



AIBR
Revista de Antropología
Iberoamericana
www.aibr.org
Volumen 14
Número 1
Enero - Abril 2019
Pp. 95 - 120

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

Alimentos funcionales entre las nuevas y viejas corporalidades

Patricia Aguirre

Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Recibido: 21.07.2017

Aceptado: 27.09.2018

DOI: 10.11156/aibr.140106



RESUMEN

Este artículo aborda las prácticas y representaciones de distintos sectores de ingresos en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina) como principios de inclusión de los alimentos funcionales (aquellos que aportan beneficios para la salud) que se presentan como alimentos-medicamentos, y cuyo consumo se ha masificado creciendo exponencialmente en los últimos 25 años. Basándonos en fuentes primarias y secundarias, analizaremos las representaciones del cuerpo, de los alimentos mismos y de la comensalidad en distintos sectores de ingresos de la población del Área. Tales representaciones dan sentido a la inclusión de ciertos alimentos en las canastas de consumo. Luego compararemos estos hallazgos con las mismas categorías en la investigación y desarrollo de alimentos funcionales. Estos, si bien se presentan como la culminación de la alimentación científica, explotan versiones reductoras de la corporalidad, borrando el sentido y la dinámica social y remitiendo a la mera biología, como si el comensal fuera un intestino al que se debe controlar y modelar desde dentro. Los valores que dan sentido a su consumo corresponden a los sectores de mayores ingresos, pero se imponen a todo el agregado a través de un mercadeo agresivo y engañoso junto a su aura de modernidad. Así, han modelado una demanda a la medida de la oferta, a despecho de necesidades, recomendaciones y posibilidades.

PALABRAS CLAVE

Alimentos funcionales, consumo, representaciones, corporalidad.

FUNCTIONAL FOODS, BETWEEN THE NEW AND OLD CORPORALITIES

ABSTRACT

This article deals with practices and representations of various income sectors in AMBA (Metropolitan Area of Buenos Aires-Argentina). They tell about how inclusion criteria for functional foods — i.e. those that prove beneficial for health. These foods are said to be medi-food and their consumption has grown exponentially over the past 25 years. Using primary and secondary sources, we will explore representations of the body, of the foods, and of commensality, as together these representations explain why certain foods are included in consumer baskets. We will also compare this findings with the corresponding categories within the research and development of functional foods. While these are advertised as the acme of scientifically based nutrition, they in fact exploit the reduction of corporality, erasing sense and social dynamics. Functional foods refer to mere biology, as if the consumer were no more than an intestine to be monitored and shaped from inside the body. The values that support their consumption are founded in high per capita income populations but they pervade the whole of the society through deceitful and aggressive marketing practices, with an aura of modernity. Thus they create a demand suited to the offer, disregarding needs, recommendations and possibilities.

KEY WORDS

Functional food, consumption, representations, corporality.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Diego Díaz Córdoba, del Instituto de Salud Colectiva, Universidad de Lanús, que realizó el procesamiento de datos por minería de texto.

Introducción

Vivimos permanentemente reduciendo el mundo al cuerpo a través de lo simbólico que este encarna (Le Breton, 1995). Sin el cuerpo los humanos no existiríamos y los análisis sociales y antropológicos de los que es objeto, su materialidad, su estética, su salud, sus límites, los valores que dan sentido a las prácticas sobre él y los procesos materiales y simbólicos que desencadena, nos remiten a la complejidad de su comprensión, ya sea en diferentes tiempos y culturas o en diferentes agregados dentro de la misma sociedad.

El cuerpo presenta un campo fértil para la reflexión antropológica desde los inicios de la disciplina, cuando Mauss se interesó por las «*técnicas del cuerpo: las maneras mediante las cuales los humanos, sociedad por sociedad, de una manera tradicional aprenden a utilizar su cuerpo*» (1936: 5). Entiende al cuerpo como «*el primero y más natural instrumento del hombre*» y muestra como esas técnicas varían «*con la sociedad, la educación, el prestigio, la conveniencia y las modas*»¹.

Norbert Elias (1997) analiza el proceso civilizatorio en Occidente a través del control de la violencia y la interiorización de las emociones. Estudiando los manuales de urbanidad muestra cómo la actitud del cuerpo es la expresión del humano en su conjunto y la incorporación de las normas sociales (vergüenza, pudor, incomodidad) tienen su historia. La invención de la escupidera, el pañuelo o el tenedor testimonian la codificación social de las técnicas corporales.

Otros autores abordan otras técnicas del cuerpo: el cuerpo explotado y el espíritu burgués analizados por Horkheimer y Adorno (1944), la construcción de los géneros (Esteban, 2004; Guasch, 2006), los trastornos alimentarios (Gracia, 2002) o la gestión del morir (Allué, 1982). Todos ellos dan cuenta de la preocupación de la sociología y antropología por desentrañar las prácticas, discursos y representaciones que articulan el cuerpo —como realidad creada socialmente— con la realidad de los sujetos.

Foucault (1999 y 2000), en cambio, interroga la manera en que el cuerpo se sumerge directamente en el terreno político, postulando un

1. Traducción propia.

biopoder, un poder cuya función más elevada ya no es la de matar, sino la de invertir la vida en su totalidad. La justicia, la medicina, la psiquiatría —entre otras disciplinas— serán las encargadas de normatizar la vida ejerciendo sobre los cuerpos un efecto inmediato en sus formas, en sus maneras, en su presentación al mundo, proponiendo que ese control es necesario para el capitalismo que los reduce a fuerza de trabajo.

Pero si cada sociedad propone un saber sobre la corporalidad de los sujetos, que los identifica, que les otorga sentido y marca lo que hay que ser, lo que hay que tener, para cumplir con los estándares que esa sociedad impone, el cuerpo actual, hijo de la modernidad tardía, del industrialismo, del individualismo y de la soberanía del ego, ha estallado en definiciones acerca de sí mismo. Bajoit (2008) señala que hoy el condicionamiento social no es tan directo, automático, coercitivo ni exigente, porque desde la década del ochenta crece la centralidad del individuo como consecuencia de la pérdida de la credibilidad en el modelo cultural-industrial del capitalismo, que se va sustituyendo por un modelo cultural-identitario (en la globalización). Su característica es que la cultura impone a cada individuo realizarse como persona singular, tener opciones personales, vivir con placer y pasión, evitando cuidadosamente los riesgos. Acción individual y libre elección de lo correcto (i.e., adecuado pero no peligroso) son necesarias para seguir formando parte de la sociedad de consumo en la que simultáneamente conviven —como antes había planteado Baudrillard (2009)— la aceptación de las reglas y la libre elección.

La modernidad tardía reclama una corporalidad flexible, capaz de ser llenada con el sentido del acontecimiento. Al revés de la corporalidad imperante en las sociedades tradicionales, donde la presentación de uno mismo debía ser estable, la modernidad impone la fluidez de un individuo singular decidiendo sobre sí: el cuerpo se libera y elige cómo presentarse en sociedad: comportamientos, imagen, edad, género, se piensan electivos mientras en el pasado se pensaron determinaciones. En términos alimentarios no se trata de una contradicción, sino de la ambivalencia como manera de ejercer la libertad de escoger, para lo cual nichos de mercado específicos ofrecen distinción para todo tipo de objetivos: salud, delgadez, placer, prestigio, formalidad, exotismo. De manera que hoy el individuo debe actuar socialmente tal «*que se vea que escoge lo que hace*» en cada ocasión (Bajoit, 2008).

