisivos a la publicidad y venta de bebidas y productos comestibles ultraprocesados) no suelen ser visibilizados como problemáticos por una parte importante de los y las profesionales de la salud⁽⁵¹⁾.

Creemos que opera una naturalización de la omnipresencia de las empresas alimentarias que enraíza en algunos supuestos básicos subyacentes o “axiomas” presentes en los discursos de profesionales de la salud. Por supuestos básicos subyacentes nos referimos al concepto que planteara el sociólogo Alvin Gouldner⁽⁵²⁾, quien los definió como aquellas concepciones que brindan la base y el cemento invisible que mantiene unidas las postulaciones de un área de conocimiento. Explicitaremos algunos de ellos.

“No hay alimentos buenos y malos, sino estilos de alimentación mejores o peores”⁽⁵³⁾. Es frecuente este axioma que sostiene que todos los alimentos pueden formar parte de la dieta, cuidando de las proporciones. Se usa el término genérico “alimentos” sin distinguir el grado y tipo de procesamiento industrial. Tiene como consecuencia avalar el consumo de productos que no aportan ninguna ventaja nutricional y sí varias desventajas (alto contenido de grasas saturadas, sodio y/o azúcares). De esta manera se traslada la responsabilidad del productor al consumidor, que debe ejercer un control de las cantidades y proporciones cuando los productos mismos y la forma en que se comercializan y publicitan alientan el hiperconsumo⁽⁵¹⁾. Hay suficiente evidencia científica que vincula el consumo de bebidas y productos comestibles ultraprocesados con el incremento de la obesidad y otras morbilidades (hipertensión, diabetes tipo 2)^(16,17,18,19,45,46,47), por lo cual claramente puede rotularse esos productos como “no-saludables”. Ello no quiere decir

que un consumo reducido y esporádico vaya a enfermarnos, pero es muy distinto a plantear que, en pequeñas cantidades, su consumo es saludable, ya que este término alude a “tener la capacidad de generar salud” y, justamente, no es el caso de dichos productos.

Otro supuesto o axioma refiere al rol de la educación como medio para fomentar buenas decisiones alimentarias en un marco de libertad. Es frecuente que este supuesto sustente las propuestas de kioscos escolares que agregan alimentos cuyo consumo se busca promover sin excluir ningún producto. Se plantea que es a través de acciones de educación alimentaria, y no de una selección de la oferta, que se dará herramientas a los niños y niñas para que puedan realizar elecciones saludables. En este argumento liberal se manifiesta mayor preocupación por la libertad de mercado que por los derechos de los niños y las niñas. Se omite considerar que son sujetos en formación y que los adultos tienen una responsabilidad diferencial en la provisión de cuidados a través de las características de los entornos que se ofrecen para las actividades cotidianas. Asimismo, se omite considerar que la educación alimentaria no es solo transmisión de información y que los encuadres organizativos y la oferta de alimentos y bebidas a los que están expuestos los niños y las niñas tienen un profundo impacto educativo⁽⁵⁴⁾. Es por ello que las escuelas y otros espacios dedicados a la formación, recreación y atención de la infancia deben ser espacios protegidos, libres de publicidad (abierta y/o encubierta) de alimentos y bebidas, con una oferta de alimentos saludables, que excluya los no saludables (establecidos a través de estándares claros e independientes como, por ejemplo, el ya mencionado *Modelo de perfil de nutrientes de OPS*⁽⁴⁸⁾).

Otro supuesto que no se somete a reflexión es que “las prohibiciones han demostrado ser contraproducentes, otorgando un valor especial a lo prohibido”⁽⁵⁵⁾. Se trata de una expresión que descansa en una generalización descontextualizada y ahistorical, que no resiste contrastación empírica, ya que podríamos citar infinidad de leyes y normas sociales que plantean prohibiciones, cuya

internalización como parte de la socialización permite la convivencia social y no generan una sobrevaloración del comportamiento u objeto proscripto. Pensemos en aspectos tan diversos como las normas de tránsito, el maltrato infantil o la antropofagia, por mencionar un extremo. Aún más, en el plano de la salud pública, es sumamente interesante la experiencia reciente respecto a la prohibición del consumo de tabaco en ciertos ámbitos, así como de su publicidad, que produjo como efecto simbólico una devaluación social del producto y su consumo⁽⁶⁾.

