

La (des)nutrición y el nuevo patrón epidemiológico en un contexto de desarrollo y desigualdades

Nathália Paula de Souza ¹
Pedro Israel Cabral de Lira ²
Annick Fontbonne ³
Fernanda Cristina de Lima Pinto ²
Eduarda Ângela Pessoa Cesse ¹

Resumen *El actual contexto de intensas transformaciones sociales, económicas y políticas ha contribuido a los cambios en el perfil de salud de la población y generado discusiones sobre su impacto en la reorganización de la sociedad. Actualmente, el aumento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles aumenta la preocupación acerca de la paradoja de la coexistencia entre desnutrición y obesidad. A partir de la lectura e interpretación de textos, documentos y bases de datos, este artículo discute los aspectos relacionados con la nutrición, teniendo en cuenta las dimensiones de la escasez y los excesos, su evolución en el tiempo, además de la conexión con el nuevo patrón epidemiológico. Comenzamos con la caracterización conceptual, la historicidad y la interfaz antropológica del tema. A continuación describimos la prevalencia, distribución y tendencia secular de la desnutrición y la obesidad, además de las relaciones temporales con el nuevo patrón epidemiológico en Brasil en un contexto de desarrollo y desigualdades. Además, hacemos una reflexión sobre la (des)nutrición en la posmodernidad, los intereses y las partes interesadas en el proceso salud-enfermedad, así como la experiencia internacional y estrategias de cooperación solidaria. Concluimos con algunos avances y retos actuales frente a la complejidad y velocidad de los cambios contemporáneos.*

Palabras clave *Transición nutricional, Desigualdad, Desarrollo, Cooperación internacional*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50740-465 Recife PE Brasil. n.paula.souza@gmail.com

² Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE Brasil.

³ UMR 204 Nutripass, IRD, SupAgro, Université Montpellier. Montpellier França.

Presentación

Este artículo pretende aclarar cuestiones relacionadas con la nutrición, teniendo en cuenta las dimensiones de la escasez y los excesos y su evolución en el tiempo, además de su conexión con el nuevo patrón epidemiológico de Brasil. Con fines didácticos, se ha dividido el texto en cuatro secciones que se complementan en un intento de abordaje integral del tema, que parte de conceptos y fundamentos históricos hasta llegar a la sociedad contemporánea.

Para delinear la evolución del perfil de alimentación y nutrición y tejer las posibles redes y relaciones entre ellos, se empieza con las referencias de Josué de Castro y sus intérpretes, además de publicaciones del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística para caracterizar el período anterior a 1970. De 1970 a 1990, se utilizaron el Estudio Nacional de Gastos Familiares (EN-DEF)¹, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN)² y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)³ para caracterizar las tres décadas, respectivamente. El artículo concluye con la evolución temporal de los datos referentes a principios del siglo XXI, utilizando como fuentes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Mujeres y Niños (PNDSM)⁴, además de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)⁵.

Las reflexiones sobre la (des)nutrición en la posmodernidad se desarrollaron a partir de una tríada propuesta por Lefevre y Lefevre⁶ para la comprensión del proceso salud-enfermedad dentro de una lógica de mercado. Después, se describen algunos problemas de salud colectiva provenientes del desequilibrio de esta tríada, experiencias internacionales y nacionales que tratan de dar prioridad a las necesidades individuales y colectivas a expensas de las exigencias mercadológicas, además de iniciativas solidarias entre países, como la Cooperación Sur-Sur.

(Des)nutrición: aspectos conceptuales, históricos y antropológicos

El enfoque de la desnutrición en Brasil pasa por la evolución y el desarrollo social, político y económico del propio país. Por lo tanto, es inevitable no retomar la contribución pionera y visionaria de Josué de Castro, de Pernambuco, Brasil, que rompió con la “conspiración de silencio” que impregnaba el tema del “hambre” entre los años 1940 y 1950 del siglo pasado y ayudó en la comprensión de la problemática en todas sus dimensiones y naturalezas, mediante la combinación de

aspectos biológicos, antropológicos, socioeconómicos y políticos.

Josué de Castro conoció el hambre, según sus relatos, en los manglares y los barrios pobres de Recife. El autor retrata en su clásico *Geografía del Hambre* las características relacionadas con este tema en las distintas regiones del país, dividido en Amazonía, Noreste azucarero, Noreste seco, Centro-Oeste y Sur. A mediados de la década de 1940, el hambre, endémico y epidémico, se identificó en las tres primeras regiones y la desnutrición en todas ellas.

Para situar al lector es importante aclarar la naturaleza distinta y conceptual de algunos términos ya utilizados por autores clásicos tales como Josué de Castro, pero aún controvertidos en la literatura. La desnutrición, el hambre y la pobreza a menudo se utilizan como sinónimos, y de hecho no lo son. Monteiro⁷ logró describir, en un ensayo, las diferencias entre estos términos, por lo que utilizaremos esta perspectiva conceptual para direccionar las interrelaciones en esta primera parte del texto.

