



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

de Domingo-Bartolomé, María; López-Guzmán, José
La “medicalización” de los alimentos
Persona y Bioética, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 170-183
Universidad de La Sabana
Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594007>

- 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

LA “MEDICALIZACIÓN” DE LOS ALIMENTOS

THE "MEDICALIZATION" OF FOOD

A "MEDICALIZAÇÃO" DOS ALIMENTOS

María de Domingo-Bartolomé¹
José López-Guzmán¹

RESUMEN

Desde hace décadas, tanto las autoridades sanitarias como los profesionales de la salud han hecho un énfasis especial en la importancia de la relación entre la alimentación y el mantenimiento de la salud. No obstante, conviene tener en cuenta que, aunque esta vinculación no es nueva, en los últimos años se ha desbordado del marco estrictamente alimentario-nutricional, lo que ha generado una proliferación de productos alimenticios que alegan declaraciones vinculadas con la salud. Ante esta situación, y con el fin de proteger a los consumidores, en la Unión Europea el legislador ha creado una figura jurídica mientras que, en el ámbito científico, se han seguido investigando las propiedades saludables de estos alimentos. En este contexto se ha desarrollado, no sin polémica, la “medicalización de la alimentación”.

PALABRAS CLAVE: medicalización, declaraciones, alimentos, ciencia, legislación farmacéutica, ética. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2014.18.2.7

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

De Domingo M, López Guzmán J. La “medicalización” de los alimentos. pers.bioét. 2014; 18(2). 170-183. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.7

1 Facultad de Farmacia, Universidad de Navarra (España).
mdbartolome@alumni.unav.es

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-05-27
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-05-27
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-07-02
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2014-07-03

ABSTRACT

For decades, both the health authorities and health professionals placed special emphasis on the importance of the relationship between food and health maintenance. However, it should be noted that although this relationship is not new, in recent years it has overflowed the strict food and nutrition framework, which has generated a plethora of food products claiming health-related statements. Given this situation, and in order to protect consumers, legislators in the European Union have created a new legal form while, in the scientific field, it continues to investigate the health benefits of these foods. The "medicalization of food" has, not without controversy, been developed in this context.

KEYWORDS: medicalization, statements, food, science, pharmaceutical law, ethics. (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Há décadas, tanto as autoridades sanitárias quanto os profissionais da saúde têm dado ênfase especial à importância da relação entre a alimentação e a manutenção da saúde. Contudo, convém considerar que, embora essa vinculação não seja nova, nos últimos anos, tem passado do limite estritamente alimentar-nutricional, o que tem gerado uma proliferação de produtos alimentares que alegam declarações vinculadas com a saúde. Diante dessa situação e a fim de proteger os consumidores, na União Europeia, o legislador criou uma nova figura jurídica enquanto, no âmbito científico, continuam investigando as propriedades saudáveis desses alimentos. Nesse contexto, desenvolve-se, não sem polêmica, a "medicalização da alimentação".

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização, declarações, alimentos, ciência, legislação farmacêutica, ética. (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo pretendemos analizar la situación de “medicalización” de ciertos alimentos. Somos conscientes de que el término medicalización se ha venido aplicando a los medicamentos. Sin embargo, realizamos aquí un uso amplio del mismo —en sintonía con lo que vienen apuntando ciertos autores— (1) para englobar a aquellos alimentos que se utilizan con un pretendido carácter terapéutico para resolver situaciones que no son estrictamente, o únicamente médicas, sino de tipo social, antropológico, etc.

No cabe duda de que uno de los mayores logros sanitarios de nuestra sociedad es el aumento de la esperanza de vida, gracias al control de muchas enfermedades y a la creciente satisfacción de las necesidades primordiales que aquejan a los seres humanos. Los avances, a su vez, se han materializado en la sociedad generando cambios en los estilos de vida que, en estrecha unión con el consumo, han puesto en el mercado productos que contribuyen a proporcionar una mejor “calidad de vida” (2). Esto se puede evidenciar cuando se piensa en la gran cantidad de sustancias y productos promocionados para el “bienestar personal”. Como resultado de esta realidad se emplean, cada vez más, artículos que permiten “soportar” las tareas cotidianas de la vida (3). Al hilo de esta cuestión se ha desarrollado un amplio mercado en el que la salud se ha convertido en sí misma en objeto de consumo. Es lo que Foucault, a la hora de analizar el sistema médico occidental, denomina “la economía de la salud”, que a su vez desemboca en el actual “consumo de salud” (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, definió el término salud como “el estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”² (5). Según Díaz Rojo (6), la salud posee tres dimensiones: la objetiva, la subjetiva y la social. La primera de ellas se fundamenta en criterios científicos, expresándose por medio de valores numéricos, índices, etc. El componente subjetivo, en cambio, se refiere a la vivencia personal del individuo, a la propia percepción de salud y de bienestar psicológico. Por último, el componente social está relacionado con la capacidad de la persona de cumplir con las expectativas que la sociedad tiene depositadas en ella. En cualquier caso, en las sociedades desarrolladas estas tres dimensiones de la salud se han vuelto tan complejas que, en palabras de Rey (4), “...superan el marco estrictamente sanitario para convertirse en un fenómeno bio-psico-social: salud y vida, salud y autoestima, salud y aceptación social”. En este contexto, y en relación con el concepto de calidad de vida al que se ha aludido, es donde ha encontrado su sustrato la creciente medicalización de la sociedad.

