

LA COMIDA INSANA

en la República
Dominicana



JUSTICIA
ALIMENTARIA
VSF



JUSTICIA
ALIMENTARIA
VSF

C/ Rómulo Betancourt No. 2202, esq. San Pío X
Urbanización Real, Bella Vista
Santo Domingo, República Dominicana
www.justicialimentaria.org

Autoría: María Isabel Maella y Emma Baptista del Bolivian Institute of Economics and Agrarian Policy, AGRARIO y la colaboración de Ferran Garcia, de Justicia Alimentaria.

Diseño, maquetación y revisión:
www.puntoycoma.org

Impresión: Buho

Portada: José A. Calvo

Imágenes páginas 2, 5, 8, 19, 34 y 74: pixabay.com
Febrero 2019

Con el apoyo de:



Cooperación
Española



Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN



Este libro se distribuye bajo una licencia «Reconocimiento - No comercial», que se puede consultar en http://creativecommons.org/choose/?lang=es_ES. Está permitida la reproducción de los contenidos de esta publicación, siempre y cuando se cite la procedencia y se haga sin fines comerciales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD	9
¿De qué enfermamos?	9
Elementos asociados al riesgo alimentario	10
Vinculación entre enfermedades, factores de riesgo y alimentación insana	11
Vamos a peor	13
Conclusión	18
3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA	20
Transiciones nutricionales	20
¿En qué consiste la actual transición?	21
Globesidad	22
Transición nutricional en la República Dominicana	24
Alimentos procesados	24
La categoría estadística perdida	24
¿Qué son los alimentos procesados?	24
Los sospechosos habituales: azúcares, grasas y sal	25
4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?	35
Las causas de fondo de la alimentación insana	35
¿Cómo se convirtió la alimentación en un problema?	36
Publilandia	37
Importancia de la publicidad	37
¿Qué es la publicidad?	37
La inversión publicitaria en la República Dominicana	38

La inversión en <i>marketing</i> por parte de la industria alimentaria	39
El <i>target</i> infantil	39
Regulación de la publicidad alimentaria insana	46
Regulación de la publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil en la República Dominicana	50
Si no me ves, no existo. El etiquetado	51
La importancia de las etiquetas	51
La visión de la industria alimentaria	52
Elígeme a mi	53
Información sobre los alimentos y derecho a la salud	53
El proceso de compra y el etiquetado	54
¿Qué consecuencias tiene todo esto sobre el etiquetado nutricional?	54
Los etiquetados nutricionales alternativos	55
La legislación actual sobre etiquetado en la República Dominicana	57
Respuesta de la industria alimentaria y contraargumentos	57
Ejemplos de la eficacia del etiquetado nutricional	59
Las señales de aviso (ejemplo de Chile)	60
El precio de la alimentación insana	61
El problema de la libre elección cuando no es libre	62
Opciones para mejorar el acceso a los alimentos saludables a través de la intervención de precios	63
Políticas regionales y del país relacionadas con la alimentación saludable	71



1

INTRODUCCIÓN

«Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que las tasas de obesidad casi se han duplicado en todas las regiones del mundo desde 1980 a 2008. A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la presión arterial alta. Uno de cada diez adultos tiene diabetes. Estas y otras enfermedades asociadas son las que están llevando a los sistemas de salud pública a la bancarrota. Estas son las enfermedades que van a hacer saltar la banca. Estas son las enfermedades que pueden anular los beneficios de las políticas de desarrollo.» Son palabras de Margaret Chan en el año 2012, cuando era directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Y es que la OMS lleva años en pie de guerra. Ha enfocado su periscopio y apunta claramente a la industria alimentaria. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas, y si hace y dice lo que acabamos de leer, lo hace y dice en base a una evidencia científica del todo incuestionable. Cuando su ex directora habla de enfermedades cardiovasculares, diabetes u obesidad y sobrepeso, en realidad está aludiendo a la alimentación. A la alimentación insana. Y no es la única. Todas las instituciones científicas independientes lo repiten hasta la saciedad.

Cuando se analizan los datos sobre salud, riesgos sanitarios, causas de muerte y enfermedad, tanto en el mundo como en la República Dominicana, aparece una evidencia realmente inquietante: comer nos enferma. Y esto es así por mucho que la inmensa mayoría de Gobiernos sigan la táctica infantil de cuando teníamos miedo: cierro los ojos, me pongo las manos delante y ya está. Si no lo veo, no existe. La industria alimentaria vende productos que nos enferman e incita a su consumo, especialmente a la población infantil, y por mucho que los Gobiernos actúen como si este hecho no existiera, por mucho que cierren los ojos, más allá de sus párpados cerrados la realidad es la que es, y es incuestionable.

Comer nos enferma, sí. Pero podemos decir más: comer es lo que más nos enferma (magnitud). Comer nos enferma cada vez más (evolución). Comer no enferma por igual a todo el mundo (gradiente social y de género) y como derivada del hecho principal, la predominante dieta insana y la desaparición de los sistemas alimentarios locales de base campesina son las dos caras de la misma moneda.

Algo está pasando con nuestra dieta cuando en los últimos años se observa un creciente clamor de voces (incluidas las de profesionales de la medicina) que alertan de sus peligros, cuando se crean centenares de campañas ciudadanas en varios países, cuando existe una creciente respuesta (aunque todavía muy tímida) de las Administraciones en forma de impuestos, regulación de la publicidad o etiquetaje de alimentos, y cuando se está generando un cambio de consumo que va virando, aunque muy lentamente, hacia alimentos que se promocionan (a veces incluso lo son) como locales, frescos, naturales, sanos o nutritivos. Lamentablemente, tres cuartas partes de nuestra dieta no es nada de eso (es un hecho comprobable, no una opinión) y la República Dominicana (RD) no está entre los países que han decidido regular esta epidemia.

Definitivamente, algo está pasando cuando una compañía de seguros como Credit Suisse lanza un vídeo como este, donde la imagen habla por sí sola:

<http://www.youtube.com/watch?v=HMKbhbW-Y3c>

Un material en el que se dicen cosas como: «Las investigaciones han demostrado que un número significativo de las enfermedades crónicas —incluyendo las coronarias, el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2— se correlacionan fuertemente con las dietas insanas. Los futuros costes para hacer frente a todas estas enferme-

dades están poniendo aún más presión sobre nuestro sector y empieza a ser necesario dar pasos firmes en la regulación del azúcar.» Y no lo demanda una ONG o una organización anticapitalista, lo reclama una de las principales empresas del sistema neoliberal actual.

La industria de alimentos sigue adoptando estrategias para negar el papel de la alimentación procesada, alta en grasas, azúcares añadidos y sal, como el factor más importante en lo que hoy en día representa la mayor amenaza para nuestra salud en todo el mundo: las enfermedades relacionadas con la dieta. Y las dos cosas, la implicación de la alimentación procesada y las estrategias de negación, también son un hecho, no una opinión.

Vamos a intentar demostrar la primera batería de afirmaciones: la dieta industrial actual nos está enfermando. Lo que más. Y cada vez más.



Imagen del vídeo de Credit Suisse

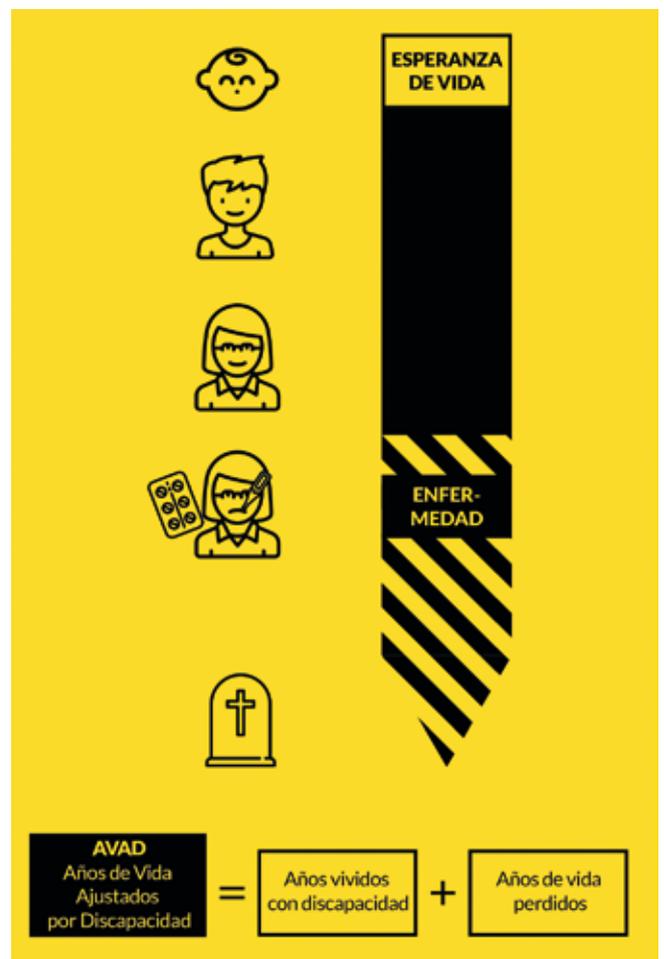


2

EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

¿De qué enfermamos?

Una buena manera de responder a esta pregunta nos la ofrece, de nuevo, la OMS. Este organismo internacional calcula desde hace años la llamada Carga Mundial de Enfermedades (CME), que mide los años de vida perdidos por muerte prematura, sumados a los años de vida vividos en estados de enfermedad. Mide, en definitiva, la cantidad de años perdidos de buena salud y su porqué. Y es esta relación causal lo que ahora nos interesa especialmente.



Cuando se analizan los datos de enfermedad (por qué morimos o enfermamos), nos encontramos con distintas categorías estadísticas de análisis. Por un lado, tenemos a las enfermedades en sí (cáncer, infarto, diabetes, depresión, etc.); por otro, los riesgos de salud. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los estudios de la OMS asocian la pérdida de salud a estos riesgos y los cuantifican. Entre los riesgos, encontramos factores como

el alcohol, el tabaco y la presión arterial alta. También los alimentarios, es decir, aquellos aspectos de la dieta que suponen un riesgo para nuestra salud. Si abrimos el cajón de riesgos alimentarios (tal y como los entiende la OMS), nos encontramos con:

■ Elementos asociados al riesgo alimentario

- > Dietas altas en carnes procesadas
- > Dietas altas en carnes rojas
- > Dietas altas en sodio
- > Dietas altas en bebidas azucaradas
- > Dietas altas en grasa
- > Dietas bajas en fibra
- > Dietas bajas en fruta
- > Dietas bajas en verdura
- > Dietas bajas en cereales
- > Dietas bajas en pescado
- > Dietas bajas en calcio

Bien, una vez sabemos qué significa cada concepto, ¿qué nos indica el análisis de riesgos alimentarios y la salud? A nivel mundial, la cosa está clara: según los últimos datos del macroestudio Global Burden of Disease ('Carga mundial de morbilidad'), que publicó recientemente *The Lancet*¹, es una dieta inadecuada el factor de riesgo que más problemas causa en nuestra salud y es responsable del 21% de las muertes evitables². Lo podemos decir de otra manera: casi 1 de cada 4 personas que muere en el mundo lo hace a causa de una dieta inadecuada y esa muerte sería evitable. Además, como relata la investigación, si se cuantificara por separado el impacto de la dieta en la ganancia de peso, su responsabilidad en nuestra salud resultaría mucho mayor de lo estimado.

Primera conclusión del estudio: es una dieta inadecuada lo que más nos mata. No solamente eso, sino que, si analizamos la evolución de estos riesgos, veremos que los que más están creciendo son los alimentarios. Así, mientras que en los últimos 3 años, los días de buena salud perdidos a causa de fumar se han incrementado un 5% o por el consumo de alcohol un 6%, los perdidos por el alto consumo de sodio se han incrementado un 15%, por el sobrepeso un 26% o por la alta glucemia en sangre un 31%³. Lo dicho: a nivel mundial, el mal comer nos quita días de vida y cada vez nos quita más.

Podemos hacer el mismo análisis para la República Dominicana (RD). ¿Cuáles son los principales riesgos para la salud de nuestra población?⁴ Los podemos ver en el **gráfico 1**. Se han marcado en amarillo aquellos que tienen una vinculación directa con la alimentación

El principal riesgo para la salud en la República Dominicana es la presión arterial alta y el segundo son los riesgos alimentarios directos. Aunque ahora lo veremos con más detalle, ya podemos avanzar que, en realidad, la presión arterial alta también tiene un alto componente alimentario, con lo que los riesgos alimentarios reales son más altos que los que aparecen en esta gráfica porque están vinculados a otros riesgos. Lo mismo podemos decir de la glucemia alta o la obesidad y el sobrepeso, riesgos estos altamente influidos por la alimentación. En realidad, **podemos afirmar que 5 de los 6 primeros riesgos para la salud en RD están directamente vinculados a la alimentación**.

Además, podemos afirmar que⁵, por cada día de salud que perdemos a causa del tabaco, perdemos 4 a causa de la alimentación insana y sus riesgos asociados. Por cada día perdido por el alcohol, perdemos 12 por alimentación insana; por cada uno que perdemos por las drogas, perdemos 15 por la mala dieta.

En conclusión, el principal riesgo actual para la salud en la República Dominicana es la alimentación insana y de una manera muy destacada respecto al segundo (el tabaco).

1 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/fulltext)

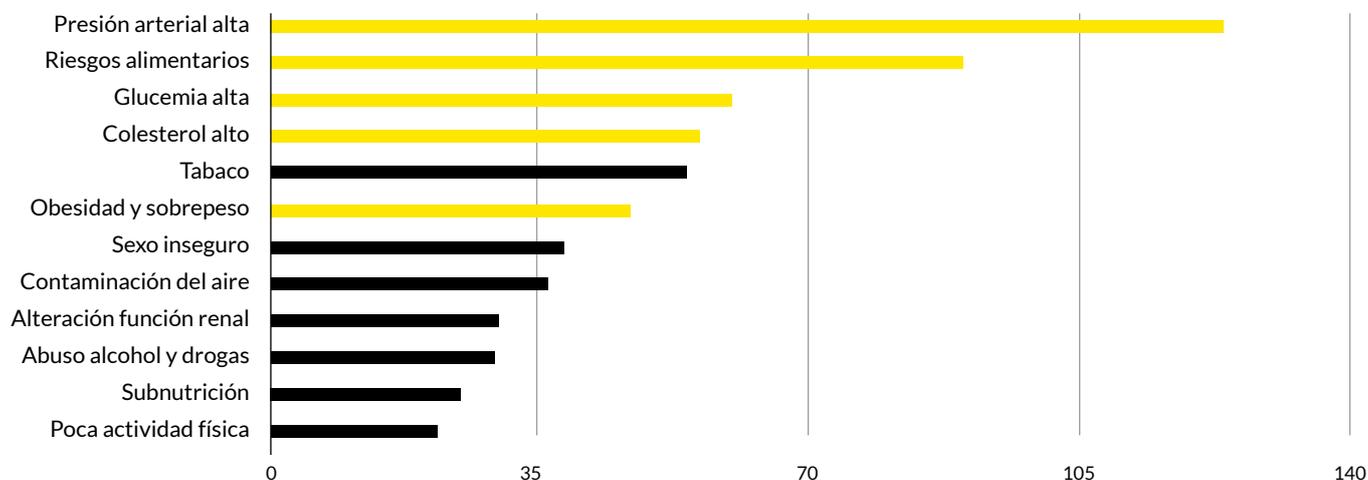
2 Esta cifra es el resultado de sumar el impacto de cada uno de los riesgos alimentarios y los riesgos ponderados asociados a una mala alimentación (por ejemplo, la presión arterial alta).

3 La cifra de DALYs hace referencia al número de días perdidos de buena salud; en el caso de esta gráfica, del total de DALYs, qué porcentaje corresponde a cada riesgo.

4 Aunque hay algunas pequeñas diferencias entre sexos, podemos asumir los datos globales como indicadores totales.

5 Los datos son globales, no desagregados por sexo. Datos tomados de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

GRÁFICO 01. Principales riesgos para la salud en RD (muertes x 100.000)



Vinculación entre enfermedades, factores de riesgo y alimentación insana

Los riesgos para la salud son un elemento de análisis importante. Pero en realidad, a nivel de calle, no observamos los riesgos, sino su resultado, es decir, la enfermedad. Por tanto, otra manera de ver la magnitud del problema consiste en identificar las enfermedades en las que está directamente involucrada la alimentación insana:

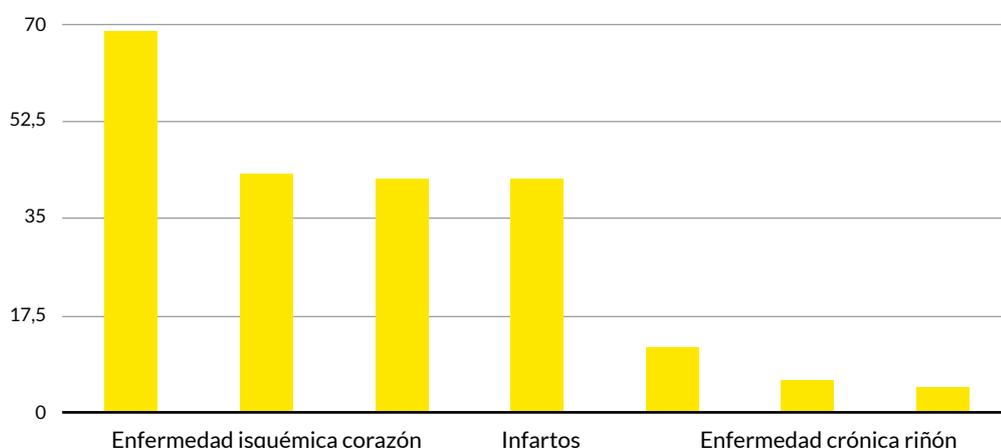
- > Sobrepeso u obesidad
- > Caries dental
- > Presión arterial alta
- > Colesterol alto
- > Enfermedades cardiovasculares
- > Diabetes tipo 2
- > Osteoporosis
- > Algunos tipos de cáncer
- > Depresión y alteraciones patológicas de la conducta
- > Trastornos de la alimentación

¿Podemos cuantificar esta involucración? Sí. Podemos determinar qué porcentaje de esas enfermedades (o de algunas para las que hemos encontrado datos fiables) es atribuible directamente a la alimentación insana para el caso de la República Dominicana⁶.

Vemos que hay tres grandes tipos de enfermedades alimento-dependientes. Aunque con algunas diferencias entre hombres y mujeres, son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cánceres. Además, son tres de las enfermedades con mayor impacto en los niveles de mortalidad y pérdida de salud en la población. Si cruzamos estos datos con la importancia relativa de cada una de estas enfermedades en la carga de enfermedad total de RD, veremos que dentro del Top 5 de las afecciones no infecciosas (enfermedades isquémicas corazón, otras enfermedades cardiovasculares, diabetes, diversos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y afectaciones de cuello y espalda), las cuatro primeras son claramente alimento-dependientes. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares constituyen la primera causa de mortalidad general en el país, más del 25% del total de muertes registradas. Constituyen el 10% de las consultas, el 6% de las emergencias y el 80%

6 Los datos están tomados del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la mayor base de datos independiente. Datos procedentes de fuentes oficiales y de publicaciones científicas que son recogidos y analizados por un consorcio de más de 1.600 personas investigadoras en 120 países, capturando datos de más de 300 enfermedades y lesiones en 188 países, desagregados por edad y sexo, desde 1990 hasta la actualidad, lo que permite comparaciones en el tiempo, a través de grupos de edad y entre poblaciones.

GRÁFICO 02. Porcentaje atribuido a la alimentación de algunas enfermedades



de los ingresos hospitalarios no obstétricos de adultos, en servicios públicos del país.

Así, entre un 40-55% de las dolencias cardiovasculares pueden atribuirse a la alimentación insana, un 45% de las diabetes y entre un 30-40% de algunos cánceres como los de estómago y colon. Si ponemos algunas cifras absolutas, vemos que (calculadas en base a estos porcentajes) un 20% de todas las muertes en RD están directamente vinculadas a la alimentación insana.

Con cifras de 2015, prácticamente 9.000 personas murieron a causa de la epidemia alimentaria.

TABLA 01. Número de muertes atribuidas a la alimentación de algunas enfermedades

Enfermedades isquémicas del corazón asociadas a la alimentación insana	5.955
Enfermedades cerebrovasculares asociadas a la alimentación insana	1.651
Enfermedad cardíaca hipertensiva asociada a la alimentación insana	122
Diabetes asociada a la alimentación insana	601
Enfermedad renal crónica asociada a la alimentación insana	75
Cáncer colon y recto asociado a la alimentación insana	226
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmones asociado a la alimentación insana	52
Cáncer de estómago asociado a la alimentación insana	56

Esto significa que de cada 5 personas que mueren en RD, una es a causa de la alimentación insana. El 20%.

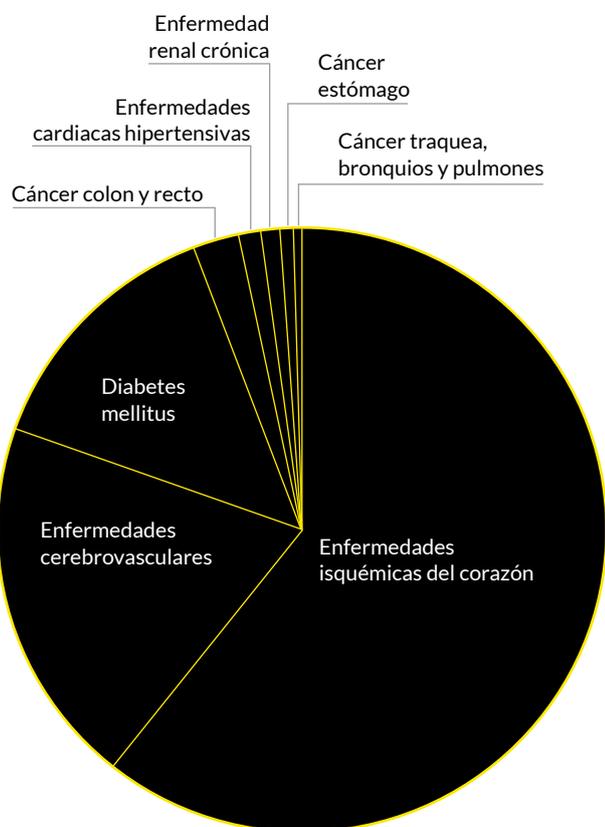
Para contextualizar esta cifra, digamos que, por cada persona que muere en accidente de tráfico, mueren 6 por alimentación insana, y que por cada persona que muere por violencia, mueren 7 por alimentación insana.

El mismo ejercicio podemos hacerlo no con las muertes, sino con la pérdida de salud (los DALYs). La cifra es prácticamente la misma. Un 21% de los días de salud perdidos por la población dominicana se pueden atribuir a la alimentación insana. Así se distribuyen los días de mala salud como consecuencia de la epidemia alimentaria, la inmensa mayoría para las dolencias vasculares y la diabetes. Desgraciadamente, enfermedades como cánceres tienen una tasa de mortalidad más elevada y computan menos en los datos de pérdida de salud y más en reducción de la esperanza de vida.

La extensión de la epidemia alimentaria se puede visualizar, todavía, de otra manera. Y es ver el número de personas enfermas a causa de ella. De los aproximadamente 3,5 millones de personas con hipertensión⁷ que existen en la República Dominicana, más de un millón se pueden atribuir directamente a la alimentación. A esto hay que añadir 300.000 personas más que tienen hipertensión (atribuible a la alimentación insana) y no lo saben. Además, hay aproximadamente 150.000 personas con diabetes que pueden ser atribuibles a la mala

7 <https://www.listindiario.com/la-republica/2017/06/19/470628/un-32-de-los-dominicanos-desconoce-que-padece-hipertension-arterial>

GRÁFICO 03. Distribución de muertes vinculadas a la alimentación por tipo de enfermedad



alimentación (a ello habría que sumarles las personas con alta glucemia no diagnosticadas). En lo que respecta a los cánceres que aparecen en la gráfica, deberíamos añadir a lo dicho hasta ahora a unas 1.000 personas cuya dolencia puede atribuirse, estadísticamente, a la alimentación insana. **En total, sumando estas tres enfermedades, tenemos que prácticamente medio millón de personas enferman en República Dominicana y su principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana.**

Si la alimentación insana fuera un virus, tendrían que haber saltado todas las alarmas hace tiempo.

También es importante destacar otro grupo de enfermedades asociadas a la alimentación que no hemos recogido aquí y que merecerían un análisis especial; en cualquier caso, es necesario, al menos, citarlas. Nos referimos a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que suponen un problema relevante de salud pública por diversos motivos: su prevalencia, la gravedad, el curso clínico prolongado, la tendencia a la cronicación, la necesidad de tratamiento pluri e interdiscipli-

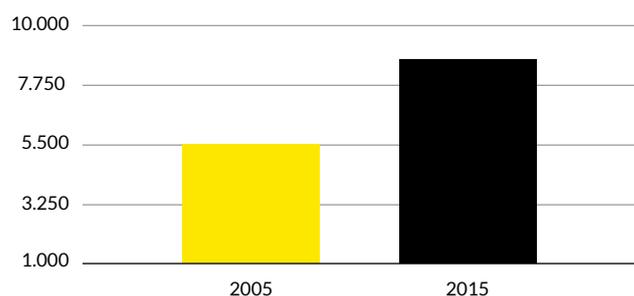
nario y la frecuente hospitalización de los pacientes. Estamos hablando de patologías como anorexia o bulimia, enfermedades donde por cada afectado hombre hay 9 afectadas mujeres. No ha sido posible disponer de cifras oficiales de la prevalencia de estas afectaciones en la República Dominicana; enfermedades que todavía siguen considerándose como alteraciones mentales, cuando el componente sistémico y estructural de las mismas es evidente y está demostrado. La etiqueta «mental» puede hacer que el foco se centre en el individuo (igual que pasa con la obesidad o el sobrepeso), obviando el carácter estructural de la enfermedad.

■ Vamos a peor

No solamente la epidemia alimentaria es lo que más está matando y enfermando a la población dominicana, sino que la situación no hace otra cosa que empeorar. **Si analizamos la evolución de las muertes asociadas a la alimentación insana, vemos que se han incrementado un 57% en los últimos 10 años.**

De entre todas las enfermedades asociadas directamente a la alimentación insana, nos fijaremos muy brevemente en tres de ellas: la obesidad y sobrepeso⁸, la diabetes y las alteraciones cardiovasculares.

GRÁFICO 04. Número de muertes asociadas a la alimentación insana en República Dominicana



⁸ La primera se suele considerar no tanto una enfermedad como un factor de riesgo asociado a otras enfermedades.

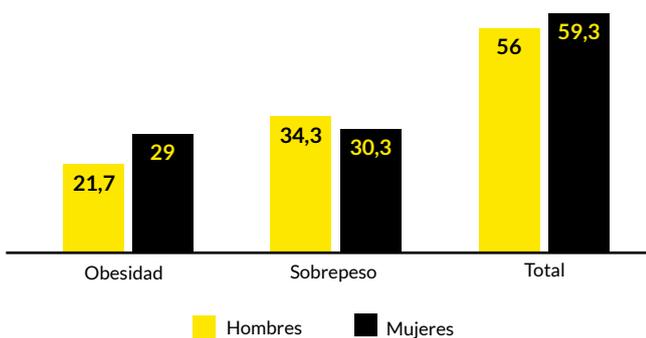
Obesidad y sobrepeso

Una de las caras más visibles, aunque no la única, del problema de la mala alimentación es la obesidad y el sobrepeso y sus enfermedades asociadas.

Si nos vamos de nuevo a los datos globales, según datos de la OMS, la pandemia del sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Además del problema en sí, están las enfermedades asociadas al mismo: según las últimas estimaciones, la obesidad explica el 80% de los casos de diabetes en personas adultas (datos globales no desagregados por sexo), el 55% de los de hipertensión arterial, el 35% de los casos de enfermedad coronaria y el 41% de los casos de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Vemos que, en realidad, las enfermedades vinculadas con la alimentación insana interactúan entre ellas y se retroalimentan. En realidad, podemos asociarlo a un esquema tipo telaraña donde un movimiento en uno de sus puntos afecta y hace vibrar al resto, y en el centro situamos las dietas insanas, el elemento común que las une.

La República Dominicana no escapa a esta dinámica global. La obesidad y el sobrepeso son también un grave problema en nuestro país. Así, más de la mitad de la población tiene exceso de peso con las consecuencias para la salud que ello comporta⁹.