Para el autor, la pobreza es la dimensión más amplia y corresponde a la no satisfacción de las necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, el ocio, ropa, salud, educación y otras. Se mide comúnmente a través del ingreso para satisfacer las necesidades básicas mencionadas y, cuando por debajo de la línea de pobreza, es decir, en un nivel crítico de ingresos, las familias y los individuos son considerados pobres. El término “indigencia” se puede utilizar cuando el cálculo del umbral de la pobreza solo tiene en cuenta los costes familiares con la alimentación.

Aún según Monteiro⁷ el hambre puede manifestarse de forma aguda o crónica. El hambre aguda es equivalente a la falta de alimentos y, por lo tanto, puede manifestarse en la delgadez. Mientras que el hambre crónica, mayor interés de esta reflexión, corresponde al suministro insuficiente de energía y nutrientes para el desempeño de las actividades diarias y por lo tanto puede manifestarse como desnutrición energética o energético-proteínica crónica. La medición directa del hambre es difícil de poner en práctica y, por tanto, predominan los métodos indirectos. En Brasil, el estudio que estuvo más cerca de esta perspectiva fue el Estudio Nacional de Gastos Familiares, que evaluó el consumo de los hogares pesando los alimentos e ingresos, además del estado nutricional.

Los diversos tipos de deficiencia nutricional o ausencia de elementos importantes en la alimentación pueden ser entendidos como desnutrición. Esta se manifiesta en la forma de enfer-

medades que pueden ser causadas por la ingesta insuficiente de alimentos o en el destete precoz, la higiene precaria, infecciones persistentes que comprometen la utilización biológica de los alimentos, el exceso de alimentos con carencias específicas y otros⁷. El crecimiento de los niños (talla para la edad) es uno de los mejores indicadores globales de salud y también permite inferencias cuanto a la desigualdad en la población, una vez que la desnutrición en sí es uno de los productos de la desigualdad social⁸.

La dimensión de la pobreza parece ser la que más se acerca a la perspectiva de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y envuelve los demás conceptos. Pero la SAN por sí sola no garantiza la superación del hambre y la desnutrición. El hambre puede surgir sin la pobreza en situaciones momentáneas de guerra y catástrofes naturales, como los impactos del terremoto y tsunami de Tohoku en Japón, en 2011, y la ruptura de las represas de la Samarco en Brasil (Mariana, Minas Gerais) en 2015. Por otra parte, una situación que es al mismo tiempo actual y antigua es la permanencia de la desnutrición con carácter transsocial, como la anemia en Brasil^{9,10} y la deficiencia de yodo en Europa¹¹. La característica común de todas estas categorías que comprometen la salud y la nutrición es la vulnerabilidad de los grupos o personas afectadas.

Este nuevo estándar de enfermedad de la población brasileña está fuertemente relacionado con los procesos históricos de interferencia política en las estructuras de producción, comercialización y exportación. Ellos fueron decisivos para el desmantelamiento de la política agrícola y de suministro y para el fortalecimiento de la agroindustria.

A mediados de los años 1960 y 1970, las políticas alimentarias tenían énfasis en la distribución y suministro de alimentos y las políticas de incentivo agrícola priorizaban los grandes productores. Alrededor de 1990, con el avance de la globalización y del neoliberalismo económico dirigiendo las políticas públicas en Brasil y en todo el mundo, había pocas estrategias estatales para subvencionar el suministro de alimentos y hubo una reducción de los gastos en agricultura. Al mismo tiempo, se organizó un modelo de políticas compensatorias de protección directa a los pobres, pero sin vislumbrar el enfrentamiento real de la problemática del hambre.

Al recurrir a las políticas compensatorias, fueron priorizados los grupos organizados y los recursos públicos comenzaron a ser dirigidos al sector privado, la agricultura y otros sectores. Los

pequeños agricultores se vieron afectados directamente y prácticamente obligados a desvincularse de la actividad del campo, promoviendo el éxodo rural, mientras que los grandes empresarios mantuvieron el crecimiento económico.

En paralelo al proceso de urbanización, se intensificaron la producción y suministro de alimentos procesados, favoreciendo cambios en los hábitos alimenticios, con la creciente presencia de estos alimentos en las compras de las familias. Esto ratificó la devaluación del hombre del campo, ya que la comida in natura se aleja cada vez más de los consumidores y comienza a seguir otros circuitos destinados a su modificación por la industria, el aumento del tiempo en las estantes, empaquetamiento y finalmente más espacio en los supermercados.

Al reflexionar sobre el patrimonio de las culturas alimentares, Jesús Hernández¹² informa que el proceso de homogeneización resultante de la globalización ha dado lugar a la pérdida de la diversidad en los planes económico, ecológico y cultural. La aparición de nuevos espacios como el supermercado, por ejemplo, con características muy similares en todo el mundo, con las mismas marcas, las mismas franquicias y los mismos alimentos, es parte de este proceso que lleva a la desaparición de las características particulares de cada sitio, región o país y la expansión generalizada de los estilos de vida globales.