Esta situación ha generado que el mercado se vea invadido por una gran cantidad de productos con connotaciones sanitarias que incitan a la medicalización. Tal es el caso de la creciente *medicalización de los alimentos*, que como recoge Carper (1), “están comenzando a ser redefinidos como una medicina poderosa, como una medicina que sirve para prevenir y contrarrestar todo tipo de enfermedades, e incrementar la energía física y mental, el vigor y el bienestar”. Desde esta perspectiva, tal y como explica Díaz Rojo (6),

² Del concepto de salud proporcionado por la OMS Pardo señala, “lo más llamativo es que está completamente ausente toda referencia al modo de vida de la persona. Considera solo la ausencia de lesiones y el bienestar, que el paciente se sienta bien”.

...el lenguaje de la publicidad y el etiquetado promocional de los alimentos convencionales está muy influido por una visión medicalizada de la nutrición. El empleo de la salud —y más concretamente de una visión subjetiva de la misma— como reclamo publicitario es un reflejo del sanismo y del somatocentrismo que invaden la sociedad actual.

Sin embargo, sorprendentemente, a pesar de la creciente medicalización de la alimentación las alarmas sobre el estado nutricional son frecuentes, incluso se ha afirmado que los hábitos alimentarios han empeorado respecto a épocas anteriores (7). Con todo ello no se debe olvidar que algunas de las denominadas "epidemias del siglo XXI" están estrechamente vinculadas con las dietas que se consumen (8).

LOS EFECTOS SALUDABLES DE LOS ALIMENTOS DESDE UNA PERSPECTIVA CIENTÍFICA

A lo largo de la historia se han ido consolidando argumentos que sustentan la estrecha relación entre alimentación y salud. Así lo entendieron los antiguos griegos cuando en los tratados hipocráticos se alude a esta correlación. De hecho, "uno de los temas más presentes en los libros que integran la Colección Hipocrática es la ciencia acerca del régimen de vida" (9). En relación con la dieta hipocrática, en la medicina helénica el término *diaita* (10) tenía una doble referencia, "por un lado, el tratamiento de las enfermedades; y por el otro, la conservación de la salud e incluso la mejora de la naturaleza del hombre" (11).

Si en la medicina griega Hipócrates escribió acerca de la importancia de la dieta para proteger y mantener la salud, la ciencia de la alimentación ha seguido investigando los

A PESAR DE LA CRECIENTE MEDICALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN LAS ALARMAS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL SON FRECUENTES, INCLUSO SE HA AFIRMADO QUE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS HAN EMPEORADO RESPECTO A ÉPOCAS ANTERIORES.

efectos de los alimentos en la misma. No obstante, desde finales de siglo XX el concepto tradicional de nutrición ha sufrido una clara evolución trasladándose hacia la expresión "nutrición óptima" (12). El origen de esta situación se encuentra en el hecho de que las investigaciones científicas han abordado el estudio exhaustivo de las sustancias biológicamente activas presentes en los alimentos y sus efectos en el organismo humano. Esta nueva dimensión de la nutrición contempla la posibilidad de optimizar la calidad de la ingesta diaria con alimentos que ofrezcan la posibilidad de mejorar la salud de la población y de reducir el riesgo de enfermedad (13). A partir de estos presupuestos podemos afirmar que no se trata tan solo de la evidencia científica que vincula la alimentación con la salud sino que, además, se incluye la noción de "reducción del riesgo". A este respecto conviene tener en cuenta que se presenta un fenómeno completamente novedoso en este campo, la introducción de la "reducción de riesgo de una enfermedad" como concepto diferente al de "prevención" (14). De esta manera, la nutrición adquiere un nuevo enfoque sanitario participando en la mejora de la salud.

A su vez, el campo de la nutrición también se ha apoyado en numerosos datos epidemiológicos que avalan la relación entre el régimen alimentario y el control de

enfermedades no transmisibles (ENT). De esta manera, existen estudios que asocian la relación perjudicial entre el consumo de ácidos grasos trans y el riesgo de sufrir depresión³ (15), o la recomendación de la dieta mediterránea como herramienta útil para combatir la enfermedad cardiovascular⁴ (16). Al hilo de este último apunte conviene tener presente que más allá de los beneficios en la salud vinculados con el consumo de ciertos alimentos, la investigación también ha evidenciado cómo el tipo de dieta puede predisponer a los individuos un mayor riesgo de padecer ciertas patologías. Precisamente, en un contexto medicalizado, cada vez más prácticas se consideran de riesgo porque así lo han avalado los estudios científicos. Ante esta situación podemos afirmar que debido al incremento de la investigación relativa a los alimentos y a los diferentes efectos de los nutrientes en el organismo nunca se había sabido tanto de estos como ahora (7). Ello ha permitido explicar la enorme trascendencia que tiene la alimentación en la prevención de muchas enfermedades. En consecuencia, y con el objetivo de educar a la población, se han publicado numerosas guías alimentarias (17) con el cometido de promocionar una alimentación saludable.

