



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER ÉTICA Y SALUD PÚBLICA

Captura corporativa de la salud pública

Corporate capture of Public Health

Captació corporativa de la salut pública

MIGUEL ÁNGEL ROYO BORDONADA *

* Miguel Ángel Royo Bordonada. Doctor en Medicina. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. E-mail: mroyo@isciii.es.

Copyright (c) 2019 Miguel Ángel Royo Bordonada



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

La captura corporativa es el proceso intencionado por el cual las decisiones políticas responden a un interés particular, privado, en detrimento del interés público. El resultado es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común. Cuando las políticas afectan a los determinantes comerciales de la salud (alcohol, tabaco, bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados), hablamos de captura corporativa de la salud pública. Las acciones de captura se dirigen a la sociedad civil, los expertos, los funcionarios de salud pública y los políticos, y pueden ser de tipo material (puertas giratorias), intelectual (distorsión de la ciencia), social (control de la información) y cultural (por identidad de grupo o estatus y relaciones del regulador con representantes de corporaciones privadas). Las estrategias de captura son: 1) sesgar los resultados científicos, 2) crear consumidores precoces, 3) promover buena imagen de las corporaciones, 4) cuestionar la legitimidad y conveniencia de la regulación gubernamental, 5) controlar la formación de los profesionales y 6) presionar a gobiernos y organismos internacionales. Ilustramos este fenómeno con un caso paradigmático de captura corporativa de la salud pública: las políticas nutricionales en España desde la aprobación en 2005 de la «Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)», donde parte de la comunidad científica y los propios responsables de esas políticas se han plegado a los intereses de las corporaciones privadas y han incorporado como propio el argumentario de las mismas, convirtiéndose en los voceros de sus intereses.

Palabras clave: captura corporativa; políticas públicas; salud pública; nutrición; España.

Abstract

Corporate capture is the deliberately planned process whereby political decisions respond to a particular interest of a private nature, in detriment to the public interest. The result is an unjust regulation or the absence of regulation where this is necessary for the protection of the common good. When policies affect commercial determinants of health, such as alcohol, tobacco, sugar-sweetened beverages and ultra-processed foods, this is known as corporate capture of public health. Capture-related actions are targeted at civil society, experts, public-health officials, and politicians, and can assume different forms, ranging from material (revolving doors) to intellectual (distortion of science), social (control of information) and/or cultural (by reason of the group identity, status and relationship of the regulator with the representatives of private corporations). The capture strategies are aimed at: 1) biasing scientific results; 2) creating consumers from an early age; 3) promoting a good image of corporations; 4) questioning the legitimacy and appropriateness of governmental regulation; 5) controlling professional education; and 6) lobbying on governments and international bodies. To illustrate this phenomenon, we analyse a paradigmatic case of corporate capture of public health, namely, Spanish nutritional policies since the approval in 2005 of the «Strategy for Nutrition, Physical Activity and Prevention of Obesity (NAOS) ». In Spain, a sector of the scientific community and those in charge of nutritional policies have not only succumbed to the interests of private corporations, but have also adopted the latter's line of reasoning as their own, thereby becoming a mouthpiece for corporate interests.

Keywords: corporate capture; public policy; public health; nutrition; Spain.

Resum

La captació corporativa és el procés intencionat pel qual les decisions polítiques responen a un interès particular, privat, en detriment de l'interès públic. El resultat és una regulació injusta o l'absència de regulació quan aquesta és necessària per a la protecció del ben comú. Quan les polítiques afecten els determinants comercials de la salut (alcohol, tabac, begudes ensucrades i aliments ultraprocessats), parlem de captació corporativa de la salut pública. Les accions de captació es dirigeixen a la societat civil, als experts, als funcionaris de salut pública i als polítics, i poden ser de tipus material (portes giratòries), intel·lectual (distorsió de la ciència), social (control de la informació) i cultural (per identitat de grup o estatus i relacions del regulador amb representants de corporacions privades). Les estratègies de captació són: 1) esbiaixar els resultats científics, 2) crear consumidors precoços, 3) promoure una bona imatge de les corporacions, 4) qüestionar la legitimitat i conveniència de la regulació governamental, 5) controlar la formació dels professionals i 6) pressionar els governs i organismes internacionals. Il·lustrem aquest fenomen amb un cas paradigmàtic de captació corporativa de la salut pública: les polítiques nutricionals a Espanya des de l'aprovació el 2005 de la «Estratègia per a la nutrició, activitat física i prevenció de l'obesitat (NAOS)», on part de la comunitat científica i els propis responsables d'aquestes polítiques s'han plegat als interessos de les corporacions privades i han incorporat com a propi l'argumentari d'aquestes, convertint-se en els portants dels seus interessos.

Paraules clau: captació corporativa; polítiques públiques; salut pública; nutrició; Espanya.