Por último, mencionaremos una idea sumamente difundida en la asesoría nutricional y en algunos mensajes de promoción de salud: "A los alimentos y bebidas cuyo consumo es necesario reducir conviene ubicarlos en momentos de esparcimiento o festejo", sugiriendo entonces el consumo de gaseosas u otras bebidas azucaradas, snacks salados o golosinas en "momentos especiales" como mecanismo para alejarlos del consumo cotidiano o frecuente. Este planteo, centrado en una preocupación por el balance calórico de las ingestas, no toma en consideración que la valoración social de los alimentos no deviene de características intrínsecas o inmanentes sino que se construye en las ocasiones de consumo y las interacciones sociales, tal como hace más de medio siglo planteara el reconocido semiólogo francés Roland Barthes⁽⁵⁶⁾. La paradoja de asociar las bebidas y productos comestibles ultraprocesados con momentos festivos o de recreación es que da lugar a aprendizajes gustativos altamente valorados (porque así se vivencia la circunstancia social en que se los consume) y se construye una actitud positiva hacia productos cuyo consumo se plantea querer limitar.

Este conjunto de axiomas en los discursos de una parte de los y las profesionales de la salud trasciende a los medios de comunicación social y se ve reflejado en los fundamentos y alcances de leyes, creando un sustrato de legitimación social y aceptabilidad de las bebidas y productos comestibles ultraprocesados. Un ejemplo lo constituyen las leyes referidas a los kioscos escolares "saludables". En nuestro país, si bien son

numerosos los proyectos, se han aprobado normativas en diez provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (un 45% del total de jurisdicciones político-administrativas). Únicamente una provincia (San Luis) estableció que "los kioscos o cualquier otro punto de venta que se encuentren dentro del establecimiento educativo solo podrán vender alimentos saludables conforme al listado que confeccionará el Ministerio de Salud"⁽⁵⁷⁾. En las otras diez, se nombra como "kiosco saludable" a un local de venta en el que coexiste la oferta convencional con la incorporación de alimentos saludables o de alto valor nutricional (los criterios no son unificados). En algunos casos se expresa un porcentaje a cubrir con las incorporaciones respecto del total de productos a la venta (50% en Chaco, y 70% en Córdoba y Mendoza). En el resto (provincia de Buenos Aires, Chubut, La Pampa, Misiones y Tierra del Fuego) no se cuantifica la incorporación. En otras dos jurisdicciones (CABA y Corrientes) el texto de la ley planteó limitar la venta a los productos enumerados en las guías de alimentos y bebidas saludables a desarrollar por la autoridad de aplicación. Sin embargo, al reglamentar las normas, el criterio de "exclusividad" viró al de "incorporación", viraje que no estuvo exento de sendas presiones por parte de la Coordinadora de Industrias de Productos Alimenticios (COPAL) (Figura 3).

Política Corrientes

Sábado 28 de octubre de 2011

PIDEN REUNIÓN A LEGISLADORES

Industria alimenticia objeta proyecto de ley de "kioscos saludables"

La Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (COPAL), entidad nacional, pidió la revisión del proyecto de ley que establece la prohibición de comercializar ciertos alimentos en el marco de la promoción de hábitos saludables en establecimientos escolares de Corrientes.



Figura 3. Nota en periódico local referida a la reacción de la industria alimentaria frente a la ley de kioscos escolares de la provincia de Corrientes, Argentina.