GRÁFICO 05. Porcentaje de obesidad y sobrepeso en la República Dominicana

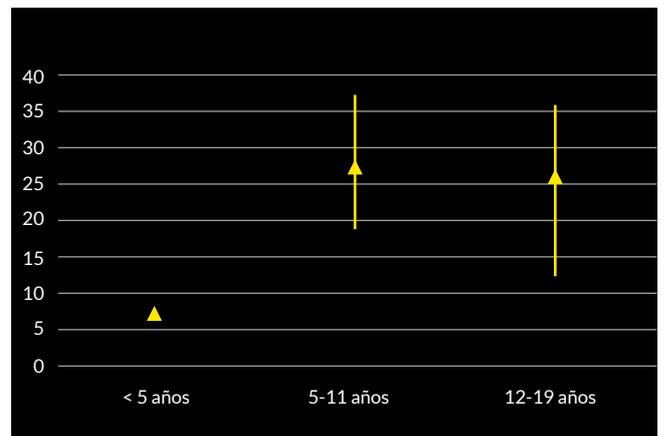


Y como en los datos anteriores, la evolución es negativa. Los estudios EFRICARD I y II revelan cambios en los valores encontrados para el sobrepeso, que pasó de 29,2% a 31,7%, y de obesidad, que pasó de 16% a 26,6% en la población adulta. Se estima que el 45% de la

población tiene sobrepeso y que el 17% tiene obesidad. El EFRICARD II muestra algunas diferencias por sexo, pues el sobrepeso es mayor en hombres (34,3%) respecto a mujeres (30,3%); mientras que la obesidad es mayor en mujeres (29%) frente a los hombres (21,7%).

Si estas cifras son preocupantes, lo son más las de sobrepeso y obesidad infantil. A falta de datos oficiales, nos debemos conformar con los regionales. Así, vemos que el sobrepeso infantil se sitúa, de media, en casi el 30% en población entre los 5 y 19 años (la línea vertical del gráfico indica la horquilla de resultados en función de cada país).

GRÁFICO 06. Porcentaje de sobrepeso infantil America Latina y Caribe, 2015



Como decimos, el sobrepeso y la obesidad en realidad son dolencias que predisponen a otras enfermedades, básicamente dos: la diabetes tipo 2 y la hipertensión y enfermedades cardiovasculares. En concreto, cerca del 58% de los casos de diabetes y el 55% de los casos de hipertensión están relacionados con el sobrepeso y la obesidad¹⁰.

Si hacemos un cálculo del coste económico de estas enfermedades, teniendo en cuenta los ratios para la región (no existen datos oficiales para RD) y la prevalencia de sobrepeso y obesidad dominicana, vemos que existe un sobrecoste de 19.000 millones de pesos. Esto representa el 80% del presupuesto de salud de la República Dominicana para el año del estudio (2009).

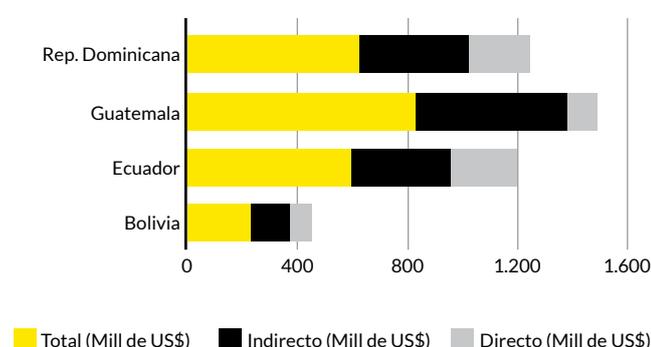
10 El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico.

Diabetes

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más de cuatrocientas mil personas en la República Dominicana sufren de diabetes¹¹. Con datos de EFRI-CARD I y II, se observan cambios importantes en la prevalencia de la diabetes tipo 2, pues pasó de 5,5% a 9,9% —prácticamente se duplicó en 10 años—, con lo cual, cerca de un millón de dominicanos serían diabéticos, la mitad de los cuales no lo sabe. El acceso limitado a servicios médicos de muchos diabéticos ha incrementado el número de casos de diagnóstico tardío (y de no diagnosticados), lo que ha contribuido a elevar los costos directos e indirectos de la enfermedad.

Otra manera de ver la magnitud del problema consiste en calcular el gasto económico que supone esta enfermedad. Para la República Dominicana, el costo total de la diabetes fue estimado en 625 millones US\$, de los cuales 399 millones US\$ resultaron ser costos indirectos y 226 millones US\$ fueron costos directos. Si se ajustan por inflación y tipo de cambio para llevar a pesos dominicanos estas cifras, observamos que alcanzarían los 24.168 millones DOP, equivalentes al 96,6% del presupuesto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); 5 veces más que el presupuesto de Agricultura o 10 veces el de Educación y Medio Ambiente. Los costos totales de la diabetes equivaldrían a 2,3% del Producto Interno Bruto¹².

GRÁFICO 07. Costos de la diabetes y gastos de salud en América



11 Iniciativa de Diabetes para las Américas: Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006. Programa de Enfermedades no Transmisibles. Julio 2001.

12 www.researchgate.net/publication/228556607_Impacto_Economico_de_la_Diabetes_Mellitus_en_la_Republica_Dominicana_Analisis_y_Recomendaciones_de_Politicas_Publicas. Los datos se refieren al año de estudio, 2006.

Solamente en gastos médicos directos, los de las personas con diabetes son de 2 a 3 veces mayores respecto a los de las no diabéticas.

TABLA 02. Comparación de los gastos de personas diabéticas y no diabéticas según Endesa 2002

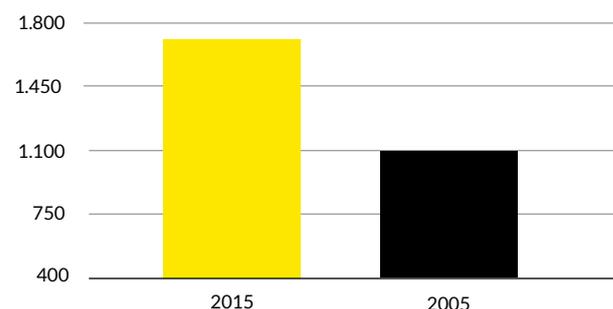
Tipo de gasto promedio	Diabéticos	No diabéticos
Servicios preventivos de salud	767,70 DOP	532,14 DOP
Consultas	357,27 DOP	138,29 DOP
Medicamentos	654,58 DOP	433,47 DOP

Fuente: Base de datos ENDESA 2002, página web de la ONE

La carga económica de la diabetes no solo incluye los gastos generados por el tratamiento de sus complicaciones (costos directos), sino por las pérdidas por disminución de productividad laboral, invalidez, baja participación en el mercado de trabajo y mortalidad temprana (costos indirectos).

Su evolución es dramáticamente alcista. En los últimos 10 años se ha incrementado en más de un 50%, lo cual dobla las muertes debidas a la diabetes.

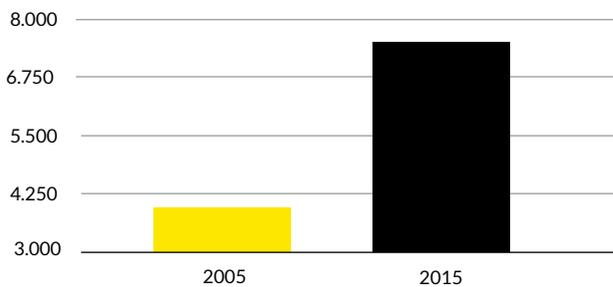
GRÁFICO 08. Evolución del número de muertes asociadas a la diabetes mellitus en la República Dominicana



Si nos centramos no en las muertes, sino en los días de mala salud perdidos (dado que la diabetes tiene un índice de mortalidad menor que otras enfermedades), el incremento aún es mayor. En 2015 se perdían el doble de días de salud que en 2005 a causa de la diabetes.

2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

GRÁFICO 09. Evolución número de días salud perdidos a causa de la diabetes (por cada 100.000 habitantes)



Aunque no hay datos oficiales desagregados por sexo para la República Dominicana, si se siguen los patrones observados en otros países, podemos afirmar que **la diabetes deteriora mucho más la salud de las mujeres que de los hombres.**

Las mujeres diabéticas tienen un riesgo mayor que los hombres. En concreto, tienen un 30% más de posibilidades que los varones de sufrir ictus, con el mismo tratamiento; la mortalidad en diabetes tipo 1 de las mujeres es un 37% superior; el riesgo de enfermedad coronaria, un 154% más; y de enfermedad renal, un 44% más en mujeres que en hombres¹³. Las mujeres también son más resistentes a los tratamientos con insulina y sufren más episodios de hipoglucemia.

Por si fuera poco, la mujer está infratratada en relación con el hombre (este hecho no es específico de la diabetes, sino que es común a todas las enfermedades), y su diabetes peor controlada, con mayores complicaciones en su salud.

Además, existe un claro componente de clase social. El 8,2% de la población de clase baja está afectada por la diabetes, el 6% de la población de clase media y un 4,1% de la población de clase alta¹⁴. Varios estudios confirman este patrón¹⁵ (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

13 <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=1043>

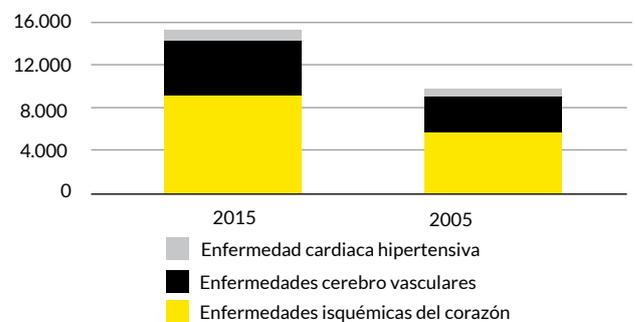
14 www.researchgate.net/publication/228556607_Impacto_Economico_de_la_Diabetes_Mellitus_en_la_Republica_Dominicana_Analisis_y_Recomendaciones_de_Politicas_Publicas

15 Organización Panamericana de la Salud (2001). La Diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico. Junio. Vol. 22. No. 2.

Enfermedades cardiovasculares

Estas son la principal causa de mortalidad en el país, representan el 33% de la mortalidad prematura en hombres y el 30% en mujeres. Su evolución, como en el caso de la diabetes o de la obesidad y el sobrepeso, indica un crecimiento de personas afectadas por estas enfermedades. Así, en solamente 10 años, se han incrementado un 57% las muertes debidas a este grupo de enfermedades. Esto significa que cada día, durante esos 10 años, han muerto dos personas más que el día anterior a causa de estas dolencias.

GRÁFICO 09. Evolución enfermedades cardiovasculares en República Dominicana (número de muertes)



Existe una correlación clara y ampliamente documentada entre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y los siguientes elementos de la dieta:

- > Excesivo consumo de grasas saturadas
- > Bajo consumo de frutas, verduras y cereales sin refinar
- > Excesivo consumo de sal

En concreto, se calcula que en la República Dominicana hay entre un 40-50% de hipertensos que son sal-dependientes¹⁶.

El sobrepeso y, en especial, la obesidad son los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular¹⁷. Además, la implicación de la diabetes en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares está fuera de

16 <http://hoy.com.do/enfermedades-del-corazon-matan-mas-que-el-cancer-en-republica-dominicana/>

17 <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-dieta-enfermedad-cardiovascular-13034094>

toda duda¹⁸. Tanto es así que incluso se la ha considerado una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. Según la información disponible, la diabetes es el factor de riesgo cardiovascular que más crecimiento ha experimentado durante los últimos años.

Como vemos, todas estas enfermedades y sus riesgos asociados están vinculados y relacionados. Forman una especie de síndrome o, según su definición, conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad. El síndrome de la alimentación insana.

Las enfermedades cardiovasculares también siguen el mismo patrón que la inmensa mayoría de enfermedades para las mujeres. Son infradiagnosticadas, infratratadas e infrarrepresentadas¹⁹.

Son la primera causa de mortalidad entre las mujeres, aunque cuando se les pregunta, solo una de cada cuatro mujeres reconoce que las afecciones cardíacas son una amenaza mayor que el cáncer. En general, las enfermedades cardiovasculares suelen ser más graves en las mujeres. Por ejemplo, los varones tienen una probabilidad del 30% de morir por su primer infarto, mientras que, en ellas, esta cifra se eleva hasta el 50%. Una vez superado este primer infarto, el 25% de los hombres morirá durante el año siguiente, el porcentaje llega al 38% en mujeres.

De cada diez mujeres que mueren en la República Dominicana, ocho fallecen por enfermedades cardiovasculares²⁰.

En lo referente al infradiagnóstico, si bien es cierto que la sintomatología en ocasiones es diferente, como ya se evidenció en algunos estudios como el de MacSweeney, también es verdad que los síntomas, con frecuencia en las mujeres, se malinterpretan, ya que se relacionan con situaciones de ansiedad o estrés. Un estudio presentado en Estados Unidos en 2008²¹, puso en evidencia que

cuando un hombre y una mujer acuden a una primera visita en el servicio de atención primaria presentando los mismos síntomas, si la mujer explica que se encuentra en un momento de mucho estrés en su vida, sus síntomas se achacan erróneamente a esa causa, mientras que en el caso de los varones, se pronostica correctamente una enfermedad cardiovascular y, por tanto, reciben antes un tratamiento adecuado.

Los datos del estudio son muy reveladores: ante los mismos síntomas, el diagnóstico de enfermedad cardiovascular se dio en el 56% de los varones frente al 15% de las mujeres, el 62% de las visitas de los hombres se derivaron a un cardiólogo, frente a un 30% en el caso de mujeres y, para finalizar, se prescribió una medicación adecuada para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares al 47% de los hombres, mientras que solo se prescribió al 13% de las féminas. De hecho, incluso las propias mujeres achacan, a veces, los síntomas de enfermedad cardiovascular al estrés, por lo que no acuden al médico o lo dejan para más tarde, cuando su estado empeora.

Un obstáculo añadido para la mejora en la detección de enfermedades cardiovasculares en el sexo femenino es que la mayor información sobre la eficacia de las estrategias terapéuticas se obtiene de estudios y ensayos clínicos en los que se incluyen mayoritariamente varones. Datos recientemente publicados²² revelaban que, en ensayos de patología cardiovascular, en el mejor de los casos la inclusión de mujeres era del 44% en estudios de hipertensión arterial, el 40% en diabetes, el 38% en ictus y el 25% en enfermedad coronaria, a pesar de que estas son enfermedades muy frecuentes en el sexo femenino, sobre todo a partir de la menopausia.

En palabras de una importante sociedad de cardiología²³: «La enfermedad cardiovascular en la mujer es más frecuente de lo que pensamos, más grave de lo que esperamos, la diagnosticamos menos de lo que debemos y la tratamos peor de lo que creemos».

18 <http://www.revespcardiol.org/es/situacion-enfermedad-cardiovascular-espana-del/articulo/13128799/>

19 <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2024-enfermedad-cardiovascular-mujer-infradiagnosticada-infratratada-e-infrarepresentada.html>

20 <http://hoy.com.do/enfermedades-del-corazon-matan-mas-que-el-cancer-en-republica-dominicana/>

21 Fundación Española del Corazón (FEC)

22 Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes

23 Sociedad Española de Cardiología

■ Conclusión

En la República Dominicana, el 35% de las personas mayores de 18 años sufre de presión arterial alta. La suma de obesidad y sobrepeso llega a 60%. El 10% es diabético y el 26% sufre de colesterol alto. Cuando se realizó el estudio EFRICARD por primera vez, en 1998, los diabéticos eran el 3%. En 2011, ya habían ascendido al 10%. Y así ha pasado con todo: tenemos más personas con sobrepeso, más diabéticas, más hipertensas y con colesterol más alto²⁴.

«Encender un cigarro es un acto individual.» «Además, no está demostrado que su consumo incremente el riesgo de enfermedad.» Estas eran frases habituales hace unos años, proclamadas por la industria que los fabrica y asumidas por las Administraciones. Hasta que la cosa cambió y, hoy en día nadie se cuestiona la necesidad de intervención pública para reducir el consumo de algo que es pernicioso. Pero lo que nos interesa aquí es la primera de las frases: encender un cigarro es un acto individual. Da a entender que no hay un sustrato sistémico, social, cultural o económico en el fumar, cuando en realidad sí lo hay.

Cuando una de cada cuatro personas enferma a causa de dolencias donde el factor alimentario es determinante (y esto es un hecho fuera de toda duda académica), no se puede seguir argumentando que la mala alimentación es un acto individual. Ahí, en la dieta insana, hay algo más que una mala decisión personal. Hay un problema sistémico. Y estos problemas se atajan a través de políticas públicas.

Pongamos otro ejemplo algo macabro. Imaginemos una sociedad donde una de cada tres personas se suicidara. Se podría argumentar que quitarse la vida es un acto individual y que, excepto campañas de información, poca cosa se podría hacer. Somos libres y tenemos toda la información sobre «lo bonita que es la vida». Pero el alto índice de suicidios, en realidad, estaría indicando un problema social de fondo. Y sería necesario actuar atajando las causas estructurales. **Cuando amplias capas de una sociedad enferman a causa de la mala alimentación, no podemos atribuir ese hecho a millones de malas elecciones individuales a la hora de comprar alimentos.** Detrás de las cifras que acabamos de ver, hay una epidemia —así lo califica la OMS— y debajo de

ella, hay unas causas estructurales que, sí o sí, hay que abordar.

La alimentación insana no es, por tanto, un problema individual. Se trata de una pandemia con causas claramente sistémicas y estructurales. Frente a estas causas, no sirven las medidas amables basadas en pequeñas campañas educativas sobre buenos hábitos alimentarios. Como en otras problemáticas estructurales que afectan a la mayor parte de la población, las respuestas deben ser políticas y coordinadas. Es necesaria una política pública que aborde decididamente el haz de causas comprobadas ya empíricamente y denunciadas por todos los organismos internacionales independientes. Es imprescindible una política pública fuerte que modifique los aspectos sociales, económicos y culturales que causan la alimentación insana.

¿Se puede actuar sobre ella? Sí. Y si se hace, ¿se consiguen resultados? Por supuesto, y si no, que se lo cuenten a las habitantes de Finlandia, donde la mejora de la dieta, en particular la reducción de la toma de grasas saturadas de la carne y derivados lácteos, se ha acompañado de mejoras importantes del perfil lipídico de la población y de un descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica próximo al 50%²⁵. La experiencia finlandesa tiene además un claro valor demostrativo para otros países, pues pone de manifiesto que es posible modificar los hábitos alimentarios de la población y que ello tiene beneficios para la salud.

24 <http://hoy.com.do/enfermedades-del-corazon-matan-mas-que-el-cancer-en-republica-dominicana/>

25 Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, Gutiérrez-Fisac JL, Rey Calero J. The association between mortality from ischaemic heart disease and mortality from leading chronic diseases. *Eur Heart J* 2000;21:1841-52.



3

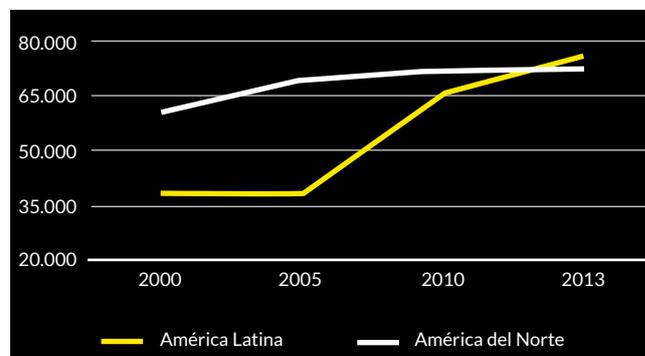
LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

Hasta ahora hemos visto que la dieta insana es un factor de riesgo para la salud de primer orden, que muchas de las principales enfermedades que nos afectan están vinculadas a esa dieta insana, y también que existe un claro gradiente de afectación en función de clase social y género. Pero ¿qué está pasando con nuestra alimentación para que esto sea así? ¿Qué hay en nuestra dieta actual que nos enferme hasta llegar a unos índices de pérdida de salud tan escandalosos? ¿Cómo se ha convertido la alimentación en el mayor riesgo para nuestra salud?

Transiciones nutricionales

Desde los inicios de la humanidad, los patrones de alimentación han ido evolucionando. Un buen ejemplo de que algo (algo malo) está pasando en el sistema alimentario de los países de capitalismo neoliberal más reciente, consiste en ver la evolución de las ventas de refrescos entre América Latina y América del Norte. En el año 2012 se produjo el *sorpasso* latinoamericano y, actualmente, se venden más refrescos del Río Grande hacia abajo que hacia arriba.

GRÁFICO 10. Venta de refrescos (miles de millones US\$)

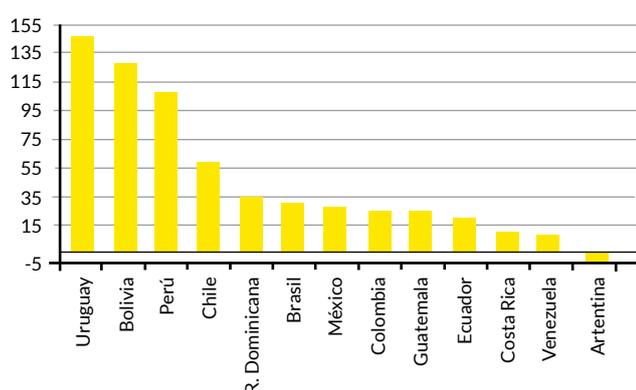


Otro buen ejemplo de la transición nutricional actual es el dato de que entre los 15 primeros países del mundo con mayor venta de alimentos ultraprocesados per cápita, ya hay tres del Sur Global, alumnos aventajados del neoliberalismo como son México (4.º país del mundo que más consumo per cápita de alimentos ultraprocesados tiene), Chile (7.º) y Argentina (14.º).²⁶

26 www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27545&Itemid=270&lang=es

Si ponemos el foco en el subcontinente, y nos fijamos en las ventas de alimentos procesados y su crecimiento, vemos que ocurre el mismo fenómeno que a nivel global, algunos países están ya en cifras norteamericanas y europeas, mientras que el resto avanza al galope hacia ellas. Así, la República Dominicana es el 5.º país de la región donde más ha crecido su consumo.

GRÁFICO 11. Porcentaje de crecimiento de ventas de alimentos y bebidas ultraprocesados (2000-2013)



Y finalmente, si echamos un vistazo a la evolución en el consumo de agua carbonatada (y azucarada) en el continente americano, vemos que, mientras que la epidemia alimentaria es un hecho reconocido e incuestionable en algunos países del norte y eso hace que la evolución del consumo de refrescos se estanque o incluso baje, en otros como la República Dominicana cada día se consumen más. La República Dominicana es, de hecho, el segundo país (detrás de Bolivia) donde más ha crecido el consumo de refrescos en el continente americano.²⁷

GRÁFICO 12. Crecimiento del consumo de agua carbonatada en 2015



Dentro de las diferentes transiciones nutricionales vividas a lo largo de la historia, la que estamos viviendo en estas últimas décadas presenta una serie de características que la hacen única: las dos más importantes son la rapidez del cambio con respecto a otros periodos históricos (pensemos por ejemplo que el cambio de cazadores-recolectores a la agricultura se produjo en miles de años), y la gran cantidad poblacional a la que afecta. Estos factores intensifican los impactos sociales de la misma. En este sentido, los efectos de nuestra dieta sobre la salud pueden constatararse ya en una misma generación, cosa que no había pasado antes.

■ ¿En qué consiste la actual transición?

Lo que se entiende por transición nutricional es una secuencia de modificaciones (tanto cuantitativas como cualitativas) en la alimentación, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos.

Aunque lo veremos ahora con detalle, uno de los resúmenes de la transición actual es que las dietas tradicionales han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa (principalmente de origen animal), y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra. Dicho de otro modo, un aumento en la ingesta de carne, mayor consumo de azúcares, mayor presencia de las grasas y aceites vegetales acompañados de un importante crecimiento del consumo de alimentos refinados y procesados. Estas tendencias se suman al drástico descenso en el consumo de legumbres y granos, alimentos básicos en la pirámide alimenticia. Todo ello está teniendo impactos en nuestra salud.

Cabe también destacar que la transición dietética es un fenómeno complejo y desigual. Al mismo tiempo que se produce una «occidentalización» de la dieta alrededor del mundo, esta misma globalización nos permite incorporar alimentos y sabores exóticos en los países industrializados y diversificar aparentemente la dieta. Más que destruir, el fenómeno globalizador desintegra las particularidades culinarias locales y las vuelve a reintegrar en nuevos mosaicos culinarios o en nuevos productos culturales homogeneizados para el consumo

27 <https://es.slideshare.net/Contribuyentes/estado-actual-del-mercado-de-bebidas-carbonatadas>

3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

masivo²⁸. El momento exacto de esta transición también varía entre poblaciones según su estado de madurez. Por ejemplo, mientras en el Estado español el sobrepeso y la obesidad crecen lentamente (en parte porque estamos ya a unos niveles altísimos), en otras regiones el crecimiento es exponencial. El continente africano se ha asociado (y con razón) al hambre y a la subnutrición, pero en los últimos años ese hecho convive con el contrario, la obesidad. Así, desde 1990, en África se ha doblado el número de población infantil con obesidad y sobrepeso y, actualmente, una de cada cuatro niñas y niños con obesidad y sobrepeso que hay en el mundo vive en África²⁹.

Para finalizar, el concepto de transición parece indicar un cambio dietético «natural» o azaroso, cuando en realidad se trata de un cambio dirigido y forzado a través de vectores motrices muy claros. Más que una transición es una conducción por parte de quien ha tomado el control de la cadena alimentaria hacia unas dietas con mayor rentabilidad monetaria para estos actores, pero que son altamente insanas.

■ Globesidad

De la misma manera que hablamos de transición nutricional, otro término acuñado que va paralelo es la transición epidemiológica. Esta hace referencia a la reducción de la mortalidad infecciosa y el incremento de la no infecciosa. En la República Dominicana, ese cruce se produjo a inicios del año 2000, cuando las enfermedades no asociadas a virus o bacterias superaron a estas. La transición epidemiológica se debe a múltiples causas, no todas negativas (mejoras higiénico-sanitarias, vacunaciones, antibióticos, etc.), pero no podemos evitar hacer el paralelismo entre dos transiciones, la epidemiológica y la nutricional que veremos en seguida. Los cambios en la composición de la dieta que tienen lugar a medida que avanza el capitalismo y la revolución verde agrícola en una sociedad, conllevan (en una primera etapa) el paso de una situación de posible carestía y deficiencias nutricionales a otra con mejores índices de salud alimentaria. Sin embargo, es solamente la fase inicial. A medida que estas fuerzas siguen actuando, las dietas se desequilibran rápidamente y los alimentos

procesados (ricos en nutrientes críticos) se convierten en la base de la alimentación, especialmente de las clases populares, se produce entonces un empeoramiento del estado de salud de las poblaciones aumentando los niveles de enfermedades como la obesidad, la diabetes o las cardiovasculares.

Estas transiciones nutricionales responden a las dinámicas propias de cada contexto histórico; en el caso que nos ocupa, del estado actual del capitalismo. Existe numerosa literatura que ha analizado cómo la actual fase del capitalismo condiciona el qué y el cómo comemos, así como sus negativos impactos en nuestra salud. Apuntamos aquí dos ideas que nos parecen interesantes:

1. A más globalización, más alimentación insana
2. A más revolución verde, más alimentación insana

1. Se puede cuantificar el grado de globalización económica de un conjunto de países y compararlo (en series temporales estadísticamente significativas) con el grado de enfermedades asociadas a la mala alimentación, índice de obesidad, por ejemplo. Los resultados de estos análisis arrojan un resultado claro e inquietante: a más globalización, más obesidad. En concreto, **por cada grado de desviación estándar³⁰ del índice de globalización, se incrementa en un 20% el índice de obesidad, y se incrementa el consumo de energía y grasas en un 6 y 16% respectivamente. En datos absolutos, cada grado de desviación implica un incremento de 3,66% de la población obesa, y un incremento de 237,8 kcal ingeridas extras y 25,8 gramos de grasa extras consumidos.** Pero podemos ir un poco más allá: podemos desgranar el grado de globalización en algunos de sus micromecanismos sociales implicados en la alimentación. En este caso, se analizan por separado elementos como el precio de los alimentos, la desigualdad en la renta, la incorporación de la mujer al mercado laboral o el grado de urbanización. Todos ellos tienen una correlación directa con el grado de obesidad y consumo de energía y grasa de

28 http://admin.isf.es/UserFiles/File/catalunya/publicaciones/castellano/esferes9_%20web_new.pdf

29 <http://en.rfi.fr/africa/20160126-africas-rate-child-obesity-doubles>

30 La desviación estándar (DS/DE), también llamada desviación típica, es una medida de dispersión usada en estadística que nos dice cuánto tienden a alejarse los valores concretos del promedio en una distribución de datos. De hecho, específicamente, el cuadrado de la desviación estándar es «el promedio del cuadrado de la distancia de cada punto respecto del promedio». La desviación estándar de un conjunto de datos es una medida de cuánto se desvían los datos de su media. Esta medida es más estable que el recorrido y toma en consideración el valor de cada dato.