1. Introducción

La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad (Acheson 1998). Una herramienta fundamental de salud pública son las políticas de prevención de la enfermedad y de promoción y protección de la salud. Hasta el siglo XIX, las enfermedades transmisibles eran la primera causa de mortalidad en todo el mundo. Con el desarrollo industrial, la mejora de las condiciones de vida de gran parte de la ciudadanía y la aparición de los antibióticos y las vacunas, el siglo XX experimentó una transición epidemiológica a nivel global. Actualmente, las enfermedades no transmisibles ligadas a los estilos de vida constituyen la primera causa de mortalidad y carga de enfermedad en todas las regiones del orbe, a excepción del África Subsahariana, donde todavía predominan las enfermedades transmisibles y materno-neonatales y las deficiencias nutricionales (Sepúlveda y Murray 2014). Las causas últimas o determinantes inmediatos de estas enfermedades están relacionadas con el tabaquismo, el consumo de alcohol u otras drogas, las prácticas sexuales inseguras, el sedentarismo y una alimentación poco saludable (GBD 2018). El bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento y la contaminación atmosférica son los principales factores de riesgo, al margen de los estilos de vida, que contribuyen a la carga global de enfermedad.

En este artículo, partiendo del estudio de las causas o determinantes de la salud, analizaré el fenómeno de la captura corporativa y su papel en la aparición y posterior propagación por todo el mundo de la epidemia de obesidad y enfermedades no transmisibles. A modo de ilustración del fenómeno, describiré el caso de la captura corporativa de las políticas nutricionales en España durante la última década.

2. Las causas o determinantes de la salud

En salud pública distinguimos entre causas inmediatas o proximales, intermedias o mediatas y lejanas o distales (Banegas et al. 2017, Dahlgren y Whitehead 1991). Las causas inmediatas son las más próximas en la cadena causal al mecanismo biológico desencadenante de la enfermedad y tienen que ver con estilos de vida individuales (alimentación poco saludable, sedentarismo, prácticas sexuales inseguras y consumo de tabaco o alcohol). Las causas intermedias o determinantes sociales de la salud tienen que ver con características personales y de nuestro entorno cercano, como el nivel educativo y la situación económica, las condiciones de trabajo, la carga de cuidados, la calidad de la vivienda, las características del barrio de residencia, las políticas locales de salud y los sistemas sanitarios y de protección social. Por último, las causas distales,

denominadas determinantes comerciales o corporativos de la salud, tienen que ver con los sistemas de producción y distribución masiva de productos perjudiciales para la salud a precios asequibles, junto con las campañas de *marketing* para promover su consumo y el despliegue de una serie de estrategias para impedir cualquier tipo de limitación a su producción, distribución y promoción (Millar 2013, Kickbusch et al. 2016, McKee y Stuckler 2018).

Los hábitos individuales de riesgo para la salud son más frecuentes en personas de bajo nivel educativo, menores ingresos, largas jornadas de trabajo y residentes en barrios pobres (Marmot 2007). Los mecanismos que generan estas desigualdades son diversos e interaccionan unos con otros. Por ejemplo, los grupos socialmente desfavorecidos tienen menor capacidad de acceso a la información, los recursos y habilidades que se requieren para seguir un patrón alimentario saludable. Por tanto, los determinantes sociales actúan como factores moderadores o moduladores de la influencia que las causas distales ejercen sobre los estilos de vida individuales (Swinburn et al. 2011). El acceso a una buena educación y a un trabajo bien remunerado, junto con un entorno promotor de hábitos saludables, constituyen mecanismos de protección de las personas frente al impacto negativo de los determinantes comerciales de la salud.

Haciendo una analogía con las enfermedades transmisibles, podemos distinguir los siguientes eslabones en la cadena causal de las enfermedades no transmisibles (Braillon y Dubois 2018):

- ◆ *Agentes de la enfermedad*: tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados.
- ◆ *Reservorios*: industrias productoras de los bienes de consumo perjudiciales para la salud.
- ◆ *Vectores y fuentes de transmisión*: cadenas de distribución y venta que garantizan el acceso continuado (24 horas al día, 365 días al año), a precios asequibles, a los agentes de la enfermedad en espacios privados y públicos de cualquier lugar habitado.
- ◆ *Co-vectores*: estrategias utilizadas por el sector privado vinculado a los agentes de la enfermedad para promover su consumo. Tradicionalmente, las campañas de *marketing*, cada vez más sofisticadas y agresivas, han constituido el principal co-vector de los mismos. Pero, ante el avance en el conocimiento científico de los efectos de los determinantes comerciales de la salud, las recomendaciones de expertos para reducir o evitar su consumo y la progresiva concienciación social al respecto, el sector privado ha desarrollado una batería de estrategias para defender sus intereses en la arena de las políticas públicas, lo que en conjunto se conoce como captura corporativa de las políticas de salud pública (Mindel et al. 2012).