Sin embargo, aunque cada vez existen más estudios científicos que vinculan alimentación y salud, y pese a

- 3 Un estudio de cohortes prospectivo pretendió evaluar la asociación entre la ingesta de ácidos grasos y la incidencia de depresión en una población mediterránea. La investigación concluyó que existe una relación perjudicial entre la ingesta de ácidos grasos trans y el riesgo de depresión.
- 4 Un estudio controlado pretendía comparar los efectos de dos dietas mediterráneas con los de una dieta baja en grasa en la activación de células inmunes y biomarcadores inflamatorios relacionados con la aterogénesis en sujetos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Los resultados apoyan la recomendación de la dieta mediterránea como una herramienta útil contra la enfermedad cardiovascular.

la proliferación de las guías alimentarias, en la población de los países desarrollados coexiste una mayor prevalencia de las ENT⁵ (18). Esta doble faz se ha puesto claramente de manifiesto cuando se observa cómo han ido aumentando las enfermedades vinculadas con la alimentación, como la obesidad⁶ (19), que es un grave problema nutricional que aqueja tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo, abarcando todas las edades, sexos y condiciones sociales (20). El problema es de tal envergadura que incluso la OMS ha advertido que de los diez factores de riesgo identificados como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas cinco están directamente relacionados con la alimentación: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras (21). En este contexto han surgido alimentos con características específicas que son capaces de influir en la salud y en el bienestar de la población por encima de atender las necesidades nutricionales. Estos se conocen como alimentos funcionales (22).

- 5 Según la OMS, las ENT crónicas relacionadas con los hábitos alimentarios y estilos de vida —diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer— son causas cada vez más importantes de discapacidad y muerte en los seres humanos.
- 6 El último estudio sobre la epidemiología de la obesidad realizado en España, el Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, evidenció que la prevalencia de sobrepeso en la población adulta española es de 39,4%. Atendiendo a la distribución por sexos se estimó que el sobrepeso en mujeres es del 32,5% mientras que en hombres esta cifra asciende al 46,4%. En este mismo estudio se calculó que las tasas de obesidad alcanzaban al 22,9% de la población adulta española. Atendiendo a la distribución por sexo se avaló que esta enfermedad está presente en el 21,4% de las mujeres. En el caso de los hombres esta cifra es ligeramente superior, 24,4%. Por tanto, la frecuencia de exceso de peso en España es del 62,3%.

Por su parte, el International Life Sciences Institute (ILSI), en el proyecto Functional Food Science in Europe (Fofuse) defiende que un alimento⁷ (23) puede considerarse funcional si se demuestra satisfactoriamente que, además de sus efectos nutritivos, afecta beneficiosa-mente a una o más funciones del organismo de modo que mejora el estado de salud o bienestar o reduce el riesgo de enfermedad (13). No obstante, al no existir un consenso mundial sobre la definición de alimento funcional han aparecido muchos términos que, en algunos casos, se utilizan como sinónimos. Incluso se usan múltiples expresiones para referirse a los productos alimenticios que presentan supuestos efectos benéficos para la salud, tales como "agente quimiopreventivo", "farmalimento", "alicamento", "nutracéutico" (24). En relación con este último apunte conviene tener presente que a estos alimentos también se les denomina alimentos frontera⁸

- 7 El concepto jurídico de alimento se halla en el Reglamento (CE) 178/2002 del Parlamento europeo y del Consejo de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria; en el artículo 2 se señala que: "se entenderá por 'alimento' o 'producto alimenticio' cualquier sustancia o producto destinado a ser ingerido por los seres humanos o con probabilidad razonable de serlo, tanto si ha sido transformado entera o parcialmente como si no". En este sentido Bañares indica, "la idea o principio en virtud del cual los alimentos pueden ir más allá de la nutrición no hubiera podido tener cobijo legal en caso de adoptarse una definición más restrictiva que impusiese a los alimentos una finalidad limitada a los aspectos nutritivos".
- 8 Esta incertidumbre genera lo que se conoce como "productos frontera", es decir, artículos que se "encuentran en un área de difícil delimitación entre los medicamentos y los complementos alimenticios, cosméticos o productos sanitarios". El problema de los alimentos frontera no es reciente; en este sentido Boatella (30) comenta, "durante las primeras décadas del siglo xx se inició un largo proceso de índole legislativa con objeto de definir este tipo de productos (alimentos, dietéticos,

(25) porque pretenden tener cualidades preventivas y terapéuticas como algunos medicamentos. No obstante, es preciso señalar que existe un solapamiento entre los términos empleados, pues todos ellos hacen referencia a la presencia en el alimento de propiedades que mejoran la salud o disminuyen el riesgo de padecer una enfermedad (14). Aunque el objetivo de este trabajo no es estudiar estos conceptos, sí resulta llamativa su expansión, la cual responde en el fondo "a la profunda preocupación que los consumidores manifiestan por el cuidado de su salud" (26), y donde va a encontrar su sustento el debate sobre la medicalización de los alimentos.

