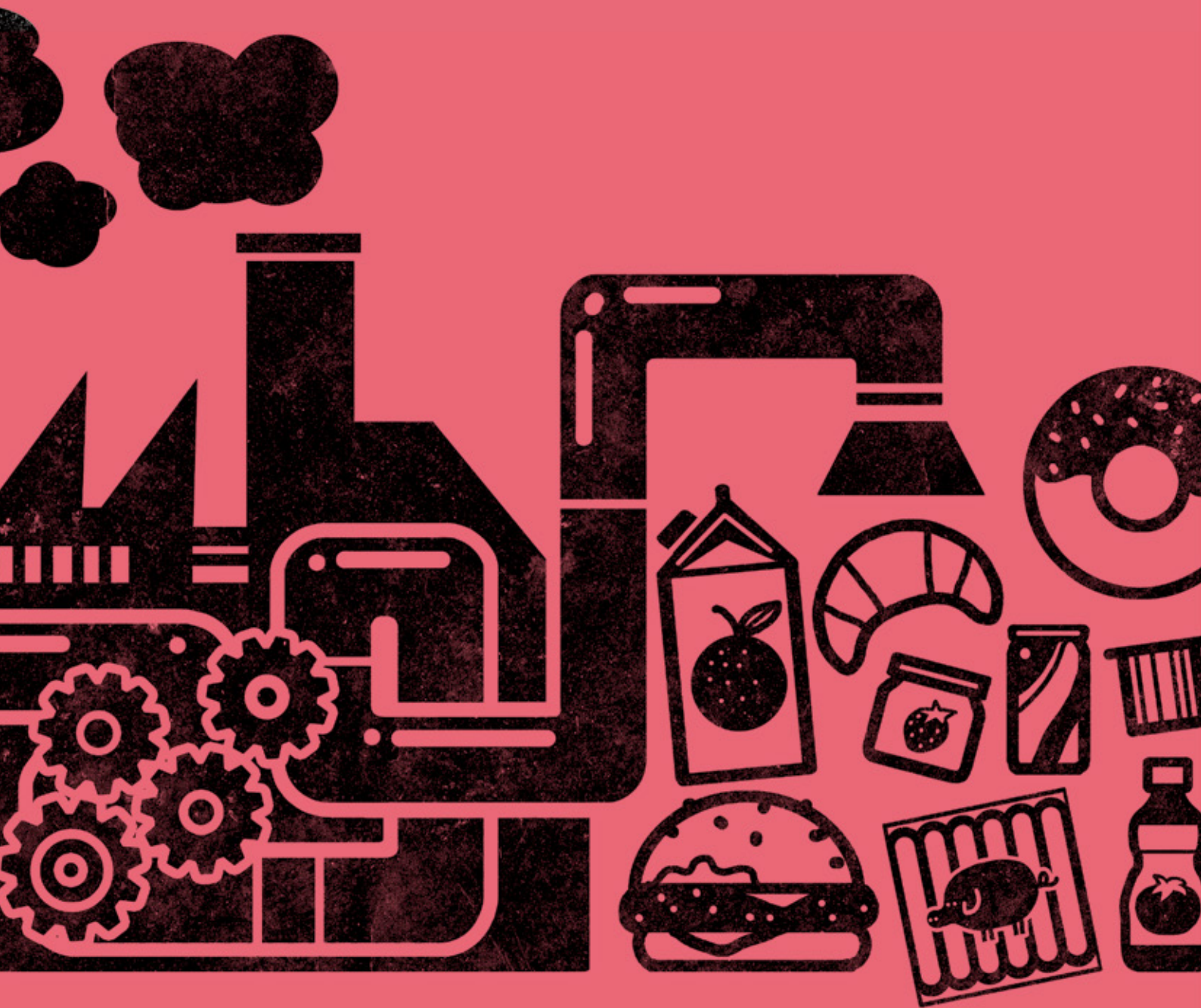


COMIENDO MENTIRAS



La alimentación insana en Honduras



JUSTICIA
ALIMENTARIA



Edificio Plaza La Joya, Segundo Piso, Cubículo No.15, Primera
Entrada de Residencial Plaza, Tegucigalpa, Honduras
www.justicialimentaria.org

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

Diseño y maquetación:
puntoycoma.org

Impresión: Buho

Portada: José A. Calvo

Imágenes páginas 2, 6, 18, 20, 28 y 32: pixabay.com

Septiembre 2023

Con el apoyo de:



El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Justicia
Alimentaria y no refleja necesariamente la opinión de la Agencia Española de
Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).



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	4
2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD	9
¿De qué enfermamos?	7
Elementos asociados al riesgo alimentario	7
Las enfermedades	11
• Obesidad y sobrepeso	12
• Diabetes	14
• Enfermedades cardiovasculares	15
Impacto económico de las principales enfermedades asociadas a una dieta insana	16
• El coste económico de la obesidad y el sobrepeso	17
Conclusión	19
3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA	21
Transiciones nutricionales	21
En que consiste la actual transición	22
Ultraprocesamiento	22
Transición Nutricional	23
Globesidad	24
Alimentos procesados: más grasa, más sal y más azúcar	27
¿Qué son los alimentos procesados?	27
Perfiles nutricionales	28
Transición nutricional en Honduras	29
4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?	33
Las causas de fondo de la alimentación insana	33
Publicidad	35
• Mundo <i>Spot</i>	35
• Regulación de la publicidad alimentaria insana	43
• Regulación de la publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil en Honduras	47
Si no me ves, no existo. El etiquetado	47
• La importancia de las etiquetas	47
• Los etiquetados nutricionales alternativos	50
• La legislación actual sobre etiquetado en Honduras	52
• Respuesta de la industria alimentaria y contraargumentos	52
• Ejemplos de la eficacia del etiquetado nutricional	54
• Opciones para mejorar el acceso a los alimentos saludables a través de la intervención en los precios	54