3. Captura corporativa de las políticas de salud pública

La captura de las políticas es el proceso por el cual las decisiones políticas responden al interés particular de un individuo, un grupo reducido de personas o una organización privada, en detrimento del interés público, a causa de las acciones intencionadas de esos agentes privados. La consecuencia es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común, que resulta así perjudicado (OECD 2017). Cuando se trata de políticas que afectan a artículos de consumo perjudiciales para la salud (alcohol, tabaco, bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados), estos grupos de interés no son otros que las grandes corporaciones transnacionales que dominan los principales mercados nacionales e internacionales de tales productos (Moodie et al. 2013), de ahí que se haya acuñado el término de captura corporativa de la salud pública (Mindel et al. 2012).

La razón de ser de la captura corporativa es simple: el principal interés de las corporaciones privadas es incrementar sus beneficios económicos para rentabilizar la inversión de sus accionistas, ante los que tienen que responder, aumentando el volumen de ventas y maximizando sus márgenes de beneficio. El interés de las corporaciones de productos perjudiciales para la salud choca frontalmente con el interés de la salud pública, ligado a una reducción de su consumo o, en el caso del tabaquismo, a su total erradicación (Beaglehole et al. 2015). Para las bebidas alcohólicas y azucaradas, sin ir tan lejos, se ha propuesto la aplicación de impuestos específicos para reducir su consumo. La captura corporativa surge para anticiparse y responder a este tipo de iniciativas, cuyo objeto es regular la promoción y acceso de la población a los agentes comerciales de la enfermedad. Por tanto, su objetivo es impedir o demorar la instauración de políticas de salud pública que afecten a los intereses de las corporaciones privadas, promoviendo en su lugar mecanismos de autorregulación y medidas de carácter exclusivamente educativo.

3.1. Modalidades de captura

Grosso modo, existen cuatro modalidades la captura corporativa de las políticas públicas, que se complementan y potencian las unas a las otras (Carpenter y Moss 2014):

1. Material o corrosiva: de carácter ilegal, como la corrupción, mediante la aceptación de sobornos a cambio de introducir cambios en la legislación que respondan a intereses privados, o legal, como las puertas giratorias y las donaciones a partidos políticos.

2. Intelectual (ámbito científico y académico): orientación del programa de investigación hacia intereses privados, distorsión de los hallazgos científicos y control de la formación de los profesionales.
3. Social (ámbito de la información y la comunicación): creación de una imagen positiva de las corporaciones, desviación de la atención de los efectos dañinos para la salud de sus productos y promoción un estado de opinión contrario a la regulación.
4. Cultural (Kwak 2014): de forma subrepticia, por interacción continuada e intensa entre los representantes del sector privado y los reguladores. El regulador se ve así expuesto reiteradamente a las ideas y propuestas de las corporaciones, en detrimento de los enfoques y propuestas de los representantes de la ciudadanía y los expertos. El resultado es que el regulador, de forma más o menos inconsciente, se vuelve más proclive a los intereses privados de la industria y a su forma de abordar los problemas. Los reguladores son más proclives a adoptar posiciones de personas pertenecientes a su grupo cercano (identidad de grupo), su estatus social, intelectual o económico (identidad de estatus) y sus redes sociales (identidad de relación).

Las acciones de captura de las corporaciones privadas se dirigen a todos los actores que tienen algo que decir sobre las políticas de salud pública, a saber: sociedad civil (población general), expertos (profesionales de la salud y científicos), funcionarios de salud pública de alto rango y políticos (legisladores). Se habla de captura por influencia directa cuando las acciones van dirigidas a los legisladores y captura por influencia indirecta cuando van dirigidas a otros grupos diana con capacidad de influir a su vez en los legisladores (OECD 2017).

3.2. Estrategias de captura

La captura se ejerce a través de múltiples estrategias, más o menos evidentes o subrepticias, que fueron aplicadas en primer lugar por la industria del tabaco y copiadas después por las del alcohol, las bebidas azucaradas y los alimentos ultraprocesados (Brownell y Warner 2009, Wiist 2013). A continuación, sin intención de exhaustividad, describo las estrategias de captura más comunes, señalando entre paréntesis los principales grupos diana de las mismas:

1. Sesgar los resultados científicos (expertos y legisladores):
 - a. Influir en el programa científico.
 - b. Financiar cátedras, fundaciones, proyectos de investigación, etc.
 - c. Desviar el foco de atención hacia aspectos ajenos a los efectos sobre la salud de sus productos.