Y, cuando se trata de crear, modelar, controlar, torturar o normalizar lo que se concibe como la corporalidad legítima, cualquiera sea la sociedad, la geografía o el tiempo, la alimentación es un evento privilegiado. Todas las sociedades han reconocido la relación entre la alimentación y la preservación de la vida, el mantenimiento la salud y la atención de la

enfermedad. El discurso hipocrático —*de tus alimentos harás tu medicina*— en Occidente o el de Sun Si Miao —*hay que aplicar la farmacopea solo cuando la dietética resulta insuficiente*— (Aguirre, 2017), han servido durante milenios para que la medicina racionalizara el consumo alimentario haciendo del régimen una forma de vida. En sociedades estatales preindustriales donde el excedente agrícola se reparte de manera desigual, generando cocinas diferenciadas —analizadas por Goody (1985)— se generan también los «cuerpos de clase» propios de cada una; los ricos: gordos, consumidores de la alta cocina de la abundancia, y los pobres: flacos, consumidores de la baja cocina de la escasez. En estas sociedades, el tratamiento médico se comporta como una tercera cocina, proponiendo una dietética de la abstinencia junto a una farmacopea; ambas cortarían transversalmente sectores y géneros.

A partir del siglo XVIII en Europa, y coincidiendo con el inicio por la preocupación de la salud colectiva, la alimentación y otros eventos de la vida cotidiana comienzan un proceso de medicalización, y aspectos de la vida que se consideraban normales se convierten en enfermedades. La alimentación, la reproducción, el crecimiento de los niños, el aprendizaje, la adolescencia o la vejez, se consideran susceptibles de tratamiento, y madres, comadronas o sacerdotes retroceden frente al saber médico que las convierte en sus especialidades. Nutrición, obstetricia, psicopedagogía, hebeatría o gerontología, son pruebas de la transformación de etapas de la vida en cuasipatologías.

Illich (1976) plantea que esta expansión de la medicina institucional ha generado una «pandemia iatrogénica», que tiende a expropiar el cuerpo del individuo y su capacidad para curarse a sí mismo y tener una vida saludable de manera autónoma.

La medicalización de la alimentación significó reducir a parámetros metabólicos la multiplicidad de funciones y usos sociales de los alimentos, normalizando el estado nutricional de la población con recomendaciones y adecuaciones; como corolario, cayeron como trastornos de la conducta alimentaria aquellos comportamientos que no entraran en estos parámetros biomédicos considerados la ciencia verdadera (Gracia, 2007).

La medicalización también cambió la manera de concebir los alimentos. Hasta el siglo XX, la mayoría de las sociedades sufrían crónica o episódicamente de restricciones calóricas, de manera que la industria se dirigía a superarlas. Desde el siglo XIX, la industria se había especializado en la conservación, mecanización, producción biológicamente segura, transporte y distribución (a través de cadenas largas de comercialización mayorista-minorista de nivel mundial (Goody, 1985). Para principios del siglo XX, los alimentos se habían transformado en una mercancía más,

capaz de traspasar fronteras y reemplazar los productos tradicionales a partir de sus ventajas (conservación, seguridad biológica y pre-preparación). Pero junto a los alimentos industrializados, fruto de la mecanización de procesos tradicionales de la cocina doméstica, surge un nuevo tipo de alimentos y bebidas: golosinas, bocadillos, artículos de copetín, gaseosas, jugos químicos, etc., forman la categoría «alimentos chatarra» o «antinutrientes», que —al decir de Harris (1993)— son «*buenos para vender y malos para comer*». Cuando las ciencias de la salud —finalmente— comienzan a criticar la industrialización de alimentos por su contenido —cualquiera sea el producto— excesivamente alto en sal, azúcares, grasas, la agroindustria —integrada a partir de 1980 en *holdings* globales— propone algunas líneas de producción saludables como «libres de...». Pero, después de un siglo de fomentar el gusto dulce-salado-graso, el comensal no acepta fácilmente este cambio, por lo que son sustituidos por aditivos químicos, haciendo dudosamente saludable el alimento resultante.

La medicalización de la alimentación como parte de la salud colectiva ocurre de manera paralela al desarrollo de la sociedad del consumo, donde satisfactores de salud se vuelven bienes (agua potable, vivienda, ropa) a los que toda la sociedad busca acceder para lograr cada vez mayores niveles de bienestar (Le Goff, 1994). Hoy, la alimentación se considera un elemento más del bienestar antes que una forma de prevenir enfermedades o cubrir necesidades (como quieren los nutricionistas); es vista como la manera de alcanzar cierto nivel de vida socialmente aceptado y regulado; por ejemplo: la pobreza se mide por el precio de una canasta básica de alimentos y servicios (INDEC, 2001-2017).

Tanto por la disponibilidad excedentaria de calorías baratas, como por la composición insalubre, la OMS considera que hoy la mayoría de las enfermedades (en todo el mundo) derivan de la forma de comer y la malnutrición es la norma, ya sea por defecto (1.000 millones de desnutridos) o por exceso (1.500 millones de personas con sobrepeso) (Chan, 2013). Si en el pasado los alimentos eran inseguros por riesgo biológico o por escasez, hoy son insalubres por su composición o por la ruptura de la comensalidad; esta legitimaba usos y horarios para compartirlos regulando y controlando la ingesta. La tendencia, cada vez más marcada, es el abandono de las comidas caseras en la mesa hogareña, sustituida por el picoteo constante (se camina bebiendo café, se almuerza sin dejar de trabajar en la computadora, se come en la calle, en el cine, hasta en el gimnasio). Comiendo sin parar, estimulados por una industria que produce y vende energía barata con la sola lógica de la ganancia, el criterio de salud debe ser introducido desde afuera (Nestle, 2007), ya sea por el Estado o la Academia. Si sumamos una publicidad que presenta la flacura extrema

como juventud y belleza, no se podía esperar otra cosa que un aumento de trastornos de conducta (ahora considerados enfermedades) ligados a la alimentación (obesidad, anorexia, bulimia).

Al mismo tiempo que la biomedicina propone el desplazamiento del tratamiento hacia la prevención de la enfermedad (Menéndez, 1998), la industria agroalimentaria comienza a producir un tipo especial de alimentos, más identificados con la función nutricia que alimentaria, hedónica o prestigiosa, adicionándolos con los nutrientes que la moda biomédica entroniza: en los 70 fueron las vitaminas, en los 80 las proteínas, en los 90 las fibras, a principios del tercer milenio los ácidos grasos y en esta última década los prebióticos (sustancias que ayudan al crecimiento de bacterias intestinales beneficiosas) y probióticos (organismos vivos que benefician la salud intestinal). Simultáneamente, la farmacología producía suplementos dietarios como medicamentos; entonces, la unión no se hizo esperar y pronto tuvimos alimentos-medicamentos —*alicamentos*, según C. Fischler (1995)—.

Los nutricionistas —los especialistas surgidos de la medicalización de lo cotidiano— que promueven la normalización dietética, tanto para la prevención de la enfermedad como para moderar los costos de la salud pública (Gracia, 2007), fueron los primeros que aplaudieron la aparición de estos *alicamentos*, porque las recomendaciones nutricionales, al priorizar lo biológico sobre lo social, son difíciles de mantener, y entonces los *alicamentos* podían suplir la modificación de las conductas preventivas que necesitan el pasaje de la dieta (ocasional) al régimen (de vida).

Alimentos funcionales

Hasta hoy no existe una definición unívoca de lo que es un alimento funcional; se trata de una interpretación industria-academia (Ashwell, 2004). En Argentina, la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT, 2017) los definió como «*alimentos capaces de demostrar que poseen un efecto benéfico sobre una o varias funciones específicas del organismo, más allá de los efectos nutricionales habituales, que mejoran el estado de salud y bienestar, reducen el riesgo de una enfermedad, o ambas*». Incluyen: alimentos no procesados, a los que se les mejoran las propiedades nutricionales por medio del cultivo (manzana), alimentos industrializados a los que se les añaden sustancias funcionales (yogur con probióticos) o se les elimina algún componente para reducir futuros efectos adversos (leche descremada). Esto lleva a una superposición de conceptos, entre *alimentos funcionales*, *fortificados* (donde la pro-

porción de nutrientes naturales está significativamente aumentada) y *enriquecidos* (a los que se han añadido nutrientes).