1

INTRODUCCIÓN

Fijémonos en unos cuantos datos para empezar. Las tasas de sobrepeso y obesidad se han triplicado en las Américas en los últimos 50 años, afectando actualmente al 62,5 % de la población. Es, de hecho, la prevalencia más alta del mundo. Los niveles de sobrepeso y obesidad afectan al 33,6 % de la población infantil. Es decir, que uno de cada tres menores y dos de cada tres adultos tienen sobrepeso u obesidad¹. Y esta afectación es solamente una de las muchas vinculadas a la alimentación insana.

“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).

La OMS (especialmente su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud u OPS), lleva años en pie de guerra con este tema. Ha sacado la lupa apuntando claramente a la industria alimentaria. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de salud internacional dentro del sistema de las Naciones Unidas, por lo que sus declaraciones y actuaciones se basan en evidencias científicas del todo incuestionables. Cuando su exdirectora 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 voz en este sentido. Todas las instituciones científicas independientes lo repiten hasta la saciedad.

Pocas veces se han dicho, desde instancias como la OMS, palabras tan duras como las que pronunció su directora general, Margaret Chan, en 2014 y que merecen ser parcialmente reproducidas: “En la actualidad, las campañas de promoción de estilos de vida saludables y la adopción de conductas para alcanzarlos se encuentran con la oposición de fuerzas que distan mucho de ser ‘amables’. Más bien, todo lo contrario. El pasado reciente aporta pruebas suficientes que documentan todo tipo de tácticas por parte de la industria alimentaria. Entre ellas, se incluyen la creación de empresas dentro del mismo grupo que presentan su ‘cara amable’, la creación de grupos de presión (*lobbies*), promesas de autorregulación incumplidas, interposición de demandas y financiación de estudios de investigación con el fin de tergiversar la evidencia y confundir a la ciudadanía.

1 bit.ly/3r8rqKQ

Además, entre este tipo de tácticas también se incluye la realización de donaciones, regalos y contribuciones relacionadas con causas nobles, o bien vistas por parte de la comunidad, de forma que estas industrias terminan siendo percibidas como corporaciones respetables tanto a ojos de la ciudadanía como de la clase política. Entre sus estrategias discursivas destacan también el descargar la responsabilidad de una mala salud en cada individuo, así como pretender que las actuaciones de los Gobiernos en la regulación de estas cuestiones no son sino una interferencia en la libertad personal de cada cual y en su derecho a elegir libremente.

Es importante recordar una cosa: ni un solo país del mundo ha conseguido darle la vuelta a la epidemia de obesidad en todos los grupos de edad. Esta realidad no es consecuencia de una falta de voluntad individual, es consecuencia de la ausencia de voluntad política a la hora de meter mano en este gran negocio.”

Poco más que añadir.

Cuando se analizan los datos sobre salud, riesgos sanitarios, causas de muerte y enfermedad, tanto en el mundo como en Honduras, aparece una evidencia realmente inquietante: **comer nos enferma**. Y esto es así por mucho que la inmensa mayoría de Gobiernos actúen como cuando teníamos miedo de pequeños: 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 aunque los Gobiernos actúen como si este hecho no existiera, aunque cierren los ojos, más allá de sus párpados cerrados la realidad sigue siendo la que es, incuestionablemente.

Comer nos enferma, sí. Pero podemos decir más: comer es lo que más nos enferma (magnitud); nos enferma cada vez más (evolución); pero no enferma por igual a todo el mundo (existen dos factores determinantes que son la clase social y el 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 una 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 nos alertan sobre 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 como locales, frescos, naturales, sanos o nutritivos. Lamentablemente, tres cuartas partes de nuestra dieta no cumplen estas características (es un hecho comprobable, no una opinión) y Honduras no está entre los países que han decidido regular esta epidemia.



2

EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

¿De qué enfermamos?

Una buena manera de responder a esta pregunta nos la ofrece la OMS. Este organismo internacional calcula desde hace años la llamada Carga Mundial de la Enfermedad (Global Burden o Disease o GBD), que mide los años de vida perdidos por muerte prematura, sumados a los años de vida pasados en situaciones de enfermedad. Mide, en definitiva, la cantidad de años de buena salud perdidos y a qué se debe².

Quando analizamos los datos de por qué morimos o enfermamos nos encontramos con distintas categorías estadísticas de análisis. Por un lado, tenemos las enfermedades en sí (cáncer, infartos, diabetes, depresión, etc.), por otro los riesgos para la salud. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Por ejemplo: el tabaco o la contaminación del aire. Si fumamos la probabilidad de enfermar aumenta, por tanto, el tabaco es un riesgo para la salud, su presencia reduce los días de salud. De la misma manera, si vivimos en una ciudad con un aire contaminado (polución debida a las excesivas emisiones de los automóviles, compuestos químicos industriales, polvo, etc.) vamos a enfermar y morir antes que si vivimos en un lugar con el aire limpio.