Fuente: Momarandu.com⁽⁵⁸⁾

El resultado es inquietante: en el 90% de las jurisdicciones del país que cuentan con una norma que busca regular la venta de alimentos y bebidas en el ámbito escolar se denominan kioscos “saludables” a aquellos en los que se mantiene la oferta de bebidas azucaradas y snacks con un alto contenido de grasas, azúcares o sodio. Este es otro ilustrativo ejemplo de las estrategias que despliegan las corporaciones alimentarias para blindar sus prácticas de producción y comercialización, frustrando, demorando o debilitando medidas de regulación que buscan disminuir el consumo de productos ultraprocesados y cuestionar su legitimidad social.

REFLEXIONES FINALES

Swinburn *et al.* plantean que las intervenciones sobre los entornos, aunque son complejas, ofrecen muchas ventajas: permiten influenciar incluso a grupos de población a los que es difícil alcanzar con mensajes educativos y tienen un efecto más duradero en el cambio de prácticas pues se incorporan en las estructuras, sistemas y normas socioculturales⁽⁴⁾.

Hemos recurrido a diversos/as autores/as y a variados ejemplos para evidenciar que la protección del derecho a una alimentación adecuada requiere la implementación de regulaciones de carácter obligatorio que viabilicen modificaciones de los entornos cotidianos. Y, con particular urgencia, de aquellos en los que niños y niñas desarrollan actividades educativas, recreativas y reciben cuidados de salud.

Nos encontramos frente a una nueva y grave epidemia de “malnutrición comerciogénica”, término acuñado por una de las voces que en la década de 1960 denunciara activamente los estragos en la salud infantil de la comercialización agresiva de fórmulas lácteas en los países del llamado tercer mundo, el pediatra Derrick Jellife, director del Instituto de Nutrición y Alimentos del Caribe en Jamaica⁽³⁷⁾.

Así como la regulación de la publicidad y comercialización de sucedáneos encontró a profesionales de la salud comprometidos/as con la salud pública junto con movimientos sociales que pugnaban por la regulación estatutaria de las prácticas de comercialización de las empresas alimentarias, hoy en día se requiere un posicionamiento ético y libre de conflictos de intereses que ejerza presión en la opinión pública.

Desde que se alzaron las primeras denuncias del deleite impacto en la salud infantil de los sucedáneos⁽³⁷⁾ hasta que la OMS aprobó el código de comercialización pasaron cuatro décadas. Desde que se reunió evidencia científica indudable sobre los efectos del consumo de tabaco hasta que la OMS aprobó el Convenio Marco de Control del Tabaco⁽⁵⁹⁾ pasaron cinco décadas⁽³²⁾. Muchas personas padecieron en sus cuerpos o en sus familias las consecuencias de la dilación en el establecimiento de medidas preventivas efectivas... Ya ha pasado una década desde que se enunciara la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. ¿Cuántas más debemos esperar hasta que la comunidad científica local e internacional unifique sus voces con las de organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales que abogan por un convenio-marco que promueva la salud alimentaria, regulando a las corporaciones⁽²²⁾?

Creemos que las asociaciones científicas y profesionales, junto con organizaciones de la sociedad civil, pueden jugar un rol clave, desde un posicionamiento libre de conflictos de intereses, en la instalación del reconocimiento del derecho a la alimentación adecuada en la agenda pública y mediática.

Asimismo, los y las profesionales del equipo de salud podemos actuar en los entornos en los que desenvolvemos nuestras prácticas de promoción y cuidado de la salud, problematizando la publicidad y la naturalizada omnipresencia de productos ultraprocesados, su creciente consumo en la alimentación diaria y festiva, visibilizando su impacto negativo en la salud, contribuyendo así a construir legitimidad en torno a las necesarias medidas de regulación.