LOS ALIMENTOS DESDE UNA PERSPECTIVA JURÍDICA

Resulta evidente la enorme trascendencia que la identificación y el consumo de alimentos puede llegar a tener tanto para el mejoramiento potencial de la salud de la población como para el desarrollo y la innovación de la industria alimentaria. Por este motivo, en el año 2006 se aprobó el Reglamento 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos⁹ (27), en el que se establecieron los principios generales aplicables a todas las declaraciones relativas

alimentos-medicamentos, especialidades farmacéuticas, etc.), ya que la mayoría de ellos se situaba en la frontera entre los alimentos y los medicamentos. Este proceso habría de conducir a los productos para regímenes especiales, los complementos dietéticos, los nutracéuticos y los alimentos funcionales que hoy conocemos".

- 9 Esta norma fue publicada de forma incorrecta, razón por la cual escasos días más tarde se publicó la versión definitiva bajo el título "Corrección de errores del Reglamento (CE) 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos".

a un alimento con el fin de garantizar un elevado nivel de protección de los consumidores¹⁰ (28), otorgarles la información necesaria para elegir un producto alimentario y crear condiciones iguales de competencia para la industria alimentaria (29). Tal y como se refleja en el citado reglamento, los consumidores pueden percibir los alimentos promocionados con declaraciones como productos que poseen una ventaja nutricional, fisiológica o en cualquier otro aspecto de la salud con respecto a productos similares u otros productos a los que no se han añadido nutrientes u otras sustancias (30). No obstante, esto puede alentar a los consumidores a tomar decisiones que influyan directamente en su ingesta total de nutrientes concretos o de otras sustancias de una manera que sea contraria a los conocimientos científicos (30), por lo que, para contrarrestar este posible efecto indeseable, a lo largo del Reglamento se han impuesto una serie de restricciones en este sentido. La norma comunitaria, a su vez, obliga a dotar de fundamento científico (31) el uso de declaraciones de propiedades saludables en el etiquetado y en la publicidad, evitando las que no han demostrado ser beneficiosas o sobre las que no existe un consenso científico suficiente.

La citada norma se ha orientado en el sentido de crear un espacio jurídico para las alegaciones relativas a la salud; estas declaraciones guardan relación con la función que el alimento o sus ingredientes desempeñan sobre la misma, de tal forma que se les ha dotado de cobertura legal, diferenciándose de las declaraciones medicinales¹¹

10 Esta normativa nace para proteger al consumidor de todos los mensajes relativos a la influencia directa de los alimentos en la salud que en los últimos años habían proliferado sin garantías científicas.

11 Las declaraciones medicinales “son aquellas relativas a las propiedades de prevención, tratamiento o cura que puede os-

(14) ya que no se caracterizan por establecer una referencia a la prevención, el tratamiento o la cura de una enfermedad—reservadas a los productos farmacéuticos (32)—, y de las “nutricionales”¹² (33) dado que no se limitan a mencionar una propiedad nutricional. Es de aplicación a las declaraciones efectuadas en las comunicaciones comerciales¹³ (34), ya sea en el etiquetado, en la presentación o en la publicidad de los alimentos que se suministren como tales al consumidor final, destinados al suministro de restaurantes, hospitales, centros de enseñanza y colectividades similares que prestan servicios de restauración colectiva (35).

Dentro de las declaraciones de propiedades saludables¹⁴ (36) se distinguen subcategorías como las relativas a:

tentar un alimento o ingrediente alimentario”. Por tanto, se establece una relación causal entre un nutriente y una enfermedad o estado patológico.

- 12 Las declaraciones nutricionales son definidas como “cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que un alimento posee propiedades nutricionales benéficas específicas con motivo del aporte energético (valor calórico) que proporciona en un grado reducido o incrementado, o que no proporciona, y/o de los nutrientes u otras sustancias que contiene, que contiene en proporciones reducidas o incrementadas, o que no contiene”. Con ello se pretende informar al consumidor acerca del contenido de nutrientes y el valor energético de un alimento, por lo que no establecen relaciones directas con la enfermedad. Por ejemplo “fuente de fibra”, “sin grasa”, “light”, “valor energético reducido”, etc.
- 13 En las comunicaciones comerciales se incluyen: campañas publicitarias colectivas y las campañas de promoción. También se incluye en la aplicación del Reglamento a las marcas registradas, denominaciones comerciales y denominaciones de fantasía que por sí mismas puedan interpretarse como una declaración.
- 14 La declaración de propiedades saludables es “cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes, y la salud”.

la función de un nutriente o de otra sustancia en el crecimiento, el desarrollo y las funciones corporales, las funciones psicológicas y comportamentales, o adelgazamiento, el control de peso, la disminución de la sensación de hambre, el aumento de la sensación de saciedad, o la reducción del aporte energético de la dieta (37).