■ Elementos asociados al riesgo alimentario

Los estudios de la OMS analizan estos riesgos y los cuantifican. Entre ellos encontramos factores como el alcohol, el tabaco o los alimentos, es decir, aquellos aspectos de la dieta que suponen un riesgo para nuestra salud. ¿Qué aspectos de la dieta se consideran riesgos alimentarios? Es decir, ¿qué aspectos de la dieta sabemos que acortan y empeoran nuestra vida? Según la OMS/OPS, son los siguientes:

- > Dietas altas en carnes procesadas
- > Dietas altas en carnes rojas
- > Dietas altas en sodio

2 Estos se calculan a través de los "años de vida ajustados por discapacidad" (AVAD o DALY, siglas de *Disability Adjusted Life Years*) y son el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura.

2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

- > 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

Veremos más adelante cómo afectan a la salud de la población hondureña algunos de estos riesgos, lo más importantes.

Además de estos factores de riesgo alimentarios directos, existen otros en los que la alimentación tiene un peso fundamental, los llamados factores alimentarios indirectos. Nos estamos refiriendo a factores como la hipertensión arterial, la hiperglucemia, el sobrepeso o la hipercolesterinemia. Si alguien tiene hipertensión, la probabilidad de que enferme o muera es mayor que si no la tiene, por eso es un riesgo. Decimos que es un riesgo alimentario indirecto porque una de las principales causas de hipertensión es una alimentación insana (exceso de sal o de grasas no saludables, por ejemplo). Lo mismo se puede decir con respecto a la glucemia, el colesterol o el peso corporal.

Si queremos saber hasta qué punto la alimentación insana afecta a nuestra salud debemos considerar los factores de riesgo alimentarios directos e indirectos, debidamente ponderados.

Veamos lo que dicen los datos. A escala mundial, la cuestión está clara: según los datos del macroestudio *Global Burden of Disease* ['Carga mundial de la enfermedad'], que publicó *The Lancet*³ en el año 2015, analizando los datos de los últimos 25 años, el factor de riesgo que más problemas causa en nuestra salud es una dieta inadecuada. Así de claro. **La dieta insana es responsable del 22 % de las muertes evitables⁴ en el mundo.** Lo podemos decir de otra manera: casi una de cada cuatro 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.

De todas esas muertes relacionadas con la dieta, la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa (90 %), seguida del cáncer (8 %) y la diabetes tipo 2 (2 %).

No solo eso, sino que, si analizamos la evolución de estos riesgos⁵, veremos que los que más están creciendo son precisamente los alimentarios. Así, mientras que, en los últimos tres años completos (2020, 2021, 2022), 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 una alta tasa de glucemia en sangre, un 31 %⁶. Así que, a escala mundial el mal comer nos quita días de vida y cada vez nos quita más.

Estos son los datos para el mundo, pero ¿qué pasa en Honduras? Tal vez nuestro país presente un patrón distinto. Así que veamos cuáles son los principales riesgos para la salud en Honduras.

Una primera consideración consiste en diferenciar entre las llamadas enfermedades transmisibles (aquellas causadas por agentes infecciosos como virus o bacterias) de las no transmisibles (el resto). En el caso de Honduras, la inmensa mayoría de enfermedades son no transmisibles, según los últimos datos del año 2021, las vehiculadas por agentes infecciosos representan menos del 14 % del total.

Una primera consideración consiste en diferenciar entre las llamadas enfermedades transmisibles (aquellas causadas por agentes infecciosos como virus o bacterias) de las no transmisibles (el resto). En el caso de Honduras, la inmensa mayoría de enfermedades son no transmisibles, según los últimos datos del año 2021, las vehiculadas por agentes infecciosos representan menos del 14 % del total.

3 bit.ly/44EZkVa

4 Esa cifra es el resultado de sumar el impacto de cada uno de los riesgos alimentarios + los riesgos ponderados asociados a una alimentación insana (por ejemplo, la alta presión sanguínea).

5 Datos tomados de la base de datos global: www.healthdata.org

6 La cifra de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) hace referencia al número de días de buena salud perdidos; en este caso los porcentajes se refieren a qué proporción de los AVAD está relacionada con cada riesgo alimentario.

TABLA 1. Sobre el % del total de muertes (2019). Honduras

Hipertensión sanguínea	18,84 %
Hiperglucemia	14,35 %
Riesgos alimentarios	11,76 %
Polución del aire	10,89 %
Alto índice de masa corporal	10,70 %
Disfunción renal	9,51 %
Tabaco	9,30 %
Hipercolesterolemia	6,93 %
Alcohol	5,29 %
Desnutrición infantil y materna	4,05 %
Otros riesgos ambientales	3,24 %
Riesgos ocupacionales	2,12 %
Agua insegura y saneamiento deficiente	1,94 %
Prácticas sexuales inseguras	0,90 %
Drogas	0,54 %
Baja densidad ósea	0,46 %
Baja actividad física	0,41 %
Violencia de género	0,21 %
Total de riesgos alimentarios directos + indirectos	65,42 %

Los datos que vamos a mostrar en los siguientes epígrafes corresponden, por tanto, a las enfermedades no transmisibles⁷. En la siguiente tabla aparecen los riesgos para la salud en Honduras y su importancia como causantes de muertes, es decir: del total de muertes ocurridas en Honduras, qué porcentaje podemos atribuirle a cada uno de estos riesgos. Se han marcado en amarillo

7 Todos los datos que se muestran en este apartado están tomados del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la mayor base de datos independiente sobre temas de salud. Se trata de datos procedentes de fuentes oficiales y de publicaciones científicas recogidos y analizados por un consorcio de más de 1600 personas investigadoras en 120 países, recopilando así 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 entre grupos de edad y poblaciones. Para Honduras, se han tomado los datos del IHME referidos a este país.

aquellos que tienen una vinculación directa con la alimentación insana y en rosa los que están relacionados con la desnutrición.