Estos nuevos espacios sociales también nos hacen recordar al “hombre gabiru” (Gabiru es una especie de ratón, popularmente, significa persona de baja estatura) y los “cangrejos con cerebro” que surgieron en la década de los noventa de la relectura crítica del “hombre cangrejo” de Josué de Castro en medio de la retirada del hombre de la lama y la transferencia al asfalto debido a la construcción de las “ciudades”. La primera expresión fue reportada por Portella et al.¹³ y la segunda por el movimiento Manguebeat en el “Manifiesto cangrejos con cerebro I”¹⁴, ambas bien representadas en la obra de Chico Science¹⁵.

Vi um aratu pra lá e pra cá

Vi um caranguejo andando pro sul

Saiu do mangue, virou gabiru

Oh! Josué, eu nunca vi tamanha desgraça

Quanto mais miséria tem mais urubu ameaça

Vi a un cangrejo de un lado a otro, vi a un cangrejo caminando hacia el sur, dejó el manglar, se convirtió en gabiru, Oh! Josué, nunca he visto tanta desgracia, Cuanto más miseria más el buitre amenaza (traducción libre).

Melo Filho¹⁶ hace un análisis de la hermenéutica del cangrejo y, por último, relaciona el

“hombre-Gabiru” con los cambios en los espacios sociales promovidos por el capitalismo, que llevaron a la desaparición/aterramiento de los manglares y la asignación de personas en áreas tan o más insalubres. Por ello la analogía con otro “bicho”, el gabiru. Mientras que el término “cangrejos con cerebro” parece animar estos mismos hombres a seguir hacia delante y no hacia atrás, como los cangrejos, utilizando sus antenas para dejar la lama en busca de nuevas vibraciones como un camino de emancipación.

Prevalencia, distribución y tendencia secular de la (des)nutrición en un contexto de desarrollo y desigualdades

En fin, ¿estaríamos viviendo durante más de 50 años “una transición alimentaria/nutricional o una mutación antropológica”? ¿Sería esta una “metamorfosis epidemiológica”? Con estos juegos de palabras Batista Filho y Vidal Batista¹⁷ nos hacen reflexionar sobre cuál es el modelo de (des)nutrición actual a principios del siglo XXI en medio a las transiciones demográficas y epidemiológicas.

En la década de 1940, aproximadamente el 69% de los brasileños vivían en el campo y la mayoría de la población económicamente activa trabajaba en la agricultura, la ganadería, la silvicultura, las actividades domésticas y escolares (73,6%)¹⁸. En 2012, el 84,8% de la población se concentraba en las zonas urbanas del país¹⁹, con diferencias importantes dentro del país. Estos cambios en el tiempo transformaron las estructuras generadoras de ingresos e impactaron el estilo de vida y el estado nutricional.

El número medio de hijos por mujer en edad fértil pasó de 6,3 a 1,8 en 1940 y 2012, respectivamente^{18,19}. Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil en el primer año de vida se redujo de 124 muertes por cada mil nacidos vivos en 1960 a 16 en 2010^{19,20} y alcanzó al objetivo del milenio antes de lo previsto (2015). Al mismo tiempo la esperanza de vida aumentó de 42,7 años en los años 40 a 74,5 años en 2012^{18,19} y de acuerdo con las proyecciones alcanzará 81,29 años en 2050, valores cercanos a China y Japón.

Los cambios mencionados anteriormente manifiestan, en algún momento histórico, la intersección y la inversión de las curvas como la mortalidad y la natalidad y la situación de residencia en las zonas rural y urbana. La mejora en las condiciones de vida y salud, el saneamiento, la educación, la vivienda, el acceso a los servicios, el avance de la tecnología desde los antibióticos, an-

ticonceptivos hasta la edad de la genética, además de los cambios socioculturales, como la inclusión de las mujeres en el mercado laboral, la urbanización y la convivencia con otras enfermedades, son algunos de los aspectos que han contribuido a la situación actual.

Todos estos cambios se produjeron en Brasil rápidamente e intensamente – pero con retraso en relación con Europa, por ejemplo. A pesar de las características similares, el contexto nacional de iniquidades sigue siendo un impedimento para garantizar los derechos humanos básicos, como la alimentación. Para caracterizar mejor estas diferencias en el tiempo, sigue la descripción de los aspectos de la alimentación y la nutrición en tres periodos históricos: antes de 1970, de 1970 a 1990 y después de 1990.

A pesar del gasto de energía aparentemente mayor en la transición del siglo XIX al XX, los registros de ingesta calórica oscilaban de 1.600 calorías a 1.700²¹ o menos²². La desnutrición estaba presente en todas las regiones del país, aunque con diferentes causas y manifestaciones, y fueron distribuidas por Josué de Castro en tres “áreas de hambre” y dos “áreas de desnutrición”. Si comparamos con la actual división del país serían dos zonas de hambre, las regiones Norte y Nordeste, y tres de desnutrición, Sur, Sudeste y Centro-Oeste.