Japón es quién más avanzado se encuentra en materia de definición y regulación, porque desde 1980 diseña alimentos FOSHU (Food for Specified Health Use) para mejorar la salud de su población longeva. Aunque solo dos alcanzaron esta categoría por el rigor de las pruebas, muchos diseños se inscriben en categorías menores (Durán y Valenzuela, 2010). Europa se referencia en el ILSI (International Life Sciences Institute), que exige estudios clínicos, pero en cambio en Estados Unidos la FDA (Food and Drug Administration), a través de una reglamentación inespecífica, permite hasta 15 alegaciones de salud. En Argentina el CAA (Código Alimentario Argentino) es el marco jurídico para los alimentos en el mercado interno, pero su definición ambigua, el carácter federal del proceso de autorización y la escasa fiscalización permitieron que durante 15 años se comercializaran sin inscripción prebióticos, probióticos y fitoquímicos (químicos que se encuentran naturalmente en los vegetales y tienen funciones beneficiosas aun sin tener función energética o nutricional), argumentando que, perteneciendo a multinacionales extranjeras, ya poseían el aval de países donde existen regulaciones más estrictas. Recién en 2015, la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL) procedió a regular, no los alimentos, sino las alegaciones de salud que las empresas pueden usar para publicitarlos.

En el AMBA aparecen en 1990, destinados a los sectores de mayor poder adquisitivo, que buscan cuerpos sanos a través del consumo de alimentos saludables sin fijarse en el precio (ya que son mucho más caros que sus sucedáneos no funcionales); sin embargo, se masifican rápidamente impulsados por una publicidad agresiva, donde prometen actuar como medicamentos, previniendo las enfermedades crónicas sin sacrificios, sin dietas, sin ejercicio, sin médico, solo bebiendo y comiendo algo parecido a lo habitual.

Son los alimentos que mayor crecimiento presentan en el mercado de consumo y los que arrojan mayor tasa de ganancia. Hasta que la regulación lo prohibió, se vendían en góndolas separadas bajo el lema «salud activa», sugiriendo estaban destinados a un consumidor que se responsabiliza por su salud.

Metodología

Los materiales aquí empleados son en gran parte inéditos, fueron recogidos en sucesivas investigaciones propias realizadas entre 1990 y 2017 en el AMBA.

La primera comprendió tres encuestas de consumo (1991-1996 y 2004) y 32 estudios de caso sobre las estrategias de consumo y el estado nutricional en diferentes sectores de ingresos (Aguirre, 2006).

La segunda comprendió 45 encuestas semiestructuradas, realizadas entre 2010 y 2015, sobre la comida y la cocina en los hogares (Aguirre, 2016). La tercera investigación comprendió una búsqueda sistemática en redes científicas indexadas y artículos (sin indexación) de la industria alimentaria mundial y de gestión (llamada *literatura gris*), junto a 12 entrevistas semiestructuradas a informantes claves de industria y academia, junto a ocho entrevistas a consumidores, respecto de los alimentos funcionales.

En tanto el objetivo común de encuestas y estudios de casos era relevar el consumo de alimentos en los hogares y los valores que le dan sentido, ambos se agregaron en sendos *corpus* de datos, los que se procesaron y compararon con los datos actuales, buscando contestar la pregunta que orientó esta investigación: *¿a que tipo de corporalidad refieren los alimentos funcionales?*

La unidad de análisis fue el hogar, porque en él se realizan la mayor cantidad de eventos y los más significativos respecto de la alimentación. *Hogar* fue definido como la unidad corresidencial que compra, cocina y come con cargo al mismo presupuesto (INDEC, 2001-2017).

Los criterios de inclusión para la selección de entrevistados fueron muy amplios, tales como:

- a) ser adulto responsable de cualquier género y edad y manifestarse saludable;
- b) compartir su deseo, su saber y su tiempo para analizar —en conjunto con la investigadora— el consumo alimentario local;
- c) pertenecer a hogares de diferentes sectores de ingresos del AMBA (definidos según INDEC, 1975-2012);
- d) participar con regularidad en eventos alimentarios dentro y fuera del hogar, ya sea como comprador/a, cocinero/a o comensal.

Se excluyeron hogares unipersonales, aislados e institucionales.

Las categorías de inclusión para los informantes claves sobre alimentos funcionales fueron:

- a) compartir el deseo de analizar con la investigadora el conocimiento que se tiene acerca de los alimentos funcionales;
- b) estar o haber estado en funciones en cargos relevantes, en organismos de investigación, producción o control, ya sea del sector público, privado o la academia.

Se excluyeron profesionales dedicados a mercadotecnia y publicidad.

En las entrevistas sobre consumo alimentario se utilizó una guía con preguntas de prosecución y para el tema específico de corporalidad se utilizó un juego clasificatorio. Este consistía en clasificar rápidamente 50 postales de personajes públicos en cinco categorías: «muy flaco» / «flaco» / «normal» / «gordo» / «muy gordo». La entrevista posterior versaba sobre las características que tenía el cuerpo clasificado en cada categoría, y el tipo de alimentación consumida para producir tal resultado. Hubo una media de cinco entrevistas por entrevistado adulto y un promedio de cuatro entrevistados por hogar. Procesamiento: en el *corpus* de entrevistas se realizó un análisis de discurso por semiótica de enunciados.

En este artículo, al exponer fragmentos de estas entrevistas se utilizará la inicial del nombre, género y edad autoproclamados, quintil de ingresos según clasificación INDEC y actividad, para proteger el anonimato y a la vez brindar datos significativos al lector.

Para el *corpus* bibliográfico acerca de los alimentos funcionales se realizaron búsquedas sistemáticas en publicaciones científicas en cuatro idiomas (español, inglés, portugués y francés), en cuatro redes (SciELO, Scopus, PubMed y Redalyc), bajo el criterio de que si nuestra alimentación está globalizada, entonces debíamos incluir los desarrollos de academias e industrias mundiales. La literatura gris se obtuvo por búsqueda asistémica.

Sobre este *corpus*, compuesto por 1.229 artículos científicos y 60 grises, se realizó análisis de contenido y minería de texto.

Resultados y discusión

En el AMBA —como en muchos otros lugares— lo que los sujetos piensan acerca de su propio cuerpo, de los alimentos y de la forma legítima de compartir la comida se constituyen en «principios de inclusión» de lo que se llevan a la boca. Estas tres categorías, «cuerpo», «alimentos» y «comensalidad», forman haces de representaciones que dan sentido a lo que seleccionan para comer, para ofrecer a la familia o compartir con los amigos, buscando solucionar el problema de las comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena.

Sin embargo, estos haces de representaciones no operan en el vacío; la elección nunca es libre ni entre posibilidades infinitas, sino que está fuertemente condicionada.

En el AMBA, por tratarse de una megaciudad donde vive el 36% del país (13.158.226 habitantes), en 13.934 km², y con una densidad de 1.150 hab/km² (INDEC, 2017), por razones espaciales y culturales la autoproducción es casi nula. Entonces, la oferta y la capacidad de compra (la

relación entre los precios y los ingresos), junto con el conocimiento adquirido (sea por socialización, educación formal, capacitación informal, o publicidad), son fuertes condicionantes a la hora de decidir qué alimentos forman la canastas de consumo hogareña.

Aunque el precio es importante, no lo explica todo; otros costos como el prestigio del alimento, el tiempo de preparación y cocción, la sensación de saciedad, la combinatoria, o el género de los comensales, sesgan las elecciones.