Recordemos que los riesgos alimentarios directos son características dietéticas que afectan directamente a la salud (por ejemplo, consumir demasiada carne roja), mientras que los riesgos alimentarios indirectos (o metabólicos) son los producidos, en parte, por una dieta insana (por ejemplo, la hiperglucemia)

El resultado de la tabla nos muestra que el 65 %, es decir prácticamente dos de cada tres muertes no infecciosas acontecidas en Honduras tienen que ver, directa o indirectamente, con una alimentación insana, lo que se traduce en unas 30 000 personas fallecidas al año⁸.

Si hacemos el mismo ejercicio con los días de salud perdidos en vez de con las muertes acontecidas, obtenemos que la alimentación insana es el riesgo que explica (directa o indirectamente) el 35 % de la pérdida de salud de las personas hondureñas.

Una vez hemos visto que el principal factor de riesgo para la salud en Honduras es el alimentario, podemos analizar ahora la evolución de la alimentación como factor de enfermedad. Si calculamos cómo han ido evolucionando los diferentes riesgos de salud en Honduras en los últimos años, podemos constatar como el ranking de riesgos ha ido variando, siendo los alimentarios los que predominan hoy en día.

No hace falta alejarse muchos decenios atrás para observar cómo la amenaza para la salud que más ha aumentado es la relacionada con una alimentación insana.

Así en el año 2001, los tres riesgos que más pérdida de salud causaban en Honduras eran la desnutrición infantil y materna, la polución del aire y un saneamiento insuficiente de las aguas. Los riesgos alimentarios representaban el 20 %. En el año 2011, la hipertensión se alzó a la segunda posición, dejando fuera las deficiencias en el saneamiento de las aguas. Los riesgos alimentarios en su conjunto ascendieron a un 27 % (es decir, de todos los días de salud perdidos, un 27 % eran debidos a la alimentación insana). Los últimos datos de 2019 confirman la evolución imparable de la alimentación como gran riesgo para la salud hondureña: los tres primeros factores

8 Teniendo en cuenta los últimos datos disponibles de mortalidad en: hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-honduras

2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

TABLA 2. Sobre el % del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (2019). Honduras

Hiperglucemia	8,70 %
Hipertensión sanguínea	8,42 %
Desnutrición infantil y materna	8,34 %
Alto índice de masa corporal	7,55 %
Polución del aire	6,46 %
Riesgos alimentarios	5,84 %
Disfunción renal	5,09 %
Tabaco	5,05 %
Alcohol	4,50 %
Hipercolesterolemia	3,17 %
Riesgos ocupacionales	2,93 %
Agua insegura y saneamiento deficiente	2,50 %
Otros riesgos ambientales	1,43 %
Prácticas sexuales inseguras	0,78 %
Drogas	0,65 %
Abuso y maltrato infantil	0,40 %
Baja densidad ósea	0,38 %
Violencia de género	0,35 %
Baja actividad física	0,17 %
Total de riesgos alimentarios directos + indirectos	35,20 %

de riesgo están ya vinculados a la alimentación: hipertensión, hiperglucemia y sobrepeso/obesidad. La suma de todos los factores alimentarios es, como hemos visto anteriormente, del 35 %.

Si en vez de analizar los días de salud perdidos nos fijamos en las defunciones, la situación es muy parecida. En el año 2001 había un riesgo alimentario entre los tres primeros causantes de muerte en Honduras; en 2011 ya eran dos de los tres y en 2019 las tres primeras causas de muerte ya son todas alimentarias.

GRÁFICO 1. Porcentaje de días de salud perdidos relacionado con riesgos alimentarios

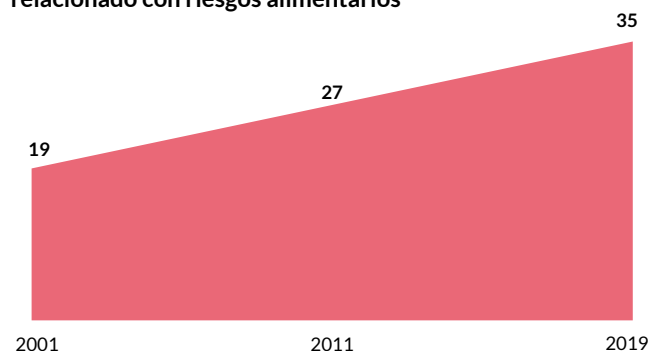
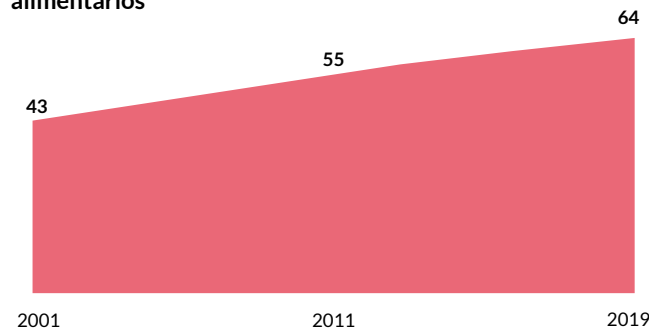


TABLA 3. Evolución de los principales factores de riesgo y los días perdidos de salud en Honduras (en % respecto del total)

2001	
Hipertensión	13,45 %
Desnutrición infantil y materna	11,71 %
Polución del aire	11,24 %
2011	
Hipertensión	17,14 %
Hiperglucemia	12,32 %
Polución del aire	11,31 %
2019	
Hipertensión	18,84 %
Hiperglucemia	14,35 %
Riesgos alimentarios	11,76 %

Si analizamos pues la evolución de todos los riesgos alimentarios (directos e indirectos) y su efecto en las defunciones en Honduras constatamos que, al igual que en lo que se refiere a los días de salud perdidos, se está produciendo una clara tendencia a su aumento.