Durante este período, se encontraron varias deficiencias nutricionales como la deficiencia de sodio, anemia por deficiencia de hierro, el bocio (deficiencia de yodo), beriberi (deficiencia de vitamina B1 en la Amazonía) y déficits de proteína y calorías, que se manifestaban en las formas más graves de desnutrición (marasmo y kwashiorkor), además de las enfermedades endémicas, tales como la verminosa, esquistosomiasis, la enfermedad de Chagas y la malaria (en Amazonía). Sin embargo, el Sur tenía el patrón de dieta más equilibrado y tenía en su proceso de colonización, con carácter de asentamiento y desarrollo de la región, una explicación importante.

A pesar de una realidad epidemiológica diferente del contexto actual, Josué de Castro ya hacía referencia a las diferencias en el perfil alimentar vinculado a las clases sociales, de la casa del señor y los cuartos de los esclavos, por ejemplo. Además de informar también la presencia de la escasez y los excesos, ya que mientras algunos tenían hambre por la falta de alimentos, otros comían en exceso, ambas situaciones inductoras de la malnutrición.

En el período siguiente, hubo un incentivo a la producción agrícola masiva con la justificativa de la superación del hambre, verificada indirectamente

tamente por el déficit de peso, como se detalla en la primera sección. La prevalencia de bajo peso en el Nordeste (15,5%) era el doble de la que se encontraba en el Sur (7,2%), pero ya era posible caracterizar el sobrepeso como un problema de salud pública, afectando al 21,9% de la población adulta del país⁵. En mujeres adultas, el déficit de peso se corrigió entre 1975 y 1989, excepto para el Nordeste rural (12,2%), pero se mantuvo en declive en la década posterior²³.

Al comparar encuestas nacionales de 1970, 1980 y 1990^{1,3}, también se observó la disminución de la desnutrición con una reducción de aproximadamente 72% del retraso en el crecimiento en niños. Las mayores variaciones ocurrieron en las zonas urbanas en comparación con la rural, y las diferencias del campo en relación con la ciudad aumentaron durante los tres periodos alrededor del 50% (40,5% y 26,6%), 80% (22,7% y 12,5%) y 145% (18,9% y 7,7%), respectivamente²³, caracterizando a la desnutrición como producto de la desigualdad.

Por otro lado, el exceso de peso entre los niños y niñas de 5 a 9 años ha aumentado del 13,8% al 19,1% y del 10,4% al 14,3%, respectivamente^{1,2}. En las mujeres adultas, la evolución fue de 22,2% (1974/1975) a 39,1% (1.989) y 47% (1995/1996), resultando en un aumento del 112% en el sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$)²³.

La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles aumentó más de tres veces entre las décadas de 1930 y 1990²⁴. Por otro lado, la anemia se mantuvo presente y estudios realizados en Sao Paulo y Paraíba destacaron un aumento en la prevalencia de 116% en el primer estado, entre 1974/1975 y 1995 (22% a 46,9%), y de 88% en el segundo, entre 1982 y 1992 (19,3% a 36,4%)²⁵⁻²⁷. Ya el bocio endémico tuvo una reducción, después de casi tres décadas de barreras científicas, políticas y económicas. La yodación de la sal de mesa se ha implementado en todo el territorio nacional solo en 1974, cuando la agenda para hacer frente al problema pasó a ser internacional²⁸.

Además de las desigualdades regionales, también se percibe la perpetuación de injusticias sociales en grupos vulnerables como los indígenas, descendientes de los esclavos, mujeres y niños, incluso en las regiones históricamente más desarrolladas socialmente y económicamente, como la región Sur. En un estudio con niños indios de la etnia Terenas (Mato Grosso del Sur de Brasil), en 1995, se verificó un 15% de retraso en el crecimiento y la prevalencia de anemia de 86,1% entre 6 y 24 meses, mientras que se registró un aumento de peso significativo en relación con la edad y la altura²⁹.

En el patrón dietético asociado con estos cambios nutricionales, hubo un aumento en el consumo de refrescos, galletas, embutidos y comidas industrializadas en 425%, 218%, 173% y 77%, respectivamente^{1,5}. Por otra parte, hubo una reducción del consumo de huevos, grasa animal, pescado, raíces y tubérculos en un 83%, 63%, 38% y 33%, respectivamente^{1,5}. El consumo medio de sal en Brasil (12g/día) es el doble de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se acerca al consumo per cápita de los países considerados más desarrollados³⁰.

La mayor disponibilidad de variedades y cantidad de alimentos, la implementación de políticas asistenciales que han mejorado el acceso y la distribución de la comida, además de la expansión de servicios de saneamiento, red básica de salud, mejora de la educación materna e ingresos familiares fueron algunos avances que permitieron el alcance de ciertos objetivos de desarrollo del milenio, tales como la erradicación del hambre y la superación del déficit de altura, que alcanzaron, respectivamente, en 2006, el 1,7% y el 6,7% de los niños⁴. Al mismo tiempo, el país pasó a ocupar la posición 77^a de la clasificación de la OMS en relación con la obesidad.