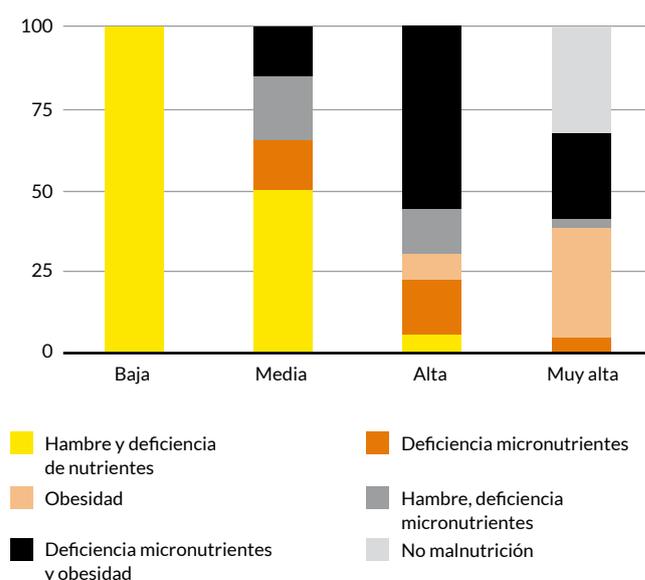
sus poblaciones. También podemos diferenciar aspectos puramente económicos de la globalización de otros que se engloban en la llamada globalización social y cultural. Los datos nos dicen, contrariamente a lo que se podría esperar, que son los aspectos sociales y culturales del capitalismo los que más impactan en la transformación que está viviendo nuestra dieta. Por ejemplo, **la variable (de las cinco citadas anteriormente) que más impacta en el incremento de la obesidad y en el consumo extra de calorías y grasa, a medida que una sociedad avanza en el capitalismo patriarcal, es la del porcentaje de mujeres presentes en el mercado laboral.** En concreto, cada unidad de desviación estándar supone un incremento del 2,1% de los índices de obesidad, 165 kcal y 13,5 gramos de grasa consumidos extras. Todo ello está íntimamente relacionado con el rol asignado a las mujeres en las sociedades patriarcales, el reparto de los usos del tiempo entre hombres y mujeres, la asignación de ciertas tareas a ellas (especialmente todas las que tienen que ver con la reproducción y el cuidado y, dentro de ellas, las asociadas a la alimentación).

2. A medida que se implanta y extiende el sistema de producción agroganadera basado en la revolución verde en un territorio, se extiende también la malnutrición, aunque cambia de rostro. Si inicialmente se suple la carestía de nutrientes y los índices de subnutrición mejoran, en poco tiempo aparecen la deficiencia de micronutrientes (menos densidad y diversidad nutritiva) y la obesidad y sobrepeso (exceso de nutrientes insanos), siendo el resultado final un incremento de la malnutrición. Más alimentos procesados derivados de la revolución verde per cápita no significa mejor alimentación; los datos, de hecho, indican justamente lo contrario. Existen diversos estudios que han analizado las consecuencias nutricionales de la revolución verde³¹. Por ejemplo, desde 1970, el precio de algunos los cereales (arroz o trigo) ha disminuido en relación con el precio de los alimentos ricos en micronutrientes (por ejemplo, verduras, legumbres). Esto es debido, probablemente, a mayores ganancias monetarias para algunos cultivos en detrimento de otros, y la redistribución resultante de la tierra hacia ellos. Los datos globales (y lo veremos en detalle al final de este estudio) dan como resultado que los alimentos ricos en micronutrientes se han convertido en relativamente (y en algunos casos, absolutamente) menos asequibles, sobre todo para las clases populares y de menos ingresos. Los efectos de sustitución inducidos por la revolución verde en el campo han

llevado a un incremento de las dietas ricas en calorías, pero menos diversas y ricas en micronutrientes. Por otra parte, como el gasto de energía humana disminuye a medida que las poblaciones se mueven de mano de obra agrícola manual hacia actividades no agrícolas menos demandantes de energía, el aumento de la ingesta de energía en algún momento empieza a contribuir a la ingesta de calorías en exceso y eso se manifiesta en el sobrepeso y la obesidad.

Una manera gráfica de ver esto consiste en observar la evolución en el tipo de malnutrición a medida que avanza la productividad agrícola (uno de los indicadores de la revolución verde)³².

GRÁFICO 13. Relación entre malnutrición y productividad agrícola (%)



31 <https://core.ac.uk/download/files/153/6257689.pdf>

32 http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Papers_and_documents/WP_13-02_Gomez_et_al.pdf

■ Transición nutricional en la República Dominicana

La República Dominicana no escapa a este fenómeno. Nuestra dieta ha cambiado —y ha sido cambiada— y profundizaremos en las fuerzas motrices que operan sobre nosotros y nosotras más adelante. De momento, nos limitaremos a ilustrar ese cambio, aunque existen pocos datos oficiales sobre la evolución de la dieta. De hecho, no se han encontrado cifras que indiquen cómo ha ido cambiando el porcentaje de consumo de las principales categorías de alimentos. De todas maneras, nada hace suponer que la República Dominicana se aleje de lo que está pasando en otros países de nuestro entorno que sí disponen de esa información y que, en realidad, es lo mismo que está ocurriendo en todas partes.

En los países de nuestro entorno, vemos que, en los últimos años, ha ido incrementándose el consumo de carnes y derivados y de lácteos (básicamente alimentos procedentes de la producción animal), mientras que se ha ido reduciendo el consumo de legumbres, cereales, hortalizas y fruta fresca.

Pero el análisis de este tipo de datos no arroja mucha luz sobre lo que nos estamos preguntando. ¿Qué tiene la dieta actual que nos está enfermando de esta manera? Evidentemente, el consumo excesivo de carnes o lácteos —como indica la guía nutricional dominicana GABA— es un riesgo para la salud, así como el poco consumo de alimentos básicos, como los cereales o las hortalizas. Pero lo que mejor nos muestra dónde está el peligro de la dieta actual no son estas categorías, sino otra, que veremos a continuación.

Alimentos procesados

■ La categoría estadística perdida

Podemos analizar, como hemos hecho hasta ahora, el cambio de la dieta en forma de alimentos sin procesar (las llamadas, de manera muy ilustrativa, materias primas alimentarias), pero en realidad eso nos dice poco de la evolución del consumo alimentario y su impacto en salud. Apenas comemos alimentos frescos, incluso los llamados frescos tienen un alto grado de procesado, y su evolución en el consumo nos indica cosas, sí, pero no las más importantes desde el punto de vista de impacto en la salud. Solamente un porcentaje de nuestra dieta se destina a la compra de alimentos frescos, el resto es alimentación procesada y es ahí donde está el principal problema.

Es decir, si continuamos analizando la evolución de la dieta y su impacto en la salud a partir de las materias primas alimentarias, su producción, consumo o precio, nos estaremos equivocando. No comemos nada de eso ni tampoco pagamos en función de esos costes de producción.

Donde tenemos que mirar —y donde intentarán que no miremos— es a la alimentación procesada.

■ ¿Qué son los alimentos procesados?

La industria alimentaria y sus redes científicas se afanan en decirnos que el procesado de los alimentos es tan antiguo como la misma humanidad, que gracias a ello tenemos alimentos más seguros y que se conservan más y mejor. Como es habitual, se trata de dispersar y enterrar. Dispersar el debate ofreciendo mil definiciones posibles, tergiversando el sentido que le otorga la corriente crítica, y enterrarlo a base de complejizar artificialmente su implicación en nuestra mala salud. Se hace con los alimentos transgénicos, se hace con los perfiles nutricionales, se hace con las dietas saludables y se hace, naturalmente, con el concepto de *alimento procesado*.

En realidad, nadie está hablando de ese procesado. Lo que nos interesa es más bien el resultado final de

la manipulación alimentaria, no tanto el grado o tipo de manipulación. Existe mucha confusión al hablar de comidas procesadas. Técnicamente, podríamos considerar como un alimento procesado a cualquier vianda que haya sido tratada para alargar su conservación o alterar sus propiedades. En este sentido, son alimentos procesados todos los productos enlatados, congelados, en salazón, escabechados, horneados, fermentados, etc. Y, claro está, no todas estas técnicas convierten un alimento saludable en uno que no lo es.

Cuando las profesionales de la dietética y la nutrición hablan de evitar la «comida procesada» se refieren, en concreto, a aquellos sometidos a transformaciones industriales que los hacen especialmente ricos en sal, azúcares, carbohidratos refinados y grasas poco saludables.

Hablando en lenguaje más sencillo, el abandono de este tipo de comidas a la fuerza nos obliga a comer frutas, verduras, carnes, pescados, huevos, leche, legumbres, cereales integrales, etc. En definitiva, aquellos alimentos que pasan de la granja, el huerto o el mar a nuestra cocina sin demasiados añadidos, más allá de las elementales medidas sanitarias o de procesos de conservación básicos³³.

Eso nos lleva al siguiente apartado: más que hablar de alimentos frescos, debemos hablar de los ingredientes

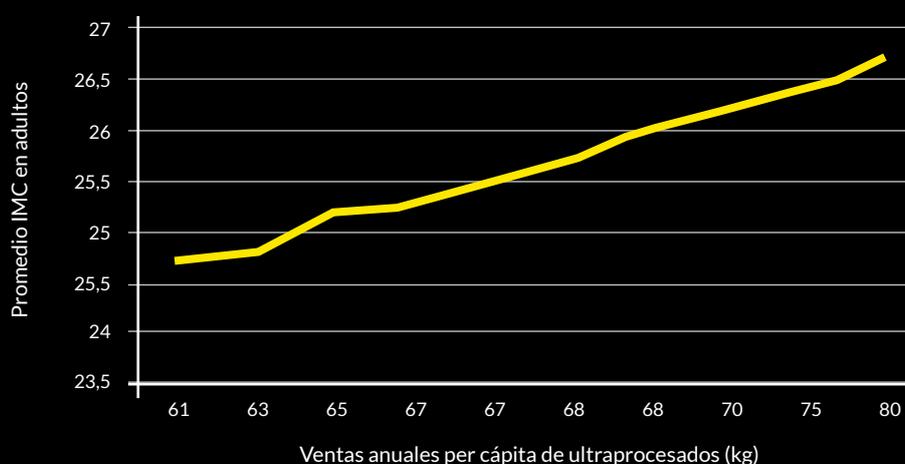
nutricionales que más están impactando en empeorar nuestra salud y en el vehículo donde estos viajan. Nos referimos a algunos tipos de grasas (saturadas y la trans), a los azúcares añadidos y a la sal como ingredientes críticos, y a la alimentación procesada como vehículo.

■ Los sospechosos habituales: azúcares, grasas y sal

Bajemos un peldaño de categoría de alimentos y, más que seguir viendo la evolución en el consumo de las materias primas alimentarias, veamos qué ha pasado con esos ingredientes críticos (aquellos cuyo consumo excesivo ha demostrado sin lugar a dudas su efecto negativo en la salud) y que son vehiculados a través de la alimentación procesada.

En los últimos años, en la República Dominicana se ha incrementado muy considerablemente el consumo de estos nutrientes críticos. A pesar de que la inmensa mayoría de la población sabe que hay que reducirlo, este no hace otra cosa que aumentar. Esta aparente paradoja es el resultado de uno de los grandes trucos de magia de la industria alimentaria, con la indispensable ayuda de las Administraciones implicadas).

GRÁFICO 14. Vínculo entre ventas de alimentos ultraprocesados y sobrepeso en República Dominicana (2000-2013)



33 http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-04-04/que-le-pasa-a-tu-cuerpo-cuando-dejas-de-comer-comida-procesada_1176686/

3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

Los nutrientes críticos se han vuelto ubicuitarios y, al mismo tiempo, invisibles. Como si se tratara de un milagro, están en todas partes, pero nadie los puede ver. Son los ingredientes ocultos.

El cambio de nuestro patrón alimentario ha supuesto un incremento muy significativo del consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas e hidrogenadas, azúcares añadidos y sal. El azúcar añadido, las grasas insanas o el exceso de sal no viajan en el vacío, no se teletransportan hacia nuestras bocas: el vehículo principal que los aloja es la alimentación procesada. Actualmente, nuestra dieta está basada principalmente en alimentos procesados.

Azúcar

La vinculación entre el consumo excesivo de azúcar y algunas enfermedades, especialmente la diabetes tipo 2, es un hecho. Así pues, podemos empezar preguntándonos cuánto azúcar se consume en la República Dominicana y si esto es mucho o poco.

Aunque no existen datos oficiales directos, sí podemos calcular el consumo interno de azúcar a través de la información proporcionada por las empresas productoras de azúcar. Al hacerlo, observamos que **el consumo interno de azúcar asciende a 94 gramos de azúcar por persona y día**. ¿Eso es mucho? Según la OPS, muchísimo. La Organización Mundial de la Salud, en su más reciente informe sobre recomendaciones dietéticas sobre el consumo de azúcar, llega a la conclusión de que se debe reducir la ingesta de azúcares libres a un 5% o menos del total de energía. La mitad de lo que recomendaba hasta ahora. Es decir, pasamos de los 50 g. de azúcares añadidos al día, a 25 gramos. Esto conlleva no consumir más que el equivalente a tres sobrecitos de azúcar al día. Una sola lata de refresco contiene el 39% de la Cantidad Diaria Orientativa de azúcar para un adulto, que con las nuevas directrices pasaría a suponer un 78%. Es decir, en la República Dominicana prácticamente se está multiplicando por 4 la cantidad máxima recomendada. Si vemos la evolución, observaremos que en los últimos 15 años se ha incrementado un 47% el consumo de azúcar³⁴.

Pero aún es peor. De todo el azúcar que consumimos, solamente una parte es azúcar visible. No se limita a los

cristales cúbicos que encontramos en terrones, sobres o paquetes, lo que habitualmente llamamos *azúcar de mesa*. Hoy, buena parte del azúcar nos llega a través de formatos y vías invisibles y, en muchos casos, de manera inconsciente. Es el llamado *azúcar oculto* y lo encontramos como ingrediente en la alimentación procesada.

El azúcar o sus derivados suelen añadirse a la alimentación procesada con distintos fines: para mejorar el aspecto, la textura, el sabor, etc. Los azúcares añadidos endulzan los alimentos y bebidas dándoles palatabilidad, lo que literalmente significa que provoca que sea grato al paladar. Como decíamos, también son añadidos a los alimentos para conservarlos o darles atributos de funcionalidad tecnológica como viscosidad, textura, cuerpo o pardeamiento (color oscuro que pueda resultar atractivo al consumo). Si bien la respuesta metabólica de nuestro organismo no depende del tipo de azúcar consumido, los azúcares presentes de forma natural en los alimentos (a diferencia de los azúcares añadidos) son parte del paquete de nutrientes propio de cada alimento. Contrariamente, muchos productos procesados que contienen azúcares añadidos contribuyen a aumentar el aporte de energía, pero aportando pocos (o ningún) nutrientes esenciales.

Te proponemos un ejercicio. Dirígete donde normalmente realizas tu compra y revisa los tres o cuatro primeros ingredientes de la lista de ingredientes que aparece en cada producto alimentario que compras habitualmente. Si eres una persona media (estadísticamente hablando), observarás que el azúcar aparece muy a menudo, bien sea de forma explícita o solapada: azúcar, maltosa, azúcar moreno, jarabe de maíz, caña de azúcar, miel, jugo concentrado de fruta (se tiende a creer que por provenir de la fruta son mejores), fructosa de jarabe de maíz, caña de azúcar natural o ecológica, son los más utilizados. No olvidemos que está formalmente regulado que el orden en el que se detallan los ingredientes en estas listas se hace de mayor a menor presencia de cada ingrediente en el producto en cuestión.

► Azúcares añadidos

El problema no es, por tanto, el azúcar de mesa, sino los distintos tipos de azúcares añadidos a porrillo en la alimentación procesada.

El Departamento de Agricultura y el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) definen los azúcares añadidos como todos los azúcares utilizados como ingre-

34 Cálculo propio a partir de los datos de consumo interno de azúcar de INAZUCAR

dientes en los alimentos procesados y preparados (por ejemplo, cereales para el desayuno, bollería, refrescos, mermeladas y helados), y los azúcares que se ingieren por separado o se añaden a los alimentos en la mesa.

En 2003, la OMS definió los *azúcares libres* como todos los monosacáridos y disacáridos agregados a los alimentos por el fabricante, cocinero o consumidor, más los azúcares presentes de manera natural en la miel, los jarabes y zumos de frutas.

Así pues, tenemos azúcares totales (suma de los naturales más los añadidos), azúcares libres y azúcares añadidos. En realidad, los dos últimos son muy parecidos y podemos utilizarlos de manera casi indistinta.

No existen datos en la República Dominicana sobre cuánto azúcar consumimos por esta otra vía, pero si sigue la pauta de otros países, fácilmente podemos duplicar la cifra de consumo de azúcar visible. Sea como sea, el consumo de azúcar en la República Dominicana es, al menos, 4 o 5 veces el máximo recomendado.

Sal

La sal y el azúcar siguen realidades paralelas en lo que se refiere a presencia masiva en la dieta actual, dificultad en su detección por parte de la persona consumidora, el efecto negativo sobre la salud demostrada y el incremento de su consumo en los últimos años. La sal común está compuesta por sodio y cloro y el componente problemático es el primero. El sodio eleva la presión arterial, con el riesgo de desarrollar hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares relacionadas, como infarto, angina de pecho, ictus y hemorragia cerebral, además de insuficiencia renal o deterioro cognitivo.

Igual que en el caso del azúcar, a la alimentación procesada no solamente se le añade cloruro de sodio (la sal común), a una buena parte de las conservas, sopas, platos preparados y salsas se les incorpora sodio también en forma de otros ingredientes (glutamato sódico, fosfato disódico, benzoato sódico, bicarbonato sódico, etc.).

¿Tomamos mucha o poca sal? Entre los países de las Américas, donde se ha estudiado la excreción de sodio de forma estandarizada y comparable, la ingesta de sal resultó ser de 11,5 g/día/persona. **Más del doble**

de la sal diaria recomendada por la OMS³⁵, que fija el máximo saludable en 5 gramos al día, lo que cabe en un dedal. Y por mucho que nos esforcemos en reducir ese consumo, por mucho que pidamos pan sin sal o que atemos el salero de casa y del restaurante a una cadena, seguiremos ingiriendo más sodio del que queremos. El problema a la hora de controlar el consumo individual de sal, igual que el azúcar, es que una **buena parte de la sal que ingerimos es la denominada oculta o invisible**, porque se encuentra en los alimentos procesados. Muchas veces no lo imaginamos, pero está ahí. Es el caso, por ejemplo, de los cereales para el desayuno o del jamón de York. Exactamente igual que con el azúcar, aunque se limite de forma adecuada la sal en la mesa, es posible llegar a un consumo excesivo de sodio en el marco de la dieta occidental, ya que tan solo del 20 al 25 por ciento del sodio proviene de salar los platos en la cocina o en la mesa.

En la mayoría de las etiquetas nutricionales, cuando este existe, aparece la cantidad de sodio. Si multiplicamos esa cifra por 2,5, obtendremos los gramos de sal. No es lo mismo que aparezca el nivel de sodio que el de sal y el **cambio no es tan inocente como pueda parecer**. Si en el etiquetado solamente se incluye el nivel de sal, se consigue enmascarar el sodio presente en otros aditivos más allá de la sal. Ni todas las sales son sodio ni todo el sodio es sal. Y es el sodio el problema. Como decimos, no todo el sodio contenido en los alimentos está en forma de cloruro sódico, y (a la inversa) una cantidad elevada de otra sal en sustitución del sodio, por ejemplo, de potasio, no siempre es perjudicial, sino que puede resultar beneficiosa. Hay más de 40 aditivos que contienen sodio que no son el cloruro sódico³⁶, etiquetar sodio es ponerlos a la vista, etiquetar sal es esconderlos.

En Estados Unidos, por ejemplo, el sodio, y no la sal, es parte de la información obligatoria: en mg y% valor diario.

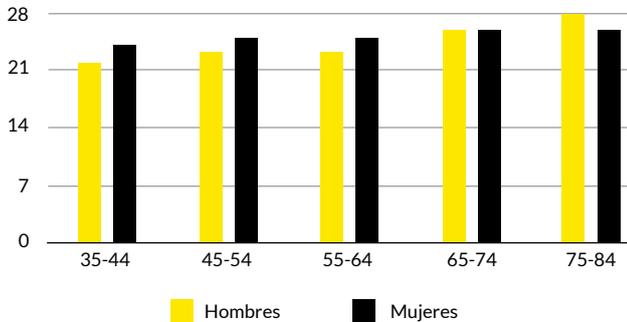
Para visualizar la magnitud del problema y de los beneficios en vidas, días de buena salud e incluso económicos que supondría poner en marcha políticas claras de reducción del consumo de sal, podemos calcular algunas cifras. Dado que no tenemos datos específicos para

35 <http://www.efesalud.com/noticias/tomamos-doble-sal-lo-necesitamos/>

36 <http://www.aditivos-alimentarios.com/p/listado-de-aditivos.html>

3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

GRÁFICO 15. Porcentaje de reducción de la incidencia de enfermedad coronaria (en función del sexo y edad)

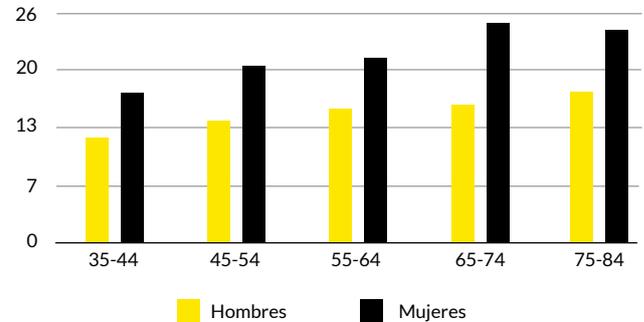


la República Dominicana, usaremos los de la región y los de estudios de otros países de la región adaptando las cifras a la realidad de la República Dominicana (básicamente población, incidencia de enfermedades dependientes de la sal y consumo relativos de sal). Así, vemos que la OPS nos dice que los costos directos e indirectos de la presión arterial alta consumen del 2,5% al 8% del PIB en América Latina y el Caribe. Si nos ponemos en la cifra baja, para la República Dominicana nos da unos 1.500 millones de USD, que equivalen a unos 75.000 millones de pesos dominicanos y que es el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para 2018.

¿Qué pasaría en la República Dominicana si se consiguiera reducir el consumo de sal en 3 gramos/día durante 10 años? A nivel de salud, la reducción anual del número personas con enfermedades coronarias sería del 24,1%, del 21,6% para los infartos de miocardio, del 20,5% para los accidentes cerebrovasculares, del 19,9% para las muertes por enfermedad coronaria y del 6,4% para las muertes por todas las causas³⁷. Esto equivale a prácticamente 2.000 muertes anuales que se podrían evitar si el Gobierno instaura políticas efectivas para la reducción del consumo de sal. A nivel monetario, la República Dominicana, gracias a esa reducción de 3 gr/día, conseguiría ahorrar un 23% de los gastos directos asociados al tratamiento de las enfermedades sal-dependientes (básicamente enfermedades cardiovasculares, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovasculares y muertes coronaria). Esto son prácticamente 50 millones de pesos.

37 Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina

GRÁFICO 16. Porcentaje de reducción de la incidencia de enfermedad cerebrovascular (en función del sexo y edad)



Debemos tener en cuenta que aproximadamente el 30% de las personas con hipertensión tendrían una presión arterial normal y el resto tendría un mejor control de la presión arterial si redujesen la ingesta de sal a un nivel saludable.

Los beneficios para la salud de la reducción del consumo de sal son altas para todos los grupos de edad y sexo.

Grasas

▶ La saturación de las grasas

Otro de los implicados en la epidemia de alimentación insana, otro de los protagonistas del riesgo alimentario para nuestra salud, es sin lugar a dudas las grasas. La adición de grasa suele ayudar a hacer a los alimentos conservados más estables y menos perecederos, al tiempo que les da una cierta textura y untuosidad normalmente apetecibles. En los últimos años, **nuestras comidas se han llenado de grasa**; no existen datos específicos para la República Dominicana, pero así lo indican los de la región.

En cualquier caso, hay distintos tipos de grasa y conviene distinguirlas. Las más perjudiciales son dos: **las grasas trans y las saturadas**.

▶ Grasas trans

En 1902, el químico alemán Wilhelm Normann comprobó que, añadiendo hidrógeno a los aceites vegetales, estos se solidificaban, algo que pronto entendió que resultaría terriblemente útil para modificar la consis-

tencia de los alimentos³⁸. En 1961, una portada de la revista *Time* presentó los aceites parcialmente hidrogenados como alternativa sana, barata y accesible frente a las grasas animales, que por aquella época empezaban ya a provocar ceños fruncidos en la industria alimentaria: eran caras y su vida útil muy breve.

La solidificación de aceites vegetales permitía, sin embargo, el almacenamiento por largo tiempo (muy útil para la logística de la industria alimentaria y la distribución a gran escala) y, además, eran baratos. Si inicialmente las grasas y aceites de origen vegetal hidrogenadas se consideraron mejores que los de procedencia animal, con el tiempo se fue demostrando su peligrosidad y empezaron a sonar las alarmas. Cuando una persona ingiere grasas trans, estas son absorbidas rápidamente en el tracto gastrointestinal y su impacto pernicioso se traslada a los diferentes tejidos. Los efectos secundarios no se hacen esperar: aumentan los niveles en sangre del colesterol malo (más conocido como colesterol LDL) y caen en picado los niveles en sangre del colesterol bueno (colesterol HDL). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, este tipo de patologías produjeron en 2012 más de 17,5 millones de defunciones. Con el paso de los años, son cada vez más los estudios que determinan las consecuencias que tiene un exceso de grasas trans en la dieta, todavía más graves que las que producen las grasas saturadas. La principal consecuencia, conocida desde hace años, y como hemos mencionado, es su influencia sobre el colesterol. Abusar de este tipo de grasas contribuye a aumentar los niveles de colesterol y de triglicéridos en sangre, lo que provoca un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el colesterol no es el único afectado por la presencia de las grasas trans. También pueden retrasar el crecimiento y la maduración del cerebro y la presencia de las mismas puede llevar al organismo a formar paredes celulares defectuosas. Los ácidos grasos trans también parecen aumentar el riesgo de diabetes tipo 2, especialmente en mujeres.

Según un estudio publicado por British Medical Journal, la ingesta de 5 gramos diarios de grasas trans es suficiente para incrementar un 25% el riesgo de enfermedad cardiovascular.

► ¿Dónde están presentes las grasas trans?

Pues es difícil saberlo, porque no es obligatorio etiquetarlas. Resulta llamativo (aunque a estas alturas resulta difícil llegar a sorprenderse) que, si está absolutamente demostrado que este tipo de grasas son altamente peligrosas para nuestra salud, incluso con consumos relativamente pequeños, la industria se haya escapado (de nuevo) de tener la obligación de indicar en sus productos su presencia y la cantidad de la misma.

Encontrarlas, por tanto, como el azúcar añadido o el sodio, es una tarea que recae en la persona consumidora. Sherlock Holmes nos asista. Un buen sistema de identificación consiste en buscar el dúo de palabras *parcialmente hidrogenado*. Aquellos alimentos que en su lista de ingredientes incluyan grasas —o aceites— vegetales hidrogenados —o parcialmente hidrogenados— serán firmes candidatos a aportar entre su perfil lipídico una importante cantidad de este tipo de grasas.

Las grasas trans se han hecho omnipresentes. Están en las frituras, la bollería industrial, las patatas fritas de bolsa y congeladas, las pizzas, las hamburguesas, los cereales o las palomitas. La industria alimentaria se ha hecho adicta a este modo de manipular los aceites (y de paso a nosotros y nosotras) con el fin de conservar el producto y evitar que se vuelva rancio, adaptarlo a la temperatura o mejorar su textura, por ejemplo. A finales de 1990, según la FDA estadounidense, el 95% de las galletas y el 80% de los congelados contenían grasas trans. Además, abaratan los costes.

Evitar las grasas trans es realmente difícil, ya que forman parte de muchos alimentos. Se encuentran con frecuencia en *snacks* y aperitivos salados (palomitas o patatas fritas), productos precocinados (empanadillas, croquetas, canelones o pizzas), galletas, margarinas y bollería industrial.

La Asociación Británica de Dietética ha elaborado una lista de productos en los que es muy probable que se encuentren grasas parcialmente hidrogenadas. Además, son alimentos que, como en el caso de las palomitas, se consumen de forma compulsiva. Sus grasas son absorbidas de inmediato.

38 <http://www.who.es/salud/grasas-trans-prohibidas>



Productos en los que es muy probable que se encuentren grasas parcialmente hidrogenadas según la Asociación Británica de Dietética

- > Bollería industrial
- > Comida para llevar
- > Cremas
- > Comida rápida o *fast food*
- > Fritos
- > Galletas o pasteles
- > Palomitas de maíz para el microondas
- > Pastelería
- > Patatas fritas de bolsa u otros aperitivos similares
- > Pizza congelada
- > Postres o helados
- > Precocinados (empanadas, croquetas, etc.)

► Situación legal de las grasas trans

En junio de 2015, la Agencia Alimentaria de Estados Unidos (FDA) anunciaba que prohibía las grasas artificiales trans, a las que considera (con razón) una amenaza para la salud pública y daba tres años a la industria alimentaria para sacarla de sus productos. Estados Unidos las prohíbe, ¿y la República Dominicana? Pues la República Dominicana no cuenta con una legislación específica sobre este tema. Algunos países europeos como Dinamarca, Austria, Suiza, Islandia, Hungría y Letonia han establecido un marco legal que obliga a la industria a limitar la cantidad de grasa trans utilizada en productos alimentarios. En América latina, el primer país en prohibirlas fue Argentina en 2014 y, más tarde, le han seguido diversos países³⁹.