AGRADECIMIENTOS

Los planteos de este trabajo reflejan inquietudes y reflexiones compartidas en el equipo del Programa Nutricional del Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con las profesionales Silvina Dupraz, Marina Rolón y Beatriz Schloss, a quienes agradezco el intercambio y aprendizaje cotidiano. Asimismo, quiero agradecer los aportes de Andrea Solans y Cecilia Saraco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Programa Mundial de Alimentos. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Roma: FAO; 2015.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: OMS; 2009.
4. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. Preventive Medicine. 1999;29:563-570.
5. De Schutter O. Informe final: El potencial transformador del derecho a la alimentación [Internet]. 2014 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zhznoz>.
6. Chapman S, Freeman B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. Tobacco Control. 2008;17:25-31. doi:10.1136/tc.2007.021386.
7. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Observación general No 14 [Internet]. 2000 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/hboljya>.
8. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Observación General No 12, El derecho a una alimentación adecuada (artículo 11) [Internet]. 1999 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zmwmy53>.
9. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Protocolo de San Salvador, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (artículo 12) [Internet]. 1988 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/b5ovfwn>.
10. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases (Technical Report Series 797). Geneva: WHO; 1990.
11. Organización Mundial de la Salud. Resolución de la 53ª Asamblea Mundial de Salud: Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2000.
12. De Schutter O. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación. New York: ONU; 2011. <http://tinyurl.com/gomd44k>.
13. Indart P, Tuñón I. Derecho a una alimentación adecuada en la infancia: niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años en la Argentina urbana. Buenos Aires: Educa; 2015.
14. Lema S. Guías alimentarias: manual de multiplicadores. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2003.
15. Egger G, Swinburn B. An 'ecological' approach to the obesity pandemic. British Medicine Journal. 1997;315:477-480.
16. Vandevijvere S, Chow C, Hall K, Umali E, Swinburn B. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. Bulletin World Health Organization. 2015;93:446-456.
17. Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington DC: OPS; 2015.
18. Crovetto M, Uauy R, Martins A, Moubarac J, Monteiro C. Disponibilidad de productos alimentarios listos para el consumo en los hogares de Chile y su impacto sobre la calidad de la dieta (2006-2007). Revista Médica de Chile. 2014;142(7):850-858.
19. Monteiro C, Moubarac JC, Cannon G, Wen Ng S, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. Obesity Reviews. 2013;14(Suppl 2):21-28.
20. Declaración de la Ciudad de México: Legislación, normas y políticas públicas para detener la obesidad y promover alimentación saludable