A principios de siglo, investigaciones reafirman las desigualdades intensas que se manifiestan injustamente en los grupos vulnerables, los mismos grupos que siguen siendo afectados por la desnutrición crónica (el 26% de los niños indígenas, el 16% de los descendientes de los esclavos, el 15% de las familias beneficiarias de los programas de transferencia de ingresos, el 5% de los residentes en la región Norte), anemia (20,9% de los niños y el 29,4% de las mujeres en edad fértil) y la deficiencia de vitamina A (el 17,4% de los niños y el 12,3% de las mujeres en edad fértil)⁴.

La convivencia continua con la desnutrición no afectó el crecimiento gradual y rápido de la obesidad en el país. Entre 2014 y 2015, la prevalencia de sobrepeso entre los adolescentes fue de 23,7% en los varones y el 23,8% en las niñas³¹, mientras que el 52,5% de los adultos brasileños tenían sobrepeso y el 17,9% tenían obesidad³². Algunos aspectos positivos registrados en los últimos años fueron el incremento de la actividad física en un 18% (2009/2014) y una reducción del 19,3% en el número de personas que veían la televisión tres horas o más por día (2006/2014), además de la tendencia a la estabilización de la obesidad en los últimos tres años (2012-2014)³².

En medio de la superación de las enfermedades resultantes del hambre, la desnutrición y la pobreza extrema, el caso de beriberi en Maranhão entre 2006 y 2008 dejó a la comunidad cien-

tífica perpleja porque es una deficiencia primaria de vitamina B1 (tiamina), en el siglo de la tecnología. Los principales factores determinantes fueron el abuso de alcohol y la actividad física laboral pesada, así como la posible exposición a los pesticidas. Todos estos aspectos tuvieron relación con los cambios sociales que se han producido en las últimas décadas en la región con predominio de la agricultura exploratoria y poca producción de alimentos básicos, la agropecuaria extensiva, además de la deforestación masiva para satisfacer las demandas de las madereras y la minería³³, lo que resultó en cambios en las relaciones laborales, la economía local y la cultura, destacando las iniquidades.

Tales paradojas también se observan en los países que han superado históricamente el problema del hambre, la desnutrición y la pobreza extrema. Según estimaciones de la OMS, la deficiencia de yodo en Europa sigue siendo un problema de salud pública, aunque predomine la forma leve de la carencia¹¹. En el año 2011, todavía había 32 países con este problema en el mundo, y 11 (34%) de ellos estaban en Europa, el porcentaje más alto en términos continentales³⁴. Por otra parte, la obesidad también ha demostrado ser un importante desafío en Europa, con un rápido crecimiento entre los grupos de menor nivel de ingresos y educación^{35,36}.

En los Estados Unidos la manutención de profundas desigualdades de ingreso y raza también ha contribuido a los problemas en los hábitos alimentarios. Los más pobres y que viven en condiciones de inseguridad alimentaria son más propensos a ser obesos, ya que están más expuestos a la baja calidad de la comida a un precio asequible³⁷.

Por lo tanto, el análisis histórico de los datos nutricionales confirma que, si bien ha habido avances significativos en la reducción de los déficits nutricionales en el panorama nacional y sus regiones, todavía existe la presencia de desigualdades intensas en Brasil y en el mundo y estas se manifiestan injustamente en grupos vulnerables. Además, las enfermedades se superponen y se suman con el tiempo, e incluso donde parecían superadas ellas resurgen con características específicas y adaptadas al nuevo entorno en constante modificación por el hombre.

Las paradojas entre la escasez y los excesos, lo global y lo local, el desarrollo y la desigualdad son constantes contradicciones de la sociedad posmoderna y han interferido en la forma de comportarse, comer, relacionarse y de enfermar. Lo que parecía ser dos caras opuestas de la mis-

ma moneda se ve tan homogéneo cuanto el movimiento capitalista para estandarizar la sociedad a partir del consumo. Como la obesidad, anemia y otras deficiencias nutricionales coexisten en el mismo cuerpo y en todas las clases sociales, ellas se distinguen por el contexto sociocultural en el que estas personas se insertan y pueden interferir en los desdoblamientos debido al acceso, el conocimiento y otras condiciones, o la falta de ellas, para enfrentar el problema.

Reflexiones sobre la (des)nutrición en la posmodernidad

Más allá de los determinantes sociales de la salud, los principios de una sociedad capitalista pueden estar directamente relacionados con el proceso de enfermar y por lo tanto la discusión de la macropolítica debe estar intrínsecamente ligada a los cambios nutricionales y epidemiológicos discutidos aquí. Josué de Castro³⁸ en la mitad del siglo XX ya había planteado la tesis de que el subdesarrollo era un subproducto del desarrollo y en la modernidad el proceso de explotación parece estar camuflado en los diversos placeres vendidos/proporcionados.