No obstante, algunos autores han mostrado sus discrepancias con el reconocimiento de estas declaraciones llegando a afirmar que:

...son muchos los factores (al margen de los nutricionales) que pueden influir en las funciones psicológicas, cognitivas y de comportamiento en el consumidor, por lo que la comunicación sobre estas funciones es muy compleja. A esto se suma la dificultad de transmitir un mensaje comprensivo, veraz y eficaz en una alegación corta que pueda ser usada en el etiquetado y la publicidad de los alimentos (38).

Pese a ello, el Reglamento las ha admitido siempre y cuando estén justificadas científicamente y sean comprendidas por el consumidor medio (39).

Por otro lado, el Reglamento 1924/2006 otorga especial atención a dos categorías específicas: las de "reducción de riesgo de enfermedad" (40) y las relativas "al desarrollo y la salud de los niños" (41). En estos supuestos el proceso de autorización es más estricto ya que ambos están sujetos a un procedimiento de evaluación "caso a caso"¹⁵ (41) que implica un dictamen emitido por la

Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA). Tras la evaluación y emisión del informe, la Comisión Europea debe elaborar un proyecto de Reglamento autorizando o denegando las alegaciones evaluadas.

Antes de continuar es preciso aclarar que desde la entrada en vigor del Reglamento 1924/2006 hemos asistido a un fenómeno novedoso en materia de legislación alimentaria, que indudablemente tiene consecuencias en el comercio de los productos alimenticios: la introducción de la reducción de riesgo como concepto distinto a la prevención. Según el *Códex Alimentarius*,

...la reducción de riesgos significa el alterar de manera significativa un factor o factores mayores de riesgo para una enfermedad crónica o condición relacionada con la salud. Las enfermedades tienen factores múltiples de riesgo, y el alterar uno de estos factores puede tener, o no tener, un efecto benéfico. La presentación de las declaraciones de reducción del riesgo de enfermedad debe asegurar que no sean interpretadas por el consumidor como declaraciones de prevención, utilizando, por ejemplo, lenguaje apropiado y referencias a otros factores de riesgo (42).

Consecuentemente, la reducción de riesgo depende de múltiples factores ajenos a la ingesta de un alimento mientras que el término prevención indica una acción absoluta o de resultado, reservada a los medicamentos (14). En este sentido, en el Reglamento se aclara el concepto de declaración de reducción del riesgo de enfermedad, que se describe como "cualquier declaración de propiedades saludables que afirme, sugiera o dé a entender que el consumo de una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes reduce signifi-

¹⁵ Estas declaraciones son autorizadas de conformidad con el procedimiento establecido en los artículos 15, 16, 17 y 19 del Reglamento 1924/2006.

ficativamente un factor de riesgo de aparición de una enfermedad humana” (43). Aunque lo cierto es que uno de los mayores temores en la discusión de esta normativa fue qué hacer frente a las declaraciones de reducción de riesgo de enfermedad y, al mismo tiempo, discernirlas de las propiamente medicinales. Por el momento, la EFSA es la autoridad encargada de discernir caso por caso qué declaraciones son medicinales y, por tanto, deben ser denegadas de las de reducción de riesgo que, si presentan una evidencia científica razonable, pueden ostentarse en los alimentos.

A partir de la entrada en vigor de esta normativa las empresas han ido enviando a las autoridades competentes los pertinentes estudios científicos que avalan las posibles relaciones entre los nutrientes y las declaraciones de propiedades saludables. A su vez, el comité científico de la EFSA ha emitido las correspondientes opiniones científicas derivadas de la evaluación de los datos aportados. Sin embargo, solo hasta el 2011 y el 2012 se publicaron los documentos legales pertinentes —tal es el caso, por ejemplo, del Reglamento (UE) 1160/2011 (44) y del Reglamento (UE) 432/2012 (45)—, en los que se indica de manera precisa y vinculante qué nutrientes se relacionan científicamente con las alegaciones de salud. Ante este panorama, en el mercado han proliferado numerosos alimentos cuyas propiedades beneficiosas van más allá de la función nutritiva alegando declaraciones de propiedades saludables.

**ESTAMOS ASISTIENDO A UN
IMPORTANTE AUMENTO DE LAS
ALEGACIONES SOBRE LAS PROPIEDADES
SALUDABLES DE LOS ALIMENTOS, YA
QUE SON INSTRUMENTOS ESENCIALES
EN LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS
PRODUCTOS ALIMENTICIOS.**

LA MEDICALIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS: REFLEXIÓN ÉTICA

La larga tradición de la medicina occidental, de promover información y consejo sobre la alimentación y la prevención del riesgo de padecer enfermedades, ha contribuido a enaltecer las funciones biológicas de los alimentos en detrimento de los factores psicológicos y sociales (46). Ahora bien, en los últimos años la vinculación “dieta-salud” se ha desbordado del marco estrictamente nutricional. En palabras de Gracia-Arnaiz (46), “que la interpretación biomédica enfatice los aspectos fisiológicos

en detrimento de los sociales responde a una lógica que se ha construido al compás de la medicalización de los alimentos”. En lo que se refiere a la publicidad es evidente el incremento de los mensajes que apelan a la salud para promocionar los productos “funcionales”, pues dado el importante valor atribuido a la alimentación (47) en nuestra sociedad, no basta con exponer los nutrientes u otros ingredientes del alimento sino que la industria