- d. Cuestionar y desacreditar a los investigadores independientes.
2. Crear consumidores desde edades precoces (población general):
 - a. Desarrollar campañas publicitarias agresivas dirigidas a menores con técnicas fraudulentas y sofisticadas de *marketing*.
 - b. Hacer publicidad encubierta en los colegios mediante financiación de actividades supuestamente lúdico-educativas.
 - c. Ocupar los espacios públicos para promocionar y facilitar el acceso a sus productos.
 3. Promover una buena imagen de sus compañías y productos (población general):
 - a. Lanzar campañas de responsabilidad social (participar en programas de promoción de la actividad física y prevención del consumo de alcohol, cooperar con ONG, etc.).
 - b. Difundir mensajes engañosos, insistiendo en la moderación y el equilibrio (por ejemplo: «no existen alimentos buenos o malos»).
 - c. Dificultar el acceso de la población a información relevante sobre sus productos.
 - d. Asociar su imagen con emociones y valores positivos.
 - e. Presentarse como parte de la solución y negar que son parte del problema.
 4. Cuestionar la legitimidad y conveniencia de la intervención gubernamental para regular su actividad (población general, expertos y legisladores):
 - a. Apelar a la libertad de elección y la responsabilidad individual.
 - b. Promover campañas para culpabilizar a las víctimas (personas fumadoras, con obesidad, etc.).
 - c. Transmitir el mensaje de que la regulación gubernamental es contraria a las libertades civiles, propia de un estado paternalista, represivo y opresor.
 - d. Acusar a los defensores de la salud pública de constituir una policía sanitaria, moralista, con la intención de imponer un Estado niñera.
 - e. Constituir y financiar organizaciones pantalla con apariencia de asociaciones de la sociedad civil para que se opongan a la regulación.
 - f. Azuzar el fantasma del supuesto impacto negativo de la regulación en la economía y la oferta de puestos de trabajo.
 5. Controlar la formación continua de los profesionales (expertos):
 - a. Financiar cursos, jornadas y conferencias.

- b. Editar libros y materiales didácticos.
 - c. Contratar a los expertos que forman parte de los comités encargados de elaborar guías con recomendaciones para los profesionales y los políticos.
6. Ejercer actividades de presión (*lobby*) sobre los gobiernos y organismos internacionales (legisladores):
- a. Financiar partidos políticos de tendencia neoliberal, más proclives a sus intereses y a reducir los presupuestos del Estado para actividades científicas y reguladoras.
 - b. Promover las colaboraciones público-privadas, los sistemas de autorregulación y las intervenciones meramente informativas y educativas.
 - c. Participar en reuniones políticas de alto nivel y en comités políticos consultivos, presentándose como representantes de la sociedad civil o contratando como consultores a los miembros de esos comités.
 - d. Intrigar para colocar a funcionarios de alto rango afines a sus intereses a la cabeza de las agencias reguladoras.
 - e. Trasladarse de la industria a puestos de responsabilidad en la administración y viceversa (puertas giratorias).

4. Estudio de un caso de captura corporativa de salud pública: la Estrategia NAOS

Recientemente, Hernández y Villalbí han recopilado pruebas sobre la captura corporativa de las políticas relacionadas con el alcohol en España en las dos últimas décadas (Hernández y Villalbí 2018). Durante ese periodo, la industria española del alcohol ha frustrado tres intentos (en 2002, 2008 y 2012) de mejora de la regulación sobre promoción, disponibilidad y venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. Las propuestas legislativas, impulsadas por los partidos conservador y socialista, se encontraron con una fuerte resistencia del sector de las bebidas alcohólicas, que planteó en su lugar acuerdos de autorregulación para la publicidad y colaboraciones público-privadas para prevenir el consumo entre los menores, alternativas que finalmente fueron adoptadas, tras cambios en los gabinetes ministeriales que habían impulsado las propuestas legislativas frustradas. Lamentablemente, este fenómeno se ha extendido también al ámbito de la nutrición (Royo-Bordonada 2016). De hecho, las políticas nutricionales en España durante la última década constituyen un caso paradigmático de captura corporativa de la salud

pública, en el que se han desplegado la práctica totalidad de las estrategias mencionadas en el apartado previo. A continuación, tras una breve introducción a los orígenes y desarrollo de la «Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)» (AESA 2005), el marco de las políticas nutricionales en España, presentaré los argumentos y pruebas en los que sustento mi tesis.

4.1. La gestación de una estrategia viciada en origen

Coincidiendo con el cambio de milenio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la obesidad había adquirido dimensiones epidémicas y aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, en la que hacía un llamamiento a los Estados miembros para que tomaran medidas destinadas a prevenir y controlar la pandemia de obesidad y enfermedades no transmisibles asociada a los hábitos alimentarios no saludables y la inactividad física (OMS 2004). En España, las cifras de obesidad, y en particular las de obesidad infantil, se situaron entre las más altas de Europa (Brug et al. 2012), y el gobierno español decidió poner en marcha un plan estatal para hacer frente al problema, la futura Estrategia NAOS. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad fue la encargada de su diseño e implementación. Sin embargo, en pleno proceso de elaboración de la estrategia, esta fue transferida a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA), que dos años después, en 2006, asumiría las competencias de promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y la prevención de la obesidad (BOE 2006), pasando a denominarse Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Posteriormente, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición de 2011 creó el Observatorio de la nutrición y el estudio de la obesidad, adscrito a la AESAN (BOE 2011).