GRÁFICO 2. Porcentaje de muertes vinculados a riesgos alimentarios



■ Las enfermedades

Hablar de factores de riesgo es una manera de mirar el problema consistente en determinar qué elementos de los que nos rodean de manera continuada nos están enfermando. Pero existe otra manera de saber por qué enfermamos: analizar las enfermedades en sí (en vez de los factores de riesgo) y ver qué implicación tiene la alimentación en ellas.

Hay tres grandes tipos de enfermedades que dependen directamente de la alimentación. Aunque con algunas diferencias entre hombres y mujeres, son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer. Son, además, tres de las enfermedades con mayor impacto en los niveles de mortalidad y de pérdida de salud en la población. ¿Podemos cuantificar esta "involución" de la alimentación en estas enfermedades? Sí, se puede determinar qué porcentaje de esas enfermedades (o de algunas para las que hemos encontrado datos fiables) es atribuible directamente a la alimentación insana⁹.

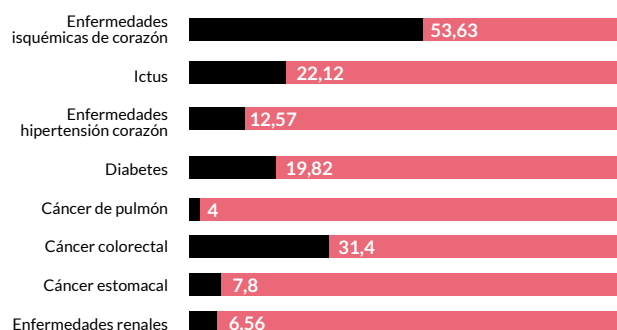
Si analizamos las principales enfermedades que afectan a la población hondureña vemos como, en la mayoría de ellas, la alimentación insana tiene un papel importante. Si miramos las enfermedades cardiovasculares (primera causa de muerte en Honduras), el rango de defunciones atribuibles a la alimentación oscila desde un 54 % en el caso de las enfermedades isquémicas del corazón, un 22 % de los ictus y hasta un 12,5 % en el caso de las enfermedades hipertensas cardíacas. En el caso de la diabetes es prácticamente un 20 % y en el de algunos cánceres va desde un 31 % del colorrectal a un 7,8 % del estomacal.

Estas cifras quieren decir que de todas las defunciones a causa de, por ejemplo, un ictus, el 22 % tienen como causa determinante una alimentación insana. En el caso de las enfermedades cardíacas, nada más y nada menos que más de la mitad (54 %); en el caso de la diabetes, un 20 % de las muertes por esta causa son atribuible a la alimentación; y en el caso del cáncer colorrectal, una de cada tres fallecimientos por esta enfermedad tuvo como causa principal la alimentación.¹⁰

9 Como en el caso anterior, los datos están tomados del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), filtrando la base de datos para obtener los resultados en Honduras.

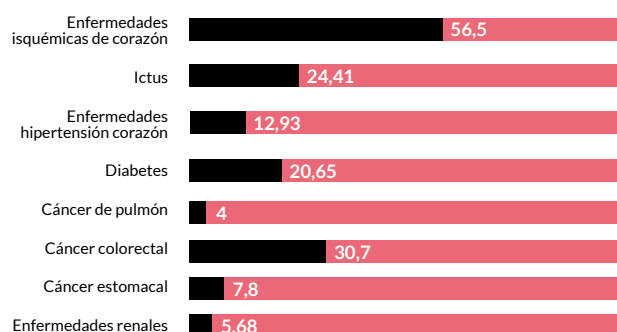
10 EIC son las siglas de Enfermedades Isquémicas del Corazón; EHC de Enfermedades de Hipertensión del Corazón y la abreviatura C. es de cáncer.

GRÁFICO 3. Defunciones y enfermedad (porcentaje atribuible a riesgos alimentarios)



Si hacemos el mismo ejercicio, pero no con las defunciones sino con los días perdidos de salud (o días que estamos enfermos, para hacerlo más entendible), vemos unas cifras muy parecidas, aunque ligeramente diferentes. Por ejemplo, si se sufre un ictus, pero no se fallece, casi un 25 % de los días de enfermedad asociados se pueden atribuir a la alimentación insana.