Sin embargo, aunque cada hogar se considera único y sus consumos particulares en razón de su composición, edades, gustos y estrategias (laborales, habitacionales y de consumo), pudimos agrupar sus canastas en tres grandes tipos, correspondientes a tres sectores de ingresos: hogares bajo la línea de pobreza, ingresos medios e ingresos altos. Nuestra construcción no arroja diferencias significativas con las encuestas masivas (INDEC, 1975-2012).

Al preguntarnos a través de que prácticas se construyen estas canastas, vemos que los hogares, cualesquiera sean sus ingresos:

- 1) Diversifican las fuentes de recursos, lo que incluye:
 - a) la utilización simultánea de los distintos mercados de trabajo urbanos (formal e informal);
 - b) el desarrollo de redes de amistad, vecindad y/o parentesco a través de las cuales fluyen mensajes, bienes y servicios de manera que constituyen sistemas de ayuda mutua;
 - c) la gestión de asistencia social alimentaria del Estado y organizaciones no gubernamentales o confesionales en el caso de los más pobres;
 - d) mínima autoproducción.

2) Diversificación de las fuentes de abastecimiento. En Argentina existen dos cadenas de abastecimiento: el circuito formal de supermercados, ferias, almacenes, etc., y el circuito informal de locales multifunción, vendedores ambulantes y quintas, donde se cambia buen precio por productos de dudosa salubridad (Aguirre, 2006). Las prácticas estratégicas de los hogares se orientan a utilizar simultáneamente ambos circuitos. Los pobres, aprovechando las ofertas de ambos para abaratar su canasta de consumo. Los de mayores ingresos, en busca de «naturaleza y procesamiento artesanal». El circuito informal se calcula en el 35% de la oferta alimentaria (INDEC, 1975-2012). Los alimentos funcionales pertenecen al mercadeo formal, aunque hay dos experiencias asistenciales sostenidas por universidades (Di Bello y Botz, 2015). Después de 1995, dentro del circuito formal aparece un nicho: el «mercado de los pobres», derivado del supermercadismo (formal) que comprende segundas marcas con me-

nor calidad, sin publicidad y en envases pequeños (características del mercado informal).

3) Manejo de la composición familiar. El tamaño de las familias en Argentina ha dependido del sentido del flujo de los ingresos (Torrado, 2003). Hasta la década del 90 las familias pobres eran numerosas y tendían a captar miembros (por migración o parentesco), ya que los niños eran generadores tempranos de ingresos y seguridad que fluían hacia los mayores. A partir del milenio, la tendencia ha cambiado y el tamaño de las familias se redujo impulsado por la política asistencial y demográfica del Estado.

4) Autoexplotación. Esta significa:

- a) trabajar más, aumentando las horas por trabajador ocupado, la cantidad de trabajadores por hogar, o realizar tareas que antes se contrataban en las horas de descanso, y
- b) comer menos: reducir la ingesta, distribuir en forma diferente o bajar la calidad del régimen.

Estas prácticas se apoyan en razones, sentidos y saberes que fueron estudiados desde el punto de vista de los actores. Estas representaciones comprenden visiones acerca de la vida, las edades, los géneros, la salud y el cuerpo, que se transforman en «principios de incorporación» de la comida, construyendo «gustos de clase», donde cada sector se reconoce y se diferencia.

Cuerpos fuertes, alimentos rendidores y comensalidad colectiva en los pobres

Este sector comprende el 35% de la población del AMBA (INDEC, 2001-2017). El primer haz de representaciones es el cuerpo «fuerte» de los más pobres, que se refleja en los alimentos «rendidores» organizados en un tipo de comensalidad «colectiva» que amplía el parentesco abriéndose al compañerismo: *«El pobre tiene que ser muy fuerte para vivir, porque es (fuerte) de todo, es fuerte como fuerte y lindo también y en la enfermedad si no sos fuerte te morís»* (L., mujer, 38 años, 1^{er} quintil, cocinera).

Como señala la entrevistada, el concepto «fuerte» es polisémico (*fuerte de todo*): designa tanto a una persona bella, como sana o enérgica (*fuerte como fuerte*). También es encubridor, contrastando esta representación con datos del sistema de salud (DEIS, 2016); vemos que este sector se enferma más, se atiende menos y muere proporcionalmente más y más joven que los otros sectores.

Si bien el ideal corporal guía el principio de incorporación de los alimentos, a la vez se construye por los efectos de esa incorporación. Si el ideal está en la fuerza, los alimentos seleccionados deben ser «fuertes», y esta categoría la tienen las carnes rojas, las harinas, los vinos, los picantes.

La comensalidad colectiva se verifica en comidas «de olla» (guisos y sopas), que son funcionales a la hornalla única, al escaso menaje, a pocos ingredientes y al poco tiempo de la cocinera (las mujeres pobres dedican dos horas a cocinar, mientras que los otros sectores 45 minutos).

La idea de *fuerza* rige toda incorporación fisiológica y psicológica: en las formas y en las maneras. Los platos deben estar llenos (aunque parte sea líquido) y deben terminarse, con lo que se muestra aceptación halagando a quien cocina. Como se describe la comida con atributos femeninos, la manera de incorporarla corresponde a la construcción social de la masculinidad, siendo la voracidad con rapidez y violencia el acercamiento socialmente correcto: «*Si no me comen, si no se lo terminan [el plato] de una, es como que no les gustó*» (S., 45 años, mujer, 1^{er} quintil, ama de casa).

Cada preparación, cada producto, debe participar en la construcción del ideal colectivo que justifica su elección, aunque esta elección no sea más que una justificación de lo único accesible. Las representaciones sirven doblemente: justifican y se apoyan en lo que de todas maneras se debería comer: alimentos baratos para la reproducción a bajo costo de la fuerza de trabajo. Así, el cuerpo termina siendo el resultado expuesto del estilo de vida, porque en él se objetivan las elecciones alimentarias.

Para alimentar al cuerpo fuerte, los alimentos fuertes se llaman «rendidores», y para serlo deben cumplir tres requisitos: deben ser «baratos», deben «llenar» y deben «gustar»: «*Tengo tres varones y un marido, no les puedo dar pasto [se refiere a la ensalada], yo tengo que poner carne, fideos, papa [en la mesa], si no [es así] me los tiran por la cabeza. Si no se llenan la panza no es comida. Por eso rinde la carne, que los llena y es rica, aunque sea cada vez más cara*» (S., 45 años, mujer, 1^{er} quintil, ama de casa). Efectivamente, los alimentos que consumen los más pobres son los más baratos de la estructura de precios, ya sea que comparando los precios relativos, o el costo de las 1.000 kcal. (Aguirre, 2006).

Pero, además, deben dar sensación de saciedad. Pan, papas, fideos (ricos en hidratos de carbono), carnes rojas (ricas en grasas), llenan. No así verduras (despectivamente señaladas como *pasto*) y pescado, que se evitan. Después de los 25 años, los cuerpos de hombres y mujeres acusan recibo de esta dieta rica en hidratos y grasas, mostrando cuerpos gruesos con abdómenes prominentes, pero «acortados o petisos», resultado de una

alimentación que los ha saciado sin brindarles los nutrientes necesarios para actualizar su potencial genético de altura. Esta falta de nutrientes encubierta por el volumen da origen al hambre silencioso de la obesidad en la pobreza (Calvo y Aguirre, 2001).