Desde esta perspectiva Lefevre y Lefevre⁶ elaboran un modelo triangular para explicar el proceso de la salud y la enfermedad basado en la lógica del mercado, y presentan como protagonistas al individuo, al sistema de producción y al cuerpo técnico (profesionales de la salud). Para los individuos la salud es como una "sensación", por lo tanto, se siente; para el sistema de producción es como una "mercancía", en este caso, se vende; y desde un punto de vista técnico es como una especie de "poder o autoridad", por lo que se le considera el ejercicio para proporcionar salud. Por lo tanto, todos los actores deberían jugar el papel de vigilantes entre ellos para equilibrar las fuerzas y asegurar que todas las áreas se incluyan dentro de sus límites, en beneficio de la salud. Sin embargo, en el contexto actual, la alimentación y la nutrición se convierten en mercancía y entran en la agenda de intereses contemporáneos, cambiando de los medios de producción a la forma cómo se compran y preparan alimentos. En esta lógica de consumo, la obsesión por dietas saludables, el uso creciente de medicamentos para sufrimientos psíquicos y los estilos de vida saludables⁶ sirven al sistema productivo, a menudo articulado con el poder técnico de los profesionales de la salud, y tienen una fuerte influencia en el individuo.

A modo de ilustración, la medicina de la belleza es una de las que más crecen en el mundo, y

el componente dietético está ampliamente difundido en los diversos mecanismos de comunicación, siendo además uno de los factores relacionados con las nuevas formas de presentación de la desnutrición como trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), intolerancias y alergias alimentarias, cánceres y otros. *El cuerpo es más que nunca representado como expresión perfecta de la evolución: el cuerpo del hombre es la imagen misma de su cultura*³⁹.

Además, muchos problemas de salud son subproductos de las exigencias capitalistas locales, tales como el uso indiscriminado de pesticidas en las grandes producciones destinadas a la agroindustria, provocando la contaminación de los alimentos e incluso de la leche materna; el marketing y la publicidad infantil, lo que contribuye a la obesidad y la desnutrición en esta fase de la vida; los alimentos altamente procesados para satisfacer las exigencias de tiempo y espacio, lo que resulta en la modificación de la composición nutricional y la adición de estructuras artificiales desconocidas por el metabolismo humano y capaces de generar serios problemas metabólicos. Los impactos ambientales y colectivos derivados de estas demandas siguen siendo poco conocidos o incluso anónimos para garantizar los intereses del mercado.

En el ámbito nacional e internacional, podemos identificar tímidas iniciativas que van en contra de la lógica del mercado. La ciudad de Berkeley, California, fue la primera en los Estados Unidos a aprobar la aplicación del impuesto de aproximadamente el 10% en bebidas azucaradas⁴⁰. En el Reino Unido la medida fue más reciente (2016) y en Brasil está en análisis un proyecto de Ley (1.755/2007) para prohibir la venta de refrescos en las escuelas primarias. Estas medidas también son criticadas; para los que se sienten víctimas de estas medidas, este proceso penaliza al consumidor y suprime su autonomía.

Chile y Ecuador han adoptado un sistema de etiquetado cuya información y gráficos de advertencia se colocan en la parte frontal de los paquetes para llamar la atención de los consumidores sobre la calidad de los alimentos⁴¹. Otras iniciativas, como la regulación del marketing y la publicidad de los alimentos, siguen siendo un desafío tanto en países desarrollados como en desarrollo. En Brasil, la Norma Brasileña de Comercialización de Alimentos para Lactantes y Primera Infancia, Biberones, Chupetes y Tetinas, que es un conjunto de reglas para regular la promoción comercial y el etiquetado de alimentos y productos para bebés y niños hasta tres años de edad, fue

regulada casi 10 años después de su creación, a través del Decreto nº 8.552 de 3 de noviembre de 2015.

Brasil también adoptó medidas de mayor escala como incentivo para la producción local y familiar con garantía de compra. Es el caso del Programa de Adquisición de Alimentos y la inclusión de la agricultura familiar en el Programa Nacional de Alimentación Escolar. Desde esta perspectiva, es posible garantizar ingresos para las familias, permitir la permanencia de estas familias en su territorio de origen en lugar de emigrar a los grandes centros urbanos, fomentar la producción sostenible, rescatar la cultura local y los patrones alimenticios tradicionales e incluir alimentos saludables en las escuelas. Desde esta perspectiva, a través de la Cooperación Sur-Sur fue establecida una asociación con Mozambique con el fin de promover la transferencia de conocimientos y proporcionar apoyo técnico para permitir la elaboración e implementación del “Programa Nacional de Alimentación Escolar en Mozambique”, basado en la experiencia brasileña y teniendo en cuenta la realidad y cultura local⁴². Algunos resultados ya se pueden observar, como el aumento de la asistencia y frecuencia escolar en Changara y la presencia de huertas en el 80% de las escuelas con la producción de alimentos como el maíz, col, tomates y cebollas en Cahora-Bassa⁴².

