

margen N° 120 – marzo de 2026

La política pública local de la alimentación y las enfermedades crónicas no transmisibles en contextos de industrialización alimentaria y dieta neoliberal

Por Mariana Vincenzino

Mariana Vincenzino. Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles, Centro de Estudios Avanzados Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Jefa de División Servicio Social, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Argentina

Introducción

El presente artículo persigue como finalidad realizar una descripción de las características que revisten dos programas que dependen del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que versan sobre alimentación y enfermedades crónicas no transmisibles y su consiguiente análisis a la luz de lo que varios autores de la antropología médica crítica y alimentaria denominan “contexto de industrialización alimentaria y dieta neoliberal”.

Se plantea que la desigualdad nutricional se acentúa por la implementación del paquete tecnológico del agronegocio, mientras que el acceso a calorías no asegura una adecuada alimentación ni la desaparición del hambre porque persisten carencias de nutrientes y proteínas, lo que constituye un indicador de desigualdad social (Blacha, 2024). Esto tiene como consecuencia que el modelo de autovigilancia basado en los estándares de vida saludable que pregonan la mayoría de los programas -cuánto y qué comer y moverse- sea poco exitoso, ya que omite la desigual distribución de los padecimientos crónicos tales como la obesidad, la diabetes y la alimentación como práctica social compleja (Gracia Arnaiz et. al., 2020).

Argumento

En su análisis de las políticas sociales alimentarias en Argentina reciente, Demonte (2015) plantea que el problema alimentario no ha radicado en la falta de disponibilidad de alimentos sino en la distribución inequitativa de los mismos, que se agudizó con la crisis de 2001. Remarca así que los principios de organización establecidos a instancias del neoliberalismo han traído como consecuencia la proliferación de acciones sistemáticas diseñadas bajo la autoridad del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud e implementadas descentralizadamente (Demonte, 2015). Se podría decir que éstas representan la antesala del surgimiento del Programa Nutricional dependiente de la Subsecretaría de Atención de la Salud del Ministerio de CABA.

En ese contexto, agrega Aguirre (2007, citado en Demonte, 2015), proliferaron los subsidios al consumo de ciertos alimentos, subsidios indirectos a través del tipo de cambio, precios controlados, fluctuantes dentro de una banda, libres y desregulados, apoyo para la producción para el

autoconsumo; aunque lo más visible fue la asistencia en forma de subsidios, comedores y entrega de alimentos.

A principios de 2002 se formalizó la situación de emergencia ocupacional, sanitaria y alimentaria. Los principales ejes fueron, entre otros, el tratamiento del aumento de los precios de los alimentos, el reacomodamiento de los ingresos y la formulación y/o rearticulación de programas alimentarios nutricionales. En ese horizonte acotado de expectativas es que emergió el Programa Nutricional en 2003.

Para este trabajo se entrevistó a las referentes del Programa Nutricional, las que mencionaron que inicialmente el foco estuvo puesto en los niños y niñas con desnutrición y bajo peso. El reporte de un niño fallecido por desnutrición en la provincia de Tucumán fue la gota que rebalsó el vaso. A raíz de ello, los integrantes de los equipos técnicos de los centros de salud fueron los que comenzaron a sistematizar las estadísticas de infancias en riesgo nutricional por déficit de nutrientes, a los fines de ser elevadas a nivel central del Ministerio. Todo ello se constituyó en insumo para una reunión interministerial entre Desarrollo Social, Salud y Educación.

De alguna manera, en este momento podría adelantar un interrogante: en el caso específico de este programa, ¿fueron las bases las que ejercieron presión para dar cuerpo a una política gubernamental frente a una preocupación común en un contexto adverso y a su vez propicio para alojarla? Esto es una aproximación a partir de lo que dejaron entrever las responsables del programa con sus testimonios:

“En los centros de salud había una demanda de desnutridos, no había recursos, lo único que teníamos era un poquito la entrega de leche. Entonces apareció el programa como el salvador de esta articulación entre los ministerios”.

“Que pudiéramos derivar a comedores escolares, pero eran las situaciones donde la cosa era que tal vez no eran tanto los desnutridos, pero sí los que se c... de hambre. Es parecido a lo que está pasando ahora, que la gente busca comedores porque no llega a alimentar a la familia con sus propios recursos, independientemente del peso. En ese momento buscaban, por favor, que les digamos que eran desnutridos para ligar algo...”.

Desde los inicios del programa y hasta avanzado el año 2008 se impulsó un proceso tendiente a problematizar y desplegar nuevas directrices a partir del reconocimiento de las dificultades del acceso a una alimentación saludable y las consecuencias que ello generó en los cuerpos de los pobres y de los ricos (Arcidiácono, 2012; citado en Demonte, 2015).