39 <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/4/12-111468.pdf?ua=1>

La reducción de las grasas trans de la dieta tendría un impacto en la salud de la población dominicana, sobre todo en su salud coronaria. Según la FEC, la reducción de un 1% del consumo de las grasas trans supondría grandes beneficios: disminuiría entre un 2-3% la enfermedad cardiovascular y su principal complicación, es decir, el número de infartos. Según datos de la OPS, se calcula que una reducción en el consumo de grasas trans de un 2% del total de calorías (4,5 gr/d) podría evitar entre 30.000 y 225.000 infartos en América Latina y el Caribe⁴⁰ y, concretamente en el Caribe, 3.000 episodios de infarto.

En América Latina, durante 2007 se lanzó (auspiciada por la OPS) la campaña Las Américas Libres de Grasas Trans, que avisaba del peligro actual del consumo excesivo de estos ingredientes y proponía una serie de medidas para eliminar su uso en alimentación industrial. En concreto se proponía:

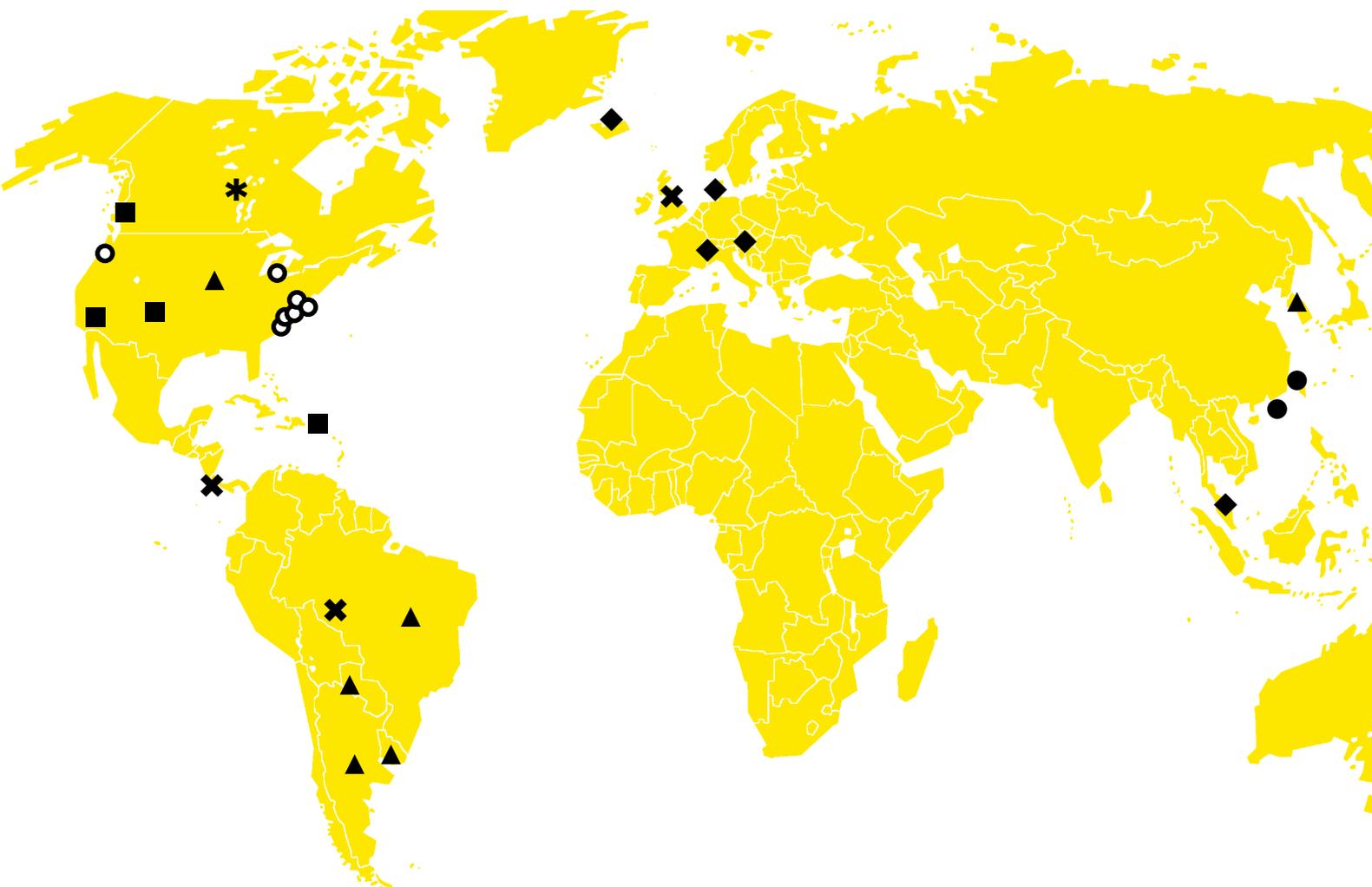
«Basándose en datos fidedignos sobre los costos, los avances técnicos y cuestiones de suministro, la eliminación de los Ácidos Grasos Trans⁴¹ (AGT) de producción industrial es factible y realizable; la velocidad de avance en el logro de esta meta en el tiempo debe considerar las diversas realidades locales a nivel de cada país.»

«La medida normativa clave recomendada es adoptar, mediante medidas legislativas, un límite de <2% de la cantidad total de grasa como AGT en los aceites vegetales y las margarinas blandas para untar y de <5% para los demás alimentos, como ha propuesto el grupo de trabajo canadiense de los AGT. Otras posibles medidas normativas son: a) el etiquetado nutricional para dar a conocer el contenido de AGT de los alimentos en toda la Región; b) el establecimiento de normas para reglamentar las afirmaciones sobre propiedades saludables de los alimentos y c) la declaración de los tipos de grasas y aceites, en especial los AGT, que contienen los alimentos que se sirven en restaurantes, en los programas de ayuda alimentaria y de alimentación escolar; y otros proveedores de servicios de alimentación.»

40 http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Conclusiones_Grupo_Trabajo.pdf

41 http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Conclusiones_Grupo_Trabajo.pdf

MAPA 01. Políticas sobre grasas trans en el mundo, 2005-2012



- ▲ Etiquetado nacional obligatorio
- ◆ Prohibición nacional
- ✕ Límites voluntarios
- * Etiquetado obligatorio + límites voluntarios
- Etiquetado local obligatorio (a)
- Prohibición local (b)
- Prohibición estatal, provincial o territorial (c)

- a) El etiquetado era obligatorio localmente en la Región Administrativa Especial de Hong Kong y en Taiwan, China.
- b) En Estados Unidos había prohibiciones locales en Albany, Baltimore, Boston, Cleveland, Montgomery, Nueva Jersey, ciudad de Nueva York, Filadelfia y Seattle.
- c) Había prohibición estatal, provincial o territorial en Columbia Británica (Canadá), California y Colorado (Estados Unidos), y Puerto Rico.

Más adelante, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴² hizo un llamamiento para la eliminación de las grasas trans del abastecimiento global de alimentos en respuesta al incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y la identificó como una de las mejores inversiones en materia de intervenciones de salud pública para países con ingresos bajos y medios.

► **Un riesgo no informado. Demandas contra empresas por sus grasas trans**⁴³

El 16 de mayo de 2007, el Centro para la Ciencia en el Interés Público (CSPI, en sus siglas inglesas) presentaba ante la Corte Superior del Distrito de Columbia, en Washington, una demanda civil contra Burger King Corporation por el uso de aceites que contienen grasas parcialmente hidrogenadas. Las pretensiones de la demandante son que Burger King se abstenga de utilizar este tipo de sustancias en sus productos o que, en su defecto, informe al consumidor de los riesgos que representa su ingesta para la salud de las personas consumidoras.

La demanda se basa en la infracción del derecho de información del consumidor (recogido por la normativa estadounidense) sobre la presencia de grasas trans en determinados productos y a los riesgos que su consumo puede generarle. Las demandantes denuncian que las personas consumidoras no tienen posibilidad de tener información sobre qué productos de los consumidos contienen grasas trans. Tampoco tienen la posibilidad de detectar con la vista, el gusto o el olfato si los productos que consumen han sido o no cocinados con este tipo de sustancias.

El CSPI consideraba que los productos así elaborados y cuyos riesgos no eran advertidos a las personas consumidoras eran (y son) productos inseguros y no aptos para el consumo según las leyes del Distrito de Columbia (lugar en el que se presentó la demanda).

No ha sido el único caso. Hace algunos años, la galleta Oreo fue llevada también a juicio por considerar que, entre sus ingredientes, no indicados, figuraban preci-

samente los ácidos trans. La demanda fue presentada ante la Corte Superior del Condado de Marin en San Francisco para que el tribunal decidiera prohibir la comercialización de tan popular galleta. La ley californiana determinaba que los fabricantes eran responsables de la falta de información de sus productos si no hacían mención de los peligros que puede comportar su consumo. Finalmente, se llegó a un acuerdo y la demanda fue retirada. La empresa aceptó la vía de advertir de los posibles riesgos de sus productos a las personas consumidoras de forma voluntaria o bien de cambiar la formulación del producto.

En 2003, la organización Ban Trans Fat, con sede en California, presentó una demanda contra McDonald's. La cadena de comida rápida estadounidense aceptó pagar 6,5 millones de euros para evitar el juicio por la demanda relativa a la utilización de ácidos grasos trans y la falta de información que recibe la persona consumidora sobre la misma. En virtud del acuerdo alcanzado, McDonald's tomó el compromiso de pagar 7 millones de dólares a la Asociación Americana del Corazón, destinada a financiar una campaña de sensibilización a los consumidores. Además, la compañía gastaría 1,5 millones más en informar sobre el estado de sus esfuerzos para retirar los trans de sus productos.

Recordar que, en la República Dominicana, las empresas no tienen ninguna obligación de indicar este componente.

► **Ácidos grasos saturados**

El segundo tipo de grasa pernicioso para la salud son los ácidos grasos saturados. Existe evidencia fuera de toda duda de que el consumo excesivo de grasas saturadas es perjudicial para la salud. Esta evidencia ha conllevado que, durante los últimos años, se haya recomendado disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol como una estrategia de salud pública para prevenir, especialmente, la enfermedad cardiovascular⁴⁴. La sustitución de grasas saturadas por insaturadas se ha asociado a una disminución de los niveles séricos de colesterol LDL (el llamado, comúnmente, el malo) y a un menor riesgo de enfermedad coronaria.

42 Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en septiembre de 2011.

43 <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/normativa-legal/2007/06/04/27808.php>

44 https://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3608/criterios_nutrientes.pdf

Una práctica habitual en la industria alimentaria consiste en reducir la cantidad de grasas saturadas al tiempo que se incrementa la de azúcares añadidos (para compensar las modificaciones en textura, palatabilidad, etc.). Pues bien, la evidencia científica al respecto indica que, la sustitución de grasas saturadas por hidratos de carbono refinados y azúcares añadidos no solo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, sino que hace aumentar los niveles de triglicéridos y partículas LDL pequeñas y densas, y disminuyen las concentraciones de partículas HDL, todos ellos son efectos asociados a un aumento de la prevalencia de obesidad y resistencia a la insulina (diabetes). Por ello, la recomendación de consumir menos cantidad de grasas saturadas como una estrategia de salud pública debería asociarse a la recomendación de ingerir menos azúcares añadidos.



4

¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

Las causas de fondo del auge de la alimentación insana

Hemos analizado hasta aquí la descripción de una realidad: la alimentación actual, altamente procesada y que se ha convertida en la base de nuestra dieta, nos enferma, es lo que más nos enferma y lo hace cada día más. Hemos visto la vinculación entre la alimentación insana y diversas enfermedades. Hemos mostrado los componentes críticos de la alimentación que nos enferman. Hemos transitado, por tanto, en el qué. Ahora toca el porqué. ¿Por qué comemos tantos alimentos insanos? ¿Por qué la dieta se ha transformado en el principal factor de riesgo para nuestra salud? Se trata, por tanto, de profundizar en las raíces causales de todo ello.

Como decíamos al final del primer capítulo, comer no es simplemente ingerir alimentos. Es un acto profundamente sociológico. Todo ello contrasta con cierta ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc.), de la misma manera que comer más o menos sano dependería, sobre todo, de cada persona, siendo la alimentación un acto puramente individual prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Comer insano, por tanto, sería fruto de una decisión individual previa (cada una de nosotras sería culpable de sus propias enfermedades por «no haberse cuidado»). En realidad, es una evidencia fuera de toda duda que la alimentación insana no es un problema individual. Se trata de una pandemia cuyas principales causas son sistémicas y estructurales.

Frente a estas causas, no sirven las medidas basadas exclusivamente en campañas educativas sobre buenos hábitos alimentarios. Como en otras problemáticas estructurales que afectan a la mayor parte de la población, las respuestas deben ser políticas y coordinadas. Es necesaria una política pública que aborde decididamente el haz de causas denunciadas por varios organismos internacionales independientes y asociaciones científicas y de profesionales. Hay que tener claro que estamos ante un problema político y no individual, ante una vulneración de derechos y no ante una mala elección de consumo; es imprescindible para reivindicar una política pública fuerte que modifique los aspectos sociales, económicos y culturales que causan la alimentación insana.

■ ¿Cómo se convirtió la alimentación en un problema?

No existe una razón única que explique la actual epidemia de alimentación insana. Es la combinación de una serie de factores, pero el más importante de todos ellos es sin duda el cambio de nuestro patrón alimentario, que ha supuesto un incremento muy significativo del consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas e hidrogenadas, azúcares añadidos y sal. En la República Dominicana, en los últimos 15 años, se ha incrementado un 47% el consumo de azúcar⁴⁵. El azúcar añadido, las grasas insanas o el exceso de sal no viajan en el vacío, no se teletransportan hacia nuestras bocas: el vehículo principal que los aloja es la alimentación procesada. Actualmente, nuestra dieta está basada principalmente en alimentos procesados. Y no estamos hablando de procesos de manipulación tradicionales como rebanado, deshuesado, picado, pelado, triturado, cortado, limpiado, desgrasado, descascarillado, molido o refrigerado, ni de otros procesados mínimos, sino de la absoluta predominancia de productos con ingredientes añadidos con el fin de alterar sus cualidades organolépticas (sabor, aspecto y textura), o de alterar sus características de conservación, transporte, almacenado o precio.

La progresiva industrialización de nuestros alimentos es un factor, pero también lo son la progresiva desconexión de la población con los alimentos, con su origen, variedad, temporalidad, cocina y cultura, combinado con cambios significativos en la producción de los mismos y un sofisticado uso constante de promoción y persuasión por parte de la industria alimentaria.

La industria alimentaria se ha convertido en un agente poderosísimo con enorme capacidad de condicionar el sistema de producción y consumo alimentario. Su enorme peso también influye de manera notable sobre las decisiones políticas, por lo que se ha convertido en uno de los principales lobbies en el mundo y también en la República Dominicana. En ocasiones, esto puede condicionar las políticas en un sentido que no siempre favorece los intereses de la población en relación con su salud. Baste con recordar su obsesión por no diferenciar alimentos con buen o mal perfil nutricional, hecho que ha llevado al bloqueo sistemático de toda iniciativa

académica y política que intente aplicar los distintos modelos de perfiles nutricionales existentes en la actualidad, entre ellos, los aprobados por la OPS. Perfiles que han demostrado su utilidad para elaborar políticas públicas que intenten limitar el consumo o publicidad de los alimentos con peor perfil nutritivo. Lo mismo cabe decir de la oposición a la instauración del semáforo nutricional en el etiquetado de los alimentos. Basta con leer el comunicado de la FECAICA (Federación de Cámaras y Asociaciones Industriales de Centroamérica y República Dominicana) sobre las iniciativas de etiquetado frontal alternativo⁴⁶.

Gracias a su acción, tenemos una ausencia casi total de políticas públicas que aborden el tema de la alimentación insana como se merece en virtud de la gravedad de los impactos que está generando. La estrategia desarrollada por las Administraciones para combatir la obesidad, el sobrepeso, diabetes, las enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades asociadas se ha focalizado en poner la responsabilidad sobre las decisiones individuales y no sobre los determinantes sociales que han llevado a que una de cada cinco personas enferme a causa de lo que comen.

El actual problema derivado de la extensión de las dietas insanas debe también entenderse como resultado de un ambiente alimentario insano que, más allá de la publicidad o de la dificultad del etiquetado, tiene parte de su explicación en la parte educativa. Dentro de esta área, aunque no solamente, las escuelas públicas juegan y pueden jugar un papel clave en cambiar la situación. La incorporación de elementos en el ámbito educativo que actúen sobre el ambiente alimentario insano, las actuaciones como introducir elementos de cocina y salud alimentaria en el ámbito curricular, educar críticamente acerca de los alimentos insanos, causas y consecuencias o la incorporación de los comedores escolares de proximidad o los huertos escolares —entendiendo que el comedor escolar y el servicio que en él se ofrece van mucho más allá del simple hecho de «dar de comer»—, son puntos importantes en el proyecto educativo, ya que desarrollan una función educativa, formativa y social. De este modo, el comedor escolar se convierte también en una herramienta con la que trabajar la corresponsabilidad, la cooperación y unas relaciones más justas entre las y los jóvenes.

45 Cálculo propio a partir de los datos de consumo interno de azúcar de INAZUCAR

46 www.cicr.com/wp-content/uploads/2017/11/Observaciones-de-FECAICA-con-respecto-al-Etiquetado-Frontal-de-Alimentos.pdf

Publilandia

■ Importancia de la publicidad

La publicidad es un elemento cotidiano en la sociedad actual. Vivimos inmersas en ella. Desde la infancia —incluso antes de nacer a través de nuestras progenitoras— y a lo largo de toda nuestra vida, somos receptoras de mensajes publicitarios.

La refinada y muy abundante mercadotecnia de la gran industria alimentaria es una poderosa fuerza sociocultural. Como decíamos antes, la capacidad real de control consciente que tenemos como consumidoras sobre nuestra alimentación es muy baja. De hecho, está ya fuera de toda duda académica que la capacidad real de decisión consciente del consumidor es mucho menor de lo que suponemos. Un simple detalle de nuestro entorno sociocultural (detalles ampliamente estudiados por la industria alimentaria) puede suponer un cambio radical en el consumo individual (la mayor parte de las veces inconsciente).

Además, esta sofisticadísima mercadotecnia de la industria y distribución alimentaria ha entrado de lleno en el terreno de lo simbólico (publicidad emocional)⁴⁷, especialmente en la publicidad dirigida al público infantil. La correlación de fuerzas en el terreno de la publicidad es descomunal⁴⁸: solo la compañía PepsiCo destinó 1.700 millones de dólares en publicitar productos como las patatas fritas Lay's y los *snacks* de maíz fritos. Además, la mercadotecnia alimentaria genera una auténtica lluvia torrencial de impactos que refuerzan los estereotipos de género y contribuyen de manera significativa a mantener y agrandar la desigualdad.

47 La mercadotecnia simbólica de los alimentos supone que se está persuadiendo a los niños para comer determinados alimentos no sobre la base de su sabor, u otros beneficios, sino por su lugar en una matriz social de significado. http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol24_es.pdf

48 http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol24_es.pdf

■ ¿Qué es la publicidad?

Existen diversas definiciones sobre este término, pero vamos a quedarnos con la que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entiende que la publicidad «es la presentación pública y promoción de ideas, bienes o servicios, pagada por un patrocinador que pretende dirigir la atención de los consumidores hacia un producto a través de una variedad de medios de comunicación tales como la televisión en abierto y por cable, radio, prensa escrita, vallas publicitarias, Internet, o contacto personal».

Medios publicitarios

Los medios publicitarios son los diferentes canales de comunicación a través de los cuales se transmiten los mensajes publicitarios. Tradicionalmente, se han dividido en medios convencionales y no convencionales, que en casi todas las clasificaciones comprenden estos contenidos:

Medios convencionales

- > Prensa: diarios, revistas y publicaciones gratuitas
- > Radio
- > Televisión
- > Cine
- > Exterior

Medios no convencionales

- > Publicidad directa
- > Publicidad en puntos de venta
- > Medios electrónicos, informáticos
- > Anuarios y directorios
- > Patrocinios y esponsorización
- > Ferias y exposiciones
- > Regalos publicitarios
- > Promociones de venta
- > Relaciones públicas

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

De todos los medios, el televisivo es el más utilizado por la industria para difundir sus mensajes publicitarios, siendo también el medio en el que más se invierte (27.000 millones de pesos). La televisión ofrece a los anunciantes la posibilidad de optar por diversas formas de publicidad: **spot**, **patrocinio**, **publicidad estática** (publicidad que se expone en espacios abiertos, como en los estadios deportivos en forma de vallas publicitarias laterales durante las competiciones emitidas en televisión; debido a la presencia en segundo plano de este tipo de publicidad, suele mostrarse con una elevada frecuencia para conseguir impactar en el usuario), **publicidad interactiva**, **bumper** (formato que integra un producto o marca del anunciante en las cortinillas de la cadena de televisión, creando una vinculación entre ambos; su duración suele oscilar entre 2 y 15 segundos), **sobreimpresiones**, **publirreportaje**, **product placement** (inserción de un producto o marca durante el desarrollo de un contenido audiovisual, principalmente en cine y teleseries), **televenta** o **infomercial** (anuncios con una duración similar a la de un programa de televisión y que se emiten fuera de horario, generalmente de 2 a 6 de la mañana), **telepromoción** (utilización de un personaje destacado de la programación de la cadena para realizar una promoción de un producto; las caras de la cadena se vinculan directamente con el producto dando notoriedad y originalidad a la acción), **bartering** (intercambio en el que la cadena de televisión ofrece al anunciante un espacio televisivo para que este último pueda crear su propia producción audiovisual dirigida a promocionar su marca o producto).

El objetivo de esta lista no es únicamente entender cada técnica publicitaria, sino también ver la enorme diversidad de herramientas de las que disponen los anunciantes, muchas de ellas muy sutiles.

También debemos destacar el propio envase de los alimentos que, como hemos visto en el apartado anterior, son auténticos spots estáticos. Y aunque no forma parte del grueso de este estudio, no olvidemos otros canales de publicidad como las promociones que se realizan directamente en espectáculos, atracciones y demás eventos relacionados con el público infantil, o incluso las escuelas.

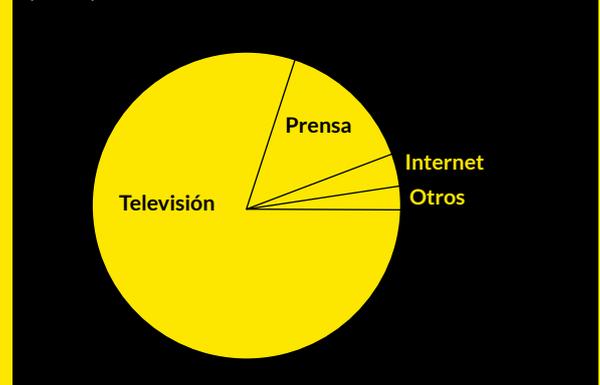
■ La inversión publicitaria en la República Dominicana

Según los últimos datos, la inversión publicitaria es de más de 33.000 millones de pesos.

TABLA 03. Inversión publicitaria en 2017 (en millones de pesos)

Formato	Millones de pesos
Televisión	27.000
Prensa	5.062,5
Internet	1.116
Otros	571,5
Inversión publicitaria total	33.750

GRÁFICO 17. Inversión en publicidad por formatos (2017)



La mayor parte es a través de la televisión. De hecho, la suma de televisión y prensa supone el 85% de toda la inversión.

Para entender la magnitud de la cifra, podemos comparar la inversión total en publicidad con otras partidas económicas. Así, vemos que **las empresas invierten tanto dinero en publicidad como la mitad de todo el presupuesto nacional de Salud Pública y Asistencia Social, o diez veces más que todo el presupuesto del Ministerio de Deportes, Educación Física y Recreación o tres veces más que todo el presupuesto del Ministerio de Agricultura.**

■ La inversión en *marketing* por parte de la industria alimentaria

Solamente una empresa como Nestlé, invirtió prácticamente 800 millones de pesos en publicidad en la República Dominicana en el año 2016. Esto significó más del 2% del total, con más de 60.000 inserciones publicitarias anuales. Es decir, que cada día, Nestlé lanzó 160 inserciones publicitarias. En 2017, el Gobierno gastó 16 millones.

Como decíamos, la inversión que las empresas hacen en publicidad (entendida como la compra de espacios en medios de comunicación o similares) solamente es una parte de lo que destinan a *marketing*. El *marketing* va mucho más allá de la publicidad.

Como podemos ver, la publicidad y el *marketing* es una poderosísima fuerza social, donde la industria alimentaria invierte enormes cantidades de dinero y esfuerzo con la lógica intención de modificar las compras y el consumo alimentario. Como ejemplo, un revelador estudio sobre el «efecto de los 30 segundos»⁴⁹ mostró la gran influencia que puede tener un simple anuncio en la población infantil. Se mostró a dos grupos de menores de entre dos y seis años unos dibujos animados, con la única diferencia de que un grupo vería el anuncio publicitario de un producto alimenticio. Al terminar la sesión, se pidió a niñas y niños que eligieran entre distintas parejas de alimentos: los que vieron los comerciales eligieron los productos promocionados en mayor proporción. Otro truco que funciona: en el Reino Unido, tres cuartas partes de los progenitores reconocen que han comprado comestibles a sus hijos e hijas por el regalo que incluía.

En la República Dominicana, ya hemos visto que la televisión sigue siendo el medio de comunicación masiva de mayor penetración en el país y, consecuentemente, recibe la mayor inversión publicitaria. En este canal, el contenido dirigido a la población infantil lidera la audiencia de los fines de semana, superando a los otros tipos de programas⁵⁰.

49 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822301000128>

50 Nielsen

■ El *target* infantil

«Los niños son especialmente vulnerables a la influencia de anuncios publicitarios, así que debemos protegerlos con medidas firmes y eficaces de salud pública.»

OPS

El término *target* ('diana') se utiliza en publicidad para designar al destinatario ideal de una determinada campaña, producto, servicio o bien. Entre todos los *targets*, la población infantil es un grupo de población muy interesante para las empresas anunciantes. Se ha estimado que la población infantil ve una media de 95 anuncios al cabo del día y más de 34.000 anuncios al año⁵¹.

Además, en el caso del público infantil, existe un considerable número de anuncios de bebidas y comidas que se construyen en torno a una promoción. El regalo se convierte así en el eje central del anuncio.

Este interés por el público infantil se ha explicado por las siguientes razones⁵²:

1. La influencia de la infancia en las compras familiares de las que también son beneficiarias a través fundamentalmente de la estrategia infantil de petición de compra basada en la insistencia a los padres y madres (mercado indirecto). En el sector alimentario, el 67% de la población infantil realiza peticiones específicas de alimentos cuando acompañan a sus progenitores a la tienda de comestibles.
2. La población infantil es una fuente de consumidores futuros (mercado futuro).
3. La población infantil posee, aunque pueda parecer lo contrario, capacidad de gasto propia (dinero de bolsillo), con el que atienden a su mercado directo, constituido por productos de precio muy reducido (mercado primario o directo). Aunque el volumen de gasto directo que tiene la población infantil puede considerarse una cifra insignificante, no pasa inadvertida para las empresas alimentarias. Estas lanzan productos con un precio muy reducido y, por tanto, asequibles para la población infantil.

51 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&iid=06/11/2013-9d151ea05e>

52 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&iid=19/02/2014-a6a60b4c7b>

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

4. La población infantil influye también en las compras de las personas adultas, aunque no sean beneficiarias directas o indirectas (influencia en mercados ajenos)

La población infantil representa, en el mundo, un mercado de 450.000 millones de euros. Debemos tener en cuenta que la población infantil influye en el 43% de las compras familiares⁵³. Con estas cifras nos damos cuenta de hasta qué punto es importante la población infantil en el mercado y, más concretamente, en el mercado alimentario, y que la industria alimentaria ejerce una presión intensa sobre ella.

Si analizamos las compras realizadas por población infantil (de 4 a 12 años) y la catalogamos, nos encontramos con los siguientes datos⁵⁴:

- > Alimentos y bebidas: 33%
- > Juguetes: 28%
- > Ropa: 15%
- > Películas y deportes: 8%
- > Videojuegos: 6%
- > Otros: 10%

Las dos características que definen a la población infantil como consumidora son la inmediatez (el tiempo entre el deseo y el cumplimiento del deseo es corto) y la selección (ante una oferta extensa, escogen lo que les gusta y lo consiguen).

En su relación con las marcas, las menores con edades inferiores a los 7 u 8 años solo se detienen en los rasgos aparentes como el color o la forma⁵⁵. A partir de esa edad, se fijan en los atributos más abstractos, menos obvios y observables como el sabor, el significado y el estilo que transmite.