El enfrentamiento de las enfermedades agudas y crónicas pasa por el reto de imponerse a los intereses económicos, al poder de las industrias fuertes, tales como de la alimentación, la belleza y farmacéutica, así como establecer asociaciones solidarias. La Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición trajo una serie de acciones políticas que los gobiernos se han comprometido a poner en práctica para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas (sobrepeso y obesidad, retraso del crecimiento, la carencia de micronutrientes)⁴³. Entre las acciones propuestas se destacan el fortalecimiento de locales para la producción y el procesamiento de alimentos, especialmente por los pequeños agricultores; incentivo para reducir la grasa saturada, azúcares y sal de alimentos y bebidas; formación de recursos humanos; regulación del marketing y la publicidad de los alimentos, especialmente en lo que se refiere a la comercialización de substitutos de la leche materna; la creación de un entorno favorable para promover la actividad física desde las primeras etapas de la vida y otros.

Hay muchos intereses que impregnan las cuestiones relacionadas con la salud y la nutri-

ción en la sociedad contemporánea, pero debe hacerse hincapié al respeto a las decisiones individuales, a favor de la autonomía de los sujetos. Sin embargo, esto significa capacitar al individuo para tomar decisiones correctas, por lo que el Estado debe actuar en favor de la protección colectiva, a través de políticas públicas con énfasis en la educación, la promoción de la salud y los esfuerzos reguladores para asegurar que los derechos colectivos no sean cercenados en beneficio de una minoría y que el individuo no sea constantemente culpable por no encajarse en los patrones de comportamiento.

Conclusiones

El reflejo del desarrollo basado en el sesgo de la nutrición permite ampliar puntos de vista, comprender los intereses históricos de las políticas agrícolas de transferencia de ingresos, cambios en la lógica del mercado y su relación con la alimentación, más allá de las consecuencias para el hombre de los actuales recursos de producción y técnicas de uso predatorio de los recursos naturales.

Los cambios en la sociedad son continuos a lo largo de su historia y atienden a los intereses económicos, políticos y sociales, pero se intensificaron, en Brasil y en el mundo, con las variaciones demográficas, la urbanización, la industrialización y la globalización. La (des)nutrición en la sociedad contemporánea se presenta en forma encubierta, mezclando excesos con *el hambre oculta*, como diría Josué de Castro. Algunas deficiencias se mantienen, como la anemia; otras han sido superadas, como el bocio; todavía otras han surgido de una rutina estresante e intensa, pérdida de la identidad cultural y el compromiso de la sostenibilidad del medio ambiente y la biodiversidad. Al mismo tiempo, el exceso de peso permanece en creciente aumento.

Ante esta situación, algunas estrategias se han implementado, como la “vigilancia de factores de riesgo y de protección para las enfermedades crónicas”⁴⁴ que permite la monitorización continua de los hábitos alimentarios y la actividad física de los brasileños, permitiendo la toma de decisiones a nivel de gestión; los programas de transferencia de ingresos que aumentaron el gasto familiar

en alimentos y han ejercido la autonomía de los individuos⁴⁵; la estructuración de ambientes públicos promotores de salud, tales como clubes de salud; además de la nueva guía de alimentación para la población brasileña⁴⁶, que considera la representación de los alimentos en su totalidad, desde la cadena de producción hasta sus modificaciones y la disponibilidad en el ámbito familiar, rescata las costumbres y hábitos alrededor de la mesa. Sin embargo, a pesar de estas iniciativas representaren avances, no se debe pasar por alto el hecho de que la distribución de estos clubes en el territorio nacional no se lleva a cabo de una manera equitativa, lo que acaba por mantener los mismos grupos y zonas vulnerables, haciendo aún más complejo el enfrentamiento paradojo entre la desnutrición y la obesidad, la escasez y los excesos.

Por lo tanto, los cambios estructurales son necesarios, comenzando con una mirada diferente para los grupos en situación de vulnerabilidad, es decir, más políticas guiadas a la reducción de las iniquidades sociales y menos para acciones asistencialistas. Se hace hincapié en el fortalecimiento de la inversión en la educación, la reorganización de la estructura fundiaria y regulación de los mercados internos y externos con miras a los intereses de salud de la población. Y, por último, reconociendo el carácter mundial de la situación de (des)nutrición, esto refuerza la necesidad de intercambio de experiencias y conocimientos a través de la cooperación nacional e internacional para fortalecer los lazos de solidaridad, fomentar la participación social y ayudar a enfrentar las enfermedades en la salud y la nutrición.