Los pobres han construido alrededor de sus alimentos un gusto de lo necesario (Bourdieu, 1999), que hace que prefieran lo que de todas maneras estarían obligados a comer, protegiéndolos de la frustración de desear lo imposible. En tanto se aprende a gustar como se aprende a hablar, internalizando las categorías de un grupo social que nos antecede, se aprenden las categorías de la comida a través de los platos ofrecidos en el hogar o la escuela, platos que llegan a esa mesa por una particular combinación de posibilidades de acceso y representaciones del mundo. Los gustos identifican a los que los comparten (nosotros), diferenciando y excluyendo a los que no lo hacen (los otros), y sus consecuencias cristalizan en la forma de percibir y valorizar el cuerpo, y, en el caso de la comida, en el uso de determinados alimentos, sabores y texturas, propios de diferentes formas de vivir (y también de enfermar, ya que la alimentación es un factor prepatológico por excelencia). Pero su visión como «fuertes» por el volumen y «francos» por las maneras, se transforma en «gordos» y «brutos» en la mirada de los otros, y se convierte en la empresa de diferenciación del resto de la sociedad, que buscará no ser/no tener las características corporales que exhiben los pobres.

Cuerpos lindos, alimentos ricos y comensalidad familiar

Este sector comprende el 55% de la población del AMBA (INDEC, 1975-2012). En los sectores de ingresos medios, el ideal es el cuerpo «lindo», lo que significa: delgado, como síntesis de belleza y salud. Para alimentarlo, se buscarán comidas «ricas», compuestas por grasas y azúcares. Lograr un cuerpo esbelto alimentándolo con alta energía resulta una misión imposible, que los condena a perpetuas dietas adelgazantes (reales o imaginarias).

Si las representaciones que fundan la elección de la comida de los pobres convierten sus necesidades en virtudes, aquellas que sostiene este sector caen del lado exclusivo del pecado. Superada la necesidad, la función de la comida es el placer (que no es privativo de este sector, solo que aquí está especialmente marcado). Cuando se puede comer lo que se quiere se come mucho, en cantidad y calidad, la frugalidad no es apreciada, pero como hay un límite a lo que se puede comer, obtenida la saciedad física, los consumos tienden a la saciedad simbólica. Probar combinaciones y productos exóticos, demostrar conocimiento en vinos, utilizar salsas

distintas de la «criolla». Las jerarquías de «lo rico» cristalizan en la composición de las canastas: gaseosas, carnes y fiambres, frutas, panificados, verduras y finalmente lácteos.

Mientras los pobres dicen *«todo se mezcla en el estómago»*, las buenas maneras en la mesa de los sectores medios privilegian la separación: de los platos (con la vajilla) y de los sabores en el plato (dividiendo carne, guarnición y salsa): *«Antes habían aparecido las riñoneras, a mí me gustaban, porque ponías en el plato la carne y en la riñonera la ensalada, pero las dejaron de hacer y ahora ocupás la mesa con dos platos si no querés que se mezcle el jugo [de la carne] con el aderezo [de la ensalada]»* (A., 55 años, mujer, 3^{er} quintil, comerciante). La comensalidad familiar requiere comida estructurada y menú de dos pasos (plato y postre) en la mesa, a la que se accede por invitación (Aguirre, 2016).

El gusto entendido como placer, aquí significa: comer rico y mucho; eso conspira contra el cuerpo ideal, representado como delgado: *«si comiera como quisiera entonces entraría rodando»* (R., 38 años, mujer, 3^{er} quintil, comerciante). Entonces, el gusto genera culpa, un pecado cuya penitencia será vivir sometidos a la tiranía de dietas.

Cuerpo sano, alimentos *light*, comensalidad individual

El sector de ingresos alto comprende el 10% de la población del AMBA (INDEC, 2001-2017). Aquí, las representaciones del cuerpo ideal como «sano» también se identifican con la delgadez y la altura, que asocian a belleza y salud. Para estar delgados, elegirán comidas libres de hidratos, grasas y azúcares, formando platos únicos. En sus canastas de consumo encontramos más carnes (rojas o blancas) y vegetales que en otros sectores. El plato de comida ideal es individual (tarteleta, omelet, ensalada). La tecnología, la valorización y el tiempo dedicado a la comida se conjugan para que los platos sean únicos, lo que expresa la máxima preocupación por el otro y la máxima separación del otro, dándole a cada uno lo que quiere, necesita o le corresponde. El volumen es secundario porque es responsabilidad propia y signo de autodomínio saber cuándo dejar de comer. En una mesa familiar puede haber cuatro platos distintos, acordes a la edad, necesidad o tiempo de cada comensal:

En la cena, la madre (50 años) buscando adelgazar come una ensalada verde con queso de cabra tibio, la hija (22 años) que ha abrazado la macrobiótica come un plato de arroz integral con verduras, el hijo (19 años) jugador de rugby urgido por su entrenador a llegar a los 100 kg se esfuerza en terminar un plato de fideos con estofado, mientras que el padre (52 años) cuidándose

del colesterol come pollo sin piel grillado con ensalada (observación de la familia T., 5° quintil).

Se comparte la comida «como situación», sin compartir la comida «como producto», porque los ideales que jerarquizan al individuo hacen que se valoricen particularidades que no se resuelven con una comida colectiva.

Mientras los pobres buscan alimentos baratos y saciantes, al aumentar los ingresos se prefieren productos «sanos», sin importar el precio. La salud se vive como un trabajo más y su logro es valor y objeto de goce. Esta salud es a la vez medio y fin, forma parte de la capacidad de trabajar (aunque el cuerpo sano lo es en todos los sectores), aquí se vive como un logro personal. Tanto para conservar la salud (y no sufrir estrés o hipertensión) en un mundo exigente de trabajo impiadoso, como para conseguir ingresos y gozar de la vida, la comida se ve como una herramienta para prevenir enfermedades u obtener belleza, y todo esto confluye en la delgadez. Para lograrla, se domina el cuerpo con energía, voluntad, tiempo y dinero a través de dietas, ejercicios y cirugías. Tal control sobre su corporalidad (común a todos los humanos) es visto como un logro moral que los eleva y diferencia de los otros sectores. Pero como sus beneficios se ven en el tiempo, deben transformar la dieta en régimen de vida. Esta perseverancia los diferencia de los pobres, a los que consideran gordos porque carecen de fortaleza moral para someterse a la renuncia del goce:

Cuando me dicen: «*llegaste a los 50 divina*», me agarra [furia]... porque no ven lo que trabajé para lograrlo. Creo que no como una papa frita hace años. Mientras otros se matan con achuras, yo lomito y gracias. Heladito de agua o fruta cuando otros comen flan... y dos noches de *gym* en la semana, después de todo un día de consultorio... ¡te cuento que no es fácil! Pero [ostento] 60 [cm] de cintura y sin colesterol (F., 52 años, 5° quintil, psicóloga).

La diferencia entre los sectores medios y altos respecto de la delgadez y la belleza es que los primeros corren tras ella, mientras que los segundos crean los estándares (cuando abjuraron del modelo anoréxico de los 90, impusieron el estilo flaco pero curvilíneo del nuevo milenio).

Las representaciones del cuerpo, los alimentos mismos y las formas que adquiere la comensalidad guían las elecciones alimentarias y son —al mismo tiempo— producto de esas elecciones. No son arbitrarias, nacen con y de las prácticas cotidianas y dan sentido a estas prácticas que las soportan, formando un círculo virtuoso.

A continuación, veremos cómo las representaciones del cuerpo, los alimentos y la comensalidad operan no solo al momento de elegir alimen-

tos sino —principalmente— y en los sectores que tienen el capital económico y simbólico, al momento de crearlos.

El cuerpo en los alimentos funcionales

Aunque el credo liberal diga que es la demanda la que condiciona la oferta, los funcionales —a diferencia de los alimentos del pasado, que eran creaciones colectivas— son creaciones individuales (algunos lactobacilos llevan el nombre de su descubridor); al no tener historia, mal podrían ser demandados.