Retomando el análisis de Demonte, luego de 2003 la imagen proyectada fue la de un gobierno que encarnaba un nuevo enfoque de políticas sociales en general y alimentarias en particular, basado ya no en la beneficencia con tinte paliativo sino en el derecho. Como concepto político-jurídico se sostuvo a la alimentación saludable como derecho, manifestando su garantía a través de las políticas vinculadas con la promoción del trabajo y mejora de los ingresos. A través de la realización de encuestas nacionales se materializó la imagen de un Estado preocupado por conocer el patrón alimentario-nutricional y por dar cuenta de las medidas necesarias para mejorarlo y garantizar de este modo el derecho a la alimentación saludable (Demonte, 2015).

La incorporación del lenguaje de los derechos en los programas sociales residuales surgió en paralelo al creciente reconocimiento de los derechos humanos en la normativa y jurisprudencia

argentina e internacional, como así también por el lugar de los derechos en el imaginario social (Arciadiacono, 2012; citado en Demonte 2015).

El programa fue transicionando y virando gradualmente en sus paradigmas y prácticas a la luz de la “nueva cuestión social”. Hoy por hoy, el centro de las estrategias de acción lo ocupan los niños y niñas mal alimentados, ya no por déficit sino por exceso, en el marco de un contexto obesogénico en el que el acento está puesto en la evaluación de los entornos alimentarios, tanto internos como externos.

Los pilares del programa incluyen, por un lado, el monitoreo epidemiológico o informe anual confeccionado a partir de la encuesta antropométrica (peso y talla) de todo niño y adulto que tiene contacto con el efector descentralizado de salud, al que se le ofrece y acepta ser pesado y medido; y por otro, el propiciar en los equipos de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) una mirada integral en la atención de la salud con el armado de una red intersectorial, capacitación e investigación, así como la promoción de la alimentación saludable.

El perfil del programa continúa siendo de carácter materno infantil, estrechamente ligado a sus orígenes. La estrategia de promoción de la lactancia materna como política sanitaria resulta una de las pocas interconexiones que presenta el programa con las enfermedades crónicas no transmisibles pensadas en su prevención dual y los beneficios que conlleva para el binomio materno-filial. También se le otorga relevancia a las intervenciones vinculadas a la promoción de espacios verdes o huertas y el acceso a agua segura y consiguiente hidratación.

Cuando inicié mi contacto con el Programa Nutricional suponía que hablar de nutrición inexorablemente conllevaba el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, pero no fue así. Ambos programas resultan ser compartimentos estancos que prácticamente desconocen las líneas de acción del otro. En el caso del Programa Nutricional, ello quedó plasmado casi explícitamente en la entrevista mantenida, mientras que en el caso de la Unidad de Enfermedades Crónicas No Transmisibles fue más solapado, bajo la premisa de la autonomía de cada equipo, la idoneidad y capacidad de delegar responsabilidades:

“Diabetes, hipertensión, todo eso nos pasa de costado. Entonces quizás estos números y todo lo tienen ellos (en relación al programa de enfermedades crónicas). Tendrías que ir con NN que está en enfermedades crónicas, en el Ministerio, en el Sector de Contacto, qué sé yo. De hipertensión, de diabetes... No son cifras que manejamos nosotros. En realidad siempre somos... Desde la prevención, desde el abordaje integral, a partir de la alimentación”

Gracia Arnaiz et. al.(2020) nos recuerda que en Argentina la obesidad como enfermedad epidémica, multicausal y costosa para el sistema de salud, pero evitable, se incorporó a la agenda pública más tardíamente que en otros países tales como España y Brasil, también estudiados por ella; esto debido a que la atención sanitaria estuvo casi totalmente centrada en atender las problemáticas vinculadas con el hambre y la desnutrición en el contexto de la crisis de 2001.

En 2009 fue cuando se reubicó a la obesidad dentro de una Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas y del Plan Nacional Argentina Saludable a instancias de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pero recién en 2016 se comenzó a implementar el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Gracia Arnaiz et. al., 2020). La Unidad de Enfermedades Crónicas No Transmisibles fue creada en este período como respuesta a obligaciones de préstamos otorgados

por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y cuenta con resolución ministerial. Abarca el Programa de Diabetes, Tabaco, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Nutricional y el de Cánceres más frecuentes y también tiene dependencia de la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de CABA.