- entre los niños de Latinoamérica, avances, obstáculos y posibilidades [Internet]. 2012 [citado 11 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zt9m6jw>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington DC: OPS-OMS; 2014.
 22. World Obesity Federation, Consumers International. Recomendaciones para una convención global para la promoción y protección de dietas saludables [Internet]. 2014 [citado 11 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/j668t9q>.
 23. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
 24. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas (Serie de Informes Técnicos 916). Ginebra: OMS; 2003.
 25. Norum K. World Health Organization's global strategy on diet, physical activity and health: the process behind the scenes. Scandinavian Journal of Nutrition. 2005;49(2):83-88.
 26. Organización Mundial de la Salud. Guía de ingesta de azúcares en adultos y niños. Ginebra: OMS; 2015.
 27. Argentina. Ley 26396, Trastornos alimentarios [Internet]. 2008 [citado 11 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/j2urodk>.
 28. Popkin B, Monteiro C, Swinburn B. Preventing obesity in the lower income countries. Obesity Reviews. 2013;14(Suppl 2):1-8.
 29. Bellagio Declaration 2013. Countering big food's undermining of health food policies [Internet]. 2013 [citado 11 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/znhf83j>.
 30. Stuckler D, Nestle M. Big food, food systems, and global health. PLOS Medicine. 2012;9(6):1-4.
 31. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, Lincoln P, Casswell S. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. The Lancet. 2013;381(9867):670-679.
 32. Brownell K, Warner K. The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died, how similar is Big Food? The Milbank Quarterly. 2009;87(1):259-294.
 33. Observatorio del derecho a la alimentación y a la nutrición. La nutrición de los pueblos no es un negocio 2015 Edición 07 [Internet]. 2015 [citado 11 mar 2016]. Heidelberg: FIAN International. Disponible en: <http://tinyurl.com/zn7vj5x>.
 34. Red Mundial por el Derecho a la Alimentación y la Nutrición. Declaración de Katmandú 2015 [Internet]. 2015 [citado 11 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/z8tu8gq>.
 35. Nestle M. Food politics: how the food industry influences nutrition and health. Berkeley: University of California Press; 2002.
 36. Freudenberg N. Lethal but legal: Corporations, consumption and protecting public health. New York: Oxford University Press; 2014.
 37. Richter J. International regulation of transnational corporations: The infant food debate [Tesis de doctorado]. University of Amsterdam, School of Communication Research; 2001.
 38. International Food & Beverage Alliance. Global Policy on Advertising and Marketing Communications to Children [Internet]. 2011 [citado 23 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/hvf87vq>.
 39. Fundación InterAmericana del Corazón Argentina. Informe de investigación: publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas en la tv argentina [Internet]. 2015 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/z7uosfd>.
 40. Lennert-Veerman J, Van-Beeck E, Barendregt J, Mackenbach J. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? European Journal of Public Health. 2009;19(4):365-369.
 41. Unicef. Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe [Internet]. 2015 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/hezaqsm>.
 42. Hawkes C. Marketing food to children: changes in the global regulatory environment 2004-2006. Geneva: World Health Organization; 2007.
 43. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: OMS; 1981.
 44. Lesser L, Ebbeling C, Goozner M, Wypij D, Ludwig D. Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. PLOS Medicine. 2007;4(1):41-46.

45. Ludwig D, Peterson K, Gortmaker S. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *The Lancet*. 2001;357(9255):505-508.
46. Vartanian L, Schwartz M, Brownell K. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*. 2007;97(4):667-675.
47. Cantoral A, Téllez-Rojo M, Ettinger A, Hu H, Hernández-Ávila M, Peterson K. Early introduction and cumulative consumption of sugar-sweetened beverages during the pre-school period and risk of obesity at 8–14 years of age. *Pediatric Obesity*. 2016;11(1):68-74.
48. La Serenísima. Aval de la Sociedad Argentina de Nutrición [Internet]. 2016 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/gpaxb9x>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2016 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zwj8l8t>.
50. Sahud H, Binns H, Meadow W, Tanz R. Marketing fast food: Impact of fast food restaurants in children's hospitals. *Pediatrics*. 2006;118(6):2290-2297.
51. Monteiro C, Cannon G. El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de alimentos. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
52. Gouldner A. La crisis de la sociología occidental. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
53. Britos S. ¿Hay alimentos buenos y malos? Marketing nutricional responsable [Internet]. s/f [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/gpwpme>.
54. Piaggio L, Conclilio C, Rolón M, Macedra G, Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. *Salud Colectiva*. 2011;7(2):199-213.
55. Oportuna y positiva. La Nación [Internet]. 16 dic 2010 [citado 26 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/jobu595>.
56. Barthes R. Por una psico-sociología de la alimentación contemporánea. *EMPIRIA: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2006;11:205-221.
57. Provincia de Salud Luis. Reglamentación de la Ley N°III 0743-2010 Mejor Alimentación, Más Salud [Internet]. 2010 [citado 26 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/h68esty>.
58. Industria alimenticia objeta proyecto de ley de "kioscos saludables". Momarandu.com [Internet]. 28 oct 2011 [citado 10 mar 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/zskjwwz>.
59. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra: OMS; 2003.

FORMA DE CITAR

Piaggio LR. El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud. *Salud Colectiva*. 2016;12(4):605-619. doi: 10.18294/sc.2016.934.

Recibido: 5 de abril de 2016 | Aprobado: 2 de agosto de 2016



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.934>