Es la oferta la que crea una demanda a su medida y, a través de la industria y la publicidad, ofrecen una visión del mundo acorde a sus creencias e intereses. Y esta visión del mundo, de la vida, del cuerpo y la comensalidad es la de los sectores de mayores ingresos. Y no solo porque son los consumidores prioritarios, sino porque a este sector pertenecen los académicos que los crean en laboratorios, los industriales que los producen en fábricas, los publicistas que los difunden en los medios, los políticos que los regulan desde el Estado y los «*influencers*» (formadores de gustos y estilos) que los promueven.

Expondremos ahora las representaciones del cuerpo, los alimentos y la comensalidad en el desarrollo de alimentos funcionales. Elegimos analizar los discursos y las publicaciones sobre los ensayos clínicos, porque es allí donde se justifican nutrientes y sentidos.

Podría objetarse que, mientras las entrevistas se hicieron en el AMBA, las contrastamos con bibliografía internacional; esto es así tanto por la escasez de publicaciones nacionales como por la globalización de la agroindustria, que vende lo mismo en Argentina que en Europa o Asia, donde estudios sobre el consumo advierten la existencia de representaciones similares (Ceccarini, 2010). Reconstruiremos la corporalidad a la que remiten estos alimentos a través de la bibliografía y las entrevistas con expertos.

Encontramos que los consumidores son considerados «individuos» (término que designa: seres vivos, independientes, materialidades únicas), no «personas» (humanos inteligentes, sujetos de derechos). Las características biológicas dominan, lo que era esperable en tanto las definiciones de necesidades y adecuaciones corresponden al paradigma de la biomedicina, que menosprecia los componentes sociales y culturales como ha sido analizado hasta el hartazgo por la epidemiología sociocultural (Menéndez, 1998). Los cuerpos son pura biología, donde el *sujeto* (como ser social) desaparece, y se trabaja con el concepto de *individuo* reducido a la mera materialidad. Aunque en biología se reconocen interacciones del individuo

y su medio o de los órganos entre sí, los cuerpos a los que están dirigidos los alimentos funcionales ni siquiera son cuerpos: son meros organismos, aparatos digestivos, y principalmente intestinos (donde se produce la mayor parte de la absorción) que digieren, metabolizan y excretan según regularidades establecidas estadísticamente como «normalidad» biomédica: «*La mucosa intestinal se renueva más o menos semanalmente, por eso decimos que todos los días [se los ingiera], podríamos decir que una [sola] vez por semana [bastaría], pero mejor dosis bajas en consumo diario, así no se olvidan y el intestino está cubierto*» (D., 62 años, varón, 5^o quintil, médico).

Toda diversidad, subjetividad, relación social o sentido (aun aquellos referidos a los alimentos y a la salud) están borrados del análisis desde el diseño; a lo sumo se integrarán en la etapa de mercadotecnia para definir nichos de mercado (porque tratar al consumidor como un intestino no promueve ventas). En esta reducción a un organismo y un metabolismo que se suponen universales, se homogeneiza la riqueza de la diversidad cultural o la diversidad de géneros para ofrecer alimentos iguales a desiguales (por cuerpos, ingresos y derechos).

Los funcionales, y entre ellos los probióticos, estimulan en los consumidores la imaginación de máximo control: colonizar su intestino con bacterias a elección. Solo en una sociedad que abomina el riesgo, donde la alimentación está en crisis y se omiten las funciones adaptativas del intestino, se puede estimular tal despropósito:

Nosotros, yo, tomo *elecasi* y puedo decirte que desde que lo tomo no me enfermé, es como dice la propaganda porque aumenta las defensas. A mi marido le hace mal y yo le digo que tiene que buscar el [lactobacilo] que le haga bien, no puede andar sin defensas, [aunque] se lo doy a mi nieta también pero en la escuela los chicos se contagian de todo (S., 46 años, mujer, 3^{er} quintil, comerciante).

Los expertos señalaron que los estudios deben «responder al producto», forma elegante de decir que testean procesos químicos o biológicos, que ponen en relación una molécula con un intestino, nunca una comida con un sujeto. La fuerza de esta concepción que vacía al cuerpo de contenido social se traslada a las condiciones bioéticas de los ensayos (porque desaparecen los derechos de los participantes, ya que no son consideradas personas sino órganos).

Aunque se diseñaron para consumidores de altos ingresos y se venden masivamente, se testean con población de ingresos bajos. Cuando el reclutamiento de voluntarios para las pruebas se realiza por dinero, acuden aquellos que lo necesitan. Cuando se necesita probar algo tan específico

que el control de la ingesta debe ser total, se buscan instituciones totales (escuelas, cárceles, geriátricos, hospitales) de instituciones públicas o gratuitas donde los internos se sienten presionados para aceptar las condiciones de los prestadores.

El sesgo de ingresos en la población no suele registrarse en los artículos científicos (debimos preguntarlo explícitamente en las entrevistas) porque este encubrimiento está naturalizado (como si el cuerpo de los pobres fuera un campo de prueba esperable). Este sesgo de ingresos en el diseño y testeo de los alimentos funcionales no debería desestimarse por su importancia en el acceso al consumo y las interacciones con el resto del régimen.

Una consideración bioética es que si los funcionales se desarrollan para consumo masivo, los riesgos de las pruebas deberían repartirse equitativamente en todos los sectores, para cumplir con el principio de justicia. Un ejemplo: en Tucumán, en 1984, el equipo médico del Hospital Público Niño Jesús solicitó ayuda por el alto índice de mortalidad por diarreas estivales en los casos de desnutrición severa de los niños internados. Cerela (Centro de Referencia en *Lactobacillus* dependiente del Estado) propuso la normalización de la flora intestinal mediante la implantación de dos cepas de lactobacilos (*acidophilus* y *casei*) en una leche fermentada que tomarían en el hospital y suponían efectos inhibitorios sobre los microorganismos causantes de infecciones gastrointestinales. El estudio demostró que la terapia con lactobacilos presentó resultados superiores a la terapia con antibióticos (Perdigón, Nader, Álvarez, Medici, Oliver y Pesce, 1986). El desarrollo fue transferido en 1989 a una empresa nacional, a través de un acuerdo de vinculación tecnológica, y se comercializó en 1995 con un precio que excluyó de su consumo a los sectores para los que se suponía había sido diseñada y sobre los que habían sido estudiado sus efectos (Di Bello y Botz, 2015):

Aunque sabemos que tal vez los testeos en los hospitales públicos tengan un sesgo [de ingresos] y tal vez la absorción que registramos sea mayor ya que puede haber carencias, es lo mejor que tenemos para el reclutamiento y nunca ha sido cuestionado ni por el ANMAT ni por los Comités de Bioética (N., 45 años, mujer, 4° quintil, bioquímica).

Desarrollar alimentos para cuerpos que se suponen iguales, dejando de lado molestas disparidades sociales (que se consideran variables confusoras), habilita a los desarrolladores para extender los resultados obtenidos en población pobre a toda la población. Esperan obtener los mismos resultados, olvidando que la absorción ante la carencia es mayor que ante la saturación. En resumen, la omisión de lo social retorna como descono-

cimiento de las interacciones entre alimento y régimen, de manera que las alegaciones puede que sean válidas solamente para el sector pobre. Un estudio belga señala que los alimentos funcionales los consumen prioritariamente las mujeres de mayor nivel educativo entre los 30 y 50 años, pero los necesitan los niños y ancianos de los sectores de menores ingresos, que no pueden comprarlos (Schroeder, 2007).

Representaciones de los alimentos

La mayoría de los trabajos científicos que tratan sobre alimentos funcionales no hablan de «alimentos», sino de «principios activos». Las publicaciones evalúan las características físicoquímicas de los productos (como ph, estabilidad, retención de agua); cuando se testean alimentos es porque son «vehículos» de esos principios activos:

Lo importante es descubrir cuál es el mejor vehículo para el principio activo que quiero introducir. Sería muy fácil ponerle hierro a la sal, pero no me sirve si quiero combatir la anemia porque el consumo es mínimo. Por eso fortificamos la leche que es el alimento infantil por excelencia (E., 68 años, mujer, 4º quintil, pediatra).