desea indicar también las diferentes propiedades saludables. En este contexto, como señalan Jausàs y Del Val (48), “estamos asistiendo a un importante aumento de las alegaciones sobre las propiedades saludables de los alimentos, ya que son instrumentos esenciales en la comercialización de los productos alimenticios”. De hecho, en los últimos tiempos han aparecido en el mercado numerosos alimentos que prometen todo tipo de resultados en relación con la salud. Al mismo tiempo se ha dedicado un importante esfuerzo a investigar diversos

componentes alimenticios con el objeto de mejorar la salud de la población. Algunos de ellos cuentan con un respaldo científico y jurídico, tal es el caso, por ejemplo, de los alimentos con fitoesteroles y fitostanoles de los que se puede declarar que "contribuyen a mantener niveles normales de colesterol sanguíneo", o de los alimentos fuente de vitamina D en los que se puede incluir que "contribuyen al funcionamiento normal del sistema inmunitario" (49). Estas evidencias, de forma paralela, han llevado a establecer unos aspectos normativos en los que se ha planteado fijar patrones de alimentación saludable con el objetivo de evitar el desarrollo de enfermedades.

Ante esto la industria alimentaria ha utilizado el argumento de salud con la finalidad de promocionar estos alimentos. Es decir, la industria ha puesto en circulación alimentos que se presentan al consumidor con un valor añadido, bien porque son capaces de reducir el riesgo de enfermedad o bien porque su consumo se relaciona con potenciales beneficios en la salud humana. Desde este punto de vista, en palabras de García Brenes, "las empresas ofrecen alimentos como una mercancía al servicio de la salud" (50). Pero esta situación no es algo neutro ya que puede tener consecuencias de distinto tipo, y se puede afirmar que existen varios problemas relacionados con la "medicalización" de la ingesta diaria de alimentos.

En primer lugar se desconoce la seguridad y la eficacia a largo plazo de los alimentos funcionales. En segundo lugar, estos pueden influir en la eficacia de los fármacos y en el cumplimiento de los tratamientos médicos (51). Los defensores de los alimentos funcionales argumentan que son beneficiosos para mejorar las dietas, los escépticos sostienen que su mercado es impulsado por las empresas y por la creciente necesidad de diversificar los productos en un mercado de alimentos saturado (52).

Asimismo, es preciso indicar que las actuales formas de consumir los alimentos también han contribuido, en parte, a fomentar la promoción de un sin fin de discursos y declaraciones nutricionales. Desde estas premisas, para situar la actual relevancia social concedida al binomio alimentación-salud es preciso hacer referencia, en palabras de Gracia-Arnaiz (53), "al paulatino proceso de medicalización de la alimentación".

Por otro lado, conviene señalar que el alimento presenta connotaciones diferenciadas en relación con otros productos de consumo atendiendo principalmente a su íntima conexión "con el desarrollo de la vida humana y de la salud, prodigándose, en este sentido, una relación directa entre alimentación y salud, que determina una protección de carácter especial y especializada por parte de los poderes públicos" (54). Para introducir en el mercado un alimento la normativa europea requiere garantías de seguridad (55). Al hilo de esta cuestión, para determinar la seguridad de un alimento se tiene presente todo su ciclo de vida, incluida la información promocional (56). Así, el concepto de "alimento seguro" no solo implica que este no sea nocivo, sino que ha de contar con una información adecuada y veraz. Ello justifica que una de las cuestiones básicas en torno a los alimentos con declaraciones de propiedades saludables radica en cómo comunicar estas ventajas específicas, es decir, la información que se ofrece de esos alimentos al consumidor. En este sentido conviene tener en cuenta que dentro de este campo se encuentran los riesgos en torno a la posibilidad de que un alimento provisto de una alegación alimentaria suscite la sustitución o eliminación de otros productos alimenticios no provistos de declaraciones e incluso se sustituyan de forma irresponsable los tratamientos médicos pertinentes (57). Precisamente las alegaciones saludables, en sentido

amplio, aunque presenten aval científico, conllevan una problemática innegable: la manera en la que se comunican y se presentan los alimentos. Una declaración que no se comprende no es útil, mientras que una alegación que se comprende, además de ser rigurosamente científica, ha de ser adecuada a las legítimas expectativas del consumidor (58). No hay que olvidar que si las alegaciones son engañosas pueden tener efectos negativos sobre la salud de los consumidores por incitarles a consumir un determinado tipo de producto. No en vano la Unión Europea ha abierto la puerta a aquellas alegaciones alimentarias, que sin mencionar las propiedades preventivas, curativas o terapéuticas, ni inducir a error al consumidor, hacen referencia a la salud.

CONCLUSIÓN

Se habla de medicalización de la alimentación cuando se fomenta el consumo de ciertos alimentos a los que se les atribuyen propiedades terapéuticas —curativas o preventivas— que en realidad no tienen, que no las poseen en la proporción en la que se indica, o que aún poseyendo unas determinadas propiedades terapéuticas se incrementa su consumo en atención a posibles patologías, a afecciones ficticias o a estados que requieren tratamientos distintos a los alimenticios.