La población infantil tiene una gran confianza en la publicidad, y no siempre entienden la dimensión persuasiva de la misma. Al no tener la capacidad para detectar esta dimensión, se convierten en un sector altamente

vulnerable ante ella. En un interesante estudio⁵⁶, los investigadores siguieron a un grupo de desde la infancia hasta la adolescencia para evaluar sus opciones de marcas comerciales. La mitad de las marcas escogidas en la adolescencia eran ya las mismas que habían seleccionado en la infancia, es decir, que los impactos en la infancia se arrastran durante años. De hecho, desde la edad de 10 años, un niño o niña ha aprendido de memoria de 300 a 400 marcas. La propia OMS nos dice que la población infantil que reconoce múltiples marcas⁵⁷ a la edad de cuatro años son más propensos a seguir una dieta insana y a padecer sobrepeso, y añade que las menores con exceso de peso responden más que los otros pequeños a la publicidad de alimentos insanos.

La OMS, presentando los resultados de una investigación sobre este tema, ha declarado que la comercialización de alimentos poco saludables contribuye a un «entorno propicio a la obesidad que hace que la elección de alimentos saludables más difícil, especialmente para la población infantil».

Datos de estudios independientes (región de América Latina y Caribe)

El 73% de los niños y niñas dijeron que la publicidad alimentaria influía, más que ningún otro factor, en los alimentos que compraban⁵⁸. Casi tres cuartas partes de los niños dijeron que adquirieron alimentos o bebidas anunciados en la televisión con ofertas de premios o regalos. Este efecto fue mayor entre los niños de los grupos de las clases socioeconómicas baja y media (78% y 75%, respectivamente); entre los niños de los grupos socioeconómicos más elevados, la probabilidad de comprar alimentos o bebidas anunciadas con la oferta de premios o regalos fue menor. Casi un 65% de los niños dijeron que seguían comprando ese tipo de productos aun cuando la oferta promocional hubiera terminado⁵⁹.

El 73% de los alimentos anunciados en la televisión y atractivos para los niños y niñas podrían clasificarse como «insalubres». Las empresas también se valen de

53 Minot, Françoise (2002). Les enfants et la publicité télévisée

54 Wootan, Margo (2003), *Pestering Parents: How Food Companies Market Obesity to Children*

55 <http://rua.ua.es/dspace/bits-tream/10045/14444/1/978-84-7356-542-4%20Marketing%20y%20Ni%C3%B1os.pdf>

56 Minot, Françoise (2002). Les enfants et la publicité télévisée

57 www.childhoodobesityfoundation.ca/files/files/AMoreI_food_advertising_directed_at_children.pdf

58 www.alana.org.br/banco_arquivos/arquivos/docs/biblioteca/pesquisas/interscience_influencia_crianca_compra.pdf

59 Olivares SC, Albala CB, GarcíaFB, Jofré IC (1999). Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 1999;127:791-9

la publicidad para anunciar promociones, obsequios y concursos en sus sitios web⁶⁰.

La promoción de bebidas gaseosas y comida rápida tiene como objetivo crear vínculos emocionales con los niños, crear «diversión y emoción» para estimular la lealtad a la marca y promover la adquisición repetida mediante las promociones de objetos coleccionables. La promoción de bebidas gaseosas y comida rápida dirigida a los niños también incluye el patrocinio de deportes, eventos musicales y programación infantil. La promoción en las escuelas es una táctica clave adoptada por las empresas de bebidas gaseosas de América Latina⁶¹.

Características de la publicidad dirigida a la población infantil

La estrategia de *marketing* incluye el uso de técnicas de persuasión para aumentar la probabilidad de venta con la población. Algunas de las técnicas tradicionales utilizadas en televisión son la repetición del mensaje, identidad de marca, demostración del producto para captar atención como productos atractivos, animaciones y apoyo de rostros y celebridades, premios y regalos, apelar a la popularidad entre pares y humor.

Se han descrito tres categorías de efecto que tendría la utilización de estas técnicas: efectos cognitivos, como la recordación o reconocimiento de promociones y marcas; efectos afectivos, como el gusto por determinados anuncios y marcas, y efectos comportamentales, como la compra o petición de compra de un producto o marca⁶².

En una amplísima revisión sobre la naturaleza de la promoción de alimentos dirigido la población infantil,

se concluye⁶³ que la televisión es el canal de difusión más dominante, pero que ha comenzado a disminuir cediendo espacio a Internet, correo electrónico, mensajería móvil, revistas, impresos como cómics, puntos de venta, reglas y muestras gratis, empaque, programas de fidelización, productos con licencia de personajes y programas, patrocinios y *marketing* dentro de establecimientos educacionales. Respecto a los productos más promocionados, se encontrarían los cereales para el desayuno azucarados, bebidas, *snacks* saborizados, confitería y comida rápida. Finalmente, describe las estrategias creativas utilizadas en la promoción incluyendo las técnicas de entretención como el uso de animaciones y ficción y las temáticas más utilizadas serían el sabor, humor, acción-aventura, la fantasía y la diversión.

Las estrategias publicitarias más utilizadas en televisión plantean que las técnicas no explicitan que son dirigidas a la población infantil; la mayoría utiliza mensajes indirectos para llegar al público infantil y a sus progenitores, a través de escenas de felicidad, grupos de amigas jugando y disfrutando de los alimentos que les ofrecen sus padres y madres, entregando el mensaje de que la población infantil será más feliz y estará más sana al consumir el producto. Esta complejidad característica de las técnicas de *marketing* no permite diferenciar con claridad cuándo una publicidad va dirigida «a la población infantil» o «a audiencia primaria infantil»; el uso de simbolismos y mensajes indirectos dificulta la creación de normas y regulación que efectivamente discrimine si una publicidad va dirigida a la población infantil o no.

Las estrategias de *marketing* en Internet *online* dirigidas a la población infantil incluyen juegos interactivos y actividades, clubes, concursos, sitios atractivos con audaces y llamativas gráficas y oportunidades para crear comunidades en línea a través de chats, redes sociales y de correo electrónico. La Red también puede ser utilizada para recoger los datos personales de la población infantil. Los sitios web de muchas compañías de alimentos están diseñados pensando en un público objetivo de la población infantil y adolescentes y van desde simples páginas informativas a sofisticados sitios interactivos con juegos y promociones.

60 Santiago AP, Lancellotti CC. Análisis de la publicidad de alimentos orientada a niños y adolescentes en canales de televisión abierta: informe técnico. Santiago, Chile: Centro de Estudios, Liga Ciudadana de Consumidores, 2009

61 Globalization, diets, and noncommunicable diseases. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002

62 <http://misterpeters.pbworks.com/w/file/fetch/47871911/advertising1.pdf>

63 [www.researchgate.net/profile/Martin_Caraher/publication/224913736_Systematic_reviews_of_the_evidence_on_the_nature_extent_and_effects_of_food_marketing_to_children_A_retrospective_summary_httpdx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.017_\(accessed_January_2015\)/links/0912f510ab941d48c400000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Martin_Caraher/publication/224913736_Systematic_reviews_of_the_evidence_on_the_nature_extent_and_effects_of_food_marketing_to_children_A_retrospective_summary_httpdx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.017_(accessed_January_2015)/links/0912f510ab941d48c400000.pdf)

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

Ese mismo estudio determina la evidencia de una relación modesta pero significativa entre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas y los conocimientos y percepciones acerca de qué es lo que constituye una dieta saludable, las preferencias alimentarias, el consumo de alimentos, (referido al aumento del picoteo). Además, se establece una asociación fuerte y significativa entre la promoción de alimentos y compra y petición de compra, referente a las compras realizadas por la población infantil o la petición de compra a personas adultas y selección de marca y categoría de productos.

En un estudio norteamericano⁶⁴, se calculó los efectos potenciales de reducir la exposición de la población infantil de 6 a 12 años a la publicidad de alimentos en televisión, y se estimó que entre uno y tres de cada siete niños y niñas obesas en los Estados Unidos podrían no haber sido obesos si se eliminaba totalmente la publicidad de alimentos no saludables en la televisión.

GRÁFICO 18 Naturaleza de la publicidad dirigida a población infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



GRÁFICO 19 Efectos de la promoción de alimentos hacia público infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



64 Lennert Veerman J, Van Beeck EF, Barendregt JJ Mackenbach JP. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health (2009)

Símil con el tabaco

El caso más estudiado de los efectos de la publicidad en salud es el del tabaco, donde se han generado las primeras intervenciones de tipo regulatorio, por lo que son importantes para tener como antecedente. La gran mayoría de los estudios transversales indican una fuerte asociación entre la exposición a la publicidad de cigarrillos y el comportamiento de fumar.

La evidencia ha demostrado seis puntos: que la exposición a la publicidad sería anterior al inicio del uso de cigarrillos; que la exposición aumentaría el riesgo de inicio del consumo; que existiría una relación entre la dosis de exposición y la respuesta; es decir, a mayor exposición mayor riesgo de consumo; que la asociación recién planteada sería robusta, que existe una explicación científico teórica acerca del mecanismo de influencia de la promoción en la conducta de consumo de cigarrillos y que no hay otra explicación además de la causalidad para explicar el fenómeno⁶⁵.

Algunos tipos de ganchos comerciales usados para influir en la población infantil son recogidos en diversos estudios:

- > **Juguetes:** muñecos, figuras, tatuajes, tazas.
- > **Artículos coleccionables:** juguetes, láminas de álbum, pegatinas. Al ser coleccionables, obligan a comprar varias veces el producto para completar la colección.
- > **Concursos:** premios en sorteos por cupones incluidos en los productos, por hacer alguna tarea encomendada por el producto (enviar un dibujo, foto, etc.).
- > **Cupones:** descuentos para el cine, descuentos para una pizza, etc.
- > **Juegos:** los juegos pueden estar incluidos en los envases, tales como puzzles, dominós, figuras para pintar, sopas de letras, elementos recortables y armables. Si bien en esta oportunidad no se detectó, en años anteriores se ha observado el regalo de CD de juegos para ordenador en cajas de cereales.

- > **Códigos:** utilizados para acceder a aplicaciones de sitios web, habitualmente juegos, concursos o descargas de aplicaciones (por ejemplo, protectores y fondos de pantalla).

Hay que añadir que la mayoría de estos ganchos comerciales, por sus características, estaban dirigidos a la población infantil. En muchos casos, los ganchos publicitarios combinan más de una de las categorías antes mencionadas. Además, estos ganchos se refuerzan con otros recursos de *marketing* como el uso de personajes, ya sean propios de la marca o de licencia, colores atractivos, etc.

El uso de ganchos comerciales se concentra, justamente, en los alimentos más insanos: comida rápida, cereales para el desayuno, dulces y chocolates, galletas, helados, saborizantes para leche, productos lácteos, zumos y bebidas gaseosas, gelatinas, fideos, aperitivos y salsas de tomate⁶⁶.

Según el informe *Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil*: “Estudios internacionales muestran que los niños entre 2 y 17 años de edad ocupan en promedio 2,5 horas por día en ver televisión. Dentro de ese tiempo, están expuestos a un promedio de una publicidad de alimentos cada 5 minutos (cerca de 30 por día), que son principalmente de alimentos no saludables, emitidos con técnicas avanzadas de mercadeo y persuasión. Las estrategias publicitarias más utilizadas son las promociones y la asociación de los productos alimenticios a emociones positivas: diversión, felicidad, juego, fantasía, imaginación, integración social y aceptación de los pares. La publicidad de alimentos es más intensa durante el periodo de programas infantiles que durante la banda dirigida a la audiencia general⁶⁷.”

65 <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e-14629b92e0400101650119e3.pdf>

66 <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e-14629b92e0400101650119e3.pdf>

67 http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300009

La publicidad infantil de alimentos y la calidad nutricional de los alimentos publicitados

Llegados hasta aquí, recordemos las cifras de obesidad y sobrepeso infantil en la República Dominicana, recordemos que ello nos sitúa en el primer lugar del *ranking* europeo y en el pódium del mundial. Recordado todo esto, y visto hasta qué punto la publicidad incide sobre esta población y hasta qué punto es vulnerable, entenderemos por qué está claramente justificada la demanda de que las Administraciones competentes regulen estrictamente este tipo de publicidad.

Pero ¿tan malos son los alimentos que se traga la población infantil a través de la publicidad? Una vez hemos visto el gran número de impactos publicitarios que recibe la población infantil, hasta qué punto son un público objetivo de la industria alimentaria y por qué representan una población vulnerable ante la publicidad, veamos qué tipo de impactos publicitarios alimentarios reciben desde el punto de vista de la salud nutricional de estos.

Empecemos con un dato ilustrativo⁶⁸. Los cereales anunciados con el público infantil como objetivo, tienen, en general, un 85% más de azúcar, un 65% menos de fibra y un 60% más sal que los cereales para adultos. A esto sumemos el hecho de que la población infantil preescolar ve un promedio de 642 anuncios de cereales al año solo en la televisión.

En la mayor parte de los países, los alimentos más ofertados son ricos en calorías, grasas, azúcares simples y sodio y rara vez se incluyen alimentos nutritivos de bajo costo. Taras y Gage encontraron que, de los alimentos publicitados en televisión, el 69% son altos en azúcar refinada, el 35% altos en grasa y el 20% altos en sodio. Existe una gran discrepancia entre la calidad nutricional de los productos alimenticios publicitados y la dieta normal recomendada para la población infantil⁶⁹.

68 Harris et al. (2009). Priming effects of television food advertising on eating behavior. Si bien el estudio está centrado en el público norteamericano, la realidad de la República Dominicana no está muy lejana, pensemos que tanto las empresas como las marcas son las mismas, así como el consumo promedio (unos 5 kg) y también el número de impactos publicitarios.

69 http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300009

Efecto de la publicidad televisiva de alimentos

El estudio *Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil* concluye que: “La publicidad de alimentos en televisión se correlaciona con el requerimiento que los niños hacen a sus padres y madres y el patrón de alimentación de los niños expuestos. Se ha observado asociación significativa entre el número de horas que el niño ve televisión e ingesta de energía, lípidos y azúcares, el Índice de Masa Corporal (IMC), el porcentaje de grasa corporal y la prevalencia de obesidad. Un estudio ecológico que incluyó información de Australia, Estados Unidos y ocho países europeos, demostró asociación entre la proporción de niños con sobrepeso y el número de anuncios por hora en la televisión.

En Estados Unidos se desarrolló un modelo matemático de simulación para estimar los posibles efectos de la disminución de la exposición a la publicidad televisiva de alimentos en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 12 años. Si la exposición se redujera a cero la prevalencia de obesidad disminuiría de 17,8 a 15,2% (IC 95%: 14,8-15,6) en varones y de 15,9 a 13,5% (IC 95%: 13,1-13,8) en niñas. Uno de cada tres a uno de cada siete niños obesos podría no haber desarrollado obesidad, en la ausencia de publicidad de alimentos poco saludables en la televisión”.

Se anuncia lo contrario de lo que se recomienda

Como hemos visto anteriormente, existen diversos estudios que ponen de manifiesto tres cosas: la preponderancia de los anuncios alimentarios en la televisión, la predominancia aún mayor de estos dirigidos al público infantil y que la práctica totalidad de ellos son de alimentos insanos.

Los anuncios de televisión están copados por productos cuyo consumo frecuente genera, sin lugar a dudas, problemas de salud. La conclusión más relevante es que **el mensaje predominante que llega al telespectador infantil y juvenil que recibe estos anuncios va justo en la dirección opuesta a una educación alimentaria basada en la dieta equilibrada y puede reducir la eficacia de las campañas institucionales en contra de la obesidad infantil y a favor de un estilo de vida sano.** Los anuncios de alimentación que más abundan en las horas en que más población infantil y jóvenes hay delante de la televisión venden los productos menos

recomendables para su dieta diaria, como bollería, dulces, golosinas, aperitivos, precocinados, alimentos muy grasos y refrescos. La evidencia científica⁷⁰ indica que “los alimentos y las bebidas que con mayor frecuencia se promocionan a los niños (por ejemplo, cereales preendulzados para el desayuno, bebidas gaseosas, golosinas, refrigerios salados y comida rápida) difieren radicalmente de las recomendaciones alimentarias actuales para su crecimiento y desarrollo óptimos.

La naturaleza de los mensajes publicitarios de alimentos. Los mensajes publicitarios de alimentos dirigidos a los niños son repetitivos y dominantes, y forman una parte importante de sus entornos cotidianos. Cada vez hay más pruebas de que la publicidad televisiva, pese a su indudable importancia como herramienta de promoción de alimentos, es tan solo parte de un esfuerzo promocional más amplio que suele centrarse en el reconocimiento de una marca y el establecimiento de relaciones de lealtad con los consumidores. El contenido de los mensajes publicitarios es fundamental en este proceso, sobre todo las estrategias creativas utilizadas,

La publicidad televisiva es la forma más utilizada de promoción de alimentos dirigida a los niños. Hay datos científicos fehacientes que vinculan este tipo de publicidad con el conocimiento de los niños sobre los alimentos, sus preferencias, solicitudes de compra y pautas de consumo.

La exposición a la publicidad televisiva está asociada con una mayor preferencia por alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcares o sal, así como con mayores solicitudes de compra de estos tipos de alimentos. Asimismo, se relaciona con un mayor consumo de refrigerios y bebidas con alto contenido de azúcar, un consumo de alimentos con escaso valor nutricional y una mayor ingesta calórica. El efecto de la publicidad televisiva es independiente de otros factores que influyen en los hábitos alimentarios entre los niños, como la edad y la influencia de los padres; además, tiene un efecto a nivel de las marcas (es más probable que los niños soliciten la compra de una marca de refrigerio anunciada) y las categorías (es más probable que los niños soliciten la compra del tipo de refrigerio anun-

ciado). Además, es muy probable, como señala la OPS, que los resultados de estos estudios sobre la publicidad televisiva hayan subestimado el efecto general de los mensajes publicitarios de alimentos destinados a los niños, habida cuenta del carácter pluralista e integrado de este tipo de mensajes”.

La publicidad sexista y hábitos de alimentación en población infantil y adolescente

Si bien las causas de las conductas no saludables en relación a alimentación son múltiples, la investigación científica ha probado la influencia de los medios de comunicación y otros factores socioculturales. En los dos casos, el factor género actúa con contundencia⁷¹.

La mayor parte de estudios sobre publicidad y género en alimentación se han centrado en trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia y en cómo la publicidad impacta y moldea conductas alimentarias vinculadas a la imagen corporal. Así, se describe que el cuerpo y la imagen corporal forman parte integrante del desarrollo psicológico desde la infancia y se convierte en determinante al llegar la adolescencia. La presión de los roles de género y los cánones de belleza puede tener efectos perniciosos en estos procesos de formación, produciendo alteraciones de los hábitos alimentarios que se manifestarán, en ese momento o más adelante, en problemas de salud. También es importante destacar que la preocupación por el aspecto físico y la interiorización de los modelos estéticos corporales vigentes en nuestro contexto cultural empiezan cada vez más pronto.

Los medios de comunicación de masas tienen un creciente papel socializador en las sociedades avanzadas actuales. Esto hace que los procesos de producción y reproducción de los hábitos alimenticios estén cada vez más condicionados por instancias ajenas a la institución familiar, como por ejemplo la agroindustria transnacional, cuyas estrategias productivo-publicitarias y de venta tienen un decisivo papel en la formación social de las preferencias alimenticias de las personas. Por otra parte, la socialización alimenticia de las personas no puede entenderse al margen del hecho de que éstas, en tanto sujetos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad, son propensas a mantener perspectivas o acti-

70 Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285&Itemid=270&lang=en

71 <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4577&tipo=documento>

tudes diversas, plurales y más o menos críticas hacia los hábitos y las predisposiciones alimentarias adquiridas⁷².

Podemos añadir que, cruzándose con la masiva publicidad de alimentos insanos dirigido a la población infantil, se encuentra la publicidad sexista dirigida a esa misma población. Al mismo tiempo que empujamos, a través de la publicidad, a la población infantil y juvenil a una alimentación insana, lo hacemos también (en muchas ocasiones en el mismo anuncio o campaña) hacia una desigualdad de género y apuntalamiento de los roles que la generan.

■ Regulación de la publicidad alimentaria insana

Como hemos visto, la publicidad tiene un impacto determinante en las compras de la población. Si la publicidad alimentaria es básicamente insana, eso influye (en mayor o menor medida) en la compra de alimentos insanos y en una dieta insana. Nos hemos centrado en la población infantil y los impactos publicitarios que reciben (que son mucho más insanos, si cabe, que los de la población adulta) por la importancia del problema de la mala alimentación en ella y porque se trata de una población vulnerable que, según la OMS y demás organismos internacionales, debería ser adecuadamente protegida en materia de publicidad perniciosa. De la misma manera que no se pueden publicitar según qué artículos en horario infantil o dentro de la programación infantil, parecería coherente, vista la gravedad de la situación de salud pública ante la que nos encontramos, que existiera algún tipo de control y protección infantil de este tipo de alimentación. ¿Existe? En la República Dominicana no.

La urgente necesidad de una regulación estricta de la publicidad

En 2012, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud publicó *Marketing de alimentos ricos en grasa, sal y azúcar para la población infantil: actualización 2012-2013*, donde declara que «por desgracia, el *marketing* de alimentos poco saludables dirigido a la población infantil ha demostrado ser desastrosamente eficaz». Y es que **las pruebas que**

confirman que el *marketing* de alimentos insanos «funciona» son indiscutibles. Como indiscutible es el efecto devastador que ejerce el consumo frecuente de dichos «alimentos» sobre la salud en general, y sobre el riesgo de obesidad infantil en particular, tal y como acreditan las 44 páginas del citado documento.

Según la OMS, mientras que los adultos sabemos cuándo estamos ante un anuncio, la población infantil no tiene esa capacidad. El tema de la libre elección individual es uno de los caballos de batalla de la industria, pero como hemos visto repetidamente en este informe, es un hecho comprobado que los seres humanos no funcionamos así. Somos altamente vulnerables en nuestras decisiones de compra de alimentos, y la población infantil lo es muchísimo más. En su caso, son terriblemente receptivas (y vulnerables) a mensajes que les conducirán a decisiones poco saludables o a insistir a sus padres y madre en que les compren determinados productos. Esta publicidad irrumpe, según la OMS, en escuelas, guarderías, supermercados, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, televisión, Internet y muchos otros entornos. Las técnicas de *marketing* incluyen patrocinios, utilización de personas famosas, mascotas u otros personajes populares entre la población infantil, mensajes de correo electrónico y de texto a través del teléfono móvil, actividades filantrópicas vinculadas con la promoción de una marca y un largo etcétera que abarca innumerables conductos y mensajes. Y en cuanto a los medios, la publicidad abunda también en las redes sociales de las que son usuarias, e incluso en las aplicaciones de teléfonos inteligentes dirigidas a la población infantil. Es la nueva amenaza del *marketing* digital, que tiene como ventaja para la industria alimentaria un coste económico muchísimo menor.

La recomendación número 1 de la OMS en sus *Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a la población infantil*, dicta que la calidad nutricional de los productos publicitados debería ser un objetivo prioritario a controlar. Pero como veremos, la forma de regulación más extendida (los códigos de autorregulación) en su gran mayoría no aborda esta problemática, ocupándose únicamente de aspectos éticos de la publicidad. En el caso de la República Dominicana, ni eso.

Esta organización internacional, la OMS, no se cansa de repetir que hay que controlar la publicidad y, lo que es más importante, también dice no se está haciendo. En 2010, ya indicó que los entornos donde hay población

72 <http://revistas.ucm.es/index.php/HICS/article/viewFile/44233/41795>

infantil «deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal». En su nueva publicación, tras analizar los cambios que se han producido en la última década, constata que siguen sin estar libres. La mayoría de los productos que aparecen publicitados en dichos entornos, como hemos visto, son alimentos insanos. Las principales categorías de alimentos anunciados son los refrescos, los cereales azucarados, las galletas, la confitería, la bollería, los platos preparados y los restaurantes de comida rápida. Ni más ni menos que la pirámide nutricional invertida.

Para discernir qué alimentos deberían ser objeto de restricción en la publicidad, la OMS propone que los Estados apliquen directrices internas sobre calidades nutricionales establecidas por órganos científicos, así como que se usen modelos de perfiles nutricionales o se establezcan categorías específicas de alimentos más o menos recomendables. Un ejemplo de este tipo de abordaje es la normativa implantada en el Reino Unido. Por su contra, veremos que la República Dominicana está a años luz de lo que propone la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), ya que sus organizaciones científicas más relevantes se niegan a establecer categorías de alimentos o perfiles más o menos saludables. Para la mayor parte de los estudios centrados en evaluar la calidad nutricional de los alimentos que inundan la publicidad infantil, se han utilizado las recomendaciones internacionales y las de países que sí han avanzado en este sentido.

No solamente la OMS, sino que decenas de organizaciones, alianzas y movimientos ciudadanos en todo el mundo lo están exigiendo. Uno de estos esfuerzos, que ha consistido en redactar y sistematizar las acciones que las Administraciones deberían poner en marcha para controlar la comercialización y publicidad de los alimentos dirigidos a la población infantil, ha sido desarrollado por la International Obesity Task Force (IOTF), que formuló ya en 2008 los llamados «Principios de Sídney», que exigían acciones legales para reducir la comercialización de alimentos insanos dirigida a la población infantil. Tres años después, la Academia Americana de Pediatría (AAP) abogó por la prohibición de la publicidad de comida basura (*junk food*) y de comida rápida en la programación televisiva específica para la población infantil y adolescentes.

A este respecto, la OMS señala: «La finalidad de cualquier medida reguladora deberá ser la de escudar a la población infantil frente al tipo de comercialización que

daña su dieta, mediante la reducción sustancial del volumen y el impacto de la promoción comercial entre la población infantil de alimentos y bebidas hipercalóricos y con bajo contenido de micronutrientes. El aumento moderado de la promoción de alimentos más sanos se considera insuficiente».

Ciertos estudios publicados en 2009 concluyeron que se podría evitar la obesidad de uno de cada tres niños y niñas si se prohibiera la publicidad de alimentos poco equilibrados en televisión.

En 2010, la Asociación de Dietistas de Canadá publicó un documento en el que declaraba que la regulación voluntaria de los anuncios publicitarios por parte de las empresas de alimentación no es suficiente para reducir el impacto negativo que dicha publicidad ejerce sobre la dieta de la población infantil, y que las restricciones deberían extenderse a todos los anuncios dirigidos a ella.

En marzo de 2013, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó un documento denominado *Retos y oportunidades para el cambio en el marketing de alimentos dirigido a la población infantil y jóvenes*, donde se afirma que la población infantil se expone todavía a «una enorme cantidad de publicidad comercial y de *marketing* relacionado con alimentos y bebidas». Según este organismo, el asunto es cada vez más preocupante debido a la imparable expansión de las redes sociales, que multiplica las puertas de entrada de dicha publicidad. Como era de esperar, el IOM ha afirmado que el *marketing* de alimentos y bebidas con baja calidad nutricional está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad infantil.

Realmente se hace difícil encontrar más voces, en más lugares, hablando más claro y diciendo lo mismo.

Sistemas de regulación de la publicidad alimentaria

La influencia demostrada de la publicidad en las preferencias alimenticias y las pautas de consumo de la población infantil hace que desde diversos sectores se haya venido manifestando la necesidad de regular esta área (parte de esas demandas fueron recogidas, como hemos mencionado, en los Principios de Sídney, consensuados por la International Obesity Task Force [IOTF])⁷³. La propia OMS hizo suyos estos objetivos en su Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a la población infantil, publicado en 2010, con el que se alienta a los Gobiernos a que instauren políticas dirigidas a reducir la promoción de alimentos ricos en grasas, azúcares o sal a la que está expuesta la población infantil. Con el propósito de aportar ayuda técnica a los Estados en la aplicación de estas Recomendaciones, la OMS publicó en 2012 un documento en el que se orienta sobre el desarrollo de políticas, implementación y supervisión, así como sobre la evaluación e investigación en esta área.

► Tipos de regulación de la publicidad alimentaria⁷⁴

Las regulaciones en esta área pueden dividirse en tres grandes categorías:

- Normativa estatutaria
- Directrices de Gobierno no estatutarias
- Autorregulación

En la normativa estatutaria, el desarrollo, la promulgación y la aplicación de la normativa es responsabilidad del Gobierno o de un organismo avalado por este. Por lo general, el objetivo de la regulación es doble: por un lado, garantizar que los anunciantes cumplan con ciertas pautas, y por el otro, limitar el tiempo y el contenido de la publicidad. En la tabla 05, podemos ver algunos ejemplos de objetivos de las restricciones estatutarias.

Las directrices de Gobierno no estatutarias tienen la misma finalidad que las estatutarias, pero carecen del soporte de la legislación. Son recomendaciones informativas, pero no son jurídicamente vinculantes.