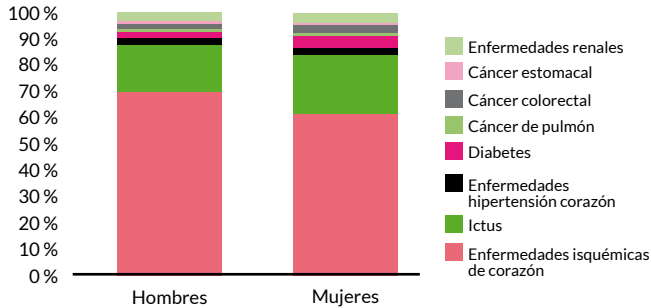
GRÁFICO 4. Días perdidos de salud y enfermedades (porcentaje atribuible a riesgos alimentarios)



Por ofrecer algunas cifras absolutas, calculadas en base a estos porcentajes: cada año mueren alrededor de 10 000 personas como consecuencia de la alimentación insana. Esto representa el 23 % de todas las muertes registradas en Honduras (año 2019, último de año prepandemia). Si desagregamos por sexo, las mujeres mueren más que los hombres a causa de la alimentación insana en el caso de los ictus, la hipertensión, la diabetes, los cánceres colorrectal y estomacal y las enfermedades renales. Si la alimentación insana fuera un virus, hace ya tiempo que habrían saltado todas las alarmas. Para contextualizar esta cifra, digamos que, por cada defunción debido a causas infecciosas o parasitarias, hay quince atribuibles a la mala alimentación; por cada víctima mortal en accidente de tráfico, hay 80 víctimas de la alimentación insana.

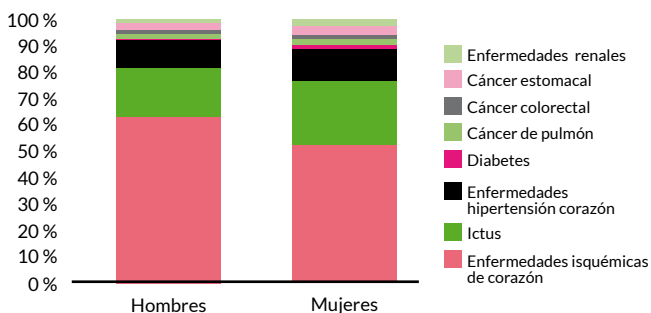
2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

GRÁFICO 5. Porcentaje de muertes atribuibles a la alimentación insana de las tres principales enfermedades



Podemos realizar el mismo ejercicio por días de enfermedad, en vez de por defunciones. Así, uno de cada diez días en que alguien está enfermo en Honduras es por culpa de la alimentación insana.

GRÁFICO 6. Porcentaje de días perdidos de salud atribuibles a la alimentación insana, por enfermedades



Según los últimos datos disponibles¹¹, en Honduras hay más de 900 000 personas afectadas de diabetes (el doble de mujeres que de hombres); 225 000 de los casos son atribuibles a la alimentación insana. En cuanto a la hipertensión, 2,3 millones de personas sufren esta dolencia (el 70 % mujeres), de las cuales prácticamente un millón podemos atribuirlo a la alimentación. Es decir, que 1,1 millones de personas enferman de diabetes e hipertensión en Honduras principalmente por culpa de una alimentación insana.

También es importante destacar otro grupo de enfermedades asociadas a la alimentación que no hemos recogido aquí y que, si bien merecería un análisis especial, vamos por lo menos a citarlo. Nos referimos a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), que suponen un problema relevante de salud pública por diver-

sos motivos: su prevalencia, gravedad, un curso clínico prolongado, su tendencia a la cronificación, la necesidad de tratamiento pluri- e interdisciplinario, y la frecuente hospitalización de las personas afectadas. Recordemos que una de cada diez personas hondureñas padece algún tipo de TCA¹², y que hay nueve veces más mujeres afectadas que hombres.

De entre todas las enfermedades asociadas directamente a la alimentación insana nos vamos a detener, aunque sea brevemente, en tres de ellas: la obesidad y sobrepeso¹³, la diabetes y las alteraciones cardiovasculares.

Obesidad y sobrepeso

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

La película de animación de Disney *Wall-E* (2008) nos presenta un mundo apocalíptico donde la humanidad ha tenido que abandonar la Tierra, destruida por la contaminación, por lo que sobrevive en el espacio. A bordo de una gran nave se crea un mundo supuestamente feliz donde toda la humanidad es obesa y se dedica consumir ávidamente todo tipo de alimentación procesada altamente insana. A ello se suma la ausencia total de ejercicio y la visión 24h de la televisión. Como muy acertadamente comenta Julio Basulto¹⁴ en su espacio web, sorprende que en la película no aparezcan personas de avanzada edad en la nave. ¿Casualidad? Seguramente no. La obesidad y el sobrepeso reducen drásticamente la esperanza de vida, por lo que es científicamente plausible suponer que en *Wall-E* no aparecen personas de más de 60 años porque, sencillamente, no las hay. Han muerto antes. La esperanza de vida en una sociedad así se reduciría drásticamente y los años vividos sin discapacidad (es decir, con plena salud) aún más.

Si nos vamos a datos globales, según la OMS la pandemia del sobrepeso y la obesidad constituye el quinto principal factor de riesgo de defunción en el mundo. Pero además del problema en sí, están todas las enfermedades asociadas al mismo: Según las últimas estimaciones, la obesidad explicaría el 80 % de los casos de diabetes en personas adultas (datos globales no desagregados por

11 bit.ly/3sTtNkX

12 bit.ly/3Rg7S1M

13 La primera, a menudo se considera no tanto una enfermedad como un factor de riesgo asociado a otras enfermedades.

14 bit.ly/3Lgi5ay

sexo), el 55 % de los casos de hipertensión arterial, el 35 % de los casos de enfermedad coronaria y el 41 % de los casos de algunos cánceres. Vemos como, en realidad, las enfermedades vinculadas con la alimentación insana interaccionan entre ellas y se retroalimentan. En cierto modo, podemos asociarlo a un esquema tipo telaraña, donde un movimiento en uno de sus puntos afecta y hace vibrar al resto, situando en su centro las dietas insanas, el elemento común que une a todas estas enfermedades.