Los denominados alimentos funcionales han sido un factor decisivo en el proceso de medicalización de la alimentación. Al mismo tiempo, para comprender el progreso de los alimentos con propiedades saludables, es preciso tener en consideración la perspectiva sanitaria y jurídica, así como la evolución seguida por los diferentes grupos sociales en un contexto cultural y socioeconómico particular.

Las consecuencias negativas de la medicalización de la alimentación son muy variadas, destacando la modificación que supone un cambio alimenticio con consecuencias nutricionales, sustentado en parámetros subjetivos de salud o en intereses económicos de los comercializadores; el riesgo, en algunas patologías, de cambiar ciertos medicamentos por alimentos sin consejo profesional cualificado, y el mayor gasto que supone para el consumidor la utilización de ciertos alimentos, como por ejemplo los funcionales, algo que incide en los sectores más desfavorecidos económicoamente.

REFERENCIAS

1. Carper J. Los alimentos medicina milagrosa: qué comer y qué no comer para prevenir y curar más de 100 enfermedades y problemas. Barcelona: Amat; 2008.
2. Pastor García LM. ¿Qué significado hay que dar al término “calidad de vida” en bioética? Cuaderno Bioética. 2006;XVII:401-9.
3. Valverde Brenes FJ. Ética y salud: un enfoque ético para trabajadores de la salud. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; 2005.
4. Rey Fuentes J. Publicidad de productos de alimentación y productos vigoréxicos ¿Una cuestión límite? Revista Icono 14. 2010;8(3):151.
5. Pardo A. Cuestiones básicas de bioética. Madrid: Rialp; 2010.
6. Díaz Rojo JA. Lenguaje y reclamos de salud en la publicidad de los alimentos. Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura. 2003;30:217-24.
7. Gracia Arnaiz MI. Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. Salud colectiva. 2009;5(3):365.
8. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. [Monografía en Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004.

- Health Organization; 2004 [citado 2014 febrero 3]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>
9. Gil Sotrés PL. La alimentación en la Grecia clásica. En: Salas-Salvadó J, García-Lorda P, Sánchez Ripollés JM. La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona: Glosa; 2005. p. 70.
 10. García A, Amarilla N. El hecho alimentario. En: Aranceta J, Amarilla N. Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación. Madrid: Panamericana; 2011.
 11. Alvárez del Palacio E. Juego, educación física y deporte en el Renacimiento español. En: Rodríguez Rodríguez LP. Compendio de la historia de la actividad física y el deporte. Barcelona: Masson; 2003.
 12. Muñoz S, Gil A, Martínez de Vitoria E. ¿Podemos equiparar alimentación saludable y alimentación funcional? En: Aranceta J, Amarilla N. Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación. Madrid: Panamericana; 2011.
 13. Ansorena Artieda D. Alimentos funcionales: alimentos que contribuyen a mejorar la salud. En: López Guzmán J. Medicamentos placebos y fraudes. Jaén: Formación Alcalá; 2008.
 14. Bañares Vilella S. Los alimentos funcionales y las alegaciones alimentarias: una aproximación jurídica. Barcelona: Atelier; 2006.
 15. Sánchez-Villegas A, Verberne L, De Irala J, Ruíz-Canela M, Toledo E, Serra-Majem L, Martínez-González MA. Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Project. *PLoS One*. 2011;6(1):16268.
 16. Mena MP, Sacanella E, Vázquez-Agell M, Morales M, Fitó M, Escoda R, et al. Inhibition of circulating immune cell activation: a molecular antiinflammatory effect of the Mediterranean diet. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2009;89(1):248-256.
 17. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria [sede Web]. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC); 2004. Pirámide de Alimentación Saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria [citado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://pendiente demigracion.ucm.es/info/nutri1/carbajal/Piramide%20alimentaria%20SENC%202004.pdf>
 18. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2013. Enfermedades No Transmisibles. Centro de prensa. Nota descriptiva [citado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs355/es/>
 19. Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez-Artalejo F. La obesidad como problemas de salud pública. En: Serrano Ríos M. La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2012.
 20. Stott R. Contraction and convergence: the best possible solution to the twin problems of climate change and inequity. *BMJ*. 2012;344:e1765.
 21. Varela Moreiras G, Silvestre Castelló D. Introducción. En: Obesidad en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? Madrid: CEU Cardenal Herrera y CEU San Pablo Instituto Tomás Pascual Sanz; 2009.
 22. Vidal Carou M. Alimentos funcionales. Algunas reflexiones en torno a su necesidad, seguridad y eficacia y a cómo declarar sus efectos sobre la salud. *Humanitas Humanidades Biomédicas*. 2008;24:13-34.
 23. Diario Oficial de la Unión Europea L 031 de 1 de febrero de 2002. Bañares Vilella S. Los alimentos funcionales y las alegaciones alimentarias: una aproximación jurídica. Barcelona: Atelier; 2006.
 24. Varela Moreiras G. Alimentos funcionales. En: Aranceta Bartrina J, Gil Hernández A. Alimentos funcionales y salud en las etapas infantil y juvenil. Madrid: Panámerica; 2009.
 25. Boatella Riera J. Productos dietéticos singulares (1850-1950). *Actividad Dietética*. 2009;13(1):27-30.
 26. Bello J. Alimentos con beneficios saludables. En: Astiasarán Anchía I, Lasheras Aldaz B, Ariño Plana A, Martínez Hernández JA. Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2003.