A principios de 2005, antes incluso de asumir formalmente las competencias de nutrición, la AESA publicó la Estrategia NAOS (AESA 2005a). Lo más característico de esta estrategia es que está basada en medidas educativas y colaboraciones público privadas con las industrias alimentaria y de la publicidad, plasmadas en convenios voluntarios y acuerdos de autorregulación. En palabras de la actual directora de salud pública de la OMS y entonces directora de la AESA: «La promoción de una dieta saludable y un estilo de vida activo no deben ser asociados a una campaña represiva, interpretada por los ciudadanos como algo prescriptivo y basado en restricciones. Esto no tiene que ver con alimentos buenos o malos, sino con una dieta más o menos equilibrada.» (Neira y de Onis 2006). Una línea de razonamiento que todavía sostiene hoy en día, con declaraciones como las siguientes: «en el caso de la nutrición, más que advertencias y prohibiciones, se necesita más educación, desde el inicio de la escuela» (Ansede 2016) o «los acuerdos voluntarios de la industria

para reducir el contenido de azúcar de sus productos generan una competición positiva entre las empresas que puede ser más efectiva que imponer una tasa» (EFESalud 2018), en abierta contradicción con las opiniones de los expertos, basadas en datos científicos, y los informes técnicos de la propia OMS, que recomiendan medidas como las etiquetados frontales interpretativos, con advertencias para productos no saludables, una regulación más estricta de la publicidad o la instauración de un impuesto a las bebidas azucaradas (OMS 2016). Resulta llamativo que la máxima responsable de las políticas nutricionales en España cuando se aprobó la Estrategia NAOS y actual responsable de salud pública de la OMS utilice reiteradamente en su discurso el argumentarlo habitualmente desplegado por las industrias alimentaria y de la publicidad para oponerse a la regulación de sus actividades, que apelan a la responsabilidad individual sobre los hábitos de salud y proponen exclusivamente medidas educativas e informativas, lo cual, sea dicho de paso, no les impide oponerse con fuerza a cualquier intervención dirigida a mejorar la calidad y fiabilidad de la información dirigida a los consumidores, como los etiquetados frontales interpretativos de los alimentos (Corporate Europe Observatory 2010) o el uso de perfiles nutricionales para autorizar las alegaciones de salud (Kirby 2016).

4.2. La materialización de la captura

Una de las primeras medidas estrella de la Estrategia NAOS fue el Código PAOS, de autorregulación de la publicidad alimentaria dirigida a niños, por el que la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB) se comprometió a establecer altos niveles de responsabilidad social en sus actividades publicitarias para contribuir a promover la adopción de dietas saludables (AESA 2005b). Este código establece los principios éticos para el diseño, ejecución y difusión de mensajes publicitarios de alimentos y bebidas dirigidos al público infantil, la mayoría de los cuales ya venían recogidos en normas de rango superior, por lo que no aportó casi nada nuevo. Además, como no contempla la calidad nutricional de los productos anunciados, el código PAOS permite que alimentos y bebidas no saludables copen los espacios de publicidad alimentaria dirigida a la infancia, demostrándose incapaz de alcanzar el objetivo para el que fue creado. Otra deficiencia del código es la definición vaga de qué se considera publicidad dirigida a la infancia, imprecisión de la que se sirve Autocontrol, la asociación de agencias publicitarias, medios de comunicación y anunciantes que gestiona este sistema de autorregulación, para desestimar algunas reclamaciones por incumplimiento de sus normas, como en el caso de la aparición de Ronaldinho en un anuncio de natillas Danet (Autocontrol 2006). Parece obvio que este tipo de políticas benefician a los intereses de la industria, en detrimento del interés público. Es más, en los 13 años

de vida de la estrategia NAOS no se ha producido ninguna modificación sustancial en las políticas desplegadas bajo su paraguas, pese a la acumulación de pruebas sobre su ineficacia y las demandas reiteradas de otro tipo de medidas por consumidores, científicos, profesionales de la salud y OMS (Royo-Bordonada 2016, OMS 2016). No obstante, que una regulación sea favorable a los intereses de una industria no es suficiente para probar la existencia de captura (Carpenter y Moss 2014). Es necesario, además, demostrar que ha existido intencionalidad de esa industria para influir en la política a favor de sus intereses. A continuación, presento cuatro ejemplos que muestran la existencia de tal intencionalidad:

1. Una de las sociedades científicas que colaboró de forma más activa en el diseño de la estrategia NAOS y que participa en muchas de sus actividades es la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), la única de ámbito estatal que publica periódicamente objetivos nutricionales y guías alimentarias y de hidratación para la población española (Aranceta et al. 2009, Aranceta et al. 2016). Llama la atención la inclusión de las bebidas alcohólicas de baja graduación (vino y cerveza) en la pirámide de las guías alimentarias de la SENC, pero sorprende aún más que la pirámide de la hidratación saludable recomiende el consumo diario de bebidas refrescantes sin azúcar (con edulcorantes acalóricos) o bebidas para deportistas y el consumo semanal si están endulzadas con azúcar o fructosa, pese a que todas ellas aumentan el riesgo de alteraciones metabólicas, obesidad y diabetes. Además, estas bebidas contienen sodio, lo que resulta contraproducente para mantener una buena hidratación, y las bebidas para deportistas solo son adecuadas para los pocos que hacen con frecuencia deporte de alta intensidad, por lo que no se comprende su aparición en una guía dirigida a toda la población. Tampoco se comprende la recomendación de consumir a diario zumos comerciales a base de fruta y cerveza sin alcohol. Aunque los firmantes de las guías son científicos de reconocido prestigio, no se puede descartar que sus recomendaciones estén influidas por los intereses de la industria alimentaria y del alcohol, que han donado importantes sumas de dinero a la SENC en los últimos años (SENC 2017, Rey-López y González 2018).
2. El uso de un argumentario propio de la industria alimentaria por la presidenta de AESA induce a pensar en la existencia de captura cultural. Refuerza esta idea un estudio de 2009 en el que los representantes del gobierno y de las industrias de la publicidad y la alimentación opinaron que el sistema autorregulación de la publicidad alimentaria en España era adecuado; mientras que el resto de afectados (expertos, consumidores, salubristas, representantes escolares y defensores de los menores y la familia) opinaron lo contrario (Davó-Blanes et al. 2013). Menos dudas sobre la intencionalidad de la industria genera el nombramiento en 2012, como directora de AESAN, de una persona que había ocupado durante 20 años un alto cargo en Coca-Cola Iberia, en un caso claro de puertas giratorias con conflicto de intereses (Bes-Rastrollo y

Ruiz-Canela 2013). Por último, que la actual directora de salud pública de la OMS y exdirectora de la AESA, al ser preguntada sobre este asunto, haya declinado hacer comentarios, también resulta sugestivo de captura (Ansede 2016).

3. La Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, establece que las autoridades promoverán acuerdos de corregulación con los operadores económicos y los prestadores de servicios de comunicación comercial audiovisual para establecer códigos de conducta sobre las comunicaciones comerciales de alimentos y bebidas dirigidos a menores de 15 años (BOE 2011). En respuesta a la ley, se elaboró el nuevo Código PAOS (AESAN 2012). La única novedad del código fue la mención explícita a la publicidad por internet. Aunque esto podría parecer un avance a primera vista, el código de 2005 ya contemplaba la publicidad difundida a través de cualquier medio o soporte. El único propósito aparente de esta novedad consiste en diferenciar la edad de aplicación del código en función del medio de difusión: las empresas se comprometen a respetar sus normas en la publicidad dirigida a menores de 12 años en medios audiovisuales e impresos y de 15 años en internet. Es decir, lejos de constituir un avance, no es más que un mecanismo subrepticio para hacer ver que se acata la exigencia de regular la publicidad para menores de 15 años, al tiempo que se rebaja ese límite hasta los 12 años en medios audiovisuales e impresos, contraviniendo la ley en beneficio de los intereses de la industria que negoció con la administración el contenido del código. Esto es relevante si tenemos en cuenta, como he señalado previamente, que uno de los argumentos para desestimar las reclamaciones por incumplimiento del código consiste en argumentar que el anuncio está dirigido a mayores de 12 años.
4. En 2012, Esquerra Republicana de Cataluña y Convergència i Unió sellaron un pacto de Gobierno en Cataluña que recogía un impuesto a las bebidas azucaradas, a propuesta de Esquerra. La Asociación de Bebidas Refrescantes de España lanzó una campaña en contra de la iniciativa y envió un informe al consejero de Economía señalando que el impuesto «daña gravemente la imagen de las bebidas refrescantes» (Méndez 2013). Además, el embajador de Estados Unidos se reunió con el presidente catalán y le trasladó el malestar de Coca-Cola y Pepsi con el impuesto, al considerarlo discriminatorio, por ir contra empresas estadounidenses, advirtiendo de la imagen negativa que daría del Gobierno catalán y del peligro para las inversiones locales. Finalmente, el presidente catalán cedió a las presiones y el impuesto no llegó a aprobarse (Roger 2013). No obstante, 5 años después, fruto de un nuevo acuerdo de Gobierno, el impuesto terminó prosperando (BOE 2017). La historia se repitió en 2016, cuando el ministro de Economía anunció un impuesto estatal a las bebidas azucaradas y la campaña en contra de la industria de bebidas refrescantes y el sector de la remolacha consiguió que el Ejecutivo diera marcha atrás (Escolar 2017). Más aún, la FIAB, no conforme con la retirada del impuesto estatal, pidió al Gobierno de España que interviniera contra el impuesto en Cataluña (La Vanguardia 2017).