Asimismo, diversos estudios apuntan a que las personas obesas, en especial las mujeres, presentan una calidad de vida significativamente menor que las personas con normopeso. Por tanto, su impacto sobre la salud no se limita a una menor esperanza de vida, sino que también conlleva una peor calidad durante los años vividos. **Y es que, según un estudio de la OCDE¹⁵, cada 15 kilogramos por encima del normopeso el riesgo de muerte temprana aumenta aproximadamente en un 30 %.**

Recordemos ahora por qué no hay personas de edad avanzada en *Wall-E*.

► Importancia del problema de la obesidad y sobrepeso en Honduras

Si bien no se encuentran datos oficiales recientes sobre obesidad y sobrepeso en el país, está claro que Honduras no está exenta de este problema. La OPS calculó en 2016 que prácticamente la mitad de la población hondureña tenía sobrepeso (el 47,6 % de la población total, un 52% de las mujeres y un 43,3 % de los hombres) y un 16,3 % sufría obesidad (21,6 % de las mujeres y 11,1 % de los hombres). **Es decir que un 63 % de la población de Honduras excede su peso recomendado¹⁶.** Estos datos se están viendo confirmados en informaciones recientes que elevan la cifra a un 67 % de la población¹⁷.

No se han encontrado datos oficiales por Departamentos para hombres, pero en el caso de las mujeres existen diferencias entre las distintas regiones de Honduras.

Tabla 4. Honduras. Tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres por Departamentos¹⁸

Atlántida	56,3 %
Colón	53,6 %
Comayagua	53,6 %
Copán	41,1 %
Cortés	56,9 %
Choluteca	49,8 %
El Paraíso	48,8 %
Francisco Morazán	54,0 %
Gracias a Dios	59,6 %
Intibucá	39,6 %
Islas de la Bahía	57,6 %
La Paz	43,5 %
Lempira	31,4 %
Ocotepeque	39,6 %
Olancho	49,8 %
Santa Bárbara	45,0 %
Valle	56,2 %
Yoro	52,8 %

Resulta interesante destacar que los dos Departamentos con menor tasa de obesidad (femenina) son Lempira e Intibucá, que son justamente los dos con mayor nivel de pobreza¹⁹. De hecho, hay una relación directa entre nivel de desarrollo humano de cada Departamento y la obesidad femenina; así, si ordenamos los Departamentos por menor nivel de obesidad femenina los primeros de la lista son Lempira, Intibucá, Ocotepeque, Copán, La Paz y Santa Bárbara; si los ordenamos por peor índice de Desarrollo Humano, la lista sería: Lempira, Copán, Intibucá, Ocotepeque, Santa Bárbara y La Paz²⁰. Es decir, todo parece indicar que existe una relación directa entre nivel de renta y prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Por lo que respecta a la población infantil, los datos indican un crecimiento preocupante. Así, según las Encues-

15 bit.ly/3sKAMN7

16 bit.ly/44TnPOP

17 bit.ly/462SOBY

18 bit.ly/3sLbqyS

19 bit.ly/44OR5G5

20 bit.ly/3PwwXnA

2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

tas Nacionales de Demografía y Salud (ENDESA) de los años 2001, 2005-2006, 2011-2012 y 2019, se constata un incremento del sobrepeso y obesidad en la población infantil menor de cinco años, particularmente en áreas urbanas, que pasa del 3 % al 6 %.

Asimismo, un estudio reciente sobre población escolar en Tegucigalpa ha reportado que un 14 % tenía sobrepeso y un 6 % obesidad; así que, en total, un 20 % de la población escolar de la capital presentaría un IMC (Índice de Masa Corporal) inadecuado. Otras informaciones recientes, de este mismo año 2023, señalan que la obesidad en la región de San Pedro Sula alcanza al 14,7 % de su población infantil²¹.

El sobrepeso infantil no es solo un problema puntual, sino que es un lastre para la salud que puede llegar a arrastrarse el resto de la vida, pues puede dejar secuelas difíciles de revertir. La obesidad infantil aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar en la vida adulta toda una variedad de situaciones adversas para la salud como las enfermedades anteriormente vistas: diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño, hipertensión, dislipidemia, síndrome metabólico, problemas cardiovasculares e incluso cáncer y problemas de relaciones sociales. Gran parte de todo esto puede tener su origen en una alimentación insana durante la infancia²².

Como estamos viendo, el problema es pues gravísimo pero las actuaciones que están llevando a cabo las administraciones competentes para atajarlo brillan por su ausencia.

Diabetes

Cada hora que pasa se detecta un nuevo caso de diabetes en Honduras. Cada semana se diagnostica un promedio de 200 nuevas personas con esta enfermedad, es decir, alrededor de 28 personas por día²³. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID), Honduras presenta una tasa de prevalencia del 9,53 %.

Se ha demostrado, fuera de toda duda, que la diabetes tipo 2 está estrechamente relacionada con la dieta insana, en concreto, con el consumo excesivo de azúcares añadidos.

No siempre se percibe la diabetes en toda su gravedad. No olvidemos que esta enfermedad causa una alta mortalidad debido a sus complicaciones tanto agudas como crónicas: es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes mal controlada aumenta pues las probabilidades de muerte prematura, así como de complicaciones crónicas como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, ceguera por retinopatía diabética, insuficiencia renal por nefropatía diabética, así como úlceras y amputaciones de miembros inferiores.