27. Diario Oficial de la Unión Europea 12 de 18 de enero de 2007. Todas las referencias al Reglamento 1924/2006 deben entenderse efectuadas a la versión de enero de 2007.
28. Considerando 1 y 14 del Reglamento 1924/2006. I
29. Considerando 9 del Reglamento 1924/2006.
30. Considerando 10 del Reglamento 1924/2006.
31. Considerando 17 del Reglamento 1924/2006.
32. Bañares Vilella S. Las declaraciones alimentarias en la Unión Europea: una somera aproximación jurídica. Actividad Dietética. 2009;13(1):31-4.
33. Artículo 2.2.4 del Reglamento 1924/2006.
34. Considerando 4 del Reglamento 1924/2006.
35. Artículo 1.2 del Reglamento 1924/2006.
36. Artículo 2.2.5 del Reglamento 1924/2006.
37. Artículo 13. 1 del Reglamento 1924/2006.
38. Bardón Iglesias R, Franco Vargas E, Gómez Mateo JV, Moreno Alcalde S, López Franco MA. Comentarios sobre el próximo marco normativo relativo a las alegaciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos: propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo. Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos. 2004;359:11-6.
39. Artículo 13. 1 del Reglamento 1924/2006.
40. Artículo 2.2.6 del Reglamento 1924/2006.
41. Artículo 14 del Reglamento 1924/2006.
42. Declaraciones Nutricionales y Saludables (CAC/GL 23-1997) Adoptadas en 1997. Revisadas en 2004. Enmendadas en 2001, 2008, 2009, 2010 y 2011 [sede Web]. Directrices para el uso de declaraciones nutricionales y saludables [citado 2014 marzo 5]. Disponible en: <http://www.google.es/#sclient=psyab&hl=es&sourc=hp&q=codex+alimentarius+y+la+reducci%C3%B3n+de+riesgo&pbx=1&oq=codex+alimentarius+y+la+reducci%C3%B3n>
- n+de+riesgo&aq=f&aqi=&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=572l14195l0l14456l43l32l0l7l7l1l465l8300l0.7.17.6.2l39l0&bav=on.2,or.r_ge.r_kw,cf.osb&fp=2c2e2a1c0adb9de9&biw=1440&bih=807.
43. Artículo 2.2.6 del Reglamento 1924/2006.
44. Reglamento (UE) 1160/2011 de la comisión de 14 de noviembre de 2011 sobre la autorización y la denegación de autorización de determinadas declaraciones de propiedades saludables en los alimentos y relativas a la reducción de riesgo de una enfermedad. Diario Oficial de la Unión Europea L 296/26 de 15 de noviembre de 2011.
45. Reglamento (UE) 432/2012 de la Comisión de 16 de mayo de 2012 por el que se establece una lista de declaraciones autorizadas de propiedades saludables de los alimentos distintas de las relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños. Diario Oficial de la Unión Europea L 136 de 25 de mayo de 2012.
46. Gracia Arnaiz MI. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública de México. 2007;49(3) 238.
47. Smith R. Let food be thy medicine... BMJ. 2004;328:8.
48. Jausàs H, Del Val C. Marco legal del producto milagro. En: López Guzmán J. Medicamentos placebos y fraudes. Jaén: Formación Alcalá; 2008.
49. Anexo. Lista de declaraciones de propiedades saludables autorizadas. Reglamento (UE) 432/2012.
50. García-Brenes MD. Alimentación y salud, una relación conflictiva. El caso de España. Salud Pública Méx. 2010;52(5):458.
51. de Jong N, Klungel OH, Verhagen H, Wolfs MCJ, Ocké MC, Leufkens HGM. Functional foods: the case for closer evaluation. BMJ. 2007;334:1037.
52. Lang T. Functional foods. BMJ. 2007;334:1015.
53. Gracia Arnaiz MI. Maneras de comer hoy: comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. Revista Internacional de Sociología. Consumo seguridad alimentaria y salud (CSIC). 2005; 40: 162.

54. Hidalgo JR. El consumidor europeo ante la seguridad alimentaria. En: Aranceta J, Amarilla N. Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación. Madrid: Panamericana; 2011.
55. Artículo 14. 1 del Reglamento (CE) 178/2002
56. Artículo 14. 3 del Reglamento (CE) 178/2002.
57. Vidal Carou MC, Mariné Font A. ¿Cuándo deben recomendarse los alimentos funcionales? Jano: Medicina y humanidades. 2006;1416:30-33.
58. Vidal Carou M. Alimentos funcionales. Algunas reflexiones en torno a su necesidad, seguridad y eficacia y a cómo declarar sus efectos sobre la salud. Humanitas Humanidades Biomédicas. 2008;24:13-34.