En el *corpus* documental registramos como vehículos: vino, hongos, hortalizas, alimentos cárnicos procesados, lácteos (con lactobacilos), productos en polvo para sopas o guisos instantáneos (con isoflavonas de soja), yogures (con lactobacilos), galletitas, guisos (con omega3, fitoestrógenos y antioxidantes), concentrado de suero de leche, caramelos, helados, patés a base de pulpa de trucha (con omega3), barras de cereales (con amaranto), polvos instantáneos para preparar tortas (agregan inulina y yacón), polvos para preparar chocolate y polvos para preparar pan dulce (con fibras), leches en polvo (con lactobacilos), bebidas a base o con sabor a frutas (con vitaminas). Analizando estos vehículos, vemos que muchos son productos de fantasía o directamente antinutrientes, que los nutricionistas recomiendan sacar antes que poner en una dieta saludable. Entonces, el objetivo de estos alimentos funcionales ¿es mejorar la salud o solo para aumentar el valor agregado?

Muy pocos artículos toman en cuenta la interacción con el régimen del comensal, que cambia sensiblemente con los ingresos (INDEC, 1975-2012). Y cuando se toma —según la bibliografía— hay dos posiciones contradictorias:

a) se la niega como categoría de análisis, de manera que no importa si tal interacción ocurre o no; entonces se llega al absurdo de proponer funcionales con adición de omega3 sin contemplar la ingesta de omega6

(cuando el desequilibrio del complejo graso puede producir la reacción proinflamatoria que se procura reducir (Bellini, 2016);

b) se supone siempre una interacción positiva. En los funcionales que buscan algún efecto sobre el sistema inmune; la diversidad de la dieta es necesaria, de manera que para conocer los efectos deberían probarse en población lo más heterogénea posible. Sin embargo, vimos que los reclutados son pobres, y antes analizamos la pobreza de sus dietas. ¿Cómo es posible que en la bibliografía y en las entrevistas funcione como supuesto que los participantes comen en forma saludable, lo que interactuará positivamente con el producto estudiado?: «*Hacemos una encuesta para saber qué comen, pero no es exhaustivo, no se hacen análisis, no se profundiza, suponemos que comen bien porque no declaran ninguna enfermedad*» (H., 58 años, varón, 5º quintil, ingeniero en alimentos).

El concepto de *salud* utilizado se acerca al concepto decimonónico de *salud* como «silencio de los órganos» de Virchow (Canguilhem, 1981), porque, para probar funcionales, los reclutados deben declarar que no tienen malestar o enfermedad diagnosticada (sin referencias al estilo de vida). Pruebas de enfermedad solo se hacen cuando se buscan males específicos para testear alimentos que deberían conducir a una mejoría (colesterol alto, ferritina baja, etc.).

A pesar de que no son tales, la industria ha presentado los alimentos funcionales como «alimentos que curan», sugiriendo que su utilización está rayana en la medicación. Así, se indican cantidades de alimentos funcionales como si fueran dosis de medicamentos. En el rótulo de una leche con fitoesteroles se lee: «*tome 15 gramos (1 vaso) por día durante 7 días para bajar el colesterol*», como si fuera un medicamento con su dosis recomendada por el médico, solo que la leche se vende por litro y está disponible en la heladera y un consumidor puede pensar que más es mejor, y tomarse el litro. Resulta obvio que el interés de la industria por vender su producto ha encontrado en la publicidad y las alegaciones de salud la mejor manera de desinformar a los consumidores no solo sobre qué, sino también sobre cuánto consumir.

La bibliografía señala que los estudios no son concluyentes acerca de la cantidad (dosis) en que un funcional se transforma en saludable, o por exceso en tóxico. Hay un margen de ambigüedad que depende del alimento, del consumidor, de las condiciones de vida y de la interacción con el régimen. Aunque para los probióticos hay una dosis internacionalmente aceptada de ingesta de bacterias de 10^9 por gramo, la industria se decanta hacia el umbral más bajo: menos carga por unidad de producto (bajando al mismo tiempo los costos y el riesgo). Pero como no todos los huma-

nos responderán igual, los funcionales deben tender a ser inocuos para la mayoría y nunca llegar a la toxicidad, aunque esto signifique que para obtener el beneficio se debe consumir una cantidad enorme y por lo tanto imposible. Con esto vemos que el objetivo de salud es declamatorio, ya que se diseñan considerando parámetros de salud biomédica, pero se venden para que su efecto sea inocuo a través de dosis mínimas.

Hoy, la controversia sobre las alegaciones de salud constituye el núcleo de las discusiones sobre los alimentos funcionales en la medida que la competencia se instrumenta a través del *marketing* saludable. Aunque hay mucha indefinición respecto a los principios activos, aunque hay mucho que se desconoce, se rotulan y publicitan funcionales con verdades a medias tales como: «*previene el colesterol*»; otras veces se omite la verdad, ya que el omega3 que provee no servirá si no baja el omega6, o directamente se miente diciendo que: «*reduce el colesterol*».

En un contexto atravesado de alarmas sanitarias (genotoxicidad de los plaguicidas, contaminación de los alimentos, aditivos cancerígenos), la necesidad de contar con un marco jurídico y proteger a los consumidores impulsó el proyecto de Acción Concertada sobre la Ciencia de los Alimentos Funcionales en Europa (Fufose), coordinado por el ILSI, la Legislación Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de la FDA en EE.UU. y tardíamente la regulación de CONAL en Argentina.

La comensalidad en los alimentos funcionales

El tipo de comensalidad que proponen los alimentos funcionales refleja la individualidad absoluta: los envases ofrecen porciones individuales aún de comidas colectivas (guisos y sopas instantáneos), suponiendo un consumidor que decide solo el destino de su dieta y no un comensal que comparte, coherente con la idea de salud como trabajo individual realizado por un organismo aislado de su entorno. Mientras en la sociedad los conceptos de prevención y salud colectiva ganan terreno, el mercado convence a los comensales que es posible vivir saludablemente aislado de otros:

Yo no creo tendencias, yo tengo que seguir las tendencias. La comida casera no va más, nadie quiere cocinar, nadie tiene tiempo para cocinar, eso es del tiempo de las abuelas. Hoy todos quieren elegir y eso nos lleva a las porciones individuales, la gente come sola y va a seguir comiendo sola, entonces hasta hacemos guisos de una plaza [porción], para proveer esa diferenciación y que en una sola porción tengan todo: prestigio, sabor, salud, nutrición (H., varón, 58 años, 5° quintil, productor).

Palabras finales

En tanto los alimentos son producto y producen relaciones sociales, los funcionales ejemplifican las complejas relaciones entre el Estado que regula, el mercado que produce, la academia que investiga y la sociedad que consume. Los alimentos —en la historia de la cultura— siempre fueron solidarios con la capacidad tecnológica y política de la sociedad; si es así, aún está por verse a quién benefician los alimentos funcionales, si es como afirma la publicidad, que benefician a toda la población mejorando la salud colectiva, o benefician al aparato científicotecnológico promoviendo investigación e innovación, o solo al mercado, que busca de mayor diferenciación para lograr mayor ganancia.

Como mercancías son —desde hace décadas— los productos más dinámicos del mercado de alimentos del AMBA, donde la industria aliada al aparato científicotecnológico ha creado una demanda a la medida de su oferta. Los funcionales aún no han probado sus beneficios para la salud colectiva, pero sí su capacidad de producir ganancias a la industria.