5. Conclusión

La razón de ser de la captura corporativa es simple: defender los intereses económicos de grandes corporaciones privadas de las amenazas, en forma de regulaciones, que limiten su capacidad para producir, distribuir y promocionar sus productos a precios asequibles. Sin embargo, opera por medio de un complejo entramado de mecanismos a distintos niveles, infiltrando organizaciones de todo tipo, tanto profesionales como civiles, y haciendo uso de los medios de comunicación de masas para influir sobre todos los agentes involucrados en la toma de decisiones políticas. Las estrategias de captura son con frecuencia de carácter subrepticio y permanecen ocultas al escrutinio público, en los márgenes de la legalidad. Para detectar y prevenir la captura corporativa no basta con evidenciar que las políticas benefician a un interés privado, en detrimento del bien común, sino que es necesario demostrar la existencia de intencionalidad de sus beneficiarios. La investigación ha sacado a la luz las acciones de captura corporativa de las industrias del tabaco y el alcohol, que han conseguido bloquear o retrasar medidas de salud pública que cuentan con amplio apoyo entre la comunidad científica y la ciudadanía. La industria de las bebidas azucaradas y los alimentos ultraprocesados está utilizando la misma estrategia para anteponer sus intereses económicos al derecho de la población a la protección de la salud mediante una alimentación saludable. En España, la influencia indebida de las industrias alimentaria y de la publicidad ha alcanzado cotas muy altas, capturando a parte de la comunidad científica y, lo que es más grave, a los propios responsables de la AESAN, encargada de las políticas nutricionales, que han incorporado como propio el argumentario de las corporaciones privadas, convirtiéndose en los voceros de sus intereses.

Referencias

- ◆ Acheson D. Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health functions. London: Public Health in England, 1988.
- ◆ AESA. Estrategia NAOS. Madrid: AESA, 2005. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- ◆ AESA. Código de autorregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). Madrid: AESA, 2005. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Codigo_PAOS_2005_espanol.pdf

- ◆ AESAN. Documento de Consenso sobre la alimentación en los Centros Educativos. Madrid: AESAN, 2010. Disponible en:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/documento_consenso.pdf
- ◆ AESAN. Código de Corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). Madrid: AESAN, 2012. Disponible en:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Nuevo_Codigo_PAOS_2012_espanol.pdf
- ◆ Ansedo M. Respiramos aire que nos va a causar infarto cerebral. El País, 13 de mayo de 2016. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/05/11/ciencia/1462996602_690494.html
- ◆ Aranceta J, de Torres ML, López Rocha A, Moya M, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L y Varela Moreiras G. Guía para una hidratación saludable. La Declaración de Zaragoza. SENC, 2008. Rev Esp Nutr Comunitaria 2009;15(1):225-230.
- ◆ Aranceta J, Arijia V, Maíz E, Martínez E, Ortega RM, Pérez-Rodrigo C et al. Guías Alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de alimentación saludable. Nutr Hosp 2016;33(Supl.8):1-48.
- ◆ Autocontrol. Asociación de usuarios de la Comunicación vs Danone (“Natillas Danet”). Autocontrol, 2006. Disponible en: <https://docplayer.es/561176-Asunto-no-025-r-febrero-2006-auc-vs-danone-natillas-danet.html>
- ◆ Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Graciani A, Herruzo R, del Rey J. Causalidad en epidemiología. En: Piedrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública, 12ª edición. Barcelona: Elsevier España, 2016:193-204.
- ◆ Beaglehole R, Bonita R, Yach D, Mackay J, Reddy KS. A tobacco-free world: a call to action to phase out the sale of tobacco products by 2040. Lancet. 2015; 385:1011-8.
- ◆ Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M. Regulation and the food industry. Lancet. 2013;381:1902
- ◆ Boletín Oficial del Estado. LEY 11/2001, de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2001/07/06/pdfs/A24250-24255.pdf>
- ◆ Boletín Oficial del Estado. LEY 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/30/pdfs/A46601-46611.pdf>
- ◆ Boletín Oficial del Estado. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.