En 2024 la Unidad firmó un convenio con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), llamado iniciativa HEARTS, la cual consideraba como primera causa de muerte en todo el mundo a la hipertensión y la enfermedad cardiovascular. El intermediario fue el Ministerio de Salud de la Nación y abarcó la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico temprano de las enfermedades crónicas y el abordaje de sus factores de riesgo. Se centró en estandarizar procesos e implementar guías de práctica clínica. Se partía de reconocer que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) causan más del 60 % de todas las muertes (35 millones) y que más del 80 % de las mismas ocurren en países de ingresos bajos y medios. Y en cuanto al estado de situación, de considerar que el grueso de las personas no se encuentran diagnosticadas; muchas están diagnosticadas pero no tratadas, otras están tratadas pero no controladas mientras que las menos son las personas tratadas y controladas.

Los pilares técnicos de esta iniciativa son la capacitación y educación, el acceso a laboratorio de diagnóstico y seguimiento, el contar con medicamentos y protocolos estandarizados de tratamiento, la investigación sobre la implementación y evaluación de los programas, la innovación en la organización de la atención y el trabajo en equipo, la estandarización de datos y la innovación en la utilización de los mismos.

El interrogante que motiva esta política pública es ¿por qué no logramos controlar las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) siendo que se conoce el problema y se cuenta con tratamientos efectivos? Hay un reconocimiento de que hay una deuda y que el problema está lejos de ser resuelto con las respuestas hasta ahora implementadas. La propuesta que se traza es transitar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia a tratamiento (Rodríguez et.al., 2022).

Pero, ¿podría decirse que es más de lo mismo? Los especialistas parten de la premisa de que las medidas adoptadas hasta el momento no han conseguido revertir significativamente la prevalencia de la obesidad, particularmente entre las personas en situación de mayor precarización social y alimentaria. La hipótesis planteada por Gracia Arnaiz et al. (2020) es que ello podría estar relacionado con la misma estructura conceptual de los modelos preventivos, los cuales ponen excesivo énfasis en la responsabilidad individual, omitiendo la alimentación como práctica compleja, incidiendo superficialmente en ciertos factores estructurales, desatendiendo las situaciones de precarización social y alimentaria y, como corolario, relegando a un segundo plano la desigual distribución de la obesidad.

El modelo MAPEC es el que sustenta el trabajo en torno a enfermedades crónicas no transmisibles para el Ministerio de Salud de CABA. Se explica a través del siguiente testimonio:

El modelo MAPEC es un modelo de atención de enfermedades crónicas. En resumen, se centra en la persona y se centra en cómo la red que hace el sistema de salud con la persona. Para que se empodere y para que haga un automanejo de su patología o factor de riesgo o enfermedad crónica, digamos. Empodera al paciente. No está centrado en el sistema de salud como era el modelo médico hegemónico, digamos. Entonces, hay una comparación que está muy linda. La verdad es que la mirada de las crónicas es diferente.

Donde involucra a la comunidad como un actor importante, digamos. Porque todos sabemos que el cambio de hábitos no es tan fácil. Nosotros todos, digamos, uno en la teoría puede teorizar, pero no es tan fácil. Te dice, bueno, la alimentación saludable, todo más o menos, saben que hay que moverse, hay que hacer actividad física (...) Una persona que está diagnosticada no vuelve atrás. La enfermedad, lamentablemente. Y acompañar a esa persona y que se empodere y que conozca esta enfermedad, lo que puede pasar, cómo cuidarse. Digamos, uno puede acompañar, pero al final el que tiene que hacer, digamos, ese trabajo de conocimiento, igual nosotros tenemos la obligación. Yo en la última reunión le decía eso a los referentes. Los médicos del equipo tienen la obligación de hacer una educación. Eso es responsabilidad del médico. La persona no sabe. Tiene que explicar con palabras simples, qué es, cómo es su enfermedad, cuándo hace ese debut, lo que pasa, por qué si el azúcar está muy alta hace mal, si está muy baja también. Cómo tomar la meditación, los cambios de estilo de vida y todo eso. Porque también ahora se incluyó en la legislación, en la ley nacional, que nosotros estamos adheridos, de diabetes. No me acuerdo el número, 26 mil no sé cuánto, lo que es educación diabetológica.