73 http://es.consumersinternational.org/media/296994/codigo_ci_alimentos_publicidad.pdf

74 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-9d151ea05e>

TABLA 05 Normativa Legal: ejemplos de formas de restringir el tiempo o el contenido de los anuncios publicitarios dirigidos a la población infantil

Distribución en el tiempo (timing)	Prohibir la interrupción de programas de televisión infantiles con publicidad.
	Limitar la cantidad de tiempo durante los programas infantiles que puede dedicarse a la publicidad.
	Prohibir la publicidad durante cierto tiempo antes y después de los programas infantiles.
	Prohibir toda la publicidad dirigida a la población infantil en televisión.
Contenido	Prohibir la publicidad a la población infantil que contenga una oferta directa.
	Prohibir la aparición de la población infantil en los anuncios.
	Prohibir el uso de dibujos animados y personajes que aparezcan en los programas infantiles en anuncios para la población infantil.
	Prohibir la publicidad de determinadas categorías de productos a la población infantil.

Finalmente, en la autorregulación, la industria juega el papel fundamental, participando activamente y responsabilizándose de su propia regulación. Normalmente se compone de dos elementos básicos. El primero, un código de práctica —un conjunto de directrices que regulan el contenido ético de las campañas de *marketing*—, y el segundo, un proceso para el establecimiento, la revisión y la aplicación del código de buenas prácticas en el que suele implicarse una organización dedicada a la autorregulación (creada por la propia industria publicitaria), los medios de comunicación y las compañías que quieren publicitar sus productos. La autorregulación puede crearse a partir de una propuesta del Gobierno a la industria, pero también puede surgir como iniciativa propia de la industria.

Como las diferentes aproximaciones no son mutuamente excluyentes, en los últimos años han proliferado las formas que combinan distintos enfoques. Por ejemplo, la legislación puede ser complementada por directrices del Gobierno no estatutarias, y la autorregulación puede ser complementada por la normativa legal.

Entre las diferentes iniciativas regulatorias de la publicidad alimentaria, desde el punto de vista de la mala alimentación y la salud, las más abundantes son, con diferencia, las que abordan la publicidad infantil. Esto tiene coherencia con lo expuesto anteriormente: son un público altamente vulnerable y, al mismo tiempo, una diana prioritaria para la industria alimentaria.

► Tendencias regulatorias de la publicidad infantil de alimentos a nivel mundial⁷⁵

Al analizar la evolución mundial de la regulación de la publicidad alimentaria dirigida a la población infantil, se observaron las siguientes tendencias:

- El desarrollo de códigos de autorregulación por parte de la industria publicitaria y alimentaria (se trata de códigos desarrollados por la industria y asumidos y apoyados por los Gobiernos).
- Un lento desarrollo de la normativa legal por parte de algunos Gobiernos, a pesar del fuerte apoyo que este tipo de regulación tiene por parte de grupos de consumidores y profesionales de la salud pública.
- La concentración de la acción reguladora en algunos pocos países y su focalización en la publicidad televisiva, aunque con una creciente atención a otras técnicas de *marketing*.
- Una mayor atención a la supervisión y el cumplimiento de las regulaciones, aunque sigue siendo inadecuada en términos de medida del impacto de la regulación sobre la cantidad y calidad de la promoción alimentaria, y sobre las opciones alimentarias y dietéticas de la población infantil.

►



Un extenso recopilatorio de sistemas de regulación de la publicidad dirigida a la población infantil se puede encontrar aquí:

<http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e14629b92e0400101650119e3.pdf>

► Hacia una política de regulación de la publicidad televisiva de alimentos

El estudio *Regulación de la publicidad televisiva de alimentos para prevenir la obesidad infantil*⁷⁶, indica que “Las políticas públicas destinadas a promover un comportamiento saludable no han logrado contrarrestar los cuantiosos recursos invertidos en la producción y comercialización de alimentos que no promueven una mejor salud. El resultado es una «economía propicia a la obesidad», en la que los niños son un objetivo prioritario, según la OMS.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pidió a los Gobiernos tomar acciones para reducir los mensajes de mercadeo de alimentos no saludables. Para los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido directrices y normas respecto de la comercialización y publicidad de alimentos que van dirigidas a los niños. Desde entonces, la industria ha desarrollado métodos de autorregulación, la sociedad civil ha desarrollado campañas por restricciones legales y los Gobiernos han generado una serie de propuestas de regulación legal. Sin embargo, no ha sido fácil legislar y las nuevas reglamentaciones no han sido lo suficientemente claras y fuertes y no se han basado en la evidencia científica ni en un marco de referencia ético.”

75 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&i-d=06/11/2013-9d151ea05e>

76 <https://www.alanrevista.org/ediciones/2011/3/art-9/>

■ Regulación de la publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil en la República Dominicana

En República Dominicana no existe una regulación específica para la publicidad de alimentos procesados. La población más vulnerable es la de los niños. En el marco para la acción de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032⁷⁷, se reconoce a la población menor de 12 años y adolescentes como una población objetivo de los anuncios y las estrategias de imágenes publicitarias, agudizándose el problema por la accesibilidad de los productos procesados y el precio bajo de estos, favoreciendo a que se incluyan en el almuerzo o merienda, en lugar de frutas y verduras. Tanto en el área urbana como rural, esta situación se magnifica con la oferta de alimentos procesados en las tiendas escolares, con reducidas opciones de alimentos saludables.

Este segmento de la población, tan vulnerable a la publicidad, tiene cierta protección según el apartado d) del **artículo 88** (Publicidad y promoción de ventas) de la Ley N.º 358/05, **Ley General de Protección de los Derechos al Consumidor o Usuario**⁷⁸:

d) La publicidad, en especial la dirigida a niños, no podrá contener informaciones, imágenes, sonidos, datos o referencias que los afecte física, mental o moralmente.

También en la **Resolución 016.2014, Resolución del Consejo Directivo que Regula la Publicidad engañosa en la República Dominicana**⁷⁹, en el artículo séptimo, referido a la **Publicidad de Alimentos y Bebidas Dirigidos a niños, niñas y adolescentes**, sostiene:

La publicidad dirigida a este segmento poblacional se corresponderá con las garantías de la Ley N.º 136-03 para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes y de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Además, en el proyecto de ley del impuesto a las gaseosas⁸⁰ recientemente presentado, se trata de regular la publicidad de estos productos y en su artículo 4 se plantea prohibir a las empresas presentar comerciales cuando la audiencia infantil, en el caso de la televisión, supere el 35%.

77 Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centro América y República Dominicana 2012-2030 (en línea). Disponible en: http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc_view/429-politica-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-de-ca-y-rd-2012-2032

78 Ley No. 358-05. Ley General de Protección de los Derechos del Consumidor o Usuario. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/do/do046es.pdf>

79 Resolución 016.2014, Resolución del Consejo Directivo que Regula la Publicidad engañosa en la República Dominicana. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/242089958/Regulacion-Publicidad-Enganosa>

80 El nuevo Diario. Santo Domingo (en línea). Conocerán proyecto busca limitar envases e imponer impuesto de 20% a bebidas energizantes. 6 de diciembre de 2016. Consultado el 27 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=510708>

Si no me ves, no existo El etiquetado

■ La importancia de las etiquetas⁸¹

En la actualidad, nos encontramos inmersos en un proceso de producción de alimentos muy estandarizado y artificial que ha incrementado la distancia y (provocado) la desconexión entre la producción y el consumo. Los alimentos, incluso los que supuestamente son más frescos, son expuestos a un largo proceso industrial de procesado antes de llegar a nuestras mesas. En este contexto, diferentes actores sociales han enfatizado la importancia de las etiquetas, que consideran una de las herramientas más importantes a la hora de visibilizar los procesos que subyacen a la producción, transformación, distribución y consumo de alimentos. Al estar físicamente vinculadas al producto, las etiquetas constituyen una interfaz directa entre la producción y el consumo.

Su importancia como herramienta de comunicación y control ha propiciado que los diferentes agentes de la cadena agroalimentaria les dediquen una mayor atención⁸². Para las personas consumidoras, cada vez más preocupadas por la calidad de los productos que ingieren, las etiquetas se han convertido en una de las herramientas fundamentales para acceder a esta información. Para las Administraciones gubernamentales, el etiquetado se erige como uno de los principales ámbitos de regulación pública, dado que permite controlar y ofrecer información importante sobre los productos y ayuda a que las personas consumidoras puedan tomar decisiones razonadas sobre su alimentación.

Para las empresas agroalimentarias, las etiquetas son un elemento fundamental para diferenciar sus productos de los de la competencia, y se dedican enormes recursos a su elaboración y diseño, tratando de atraer siempre la atención de las personas consumidoras y conseguir persuadirlas.

Aunque lo veremos con mayor profundidad más adelante, en el capítulo anterior hemos hecho mención de que uno de los ejes argumentales de la industria alimentaria para sortear propuestas de regulación normativas más estrictas sobre los productos insanos que ofrecen consiste en trasladar toda la responsabilidad a las personas consumidoras. Dicho de otro modo, **para la industria, la mala alimentación es culpa de las personas consumidoras, no de sus productos**. Comer adecuadamente aparece entonces como una responsabilidad exclusivamente personal.

Pero al responsabilizar a las personas consumidoras de las consecuencias de sus decisiones, se les traslada un conjunto de tareas que, simplemente, no pueden cumplir. El modelo que mejor coincide con esta imagen (las personas consumidoras capaces de conocer y evaluar sus alternativas) es la teoría del consumo racional de la economía neoclásica. Sin embargo, este modelo ha sido cuestionado teóricamente y empíricamente desde hace décadas porque no describe de forma adecuada el comportamiento real del consumo⁸³.

El etiquetado responde al supuesto de que la información facilitada ayudará a la persona consumidora a elegir un producto. Ahora bien, ¿la información visible en las etiquetas ayuda o confunde? ¿Estamos capacitados para descifrar todos y cada uno de los elementos de las etiquetas? ¿Qué es lo que buscamos en ellas? ¿Qué aspectos se hacen visibles y cuáles se esconden?

Dentro de los pocos centímetros cuadrados que ocupan las etiquetas se desarrolla una auténtica batalla de seducción y conquista por parte de las empresas alimentarias hacia sus clientes. No es conveniente olvidar, además, que la etiqueta forma parte del envase y que todo ello es un solo cuerpo comunicativo lleno de reclamos y atracción.

En el etiquetado existe, por ley, una información obligatoria y otra facultativa. El análisis de la primera revela aspectos de la evolución de la política de seguridad y de información alimentaria de los poderes públicos⁸⁴. Por ejemplo, actualmente la información nutricional de los alimentos es obligatoria y ello no deja de ser un reflejo del creciente interés y preocupación social por lo que

81 Este apartado está fuertemente basado en <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

82 Basado en Percepciones del etiquetado alimentario entre productores y consumidores. Lozano et al. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

83 <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

84 <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

se come. Por el contrario, el análisis de la información voluntaria nos permite acceder a lo que la industria alimentaria quiere mostrar (u ocultar), y la forma de hacerlo es exponer dicha información teniendo en cuenta las preferencias y la capacidad del público objetivo para descifrarla.

Los envases y etiquetas se han convertido en espacios fundamentales para introducir la información publicitaria, ya que permiten que el mensaje llegue directamente a la persona consumidora e incida en su decisión de compra, y también por ser menos costosos que el desarrollo de grandes campañas de comunicación. Las empresas agroalimentarias recurren a múltiples estímulos: colores, formas, imágenes, mensajes, etc., que apelan a elementos sensoriales, geográficos o naturales para fomentar que determinados alimentos sean considerados más atractivos, sanos, sabrosos, ecológicos, tradicionales, frescos, etc.

Las personas consumidoras no actúan exclusivamente en función de la información que poseen, sino que entran en juego otros elementos como los hábitos o los aspectos emocionales. Por ello, la publicidad utiliza nombres, frases e imágenes evocadoras para influir en la percepción las personas consumidoras sobre el producto.

Respecto a la ubicación de las etiquetas, podemos encontrarlas situadas en el exterior del envase o en su interior, en la parte delantera, trasera o lateral. Su colocación nos permite comprender la importancia otorgada a unos elementos y a otros, qué información les interesa destacar, así como analizar qué asociaciones tratan de establecer entre los diferentes tipos de información.

La complejidad que acompaña al etiquetado de alimentos se acentúa si tenemos en cuenta que esta información diversa no se presenta de forma aislada, sino que interactúa entre sí⁸⁵.

■ La visión de la industria alimentaria

Según el magnífico estudio realizado por Lozano et al., para el sector productivo las etiquetas cumplen un papel fundamental en sus estrategias de venta ya que, por un lado, son uno de los principales instrumentos para informar a la persona consumidora acerca de las características del producto y, por otro, les permiten diferenciarse de sus competidores y atraer la atención de las y los consumidores. El formato limitado de las etiquetas y la presencia cada vez mayor de información obligatoria les exige tener muy claro qué es lo que se quiere transmitir y cómo hacerlo.

Es decir, **la industria otorga gran importancia a la información publicitaria a la hora de diseñar sus etiquetas, ya que considera que la función primaria del etiquetado es la de llamar la atención de las personas consumidoras y diferenciar el producto del resto de alimentos.** De ahí que recurran a la utilización de múltiples estímulos visuales (colores, imágenes, eslóganes) para hacer su producto más atractivo. La capacidad de lectura de las etiquetas depende del conocimiento y familiaridad que quien consume tenga con los diferentes tipos de información presente en la misma, pero también del modo en que se combinen dichos estímulos.

Los resultados de diversos estudios indican que las etiquetas a menudo aportan más opacidad que transparencia al sistema alimentario. Ello dificulta enormemente la toma de decisiones razonadas en torno al producto en cuestión. Y eso es debido no solo a las características de esos datos, en términos de formato y terminología empleada, sino también, y principalmente, por la cantidad y variedad de datos presente en las etiquetas, que tienden a desorientar más que informar a quien consume. Una situación que se acentúa especialmente cuando aparecen sellos que supuestamente garantizan las cualidades específicas de un alimento o cuando las personas consumidoras se cruzan con una potente campaña publicitaria en la que se consigue que estas les depositen buena parte de su confianza⁸⁶. Daremos unos ejemplos paradigmáticos de ambos casos.

85 <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

86 <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

■ Elígeme a mí

Nos encontramos ante un mercado alimentario altamente competitivo, donde las empresas (unas pocas y con gran capacidad de inversión) pelean para situar sus productos en el mercado y estimular a quien consume a que los elija.

Estamos ante un sistema de producción a gran escala cuya gran baza consiste en propagar el concepto de *personalización* del producto para que las personas consumidoras se sientan atendidas a nivel individual y no como una masa consumidora. Se trata de una falsa percepción, dado que numerosos estudios indican que la base alimentaria actual es altamente homogénea. Sin embargo, la industria hace todo lo posible para que cuando entremos en un supermercado tengamos la impresión de que nos hallamos en un gran bazar lleno de variedad y de alimentos especialmente pensados para nosotros.

Decimos todo esto porque el oxígeno actual de la industria alimentaria es la publicidad (en sus distintas formas), y el etiquetado forma parte de ella. Se trata de un mercado que, pese a la regulación existente sobre él, siempre se mueve en los límites de lo aceptable. **La persona consumidora actual, incluso la más razonadora y objetiva, en el momento de la compra no puede sustraerse de los aspectos simbólicos y psicosociales de la alimentación, y esta es una de las razones de que informar sobre el contenido nutricional de los alimentos haya sido tan bien recibido por las empresas alimentarias, ya que, a través de esta información, modelada con frases sugerentes, consiguen reforzar el concepto de salud como importante valor social.**

Los estudios sobre las percepciones del etiquetado por parte de las y los consumidores reflejan, reiteradamente, las críticas ante un exceso de información y de mensajes comerciales, ante la presencia de información abigarrada y confusa (a veces en letra pequeña), y ante el uso de expresiones demasiado técnicas que impiden su comprensión y que, por tanto, anulan su utilidad.

Todo lo expuesto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de revisar, en el marco de la legalidad vigente, cuáles deben ser los mejores mecanismos para facilitar la información, primando lo esencial sobre lo accesorio y atendiendo a las opiniones del consumo que se han venido pronunciando, reiteradamente, desde distintos medios y foros.

■ Información sobre los alimentos y el derecho a la salud

Una condición necesaria para garantizar su derecho a la salud es que las personas consumidoras dispongan de información eficaz que les permita elegir adecuadamente los alimentos que van a consumir, de modo que la dieta que configuren sea saludable⁸⁷.

Las variaciones en la dieta que hemos visto anteriormente se producen al tiempo que, por un lado, crece la presión publicitaria (especialmente sobre a población infantil) y, por otro, disminuye la eficacia del etiquetado como elemento informativo orientado a contribuir a una elección racional por parte las personas consumidoras, en beneficio de su función persuasiva⁸⁸.

Según recoge un gran número de estudios, la mayoría de las personas compran a ciegas y persuadidas por la publicidad.

Dichos estudios aportan una serie de certezas:

- Un alto porcentaje de personas no entiende la etiqueta y cree que debería cambiarse para hacerla más útil y clara.
- Los aspectos nutricionales son muy importantes para las personas consumidoras.
- La información nutricional (cuando se entiende) condiciona la compra de alimentos.
- La mayoría de personas quiere reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares.

Es decir, si las etiquetas fueran más claras, más útiles e informaran mejor de los aspectos nutricionales y, en concreto, del contenido en azúcares, las personas consumidoras reducirían su consumo. Esto no es para nada una buena noticia para la industria alimentaria actual, que como hemos visto, ha introducido el azúcar en casi todos sus productos. Sea como fuere, el caso es que, si la mayoría de consumidoras desean reducir la compra de alimentos ricos en azúcar y no pueden, significa que el sistema de etiquetado actual está fallando.

87 <http://www.ceaccu.org/publicaciones/cuadernos/analisis-etiquetado-alimentos/>

88 <http://www.ceaccu.org/publicaciones/cuadernos/analisis-etiquetado-alimentos/>

■ El proceso de compra y el etiquetado

Compra compulsiva, emocional, rápida, no racional

El proceso de compra de alimentos es un campo altamente estudiado y analizado. Aunque nos pueda parecer lo contrario, la realidad es que la mayor parte de nuestras compras las realizamos a través de los canales llamados emocionales, en contraposición a los racionales. No ahondaremos aquí en los mecanismos sociales, culturales y neurobiológicos que intervienen en este hecho, pero es una realidad comprobada teórica y empíricamente. **Mientras que muchas personas consumidoras dedican tiempo, esfuerzo y dinero tratando de cambiar su dieta, la mayoría de nuestras conductas alimentarias se producen, en realidad, sin pensar⁸⁹.** Las decisiones que marcan nuestros hábitos alimentarios son en su mayoría rápidas, cognitivamente «frugales», inconscientes y automáticas⁹⁰.

Una persona común toma alrededor de 226 decisiones diarias directamente relacionadas con su alimentación; cuando se le pregunta, en cambio, dice que toma un promedio de 14,4. Es decir, la inmensa mayoría son inconscientes.

También está demostrado que las decisiones que tienen que ver con comer más sano siguen una ruta «racional», son decisiones más lentas y más conscientes, de tal manera que poner la presión sobre las personas consumidoras para que elija las opciones más saludables, en la situación actual, requiere mucho tiempo y esfuerzos cognitivos. Y la realidad es que no funcionamos así.

■ ¿Qué consecuencias tiene todo esto sobre el etiquetado nutricional?

Si cada vez nos empeñamos en dar más responsabilidad a quien compra, si la elección de los alimentos saludables sigue el esquema anterior, parecería lógico buscar un sistema de etiquetado que ayude a una toma de decisión racional ajustándola a la atención, tiempo ne-

cesario, esfuerzo, conocimientos y emoción implicados en esa toma de decisión.

En este contexto (el contexto real de la compra), la precisión y la abundancia de información modifica muy poco los comportamientos. ¿No sería más razonable dar pasos hacia un etiquetado, dentro de todo el rigor necesario, que apele algo más a las emociones?

Pensemos que nos enfrentamos a más de 300.000 referencias comerciales, que tomamos más de 200 decisiones diarias, que a cada producto le atribuimos múltiples valores que interactúan entre ellos (gusto, sabor, precio, seguridad, origen, tradición, facilidad de uso, equidad, diseño, impactos ambientales, envoltorio y... salud). Existe un límite cognitivo racional para procesar todo esto. De ahí la necesidad, en la lucha contra la mala alimentación, de utilizar etiquetados simples y emotivos que muestren claramente y de un vistazo sus características nutricionales (saludables o no).

Con un etiquetado coherente con el proceso de toma de decisiones, las personas consumidoras podrían modificar su comportamiento (y no olvidemos que es exactamente lo que queremos).

Porque, como hemos visto al inicio de este capítulo, la industria alimentaria sí es del todo consciente del proceso real de decisión que acontece cuando agarramos el envase de un alimento entre nuestras manos y lo observamos. Actualmente, en este campo, no hay contrapoder público.

No es casualidad que las estadísticas y las encuestas sobre el etiquetado actual digan lo que dicen: que no se entienden, que no se leen o, incluso, que, aunque el consumidor haya dedicado minutos a leerla y tenga la capacidad de entenderla, siga optando por las opciones menos saludables. Por eso, tampoco es casualidad que hayan surgido iniciativas de etiquetado en Europa, en América y en diversos países del mundo que busquen, justamente, sortear esos problemas e incidir realmente en la persona consumidora para que adquiera alimentos más sanos. Las dos principales iniciativas al respecto son el etiquetado semáforo y el etiquetado resumen.

89 Just (2011)

90 Wansink y Sobal, 2007. Kahneman D, Rothman AJ, Sheeran P, & Wood W. (2009)

■ Los etiquetados nutricionales alternativos

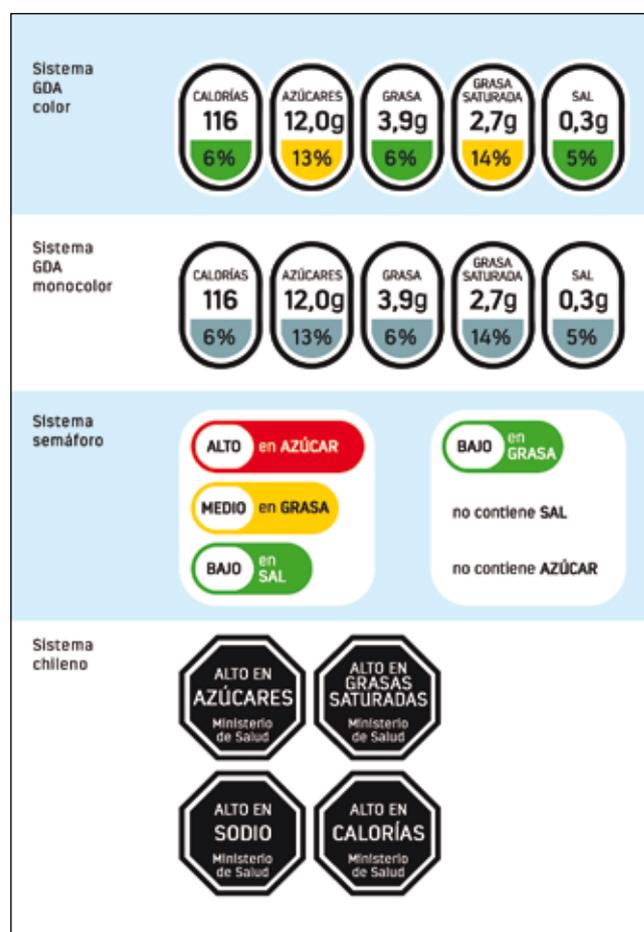
Etiquetado frontal de advertencia nutricional

Podríamos definir el etiquetado frontal de alimentos como la información presentada en la parte frontal del producto en términos nutrimentales. Según la OMS, el etiquetado nutricional frontal de nutrición es un medio prometedor para influir en las opciones de alimentos envasados hacia alternativas más sanas y mejorar las dietas de una población⁹¹. Países como Ecuador, Chile, Perú y México han implementado el etiquetado frontal como estrategia de salud pública. Otros están en ello, como Argentina, que está haciendo esfuerzos para introducir regulaciones; pero a fecha de hoy, los proyectos de ley no han sido aprobados.

En concreto, consiste en la obligación de señalar de manera clara y explícita, en el frente del producto, el contenido de los principales ingredientes críticos como las grasas, azúcares y sodio en todos los alimentos y bebidas no alcohólicas.

Se cuenta con diferentes sistemas de etiquetado frontal utilizados alrededor del mundo.

El sistema de Guías Diarias de Alimentación (GDA) es uno de los más utilizados actualmente y es el defendido por la industria alimentaria, también la dominicana. Sin embargo, este sistema ha demostrado ser confuso para la población⁹². Otros sistemas, como el semáforo y los sistemas de resumen con logotipos, también se han puesto en práctica y son los más estudiados hasta la fecha. Este primero ha demostrado tener un efecto consistente en influenciar la elección y compra de alimentos saludables⁹³, mientras que en el segundo se ha evidenciado un efecto positivo en la reformulación de



alimentos y bebidas industrializados. Las personas con menor nivel educativo y económico prefieren sistemas sencillos, que llamen la atención, que no requieran de habilidades matemáticas y que tomen poco tiempo para interpretarlo⁹⁴.

Cabe destacar que, dentro de las preferencias de las personas consumidoras por un etiquetado alternativo, las de clases sociales populares lo escogen por encima del resto de opciones que defiende la industria alimentaria⁹⁵.

91 unicef.org/lac/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR.pdf

92 Stern D, Tolentino L, Barquera S, Students' understanding of the Mexican industry-sponsored Guideline to Daily Amounts (GDA) front-of-pack labelling system, National Institute of Public Health, 2011. y Carriedo A et al., Process evaluation of the front of pack labelling strategy in Mexico: Baseline results of consumers' behaviours towards food labels, México, 2014

93 Balcombe K, Fraser I, Salvatore Di F, Traffic lights and food choice: a choice experiment examining the relationship between nutritional food labels and price, Food Policy, vol. 35, no. 3, 2010 pp. 211-20.

94 www.unicef.org/lac/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR.pdf

95 https://www.unicef.org/lac/20161120_UNICEF_LACRO_Etiquetado_Resumen_LR.pdf Leyenda: Una afirmación explícita o implícita de nutrición, salud o relacionada que pueda comunicarse a través de todos los medios, incluyendo expresiones verbales, símbolos, viñetas, medios impresos o electrónicos, u otras formas de comunicación y/o publicidad. Sistemas indicadores de resumen: Logotipos o símbolos de salud y calificativos que proporcionan información de resumen sobre el contenido de nutrimentos de un producto, tales como las calificaciones de salubridad de alimentos o marcas de aprobación.

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

Según el estudio de UNICEF, realizado en diversos países de Latinoamérica, el etiquetado preferido por las clases populares es el semáforo, muy por encima del sistema defendido por la industria (el GDA).

En el caso de la República Dominicana, existen ciertas informaciones que indican la voluntad de avanzar, legislativamente, en este sentido. En concreto, la iniciativa responde a una de las medidas recomendadas en la estrategia para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana, aprobada por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA 2014-2025).

Estas recomendaciones se hacen basadas en los datos de las encuestas demográficas de salud y condiciones de vida de los países de la región que manifiestan la gravedad del problema de salud vinculado a la alimentación insana.

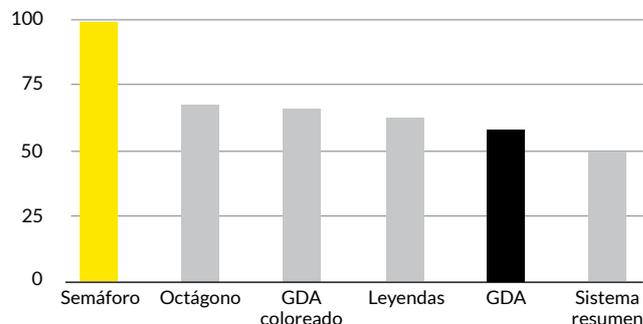
La República Dominicana ha declarado en más de una ocasión su compromiso de implementar el etiquetado frontal de advertencia nutricional, pero hasta la fecha no se ha concretado en nada.

En marzo de 2017, en Ciudad de Guatemala, se celebró el Taller centroamericano sobre etiquetado nutricional y advertencias nutricionales para alimentos preenvasados, con el aval de la OMS⁹⁶. El resultado final de dicho encuentro fue la necesidad de avanzar en el etiquetado alternativo.

Cuatro fueron las razones esgrimidas por las que es necesario el etiquetado frontal. En primer lugar, permite a los consumidores tomar decisiones informadas con relación a la alimentación saludable. En segundo lugar, al ser comprensible, reduce las brechas en el acceso a la información entre los diversos grupos socioeconómicos. En tercer lugar, empodera a los consumidores para que se involucren en su salud y alimentación. Y por último, funciona como un incentivo para que la industria alimentaria ajuste la formulación de sus productos hacia perfiles más saludables.

En definitiva, todos los países de la región reconocieron que la implementación del etiquetado frontal de advertencia nutricional debe ir acompañado de una campaña de educación comunicacional. Del taller también salió

GRÁFICO 18 Preferencias del sistema de etiquetado en la población con menor nivel de educación (%)



la recomendación de que a nivel nacional se conformen comités técnicos intersectoriales de trabajo y movilizar recursos técnicos y financieros para la implementación de la propuesta, incluyendo el desarrollo y la validación de la iconografía y el diseño e implementación de la campaña comunicacional dirigida a los consumidores⁹⁷.