Su ambigua definición de alimentos con aspiraciones a medicamentos se basa en las representaciones del cuerpo, de los alimentos y de la comensalidad de los sectores de ingresos altos, pero como emprendimientos industriales de envergadura no pueden subsistir con el 10% de la población; entonces, han procurado que se masifiquen hacia otros sectores, que por ingresos y representaciones no los incluirían.

Mientras que las representaciones del cuerpo en los pobres buscan fortaleza, los funcionales les ofrecen salud (que entre los pobres se ve como resistencia a la enfermedad, antes que prevención). Mientras que los pobres buscan alimentos rendidores (que sean baratos, llenen y gusten), los funcionales son atractivos para sectores medios y altos, que aprecian la salud y la modernidad sin importar el precio. Mientras en los pobres la comensalidad es colectiva, los alimentos funcionales promueven una comensalidad individual propia de los sectores de mayores ingresos, aunque accesible a los sectores medios (que al ser los más numerosos aseguraron masividad). Por precio y representaciones los pobres no los hubieran elegido, solo la publicidad saturante y las falsas promesas de bienestar (hoy parcialmente reguladas) pudieron hacer que los más pobres los incluyeran en su consumo de manera itinerante y aspiracional (sintiéndose culpables cuando no pueden mantener el consumo por el precio).

Aunque los funcionales se promocionan como científicamente probados, hay un enorme descuido en los ensayos clínicos —excepto para los alergógenos—, tal vez porque históricamente los alimentos no tenían efectos secundarios, los que —a lo sumo— se diluían en la diversidad de la

dieta. Pero hoy los alimentos están cada vez más intervenidos, hasta niveles moleculares, por lo que deberían ser testeados con los mismos requisitos técnicos y bioéticos que los medicamentos, sobre todo los funcionales, que se presentan como *alimentos*.

Si bien responden a las representaciones de los sectores de mayores ingresos, aún queda la pregunta: ¿son saludables los alimentos funcionales? Si se trata de poblaciones específicas, tanto la bibliografía como los entrevistados respondieron afirmativamente; sin embargo, se venden masivamente (a muchos que no los necesitan).

Si los resultados obtenidos sobre población pobre y sin tomar en cuenta otros factores que los biológicos fueran generalizables, si los principios activos permanecieran estables, si su efecto no se inhibiera con otros componentes de la dieta, si se solucionara el problema de la dosis, si fueran accesibles para todos, aún quedaría el problema de saber si los beneficios que prometen no se alcanzan con una alimentación adecuada, basada en los alimentos locales, culturalmente aceptados, poco procesados y menos costosos.

Referencias

- Aguirre, P. (2006). *Estrategias de Consumo. Qué Comen los Argentinos que comen*. Buenos Aires: CIEPP-Miño y Dávila.
- Aguirre, P. (2016). La olla, la fuente y el plato. Distintas maneras de compartir en Argentina. *Studium*, 22.
- Aguirre, P. (2017). *Una Historia Social de la Comida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Allué, M. (1982). La Gestión del Morir: Para una Antropología del Enfermo Terminal en la Sociedad Occidental. *Comunicacions*, 2(1). Tarragona. Arxiu d'Etnografia de Catalunya.
- ANMAT (2017). *Directrices para la autorización sanitaria de productos alimenticios*. En http://www.anmat.gov.ar/Enfermedad_Celiaca/Directrices_Autorizacion_Sanitaria_Producto_Alimenticio.pdf. Consultado el 15 abril de 2017.
- Ashwell, M. (2004). *Conceptos sobre los alimentos funcionales*. Bruselas: ILSI. En <http://www.argenbio.org/adc/uploads/pdf/alimentosfuncionalesILSI.pdf>. Consultado en abril de 2017.
- Bajoit, G. (2008). La renovación de la Sociología Contemporánea. *Cultura y Representaciones Sociales*, 5(3).
- Baudrillard, J. (2009). *La Sociedad de Consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI.
- Bellini, E. (2016). *Alimentos Saludables. Cuando el Marketing se Come Todo*. Ushuaia: Utopías.
- Bourdieu, P. (1999). *La Distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto*. Madrid: Taurus.

- Chan, M. (2013). *Discurso de apertura a la 66° Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra. En www.who.int/dg/speeches/2013/world_health_assembly_20130520/es. Accedido en julio de 2017.
- Calvo, E. y Aguirre, P. (2001). Crisis de la Seguridad Alimentaria y Estado Nutricional en una Población Vulnerable. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1): 1-96.
- Canguilhem, G. (1981). *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Siglo XXI.
- Ceccarini, R. (2010). Food studies and Socioogy. A review Focusing on Japan. *AGLOS. Journal of Area-Based Global Studies*, 1: 1-17.
- DEIS (2016). *Dirección de estadísticas e Información en Salud*. En www.deis.ms.gov.ar. Accedido en julio de 2017.
- Di Bello, M. y Botz, G. (2015). Investigación, Biotecnología y Desnutrición Infantil. Dos productos probióticos para resolver problemas sociales en Argentina. Comunicación presentada en *XXX Congreso Latinoamericano de Sociología*, San José de Costa Rica, 30 de noviembre.
- Durán, R. y Valenzuela, A. (2010). La Experiencia Japonesa con los Alimentos FOSHU. ¿Los verdaderos alimentos funcionales? *Rev Chil Nutr.*, 37: 224-233.
- Elias, N. (1997). *La Politique et l'Historie*. Paris: La Decouverte.
- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo .Genero, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fischler, C. (1995). *El H'Omnívoro. El Cuerpo, la Cocina y el Gusto*. Barcelona: Anagrama.
- Foucault, M. (1999). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Goody, J. (1985). *Cocina ,Cuisine y Clase. Estudio de Sociología Comparada*. Barcelona: Gedisa.
- Gracia, M. (2002). Los trastornos Alimentarios como trastornos culturales: La construcción social de la anorexia nerviosa. En *Somos lo que comemos*. M. Gracia, Ed. Barcelona: Ariel.
- Gracia, M. (2007). Comer bien, comer mal. La Medicalización del comportamiento alimentario. *Revista de Salud Pública de México*, 49(3).
- Guasch, O. (2006). *Heroes, Científicos y Gays: los varones en perspectiva de genero*. Barcelona: Bellaterra.
- Harris, M. (1993). *Bueno para Comer. Enigmas de alimentacion y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Horkheimer, M. y Adorno, T. (1944). *La Dialectique de la Raison*. Paris: Gallimard.
- Illich, I. (1976). *Nemesis Médica*. México: Joaquín Moritz.
- INDEC (1975-2012). Encuesta de Gastos de los Hogares. En https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&cid_tema_2=27&cid_tema_3=44. Accedido el 11 de marzo de 2017.
- INDEC (2001-2017). Encuesta Permanente de Hogares. En http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=9556. Accedido el 15 de abril de 2017.
- INDEC (2017). Mediciones de pobreza. En https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&cid_tema_2. Accedido en julio de 2017.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del Cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Le Goff, O. (1994). *L'Invention du confort. Naissance d'une forme sociale*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, XXXII(3-4). En www.regine-detambel.com/images/30/revue_1844.pdf. Accedido en marzo de 2016.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de Vida, Riesgos y Construcción Social. *Estudios Sociológicos*, 46.
- Nestle, M. (2007). *Food Politics. How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley: University of California Press.
- Perdigón, G.; Nader, M.; Álvarez, S.; Medici, M.; Oliver, M. y Pesce, A. (1986). Actividad Inmuno protectora de bacterias lácticas administradas por vía oral. Efecto Favorable en la Diarrea Infantil. *Medicina*, 46(6): 751-764.
- Schroeder, D. (2007). Public Health, Ethics and Functional Foods. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 20: 247-259.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la Familia en la Argentina Moderna*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.