El apoyo para el automanejo brinda a la persona un rol fundamental en el manejo de su salud: *“deben reconocer su enfermedad y los signos de alarma de posibles complicaciones y saber cómo responder a ellas”*. Las propuestas se extienden a modo de prescripción, sesgadas por su carácter individual/individualista y de corte socioeducativo. Se incorpora a la comunidad discursivamente pero desde un lugar vacío, desconociendo los procesos de interacción, las prácticas y representaciones en torno a la alimentación y los procesos de gestión de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que se dan en los barrios populares:

Es importante que los sistemas y organizaciones de atención de salud unan esfuerzos con las organizaciones comunitarias para brindar apoyo y desarrollar intervenciones que llenen el vacío que pueda existir en los servicios necesarios (...). (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Pareciera que “la comunidad” viene a suplir el corrimiento del rol del Estado y las promotoras de salud serían quienes ofician de intermediarias entre los habitantes de los asentamientos habitacionales y el Ministerio. Sería interesante pensar en la legitimidad que tienen estas figuras por parte de sus propios vecinos y si son portavoces válidos capaces de posicionarse con firmeza entre las exigencias del nivel central y las demandas y necesidades de los pobladores. Se despliega aquí una amplia gama de posibilidades y la singularidad de cada uno de estos agentes sanitarios emerge en función de su inserción comunitaria, su trayectoria de trabajo barrial, las representaciones que tiene su quehacer en el equipo de salud, entre otros aspectos.

La lógica de costo-efectividad se manifestó como una constante a lo largo de la entrevista mantenida con las referentes de la Unidad. Pareciera que la gerencia se antepone al modelo médico hegemónico. No hay que olvidar que la Unidad depende, “en los papeles”, de una gerencia, aunque en la “informalidad” sea una médica la que asume la responsabilidad:

“En realidad, uno quiere que, bueno, si una persona, bueno, ya tiene diabetes tipo 2 o tipo 1, que es otro tipo de, bueno, que no se complique, que no quede ciego, que no lo amputen, que, digamos, que no esté en diálisis. Esto, digamos, si nosotros logramos entrar

antes, ahorramos un montón de dinero. Y, bueno, al sistema de salud eso también le interesa. Que, obvio, porque el dinero es un recurso finito”.

“Porque la diabetes es como, lo que pasa es que dentro de las crónicas también es la más cara. Sale mucho, digamos, todos los insumos. Lo que es tiras reactivas, los glucómetros, las insulinas”.

Recogiendo el análisis de algunos expertos en el tema podría concluirse, más allá de propuestas que parecieran novedosas y aggiornadas al mundo globalizado, que frecuentemente se tiende a reproducir modelos homogeneizantes y estandarizados que descuidan las singularidades y la complejidad del fenómeno, ya que hasta la fecha no se ha comprendido en profundidad cómo los llamados “factores ambientales locales” influyen en las prácticas alimentarias y sus consecuencias, ya sea por la prontitud de la respuestas replicadas sin profundizar en la naturaleza y alcance del problema, ya sea porque directamente no se han realizado diagnósticos ajustados a cada contexto o ya sea por el desmantelamiento de las políticas previas que habían respondido de forma integrada a las diversas expresiones de la malnutrición (Gracia Arnaiz et al, 2020).

A modo de cierre

El Programa Nutricional y la Unidad de Enfermedades Crónicas No Transmisibles se erigen en la práctica como compartimentos estancos, responden a orígenes e intereses diversos y también subyacen en ellos distintas concepciones de sujeto, comunidad, Estado y estrategias de abordaje de los problemas de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la alimentación. Ambos comparten limitaciones y potencialidades que es importante reconocer para inhibir y ahondar respectivamente. Resulta imprescindible tender puentes entre ambos a los fines de trazar una política pública local responsable y efectiva en un contexto como el actual de industrialización alimentaria y dieta neoliberal.

Referencias bibliográficas

- Blacha, L y Sánchez, S. (2024). Agronegocio, dieta y poder: El impacto de la malnutrición en la población chaqueña. *Journal de Ciencias Sociales*, 1 (22), 76-102. <https://doi.org/10.18682/jcs.v1i22.9582>
- Demonte, F. (2015). Un análisis de las políticas sociales alimentarias en la Argentina reciente (2001-2008). *Revista Población y Sociedad*. Universidad de La Pampa. <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/2887/3011>
- Dirección Nacional de Abordaje Integral de ENT - DNAIENT, 2024, Iniciativa HEARTS en Argentina. <https://docs.google.com/presentation/d/1ELBnaG0AzaeATgWhubzZK21NQ0ORe06E>
- Gracia Arnaiz, M., Demonte, F. y Bom Kraemer, F. (2020). Prevenir la obesidad en contextos de precarización: respuestas locales y estrategias globales. *Salud Colectiva*, 16:e2838. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2838>

Ministerio de Salud de la Nación (2014). Módulo 1: Modelo MAPEC, *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*.
<https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento147.pdf>

Rodriguez, G., Rosende, A., Prado, C., Cejas Mariño, R., Irazola, V., DiPette, D., Orias, M., Giraldo Arcila, G., & Laspiur, S. (2022). Implementación de la Iniciativa HEARTS en Argentina: primeros resultados [Journal articles].
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56430>