Colaboradores

NP Souza participó de la concepción y redacción; PIC Lira trabajó en el delineamiento y revisión crítica; FCL Pinto contribuyó con la revisión crítica; A Fontbonne participó en la redacción y revisión crítica; EAP Cesse participó en la redacción y revisión crítica.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef) (1974/1975)*. Rio de Janeiro: IBGE; 1976.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos 1989*. Brasília: IBGE; 1990.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996*. Brasília: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; MS; 1997.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: MS; 2009.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- Lefevre F, Lefevre AMC. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2009.
- Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos avançados* 2003; 17(48):7-20.
- De Onis M, Frongillo EA, Blössner N. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since, 1980. *Bull World Health Organ* 2000; 78(10):1222-1233.
- Batista Filho MB, Souza AI, Bresani CC. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1917-1922.
- Oliveira CSM, Augusto RA, Muniz PT, Silva SA, Cardoso MA. Anemia e deficiência de micronutrientes em lactentes atendidos em unidades básicas de saúde em rio Branco, Acre, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):517-529.
- World Health Organization (WHO). Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem*. Geneva: WHO; 2007.
- Hernández JCO. Patrimônio e Globalização: o caso das culturas alimentares. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 129-145.
- Portella T, Aamot DPZ. *Homem-gabiru: catalogação de uma espécie*. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Zero Quatro, Fred. *Caranguejos com Cérebro*. 1992. [acessado 2016 out 17]; [cerca de 1 p.]. Disponível em: http://www.recife.pe.gov.br/chicoscience/textos_manifesto1.html.
- Da lama ao caos* [CD]. Science C, Zumbi N: Chaos; 1994.
- Melo Filho DA. Uma hermenêutica do ciclo do caranguejo. In: Andrade MC, Silva JG, Belik W, Takagi M, Cunha H, Batista Filho M, Batista LV, Melo Filho DA, Soares JA, Duarte R, Zaidan Filho M, organizadores. *Josué de Castro e o Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2003. p. 61-72.
- Batista Filho M, Vidal Batista L. Transição alimentar/nutricional ou uma mutação antropológica? *Rev. Alimento/Artigos* 2010; 62(4):26-30.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
- Castro J. *Geografia da fome*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Griphus; 1992.
- Interdepartmental Committee on Nutrition for National Development (ICNND). *Northeast Brazil, Nutrition Survey, March-May, 1963*. Washington: ICNND; 1965.
- Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):181-191.
- Barreto ML, Carmo EI. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I, organizador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 15-27.
- Batista Filho M. Alimentação, nutrição & saúde. In: Rouquayrol ZM, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 353-374.
- Santos L. *Bibliografia sobre Deficiência de Micronutrientes no Brasil, 1990-2000: Vitamina A*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; 2002.
- Oliveira RJ, Diniz AS, Benigna MJ, Miranda-Silva SM, Lola MM, Gonçalves MC. Magnitude, distribuição espacial e tendência da anemia em pré-escolares da Paraíba. *Rev Saude Publica* 2002; 36(1):26-32.
- Hochman G. O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960). *Sociologias* 2010; 12(24):158-193.
- Morais MB, Alves GMS, Fagundes-Neto U. Estado nutricional de crianças índias terenas: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. *Jornal de Pediatria* 2005; 81(5):383-389.
- Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):219-225.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2015.
- Lira PIC, Andrade SLLS. Epidemia de beribéri no Maranhão, Brasil. Rio de Janeiro: *Cad Saude Publica* 2008; 24(6):1202-1203.
- Andersson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB. Global iodine status in 2011 and trends over the past decade. *J Nutr* 2012; 142(4):744-750.

35. Loring B, Robertson A, organizadores. *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. København: WHO Regional Office for Europe; 2014.
36. University Medical Center Rotterdam, Department of Public Health. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. Eurothine*. Rotterdam: Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam; 2007.
37. Silver L. A regulação de fatores de risco para doenças crônicas: experiências dos Estados Unidos. In: *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, desenvolvimento e políticas públicas*. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, Fiocruz/Nethis; 2015. p. 185-210.
38. Castro J. *Geopolítica da fome*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil; 1951.
39. Remaury B. *Le beau sexe faible: Les images du corps féminin entre cosmétique et santé*. Paris: Grasset & Fasquelle; 2000.
40. City of Berkeley. *Imposing a general Tax on the distribution of sugar sweetened Beverage Products*. [acessado 2016 ago 23]. Disponível em: <https://www.cityofberkeley.info/uploadedFiles/Clerk/Elections/Sugar%20Sweetened%20Beverage%20Tax%20-%20Full%20Text.pdf>.
41. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Guia legal sobre etiquetado de alimentos. 2015. [acessado 2016 out 17]. Disponível em: <http://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/LabelingNutrition/ucm247920.htm>.
42. Santarelli M. *Cooperação Sul-Sul brasileira: a experiência do Programa Nacional de Alimentação Escolar em Moçambique*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil; 2015.
43. World Cancer Research Fund International, NCD Alliance. *Ambitious, SMART Commitments to address NCDs, overweight & obesity 2016*. [acessado 2016 out 17]. Disponível em: <http://www.wcrf.org/sites/default/files/SMART-Advocacy-Brief-WCRFI-NCDA-EN.pdf>.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel*. [acessado 2016 out 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>.
45. Martins APB. *Impacto do Programa Bolsa Família sobre a aquisição de alimentos em famílias brasileiras de baixa renda* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2013.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: MS; 2014.

Artículo sometido el 23/9/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 6/2/2017