- ◆ Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2017, de 28 de marzo, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público y de creación y regulación de los impuestos sobre grandes establecimientos comerciales, sobre estancias en establecimientos turísticos, sobre elementos radiotóxicos, sobre bebidas azucaradas envasadas y sobre emisiones de dióxido de carbono. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- ◆ Braillon A, Dubois G. Industry-born pandemics or Non Communicable Diseases, calling a spade a spade? *BMJ* 2018;360:k1110/rr-0
- ◆ Brownell KD, Warner KE. The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? *Milbank Q.* 2009; 87:259-94.
- ◆ Brug J, van Stralen MM, Te Velde SJ, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Lien N, et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren across Europe: the ENERGY-project. *PLoS One.* 2012;7(4):e34742.
- ◆ Carpenter D, Moss DA. Preventing Regulatory Capture. Special Interest Influence and How to Limit it. The Tobin Project. New York: Cambridge University Press, 2014.
- ◆ Corporate Europe Observatory. A red light for consumer information. CEO, 2010.
- ◆ Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- ◆ Davó-Blanes MC, Ortiz-Moncada R, Gil-González D, Alvarez-Dardet C, Lobstein T. The impact of marketing practices and its regulation policies on childhood obesity. Opinions of stakeholders in Spain. *Appetite.* 2013;62:216-24.
- ◆ EFESalud. María Neira (OMS): “Con la obesidad, nuestra sociedad se está autodestruyendo”. EFE, 1 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.efesalud.com/obesidad-oms-maria-neira>
- ◆ Escolar I. El lobby del azúcar consigue su objetivo al frenar el impuesto sobre los refrescos. *Eldiario.es*, 31 de marzo de 2017. Disponible en: https://www.eldiario.es/economia/consigue-objetivo-impuesto-bebidas-azucaradas_0_628187485.html
- ◆ GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1923-94.
- ◆ Hernández-Aguado I y Villalbí JR. Public-private interaction with the alcohol industry and failures in the regulation of alcohol in Spain. Editor: Modi Mwatsama. Public health and the

food and drinks industry: The governance and ethics of interaction. Lessons from research, policy and practice. UK Health Forum, 2018. Disponible en:

<http://www.ukhealthforum.org.uk/prevention/pie/ukhf-publications/?entryid43=58305>

- ◆ Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. 2016;4(12):e895-e896.
- ◆ Kirby T. Nutrient labelling: legislating against too much information? *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(7):568.
- ◆ Kwak J. Cultural Capture and the Financial Crisis. En: Carpenter D, Moss DA eds. *Preventing Regulatory Capture. Special Interest Influence and How to Limit it*. New York: Cambridge University Press, 2014:71-98.
- ◆ La Vanguardia. FIAB pide la intervención del Gobierno contra la tasa a refrescos en Cataluña. *La Vanguardia*, 24 de marzo de 2017. Disponible en:
<https://www.lavanguardia.com/vida/20170324/421148760172/fiab-pide-la-intervencion-del-gobierno-contra-la-tasa-a-refrescos-en-cataluna.html>
- ◆ Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007;370:1153-63.
- ◆ McKee M, Stuckler D. Revisiting the Corporate and Commercial Determinants of Health. *Am J Public Health*. 2018;108(9):1167-1170.
- ◆ Méndez R. EE UU presiona a Mas contra la tasa antiobesidad a las bebidas azucaradas. *El País*, 5 de marzo de 2013. Disponible en:
https://elpais.com/ccaa/2013/03/04/catalunya/1362424598_817564.html
- ◆ Millar JS. The corporate determinants of health: how big business affects our health, and the need for government action! *Can J Public Health*. 2013;104(4):e327-e329.
- ◆ Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M. All in this together: the corporate capture of public health. *BMJ*. 2012;345:e8082.
- ◆ Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*. 2013; 381:670-9. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62089-3.
- ◆ Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. *Br J Nutr*. 2006;96 Suppl 1:S8-11.

- ◆ Organisation for Economic Co-operation and Development. Preventing policy capture: integrity in public decision making. Paris: OECD Publishing, 2017.
- ◆ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 22 de mayo de 2004. Disponible en:
https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- ◆ Organización Mundial de la Salud. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS, 2016. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=8095B28B88522D9CABC269C7049F532A?sequence=1
- ◆ Robinson C, Holland N, Leloup D, Muilerman H. Conflicts of interest at the European Food Safety Authority erode public confidence. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(9):717-20.
- ◆ Rey-López JP, Gonzalez CA. Research partnerships between Coca-Cola and health organizations in Spain. *Eur J Public Health*. 2018 [Epub ahead of print]
- ◆ Roger M. Cataluña renuncia al impuesto sobre los refrescos tras las presiones americanas. *El País*, 10 de septiembre de 2013. Disponible en:
https://elpais.com/ccaa/2013/09/10/catalunya/1378828200_536719.html
- ◆ Royo-Bordonada MÁ. Setting up childhood obesity policies in Europe. *Lancet*. 2016;388(10059):2475.
- ◆ SENC. Empresas colaboradoras. SENC, 2017. Disponible en:
<http://www.nutricioncomunitaria.org/es/colaborador/empresas>
- ◆ Sepúlveda J, Murray Ch. The state of global health in 2014. *Science*. 2014;345:1275-8.
- ◆ Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378:804-14.
- ◆ Wiist WH. The corporate playbook, health and democracy: the snack food and beverage industry's tactics in context. In: Macmillan P, ed. *Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease*. Hampshire, UK: Oxford University Press, 2013:204-16.

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2018

Fecha de aceptación: 10 de enero de 2019