96 https://www.youtube.com/watch?v=sX-g_ix_le4

97 www.incap.int/index.php/es/noticias/1314-por-un-etiquetado-con-informacion-mas-clara y www.youtube.com/watch?v=sX-g_ix_le4

■ La legislación actual sobre etiquetado en la República Dominicana

La Ley General de Protección de los Derechos del Consumidor N.º 358-05 establece en su artículo 84 que las etiquetas deben contener información, en idioma español, clara, veraz, oportuna y suficiente sobre los bienes que se comercializan, a fin de resguardar la salud y seguridad del consumidor, así como sus intereses económicos, de modo que pueda efectuar una adecuada y razonada elección del producto que va a consumir. El etiquetado que se emplea en los productos envasados es el del Reglamento Técnico Dominicano RTD 53⁹⁸, Etiquetado General de los Alimentos Previamente Envasados (Preenvasados); en el trabajo de este reglamento se tomó como base la propuesta de Norma NORDOM53 (2.ª revisión 98). La etiqueta de los alimentos debe contener los siguientes datos: nombre del alimento, lista de ingredientes, coadyuvantes de elaboración y transformación de aditivos alimentarios, contenido neto y peso escurrido, nombre y dirección del fabricante, envasador, distribuidor, importador, exportador o el vendedor del alimento, números de registros industrial y sanitario, país de origen, identificación del lote y marcado de la fecha e instrucciones para la conservación, instrucciones para el uso.

Este tipo de etiquetado no contempla los perfiles nutricionales y no presenta una información clara para que las personas tomen decisiones a nivel nutricional.

El etiquetado es un tema que aún no se está viendo con mucha fuerza, se está trabajando en una reglamentación desde el ministerio de la presidencia⁹⁹.

98 Reglamento Técnico Dominicano RTD 53. Etiquetado General de los Alimentos Previamente Envasados (Preenvasados).

99 Guadalupe Valdez, Embajadora de la FAO Hambre Cero (comunicación personal 31 de marzo de 2017).

■ Respuesta de la industria alimentaria y contraargumentos

Obviamente, la industria alimentaria está en contra de cualquier iniciativa que conlleve la reducción de las ventas de sus productos insanos. En concreto, en lo referido a la propuesta de etiquetado frontal nutricional de los alimentos, se muestra altamente preocupada. Su argumentario incluye el clásico efecto negativo que este tipo de iniciativas tendría sobre la economía y puestos de trabajo. En primer lugar, debemos recordar el número de muertes y enfermedad que genera el consumo excesivo de estos alimentos y que la salud de la población está (o debería estar) por encima de los intereses económicos de un puñado de empresas. Es decir, aunque el coste de mejorar significativamente la vida de la población fuera la pérdida de algunos puestos de trabajo, la medida debería, sin duda, implementarse. Pero es que, además, no hay un solo caso en el mundo donde la aplicación de estas medidas (ya sea regulación de publicidad o etiquetado o impuestos) haya afectado a la economía en los términos que decía la industria antes de que estas medidas fueran efectivas.

Ante la imposibilidad de negar la evidencia (sus productos enferman), intentan diluir su responsabilidad.

“Entendemos que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades con un origen multicausal, como la falta de balance energético, estilos de vida poco activos, condiciones genéticas, contexto social, condiciones emocionales, entre otros múltiples factores. Estamos en total disposición de apoyar programas regionales que eduquen a los consumidores sobre sus hábitos alimenticios y la necesidad de combinarlos con rutinas de ejercicio y vitaminas que mejoren su calidad de vida, disminuyendo o eliminando los problemas causados por la obesidad y el sobrepeso”.

Pero nada de eso se ha demostrado eficaz en ningún país del mundo.

Por si quedara alguna duda, el Gobierno de Uruguay pidió un informe técnico y una recomendación política a la Organización Panamericana de la Salud sobre la aplicación del etiquetado frontal de advertencia nutricional para alimentos y bebidas no alcohólicas envasados y

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

restricciones del uso de elementos persuasivos¹⁰⁰. En ese texto, la OPS zanja el debate y pide a los Gobiernos americanos que avancen en este tipo de etiquetados.

“Los consumidores tienen muy poco tiempo para tomar una decisión al momento de la compra, por esta razón, sistemas de advertencias frontales que interpretan la información nutrimental, agregan facilidad y rapidez al acceso a la información, mejorando la capacidad del consumidor de tomar una decisión crítica y mejor informada.

Se recomienda aplicar un sistema de etiquetado frontal que informe al consumidor de forma directa y rápida cuando el producto contiene una cantidad excesiva de azúcares libres, sodio, grasas totales y/o grasas saturadas.

Criterios

Para definir si un producto debe recibir una advertencia “EXCESO DE...”. Se recomienda utilizar los criterios del Modelo de Perfil de Nutrientes de la OPS/OMS’.

Los criterios están basados en las recomendaciones de ingesta de la autoridad sanitaria mundial (OMS) y están ajustados a distintos rangos de edad, porque no presupone que la ingesta calórica sea de 2000 kcal para todas las personas.

Los criterios han sido diseñados de forma que oriente a aumentar la probabilidad de un individuo a cumplir con las recomendaciones de la OMS si consume productos que no sobrepasan los criterios, independiente de su rango de edad. Esto significa, por ejemplo, que si una persona ingiere las calorías recomendadas para su edad, sin consumir productos que sobrepasen a los criterios del perfil de nutrientes de OPS, al final del día estará cumpliendo las recomendaciones de ingestión de azúcares libres, sodio y grasas.”

No solamente eso, el etiquetado nutricional de alimentos va más allá del semáforo. Como hemos visto, el envase de alimentos (especialmente los dirigidos a la población infantil) son un auténtico anuncio de televisión andante: llenos de reclamos, dibujos, personajes de ficción, regalos, promociones, etc. En este sentido, la OMS dice lo siguiente:

“Recomendaciones adicionales sobre la regulación de elementos persuasivos aplicados al rotulado a ser consideradas en ocasión oportuna

Muchos envases y etiquetas utilizan elementos persuasivos que generan engaño o inducen a la compra de productos no recomendados. En general las normas que los restringen los analizan de forma muy subjetiva por esto aquí se recomienda ofrecer elementos que den más objetividad a esta caracterización de inducción o engaños.

Prevención de la persuasión de niños y adolescentes

Por esta razón se recomienda que los productos que superan los límites de nutrientes críticos aquí presentados no pueden ser descritos ni presentar etiqueta o envase que utilice imágenes con exceso de colores; representación de personas o celebridades con apelación al público infantil; representación de personajes o presentadores infantiles; dibujos animados o animación; muñecos o similares; declaraciones o argumentos fantásticos acerca del producto o sus efectos; promoción con distribución de premios coleccionables o con apelación al público infantil; o promoción con competiciones o juegos con apelación al público infantil.

Tampoco se debe permitir que estos productos utilicen ganchos comerciales tales como juguetes, accesorios, adhesivos, incentivos u otros similares.

Prevención de otras inducciones o engaños

Se recomienda también que en aquellos productos alimenticios y bebidas que contengan saborizantes/aromatizantes (saborizante/aromatizante natural, saborizante/aromatizante idéntico a natural y/o saborizante/aromatizante artificial), no se admita la representación gráfica del alimento o sustancia cuyo sabor caracteriza al producto, si éste no lo contiene.

Caso el producto contenga el alimento en su composición, se podrá utilizar en la etiqueta o envase imágenes del alimento en la misma forma en la cual éste ha sido añadido al producto, siempre que la ocupación de la(s) imagen(es) en la superficie del envase o etiqueta esté en la misma proporción en la cual el alimento se encuentra presente en 100 g o 100 ml de producto”.

Finalmente se recomienda que para los productos que superan los límites de nutrientes críticos

100 http://www.cardiosalud.org/files/documents/nota_opinion_tecnica_ops_etiquetado_alimentos_.pdf

presentados aquí, cualquier apelación de salud o nutricional, esté prohibida de estamparse en la cara principal. Esto permite proteger consumidores y niños de la inducción al consumo de productos no recomendados, que han sido añadidos con vitaminas, minerales, fibras u otros nutrientes. Una vez que estos ingredientes, nutrientes o efectos destacados como beneficiosos no ejercen efecto aislado ni tampoco anulan los elementos dañinos que cargan los productos no recomendados y pueden inducir el consumo de estos.”

■ Ejemplos de la eficacia del etiquetado nutricional

Otros países que tienen el etiquetado frontal por colores obligatorio son Ecuador¹⁰¹ y Perú¹⁰².

► Etiquetado en Ecuador



► Etiquetado en Perú



101 www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGLAMENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf y <http://www.salud.gob.ec/campana-etiquetado/>

102 <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-la-ley-de-etiquetado-y-verif-decreto-legislativo-n-1304-1468963-4/>

■ Las señales de aviso (ejemplo de Chile)

Otra opción es la que ha adoptado Chile con su Ley de Rotulado y Publicidad de Alimentos (Ley 20.606). En ella se establece que los alimentos que superen cierta cantidad de azúcares¹⁰³, sal y grasas saturadas, deberán llevar en el envase una señal de stop en negro con letras blancas que permita identificarlos. En la señal se lee «Alto en Calorías» o «Alto en Azúcares» o «Alto en Sodio» o «Alto en Grasas Saturadas». Y lo que, seguramente, es más importante: debajo de la advertencia aparece «Ministerio de Salud».

La ley de etiquetado fue aprobada por el Parlamento en 2011, pero el reglamento que permite su aplicación se terminó en 2015 y se estableció que sería aplicado de manera parcelada, para estar completamente vigente en 2019. Bajo una intensísima campaña de lobby y contrainformación por parte de la industria alimentaria, el Reglamento finalmente entró en vigor en junio de 2016¹⁰⁴. Organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura respaldan esta iniciativa legal y reglamentaria.



103 En el apartado de Publicidad de este informe se pueden ver las cantidades de las que estamos hablando, y además se puede consultar el Reglamento aquí www.chilecrecesano.com/medios/2014/Noviembre/Reglamento_Ley20606_Ministra_y_Subsecretario_presentacion_senado.pdf

104 www.mediabanco.com/2016/03/21/girardi-pide-clausurar-empresas-no-cumplan-ley-etiquetado/

El precio de la alimentación insana

Hay consenso entre la comunidad científica de que las causas de la epidemia de enfermedades asociadas a la mala alimentación que estamos sufriendo hay que buscarlas en dos áreas: el llamado entorno alimentario insano y el acceso físico a una dieta sana. En la primera área, tenemos aspectos tratados hasta ahora como la publicidad, el etiquetado o la educación. En el segundo, nos hallamos ante el precio de la alimentación sana respecto a la insana y la posibilidad real de compra de estos alimentos, ya sea por precio o por presencia de lugares donde estos se ofrecen. En el primer punto nos centramos en los precios de los alimentos y en el segundo, en la distribución alimentaria y sus distintos canales y formatos.

Además de esto, el consenso también abarca a otro aspecto clave para este informe: el gradiente social y la desigualdad de género. Ni la publicidad descontrolada de los alimentos insanos (especialmente dirigida al público infantil), ni el etiquetado nutricional deficiente y complejo ni la falta de políticas educativas reales afectan por igual a las distintas clases sociales ni a mujeres y hombres. Tampoco lo hace el factor precio ni la presencia o ausencia de lugares donde comprar alimentación sana y a precios asequibles en determinados barrios populares, castigando especialmente a las mujeres dentro de ellos.

Este análisis causal (tanto de los factores como de su gradiente social y de género) es trascendental para poder elaborar las propuestas políticas necesarias y efectivas que reviertan los problemas de salud (e inequidad de salud) que hemos visto al principio. Son los clavos sobre los que debemos golpear desde la acción política si queremos una sociedad más sana y con menos diferencias en salud. Sin actuar sobre ellas (sobre todas ellas, de hecho) no hay solución posible.

La disponibilidad y los costes son bastante más importantes que otros aspectos a la hora de adquirir un alimento u otro, a la hora de conseguir una dieta sana o insana. Resulta inútil aconsejar que se coman alimentos sanos y nutritivos (que es la base de todas las acciones políticas de las Administraciones estatales y autonómicas) si las personas no tienen suficientes ingresos para comprar dichos alimentos, o si los alimentos no son fáciles de conseguir. Lo mismo ocurre con la alimentación insana. Si la opción alta en grasa, azúcares y/o sal es más

barata que sus alternativas saludables, la compra se ve empujada hacia las opciones más insanas.

Calcular el precio de los alimentos no es un proceso sencillo. Se puede argumentar que las frutas y verduras son relativamente baratas y, si lo calculamos al peso, es cierto: son más baratas que la repostería y los aperitivos salados y quizá aún más baratas que los refrescos. Sin embargo, en base a la energía alimentaria que ofrecen, son muy caras si las comparamos con los alimentos procesados ricos en grasas, aceites y azúcares.

Si asumimos que, por término medio, una persona necesita alrededor de 2.000 kcal al día para satisfacer su apetito, una dieta compuesta por alimentos ricos en grasas y azúcares podría aportar dichas calorías por mucho menos dinero que si quisiéramos conseguir esas mismas calorías a través de la fruta fresca, la verdura y las carnes magras. Esta segunda opción puede ser el doble de cara¹⁰⁵.

Muchos análisis han estudiado la evolución de los precios de las materias primas alimentarias y su posición relativa. La pregunta a responder era: ¿los alimentos sanos (con un buen perfil nutricional, los que forman parte de la base dietética considerada sana) han ido encareciéndose a lo largo del tiempo? Y los alimentos insanos, ¿se han ido abaratando? Si esto fuera así, algo habría que hacer con estos precios para asegurar que las clases populares no están siendo expulsadas de la alimentación sana debido a su alto coste. El problema con este tipo de estudios es que son poco realistas respecto a lo que realmente comemos. Como hemos dicho anteriormente, no comemos apenas materias primas alimentarias, sino alimentos procesados. Entonces, la pregunta sería sobre estos últimos, y sobre ellos no hay tantos estudios como con las materias primas alimentarias, aunque sí algunos.

En uno de ellos¹⁰⁶ se analizó la evolución de precios relativa entre dos grupos de alimentos: aceites, grasas, azúcares y alimentos altamente procesados frente a frutas y verduras. La hipótesis de partida era que, si se confirma que los precios de aceites, grasas, azúcares y alimentos procesados han ido cayendo con respecto a las frutas y verduras, esto sería un motivo de pre-

105 https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_315_es.pdf

106 www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9580.pdf

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

ocupación, ya que sería un estímulo económico para que (especialmente las clases populares) seleccionaran alimentos menos saludables en las dietas. Se trata de un estudio que analiza Estados Unidos, el Reino Unido, Brasil, México y Corea del Sur. El resultado es que los precios de frutas y verduras han aumentado considerablemente desde 1990 (entre un 2% y un 3% al año en promedio, o un 55-91% entre 1990 y 2012). Al mismo tiempo, la mayoría de los alimentos procesados estudiados son más baratos ahora que en 1990.

Pero, sin duda, uno de los estudios más completos¹⁰⁷ fue un metaanálisis que sistematizó las investigaciones existentes hasta la fecha con el fin de encontrar si, realmente, las opciones alimentarias sanas son más caras que las insanas. **Su respuesta es, claramente, sí. Según ellos, la diferencia de precio entre una dieta sana¹⁰⁸ y otra insana fue de 1,48 USD, es decir, unos 70 pesos. O lo que es lo mismo, más de 80.000 pesos al año por hogar dominicano como gasto extra si una familia quiere una dieta sana (según el estudio).**

Es una cifra considerable, especialmente para las clases populares que constituye un vector de decisión altamente importante, que puede hacer que la opción escogida finalmente, cuando la mano se dirige al lineal de compra del supermercado, sea menos sana que si el vector de precio apuntara en la otra dirección, es decir, si las opciones no saludables fueran 230 pesos al día más baratas.

El estudio concluye que, para muchas familias de bajos ingresos, este costo adicional representa un auténtico obstáculo para una alimentación más saludable. Aun con todo, esta diferencia de precio diario es menor, nos dice el estudio, en comparación con los gastos derivados de las enfermedades asociadas a esa mala alimentación. Por ejemplo, en Estados Unidos, una dieta insana es la responsable de un 14% de todos los años de vida ajustados por discapacidad; si se traduce a dinero, esto corresponde a más de 66.000 pesos / año, mientras que el coste extra de una alimentación sana hubiera significado, para esa persona, 31.000 pesos al año.

■ El problema de la libre elección cuando no es libre

La principal política gubernamental para promover una dieta sana se ha basado en las campañas educativas. Esta estrategia sitúa al individuo (a la persona consumidora) como el centro absoluto de la toma de decisiones, suponiéndole un mejor grado de información gracias a las susodichas campañas. Una vez informada, la persona tomará decisiones de compra alimentaria más saludables. Es el enfoque liberal, de mercado libre, no intervencionista o, lo que es lo mismo, intervenido solamente por la industria. Hemos reiterado que el problema de la mala alimentación es estructural, es un hecho demostrado, y que ni el etiquetado ni el impacto de la publicidad permiten a esa supuesta persona informada consumir una dieta sana, aunque la conozca al dedillo. En este apartado hemos intentado demostrar que, además de los aspectos de ambiente alimentario insano descrito, nos encontramos con el limitante del precio para la mayor parte de las clases populares de este país. La libre elección no existe.

Diversos estudios apuntan¹⁰⁹ a que esta situación conduciría a la frustración de los grupos más desfavorecidos que no verían viable adoptar patrones de alimentación saludable promovidos desde salud pública para, finalmente adherirse a otros patrones más accesibles y asequibles, que determinarían su salud. De entre estos grupos más desfavorecidos, de nuevo, las mujeres ocupan un lugar preponderante, dado que se les otorga el rol de cuidados, donde la alimentación ocupa un lugar destacado, rol que una vez asumido, genera un sentimiento de frustración aún mayor en ellas (y en la sociedad que las mira), si por las razones que hemos ido viendo no puede satisfacerlo adecuadamente.

107 <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e004277.short>

108 Tomando como dieta sana la ajustada al patrón de dieta mediterránea y la insana la rica en alimentos procesados, carnes y refinados.

109 <http://www.ukhealthforum.org.uk/prevention/pie/?entryid43=41560&cid=547076&p=113>

■ Opciones para mejorar el acceso a los alimentos saludables a través de la intervención en los precios

Visto lo visto, resulta tentador proponer que las Administraciones competentes utilicen una política de ajuste de precios con el fin de incentivar una mejor opción alimentaria. ¿Cómo debería un Gobierno ajustar los precios relativos? Se han realizado varias propuestas y algunas ya se han puesto en práctica. Analizaremos aquí algunas de ellas. Antes de esto, conviene recordar una cosa para las personas susceptibles al tema (a veces tabú) de la intervención pública sobre el precio de las cosas, aunque sean elementos constitutivos de un derecho básico como es la alimentación. La manipulación gubernamental de los precios ha sido rutinaria desde hace décadas y está basada en la indiscutible evidencia de que los hábitos de compra pueden verse influidos por cambios importantes en los precios de los alimentos. Baste con recordar el precio del tabaco o los combustibles, por ejemplo. En el caso alimentario, las ayudas públicas a determinados cultivos o formas de producción, transformación o comercialización también son una manera clara de actuar sobre los precios y la producción y el consumo, conduciendo el mercado hacia áreas que a la Administración le pueda interesar. Lamentablemente, la inmensa mayoría de estas ayudas (directas o indirectas) no van en el sentido de promocionar los sistemas alimentarios locales y las producciones agroecológicas, sino todo lo contrario, pero este sería otro tema.

La justificación primaria para intervenir públicamente en los precios de los alimentos se basa en dos elementos:

- Una manera de modificar el consumo consiste en desincentivar el consumo de los alimentos insanos encareciéndolos, e incentivar el de los sanos abaratándolos.
- Las clases populares tienen dificultades económicas dado el alto precio relativo (relativo a sus ingresos, se entiende) de la dieta saludable. En aras de reducir la desigualdad en materia de salud y de los riesgos sanitarios (como lo es la dieta insana), se interviene abaratando los alimentos básicos, haciéndolos más accesibles.

En resumen

Podemos incrementar el precio de algunos alimentos (los insanos) y/o abaratar otros (los sanos), aunque buena parte de la discusión académica (y las medidas políticas implementadas por algunas Administraciones) se ha centrado en el incremento de los precios a través de diferentes tipos de tasas, no tanto en la reducción. En las líneas que siguen pasará lo mismo (más extensión dedicada a las tasas que a la reducción de precios), pero los dos elementos son igualmente interesantes (especialmente cuando se combinan).

Diversos estudios¹¹⁰ han mostrado que la disminución de los precios en ciertos alimentos tiene un efecto directo sobre su adquisición, especialmente en los grupos de población de menos ingresos. Por ejemplo, en Estado Unidos se estima que una reducción del 1% en el precio de frutas y hortalizas podría incrementar su consumo en media ración diaria, o cual evitaría en la población estadounidense hasta 7.000 casos de enfermedad coronaria y 3.000 ictus, con un ahorro sanitario de cerca de 1.000 millones de euros.

También existen evidencias robustas que relacionan el aumento de la incidencia del sobrepeso y obesidad con el precio relativo entre alimentos de alta densidad energética y otros de perfiles menos saludables; acciones fiscales sobre el precio de alimentos como el gravamen y/o los subsidios podrían disminuir el 2% y el 1% el sobrepeso y la obesidad, respectivamente.

En Estados Unidos, uno de los países que más literatura científica ha elaborado de este tema, se ha llegado a la conclusión de que el fácil acceso y los precios asequibles de alimentos insanos en combinación con una menor disponibilidad y precios más altos en frutas y verduras, pescados y carnes bajas en grasa, podrían haber sido factores determinantes en la alarmante prevalencia de obesidad que sufre el país, especialmente en los grupos de menos ingresos.

110 <https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc-study-tomorrow-healthy-society.pdf>

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

En uno de los mayores metaanálisis realizados hasta la fecha sobre el tema¹¹¹, auspiciado por la OMS, se concluye que:

- > **Efectos sobre el consumo:** los estudios revisados sobre el efecto de las medidas fiscales sobre consumo de alimentos encontraron, en todos los casos, que el consumo se modificó en la dirección esperada. Por ejemplo, en un estudio irlandés¹¹² encontró que una reducción del 20% en un impuesto sobre los refrescos significó un incremento del 6,8% en el consumo promedio. Y, cuando la reducción fiscal terminó, el consumo volvió a aumentar en un 15%. También se ha encontrado que los grupos de personas consumidoras más jóvenes y los grupos de menores ingresos fueron los que cambiaron su consumo de manera más significativa en respuesta a los impuestos.
- > **Efectos sobre la salud:** diversos estudios han analizado el efecto de las políticas fiscales alimentarias sobre las enfermedades cardiovasculares. Así se puede ver cómo, en el Reino Unido, incrementar el Impuesto sobre Transferencias de Bienes Industrializados y Servicios (ITBIS) al 17,5% para los productos alimenticios que son las principales fuentes de grasa saturada obtiene una reducción de consumo suficiente para reducir las muertes por enfermedad isquémica del corazón entre un 1,8-2,6%, o 1.800-2.500 muertes por año en el país.

Otro estudio consideró un impuesto similar sobre el Impuesto sobre Transferencias de Bienes Industrializados y Servicios (ITBIS) pero que afectara a toda la dieta, extendiendo el ITBIS a los productos no saludables, identificados a partir de los perfiles nutricionales aprobados en ese país, y se obtuvo una reducción esperada de las muertes por enfermedades cardiovasculares en torno al 1,2% anual. Un estudio similar predijo que la estrategia más efectiva fue la tributación de los alimentos menos saludables, acompañados de bonificaciones de frutas y hortalizas.

Así, diversos análisis modelan una subvención de frutas y verduras que daría lugar a una reducción de sus precios y que impediría —en este caso, en EE. UU.— 6.733

casos de enfermedad coronaria y 2.946 los casos de accidente cerebrovascular isquémico.

Y así podríamos seguir páginas y páginas, enumerando estudios que avalan la tesis de que intervenir en los precios de los alimentos es una estrategia útil para mejorar la salud de la población, además del efecto en el precio en sí, también por el demostrado efecto educacional sobre la población.

Además de todo esto, el Plan Europeo de la Alimentación y Nutrición de Acción 2015-2020 para la región europea de la OMS contempla como línea de acción prioritaria la aplicación de políticas fiscales y de precios que influyan sobre la elección de alimentos por parte del consumo.

La idea central es trabajar en el siguiente objetivo doble: ¿cómo abaratar la alimentación sana, ecológica y de proximidad? ¿Cómo encarecer la alimentación insana?

111 <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-070987/en/>

112 <http://medcraveonline.com/AOWMC/AOWMC-02-00017.pdf>

Las distintas estrategias de modificación de precios de alimentos por razones de salud pública

Hablar de impuestos (*food tax*) es empezar el partido perdiendo 2 a 0 frente a la opinión pública. En general, los impuestos no tienen buena fama y las Administraciones se andan con mucho cuidado a la hora de pronunciar esta especie de palabra maldita (dicho sea de paso, la demonización de los impuestos necesarios para pagar los servicios sociales básicos ha sido una de las grandes victorias en el terreno de los marcos conceptuales del capitalismo actual). Baste con recordar como George W. Bush acuñó la expresión alivio fiscal para sortear las espinas de la palabra, anteponiéndole otra que transmite valores positivos (alivio después de un sufrimiento). Decimos esto porque la industria alimentaria y sus acólitos, conocedores de este hecho, utilizan una y otra vez el marco conceptual negativo de los impuestos en este tema para atraer emocionalmente a la población hacia sus posiciones.

No vamos a entrar aquí en defender la absoluta necesidad de los impuestos (cosa distinta sería quién paga, cuánto y si eso es justo), pero sí en las posibilidades que ofrece ajustar los precios de los alimentos sanos e insanos y, de alguna manera, conseguir que las políticas sanitarias y las impositivas sean coherentes y no, como ocurre hoy en día, contradictorias.

A la hora de plantearse una intervención en los precios de los alimentos, existen diferentes posibles objetivos (no excluyentes entre sí):

1. Abaratar los precios de los alimentos con buen perfil nutricional (alimentos sanos) y encarecer los alimentos con mal perfil nutricional (alimentos insanos).
2. Modificar el consumo, favoreciendo el acceso a alimentos sanos de las clases populares y dificultando el de los insanos.
3. Internalizar los costes sanitarios derivados de la alimentación insana en los productos cuyo consumo excesivo los generan.
4. Actuar sobre el ambiente o entorno alimentario, mandando una señal clara, desde las Administraciones, sobre que existen alimentos con buen perfil nutricional y otros que no. Esto, añadido a otras medidas, por ejemplo, un etiquetado claro y una limi-

tación de la publicidad de determinados alimentos claramente insanos para poblaciones vulnerables, es una medida sociocultural altamente efectiva.

5. Conseguir recaudar fondos que se puedan destinar a otros aspectos de lucha contra la epidemia de la alimentación insana (impulsar los sistemas alimentarios locales, campañas educativas, costear parte de los gastos sanitarios, etc.).

Cuando se analizan las propuestas de intervención en los precios, se deben tener en cuenta todos estos posibles objetivos, en parte eso nos ayudará a escoger el mejor sistema (en función del objetivo que queramos priorizar) y en parte ayuda a entender que es una medida global que va más allá de multiplicar por x el precio de algunos alimentos esperando que se reduzca drásticamente su consumo, simplemente por ese hecho. También se puede conseguir reducir el consumo por otras vías indirectas, como es el potente aspecto simbólico de penalizar algunos perfiles nutricionales: cuando la Administración nos dice «esto es malo y por eso le pongo un sobreprecio», se manda una señal contundente hacia el consumo que no es, en absoluto, inocua respecto a nuestro comportamiento consumidor.

Como resumen, podemos decir referirnos a las palabras de Tim Lobstein en el sentido de que los impuestos sobre ciertos tipos de alimentos suelen estar por debajo del 5% del precio de compra, y en esas magnitudes no suelen ser lo suficientemente altos como para afectar a la persona consumidora a la hora de elegir. Añadir unos pocos céntimos de euro al precio de un aperitivo salado o una chocolatina o un refresco podría tener un impacto muy bajo sobre las ventas.

Estos impuestos pueden significar un incremento en la recaudación, sí, y este dinero extra puede canalizarse en campañas de promoción de la salud y educación pública o en intervenir en los barrios de clases populares para mejorar el acceso a la alimentación sana o para potenciar, ahora sí, los sistemas alimentarios locales.

También es conveniente recordar otro tipo de medidas impositivas que pueden tener impacto sobre el sistema alimentario pero que **no afectan directamente a los alimentos, como los impuestos ambientales, o al marketing de determinados productos.**

Lo dicho, hay que valorar bien todos estos aspectos antes de comenzar el diseño de una política de precios acorde con las políticas de salud.

Consideraciones importantes para el diseño de las políticas de precios

La evidencia científica nos indica que las políticas de precios tienen el potencial claro e inequívoco de influir en los patrones de consumo, en la dirección deseada.

Sin embargo, existe una serie de consideraciones adicionales que deben tenerse en cuenta en la acción para maximizar el beneficio potencial para la salud pública:

- > La elasticidad precio de la demanda
- > Los efectos de sustitución potenciales
- > Los impactos diferenciados en función del género o la clase social
- > La repercusión del impuesto a lo largo de la cadena, con especial atención en cómo la tasa se traspasa al consumo
- > La elección del mecanismo impositivo

► La elasticidad de la demanda

No todos los alimentos se comportan de la misma manera a nivel de consumo cuando varían sus precios. La elasticidad de la demanda calcula la diferencia en la cantidad de producto consumido cuando su precio cambia un 1%. Si a ese 1% de incremento de precio, el producto (el alimento en este caso) reduce mucho su consumo, hablamos de que ese alimento tiene una elasticidad alta, si por el contrario apenas varía su consumo, diremos que ese alimentos es poco elástico (es decir, que aunque le subamos el precio vía impuestos, su consumo no se verá alterado).

La elasticidad no es una cifra estática ni universal. Depende de diversos factores (grupos sociales, hábitos de consumo, preferencias, alternativas existentes, etc.) En general, se considera que la mayoría de alimentos son inelásticos (la proporción de disminución de su consumo es menor a la proporción de aumento de precio o a la inversa), pero también es cierto que si existen alternativas (alimentos sustitutos) al alimento en cuestión, la elasticidad aumenta. Es decir, algunos alimentos específicos pueden tener mayores elasticidades si el consumo es capaz de sustituirlos por otros.

La elasticidad de los alimentos en un país o región y en un momento dado es clave a la hora de diseñar una

TABLA 06 Elasticidades de algunos grupos de alimentos en Estados Unidos (1938-2007)

Tipo alimento	Elasticidad en valor absoluto medio
Comida para llevar	0,81
Refrescos	0,79
Zumos	0,76
Carne ternera	0,75
Carne cerdo	0,72
Frutas	0,70
Carne pollo	0,68
Derivados lácteos	0,65
Cereales	0,60
Leche	0,59
Hortalizas	0,58
Pescado	0,50
Aceites y grasas	0,48
Quesos	0,44
Dulces y azúcares	0,34
Huevos	0,27

política impositiva. En general, la revisión bibliográfica nos indica que son necesarios incrementos considerables de precio (alrededor de un 10-20%) para conseguir reducciones igualmente significativas de consumo y, por tanto, mejorar la salud de la población por esa vía (también es cierto que ya hemos visto que esa mejora de salud puede venir por otros canales usando la política fiscal más allá de bajar o subir su consumo directamente por el precio de más o de menos que genera el impuesto o la rebaja). La evidencia académica nos indica que se consiguen grandes efectos a través de grandes impuestos o rebajas. La inmensa mayoría de casos actuales utilizan tasas relativamente bajas (alrededor de un 5%).

En la tabla 06 mostramos un ejemplo de elasticidades de algunos grupos de alimentos. Se trata de un cálculo de la elasticidad del consumo en casa (demanda final) en Estados Unidos en el periodo de 1938-2007¹¹³.

113 <https://www.odi.org/rising-cost-healthy-diet>

► Efectos de sustitución

Los hallazgos de los estudios disponibles también marcan que el impacto de la política impositiva alimentaria es altamente dependiente de la tasa de sustitución. La posibilidad de que el consumo pueda sustituir los productos tasados por otros no tasados o más baratos, pero igualmente perniciosos en materia de salud, debe tenerse muy en cuenta a la hora de diseñar la política impositiva en cuestión. Por ejemplo, en algún caso se ha documentado que la tasación de las grasas saturadas puede llevar a una compra mayor de productos con alto contenido en sal o azúcares añadidos, con lo que la política fiscal no habrá ayudado a la sanitaria.

Es por ello que productos altos en sal, azúcares y grasas que puedan ser fácilmente sustituidos por otros de perfil nutricional saludable son (en principio) objetivos prioritarios de estas políticas. Los efectos no deseados de sustitución pueden evitarse gracias al buen diseño de las políticas, pero hay que tener siempre clara la idea de que la ingesta de nutrientes saludables libres de impuestos aumente, a costa de los insanos. Los impuestos aplicados en base a los perfiles nutricionales y aquellos que se aplican a una amplia gama de nutrientes son menos propensos a tener consecuencias no deseadas o para aplicar al núcleo alimentos, igual que el caso de elegir grupos de alimentos concretos, más que impuestos basados en un solo nutriente insano.

► Desigualdad social

La regresividad de la política debe ser también una preocupación central en el diseño de una política fiscal. Desde el momento en que la tasas, en general, aplicadas son las mismas, independientemente de los ingresos de la persona y de su posición social, y por tanto va a afectar con la misma cantidad absoluta si se compra la misma cantidad de alimento, en realidad la carga (en tanto por ciento) sobre las clases populares puede ser mayor que sobre las élites. El efecto de la política impositiva sobre las clases populares debe tenerse en cuenta de manera muy específica.

Existe coincidencia en que el mayor impacto potencial sobre las clases populares se produce cuando los impuestos se dirigen hacia grupos de alimentos que contienen productos básicos (por ejemplo, los lácteos), en lugar de centrarse en grupos de alimentos situados fuera de las recomendaciones nutricionales (por ejemplo, los refrescos).

La evidencia parece indicar que el aumento de la sensibilidad al precio entre los grupos socioeconómicos bajos significa que pueden ser más sensibles a los impuestos y, como consecuencia, más propensos a reducir su consumo. Este hecho es particularmente claro en los casos donde el impuesto es muy específico (por ejemplo, en las bebidas endulzadas con azúcar) y los sustitutos más saludables libres de impuestos están disponibles. En tales situaciones, se observaron mayores efectos positivos en la dieta de los consumidores de bajos ingresos.

Las revisiones sistemáticas, de hecho, han evidenciado que los impuestos tienen el potencial de reducir las desigualdades en materia de salud alimentaria. Tales mejoras en la salud son medibles y cuantificables y puedan ser monetizadas. Además, buena parte de los ingresos generados por los impuestos pueden, de una manera u otra, revertir en las clases populares y mejorar su alimentación vía subsidios, reordenación urbanística de los barrios, mejora de los comedores escolares, etc.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha llegado a la conclusión de que, de todas las medidas para prevenir la obesidad, las medidas fiscales eran «la única intervención que produce beneficios para la salud consistentemente mayores en las clases con menos renta» en todos los países estudiados.

► Transmisión de precios a lo largo de la cadena alimentaria

Si uno de los objetivos de la política de impuestos es actuar sobre el consumo, para que sean efectivos, tanto los impuestos como los subsidios deben aumentar o disminuir los precios en el punto de venta. Dependiendo de cómo se articule y administre la cadena alimentaria, algunos eslabones de la misma, básicamente la industria alimentaria y la gran distribución) pueden optar por no alterar (parcial o totalmente) sus precios debido al impuesto, por razones comerciales.

Las decisiones relativas a la transmisión de precios en este caso, como en casi todos, están estrechamente vinculadas a la estructura competitiva del mercado, así como con las características de la demanda del producto de que se trate. Las empresas afectadas pueden tomar la decisión de transmitir solamente una parte del impuesto (reduciendo su beneficio por unidad) por diversas razones comerciales (ganar menos por unidad, pero mantener las ventas totales, reducir el beneficio de una gama de productos aumentando el de otros,

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

etc.). A veces, ocurre lo contrario y el incremento de los precios de consumo es mayor que el impuesto. Todo eso es bueno que se tenga en consideración en el diseño y evaluación de este tipo de medidas.

► Mecanismo a elegir

Además del objetivo u objetivos concretos en los que queremos centrarnos (ver apartado anterior), el segundo elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar una medida de este tipo es el alcance (base) del impuesto. Se puede distinguir entre los impuestos sobre los productos y los impuestos sobre los ingredientes. Por ejemplo, se puede impulsar una tasa a las bebidas con azúcar añadido (refrescos) o se puede impulsar una tasa sobre el azúcar añadido, como ingrediente. Los principales elementos a considerar para escoger una o la otra es la búsqueda de un compromiso entre la facilidad de implementación, de administración y su eficacia.

Así, en general, la opción de tasar grupos de alimentos acostumbra a ser más fácil de implementar y administrar, pero a cambio, dejará una gran cantidad de productos con alto contenido en azúcares añadidos fuera, y el trasvase de consumo de productos gravados a otros no gravados, pero igualmente insanos, es muy probable. Por el contrario, la tasa sobre el azúcar como ingrediente podría tener una significativa carga administrativa, ya que afecta a una gran gama de productos, pero su efecto puede ser mayor.

Una vez definidos los objetivos y si lo vamos a aplicar a un grupo de alimentos o a un ingrediente o grupo de ingredientes, la siguiente consideración es el tipo de impuestos que vamos a utilizar.

Existen diferentes caminos para diseñar e implementar una política impositiva que permita promover una alimentación más saludable, especialmente entre las clases populares, las más afectadas por la dieta insana.

En general, el objetivo público de las intervenciones nutricionales de salud es influir en el consumo de alimentos (cantidad y calidad), y dentro de ellas, una de las usadas es la modificación pública de los precios, esencialmente a través de cambiar los impuestos que afectan a los alimentos. A pesar de que estos impuestos se pueden percibir en cualquier punto de la cadena de suministro, en general, cuanto más cerca está la variación de precio del consumidor, es más probable que esta tenga efecto.

Podemos distinguir tres tipos de impuestos que afectan o pueden afectar a los alimentos. El Impuesto sobre Transferencias de Bienes Industrializados y Servicios (impuesto al valor agregado o impuesto sobre el valor añadido), que se paga como porcentaje del valor de todos los alimentos o bebidas que se venden; los aranceles de importación, que se aplican a los alimentos o las bebidas que se importan de fuera de la región económica; y los impuestos especiales, tasas impositivas especiales aplicadas a diferentes tipos de alimentos o bebidas de manera exclusiva, como es el caso del tabaco o el alcohol. Vamos a centrarnos en el primero y el tercero.

El Impuesto sobre Transferencias de Bienes Industrializados y Servicios (ITBIS) es proporcional al precio del producto, lo que significa que el valor del impuesto es más pequeño si el precio del producto es menor. El impuesto especial es típicamente un impuesto por unidad, cuesta una cantidad específica por unidad de volumen o unidad del artículo comprado. Este tipo de impuesto se utiliza comúnmente para aumentar los ingresos del Gobierno y grava los productos para los cuales la demanda es relativamente menos sensible a los cambios de precios y para el que existen pocos sustitutos. Por ejemplo, el tabaco, el combustible y el alcohol están gravados a través de los impuestos especiales, además del ITBIS. Otro argumento a favor de los impuestos especiales es la necesidad de corregir las externalidades negativas (en salud, en este caso) que genera el producto o ingrediente. Esto es, el daño causado por su consumo y que se pagan por otras vías con dinero público (en este caso, el sistema público de salud) o con repercusiones negativas privadas (absentismo laboral, etc.).

Los impuestos especiales son, por definición, propensos a tener un mayor impacto en el consumo, ya que afectan a una unidad de producto (por ejemplo, por litro de refrescos, golosinas, bollería industrial) y con la misma ratio independientemente de su precio final (por ejemplo, las bebidas de marca fabricante o marca blanca serían gravados por igual). Por el contrario, dado que el ITBIS actúa sobre la base del precio del producto, el impuesto en base al ITBIS puede incentivar las compras de mayores cantidades del mismo (por ejemplo, el precio por litro es menor para la botella de 1 litro en comparación con la de 0,33 litros).

Ambos tipos de impuestos son regresivos (afectan más, proporcionalmente, a las clases con menos renta), pero los impuestos en base al volumen de consumo, en lugar de a su precio, han demostrado tener una menor carga tributaria.

Por último, se tiene que considerar si la tasa de impuestos va a cambiar con el tiempo. La ventaja del impuesto basado en el ITBIS es que ya está vinculada a la inflación. EN el caso de los impuestos especiales, vinculados a la unidad de consumo, esto no necesariamente es así. Por otra parte, los impuestos especiales se pueden introducir gradualmente (como se hizo y se hace aún con el tabaco y el alcohol). Esa gradualidad ofrece algunas ventajas, por ejemplo, da tiempo para que los consumidores cambien sus hábitos y suavizar el impacto en los hogares y las empresas.

El último punto a considerar es la cantidad o volumen de la tasa.

Cabe señalar que los mecanismos no se excluyen mutuamente y pueden ser combinados de varias maneras. Por ejemplo, en la mayoría de los países donde los impuestos especiales se aplican a determinadas mercancías, también pagan el ITBIS y los derechos de importación.

Mientras que los impuestos especiales específicos son fáciles de administrar y generan ingresos predecibles, como contrapartida requieren evaluación periódica y el ajuste para mantenerse al día con la inflación, y potencialmente puede incentivar a la industria alimentaria a alterar las características de un producto (por ejemplo, aumentando el tamaño de barras de chocolate si el impuesto se aplica por cada tableta de chocolate vendido) para diluir el importe del impuesto.

Por otra parte, los impuestos al consumo sobre el precio de un determinado producto o grupo de productos se ajustan automáticamente con la inflación y tienen un mayor impacto negativo sobre las ganancias de la industria (con lo que se desincentiva, en principio su venta), pero generan ingresos menos predecibles para la Administración, son más difícil de implementar y puede incentivar a los fabricantes a recortar sus precios para mantener el volumen y pudiendo grandes diferencias entre productos baratos y caros (lo cual podría, por ejemplo, alentar a las personas consumidoras a cambiar a productos más baratos que podrían ser tan o más perjudiciales que los afectados por el impuesto).

Otro objetivo de las Administraciones puede ser no aumentar la carga administrativa. Así, se puede tener en consideración que, por ejemplo, los impuestos sobre las bebidas con azúcar añadido y subsidios dirigidos a frutas y hortalizas sean menos costosos de poner en marcha (teniendo en cuenta que la definición de los ali-

mentos afectados es sencillo), mientras que impuestos sobre ingredientes particulares (el azúcar, por ejemplo) generarían más complejidad administrativa y mayores costes, ya que será necesario comprobar la composición nutricional de una amplia gama de productos alimenticios.

Impuestos regionales

En República Dominicana no se aplican impuestos a los alimentos procesados. El 7 de diciembre de 2016 se presentó al Congreso un proyecto de ley en el que se plantea aplicar un impuesto del 20% a las gaseosas, edulcoradas y energizantes, y limitar su embotellamiento a envases de 20 onzas¹¹⁴.

El 15% de la recaudación de este impuesto se emplearía en programas que creen y faciliten alternativas de cambio a la población en los hábitos de consumo de bebidas gaseosas, y el 5% se empleará para que el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales desarrolle políticas de concientización ciudadana para el buen uso de desechos plásticos y de vidrios¹¹⁵.

En dicho proyecto, también se plantea la prohibición de vender gaseosas en las escuelas, colegios e instituciones de educación primaria a niños menores de 12 años sin el consentimiento expreso de sus padres.

Las empresas del rubro se opusieron a este impuesto, la Asociación de Industrias de la República Dominicana (AIRD) participó en una reunión junto a la Comisión Permanente de Industria y Comercio de la Cámara de Diputados que estudia el referido proyecto de ley. De nuevo, el argumento esgrimido por la industria (el mismo que ha sido usado en otros países donde el impuesto a la comida y bebidas insanas está en vigor) es que la tasa ocasionaría grandes pérdidas, disminución en la inversión y de empleos en el país. Esta ley, según la industria, tendría un impacto muy lesivo en toda la cadena de valor de bebidas, compuesta por productos agrícolas, envases plásticos y de cartón, empaque,

114 Hoy Digital (en línea). Somete proyecto establece impuesto de 20% a las bebidas, 5 de diciembre de 2016. Consultado en 27 de marzo 2017. Disponible en: <http://hoy.com.do/somete-proyecto-establece-impuesto-de-20-a-bebidas/>

115 El nuevo Diario. Santo Domingo (en línea). Conocerán proyecto busca limitar envases e imponer impuesto de 20% a bebidas energizantes. 6 de diciembre de 2016. Consultado el 27 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=510708>

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN MAL?

cajas y embalajes, etiquetas, así como a los servicios de imprenta, transporte y publicidad¹¹⁶. En realidad, no hay ni una sola experiencia en el mundo que confirme esas declaraciones. Por ejemplo, en México, un estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública concluyó que el impuesto a las bebidas azucaradas no tuvo un impacto negativo en el desempleo como afirmó en su momento la industria que produce bebidas azucaradas. Esta investigación se basa en el análisis de encuestas mensuales y trimestrales sobre desempleo y empleo por sector, a nivel nacional.

Se concluyó que «a dos años de la implementación del impuesto no hubo reducción en el número de empleos dentro de la industria que produce bebidas azucaradas». Además, muestra que tampoco impactó en el empleo dentro de los establecimientos comerciales que venden estos productos y que, en general, la tasa de desempleo en México no aumentó después de la implementación del impuesto al refresco (INSP 2016)¹¹⁷.

La industria de alimentos y bebidas invierte grandes cantidades de dinero en cabildeo político y crea grupos de presión para apoyar sus intereses y combatir la regulación y políticas públicas contra la obesidad y enfermedades asociadas. Además, financia campañas políticas, asociaciones de profesionales de la salud, asociaciones que combaten la diabetes, organizaciones sociales de minorías étnicas, entre otros, con el fin de neutralizarlas o que incluso sean activas defendiendo sus intereses.

En la República Dominicana, la ley electoral permite el financiamiento del sector privado de candidatos congresales, municipales e inclusive presidenciales, así como de las campañas electorales de los mismos. Este tema es muy delicado y puede ser un gran problema para la aprobación de este tipo de leyes, ya que muchos de los representantes elegidos en el Parlamento responderán en su momento a los intereses de las empresas que los financiaron y no a los de los sectores más vulnerables o al bien común¹¹⁸.

En cambio, lo que sí está demostrado es que los impuestos a los alimentos insanos, combinados con las otras medidas que hemos descrito en este informe (etiquetado nutricional claro y visible en el frontal, regulación estricta de la publicidad de los alimentos insanos y reducción del precio de la alimentación saludable) funcionan. Sirva de ejemplo el resultado de un estudio reciente¹¹⁹ sobre el impacto en la salud cardiovascular de aplicar una reducción del 20% en los precios de los alimentos saludables. Para la República Dominicana, extrapolando los resultados del estudio, podemos decir que ese abaratamiento de los alimentos se traduciría en una reducción de un 2% de las 17.150 muertes por año por enfermedad cardiovascular. O sea, se estaría previniendo 343 defunciones por año.

116 El Caribe (en línea). 27 de enero de 2017. AIRD dice que proyecto de ley frena industrias. Consultado el 28 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.elcaribe.com.do/2017/01/27/aird-dice-que-proyecto-ley-frena-industrias>

117 Impuesto Saludable Org. (en línea). La desinformación de la Industria Refresquera vs Verdades Científicas. Disponible en: <http://impuestosaludable.org/>

118 Guadalupe Valdez. Embajadora de la FAO Hambre Cero (comunicación personal 31 de marzo de 2017)

119 <http://edusano.com.do/2017/08/02/los-cambios-en-los-precios-de-los-alimentos-pueden-reducir-las-enfermedades-cardiovasculares/>

■ Políticas regionales y del país relacionadas con la alimentación saludable

Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032

La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032¹²⁰ tiene su origen en los esfuerzos realizados por los Gobiernos Miembros y la Institucionalidad del Sistema de Integración Centroamericana por garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población. Responde al mandato de la XXXIX Reunión Ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los Países del SICA, efectuada en Tegucigalpa, Honduras, el 13 de junio de 2012, y de acuerdo a su resolución N.º 22.

Dentro del **Componente Estratégico del Consumo de Alimentos**, en el marco para la acción, se reconoce que existe un cambio en la dieta actual de la población, con un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética, con alto contenido de azúcares refinados, sodio y grasas saturadas y grasas trans, lo que genera problemas de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. También se indica que, como resultado de la apertura comercial en la región, las empresas han intensificado sus acciones publicitarias incentivando el consumo de alimentos preparados como comida rápida, frituras empaquetadas, golosinas, bebidas gaseosas y otros productos que promueven propiedades, modas, marcas llamativas y percepciones sociales que estimulan su consumo; a esto se suma que estos productos son adquiridos a un bajo precio y son de fácil acceso.

Se realizaron estudios sobre el cambio en la dieta que podría darse por la apertura comercial. En el informe

presentado por Hawkes y Thow (2008)¹²¹, se sugiere que el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Centro América y República Dominicana (CAFTA-DR) promoverá la transición nutricional en Centroamérica a través de sus efectos directos sobre las importaciones de alimentos y las inversiones de los Estados Unidos, y los efectos indirectos sobre la producción nacional de carne y el dinamismo de la producción local industrial de procesamiento de alimentos, al elevar el consumo de carne, alimentos muy procesados y alimentos nuevos no tradicionales. Entre las líneas de acción y medida de este componente, se tiende a la línea de acción 3.1, que está dirigida a enfrentar el problema del consumo de alimentos procesados con mayor información y educación sobre el tema.

TABLA 07 Línea de acción 3.1 de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032

LÍNEA DE ACCIÓN Y MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Línea de acción 3.1	Promover una educación alimentaria y nutricional que propicie patrones de consumo saludables.
Medida 3.1.1	Armonización a nivel regional de los criterios para la revisión periódica de las guías alimentarias básicas que incluyan la actividad física y considerando los factores de riesgo de las ENTRN.
Medida 3.1.2	Promoción de contenidos orientados a mejorar las prácticas y patrones de alimentación, nutrición, salud e higiene en los programas educativos formales y no formales.
Medida 3.1.3	Apoyo al desarrollo de habilidades en los consumidores/as para la interpretación del etiquetado nutricional que facilite una compra informada de los alimentos.
Medida 3.1.4	Desarrollo de estrategias "tipo" de información, educación y comunicación, para incentivar la alimentación saludable y revalorización de los patrones de consumo local con alto valor nutritivo que incluyan la utilización de las TIC.

Fuente: Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana 2012-2032.

120 Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centro América y República Dominicana 2012-2030 (en línea). Disponible en: http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc_view/429-politica-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-de-ca-y-rd-2012-2032

121 Hawkes C, Thow AM. 2008. Implicaciones del Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y República Dominicana sobre la transición alimentaria en Centroamérica. En Rev Panam Salud Pública, vol. 24 n.º 5, Washington. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008001100007

Constitución Política de la República Dominicana

La República Dominicana contempla en su legislación el derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria.

En la **Constitución Política de la República Dominicana** (13 de junio de 2015)¹²² se reconoce el derecho a la alimentación, mencionando el mejoramiento de la alimentación en el **artículo 61, derecho a la salud**, que dice:

***Derecho a la salud.** Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia:*

- 1) *El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el **mejoramiento de la alimentación**, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.*

Este aspecto se complementa con el **artículo 54** sobre seguridad alimentaria:

Seguridad alimentaria.** El Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuarios, con el propósito de **incrementar la productividad y garantizar la seguridad alimentaria.

Mediante el Decreto N.º 243-08, se crea el **Consejo para la Seguridad Alimentaria de la República Dominicana** (2008-06-26)¹²³. En el **artículo 2**, entre sus objetivos relacionados con la seguridad alimentaria, se menciona:

El Consejo para la Seguridad Alimentaria tendrá como objetivos fundamentales:

A. Diseñar y ejecutar las políticas públicas necesarias para que el país produzca suficientes volúmenes de alimentos, ecológicamente sustentables, de buena calidad y a precios asequibles para la población, en procura de satisfacer adecuadamente el consumo doméstico y garantizar la seguridad alimentaria de los dominicanos. Asimismo, procurará generar excedentes para reservas de contingencias y para exportaciones.

B. Consolidar y fortalecer el Sistema de Protección Social Dominicano para garantizar el derecho a la alimentación y la nutrición de la población, especialmente de la más pobre y vulnerable, con prioridad a la niñez, las mujeres embarazadas o lactantes y los envejecientes.

Ley 589/16. Creación del Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASSAN) de República Dominicana

La Ley 589/16 es fruto de cinco años de trabajo colectivo entre legisladores, técnicos, funcionarios de Estado, organizaciones sociales y comunitarias, productores agropecuarios y miembros de los sectores relacionados con la producción, manejo y control de alimentos.

En el 2010 se formuló la Constitución de la República Dominicana, en el artículo 54 se hace mención a la seguridad alimentaria pero no con un enfoque integral, es así que un grupo de instituciones nacionales e internacionales crean el Comité Interinstitucional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, conformado por los Ministerios de Agricultura y Salud, así como el Frente Parlamentario Contra el Hambre presidido por la Legisladora Guadalupe Valdez y con el acompañamiento técnico de la FAO, PMA, OPS y PNUD para promover la construcción de un marco legal en seguridad alimentaria y nutricional¹²⁴.

122 Constitución de la República Dominicana. Junio 2015. <http://www.poderjudicial.gob.do/documentos/PDF/constitucion/Constitucion.pdf>

123 Decreto N.º 243-08. Creación del Consejo para la Seguridad Alimentaria de la República Dominicana, 26 de junio de 2008. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/DOR%20Decreto%20243-08.pdf>

124 Carta al Presidente de la Cámara de Diputados para presentar el proyecto de Ley sobre Soberanía y Seguridad alimentaria y nutricional. 11 febrero 2014. http://parlamentarioscontraelhambre.org/file/frentes/dom/do_09.pdf

Este comité analizó la posibilidad de modificar el Decreto 243-08 (creación del Consejo para la Seguridad Alimentaria de la República Dominicana) y poder convertirlo en ley, pero consideraron que no era suficiente modificar este decreto, sino que era necesario generar un proceso para generar una ley que contemple los aspectos de la seguridad alimentaria y nutricional y que fuera un proceso construido por diversos actores y sectores.

El proceso comenzó a mediados de 2011¹²⁵, se realizaron ocho foros regionales de donde salió la idea de que esta ley no solo debía contemplar la Seguridad Alimentaria y Nutricional, sino que también debía estar incluida la soberanía alimentaria. Después se realizó una consulta virtual de tres meses de duración para que puedan participar aquellos sectores que no pudieron hacerlo en los foros. De estas consultas surgió el proyecto de ley que fue sometido al Congreso de la República en 2014¹²⁶.

La ley fue aprobada el 8 de junio de 2016 y promulgada el 5 julio del mismo año. Fusiona en un solo texto dos propuestas: la del Frente Parlamentario contra el Hambre de la Cámara de Diputados y la sometida en el Senado de la República. De acuerdo con la FAO, esta ley constituye un modelo de integración por la gran participación de instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y agencias de las Naciones Unidas que se sumaron para impulsar su elaboración y aprobación¹²⁷.

La ley 589/16 crea el marco institucional para la creación del Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en la República Dominicana (SINASSAN)¹²⁸. La promoción del consumo de alimentos saludables y el acceso a los mismos está contemplada en el **capítulo I, sección 1, artículo 4, principios 1 y**

12, que indican lo siguiente:

- 1) **Consumo.** *A través de este principio, el Estado promueve la ingesta de alimentos sanos que son necesarios en cantidad y calidad suficientes para que las personas tengan una alimentación adecuada y saludable.*
- 12) **Soberanía alimentaria.** *El Estado garantizará que la población tenga acceso a alimentos sanos y culturalmente aceptables de forma permanente que son imprescindibles para lograr una adecuada nutrición.*

En la ley también se aborda el derecho a la alimentación, en la **sección II, artículo 6, Derechos, inciso 1) Derecho a una alimentación adecuada:**

- d) *Tener la oportunidad de consumir alimentos sanos y nutritivos en cantidad y calidad adecuadas, acceder a agua potable, saneamiento y atención de salud.*
- e) *Disponer de información nutricional y acceder a alimentos apropiados desde el punto de vista nutricional y cultural.*

Respecto a las funciones del SINASSAN referidas a la nutrición y a las enfermedades relacionadas con la carencia o exceso de alimentación, en el **capítulo II, sección I, artículo 8, inciso 1 Funciones del SINASSAN (b) e inciso 2**, se menciona lo siguiente:

- b) *Vigilar por la situación alimentaria y nutricional de la población.*
- 2) *Fomentar acciones dirigidas a la erradicación de la malnutrición y reducción de enfermedades producidas por carencia o exceso de alimentación en todo el territorio nacional, instaurando y reforzando acciones que garanticen a que toda la población acceda a condiciones de desarrollo humano apropiado.*

Aún está pendiente la reglamentación de esta ley, pero se está avanzando en otros marcos legales con los temas de nutrición. Por ejemplo, el Ministerio de Salud está avanzando con información nutricional y el código alimentario, así como con el tema del desayuno escolar.

125 Nueva propuesta de ley de Soberanía, Seguridad Alimentaria y Nutricional, por el Derecho a la Alimentación en la República Dominicana 25.03.2013. <http://www.fao.org/righttofood/noticias-y-eventos/news-detail-es/es/c/173097/>

126 Guadalupe Valdez, Embajadora de la FAO Hambre Cero (comunicación personal 31 de marzo de 2017).

127 Noticias FAO. FAO felicita a legisladores por aprobación ley SAN. <http://www.fao.org/republica-dominicana/noticias/detail-events/es/c/418433/>

128 Ley 589/16. Creación del Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en la República Dominicana (SINASSAN) <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/dom159064.pdf>





www.comidaqueenferma.com.do
comunicacion@justiciaalimentaria.org