En Honduras la diabetes, según la OPS/OMS, afecta alrededor del 7,3 % de la población adulta de 20 a 79 años (entre 700 y 900 000 pacientes), aunque el 50 % de la población no está diagnosticada²⁴. La tasa en hombres es del 6,5 % y en mujeres del 7,9 %.

Según la OPS, las muertes por hiperglucemia en Honduras ascienden a más de 1400 personas al año (650 hombres, 760 mujeres). Esta diferencia entre sexos es importante porque como muestran los datos, **la diabetes deteriora mucho más la salud de las mujeres que de los hombres**²⁵.

Las mujeres diabéticas corren un mayor riesgo que los hombres. En concreto, tienen un 30 % más de posibilidades que los varones de sufrir ictus. Con el mismo tratamiento, en casos de diabetes tipo 1 las mujeres presentan una tasa de mortalidad 37 % superior a los hombres; su riesgo de enfermedad cardiovascular es un 154 % superior y un 44 % en el caso de las enfermedades renales.

Las mujeres también son más resistentes a los tratamientos con insulina y sufren más episodios de hipoglucemia.

Por si esto fuera poco, las mujeres están infratratadas en comparación con los hombres (este hecho no es específico de la diabetes, sino que es común a todas las enfermedades), por lo que su diabetes está peor controlada y deriva a mayores complicaciones en su salud.

21 bit.ly/48cCib1

22 bit.ly/46o9yuv

23 bit.ly/3RcAV67

24 bit.ly/45Hg1k0

25 bit.ly/4897PdR

También podemos calcular la carga económica de la diabetes mellitus en Honduras: en 2015 se estimó un costo de L 2,555,066,494 (más de 100 millones de USD o dólares estadounidenses), cifra que se duplicó en 2020, llegando a L 5,771,379,363 (233 millones de USD)²⁶.

Enfermedades cardiovasculares

Son la primera causa de defunción en Honduras, representando aproximadamente el 26 % de todas las muertes²⁷, y ya hemos visto que, de media, más de un tercio de estas pueden atribuirse directamente a la alimentación insana.

Uno de los elementos más determinantes de estas enfermedades es la hipertensión arterial, que muestra una prevalencia del 22,6 % en la población adulta (23,2 % en los hombres y 22,1 % en las mujeres), otra dolencia con clara influencia de la alimentación²⁸.

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.

El sobrepeso, y en especial la obesidad, son los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular²⁹. Además, la implicación de la diabetes mellitus en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares está fuera de toda duda³⁰. Tanto es así que incluso se la ha considerado una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. Según la información disponible, la diabetes mellitus es el factor de riesgo cardiovascular que más crecimiento ha experimentado durante los últimos años.

Como estamos viendo, 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. Es el síndrome de la alimentación insana.

Y en el caso de las mujeres, las enfermedades cardiovasculares también siguen el mismo patrón que la inmensa mayoría de enfermedades están siendo infradiagnosticadas, infratratadas e infrarrepresentadas³¹.

Aunque son la primera causa de mortalidad femenina, en las encuestas sólo una de cada cuatro mujeres reconoce que las afecciones cardíacas son una amenaza mayor que el cáncer. En general, las enfermedades cardiovasculares también suelen ser más graves en las mujeres. Por ejemplo, los hombres tienen una probabilidad del 30 % de morir por su primer infarto, mientras que en el caso de las mujeres esta cifra se eleva hasta el 50 %. En los casos en que se supera este primer infarto, el 25 % de los hombres morirá durante el año siguiente, pero entre las mujeres este porcentaje se eleva al 38 %³².

Decimos que son enfermedades infradiagnosticadas entre la población femenina porque, si bien es cierto que la sintomatología en ocasiones es diferente, no es menos cierto que esta se malinterpreta con frecuencia en el caso de las mujeres, relacionándola con situaciones de ansiedad o estrés³³.

Diversos estudios señalan³⁴ que cuando un hombre y una mujer visitan el servicio de atención primaria con 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 del hombre, se diagnostica correctamente una enfermedad cardiovascular y, por tanto, recibe antes un tratamiento adecuado. Los datos del estudio son muy reveladores: ante a 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 lo mismo al 13 % de las féminas. De hecho, incluso las propias mujeres achacan,

26 bit.ly/3qZ5d1P

27 bit.ly/3LjpDcG
bit.ly/3LgRha6

28 bit.ly/48cdgZR

29 bit.ly/3Px5yBX

30 bit.ly/44GtdEF

31 bit.ly/486hpOS

32 bit.ly/48kJCSe

33 bit.ly/3PdpG51

34 bit.ly/3PdpG51

2. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

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 a hombres. Datos recientemente publicados³⁵ revelaban que, en ensayos de patología cardiovascular, en el mejor de los casos la inclusión de mujeres ha sido del 44 % en estudios de hipertensión arterial, del 40 % en diabetes, del 38 % en ictus y del 25% en enfermedades coronarias, a pesar de que estas son enfermedades muy frecuentes en el sexo femenino, sobre todo a partir de la menopausia.

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.

■ Impacto económico de las principales enfermedades asociadas a una dieta insana

El objetivo de todo este apartado que hemos iniciado unas páginas atrás no es otro que el de darnos cuenta de la magnitud del problema sanitario que está desencadenando (por una vía u otra) la alimentación insana. No es, obviamente, el único factor, pero nuestra tesis incide en que sí es el más importante y sobre el que se puede trabajar a nivel de políticas públicas y, añadimos, el que, seguramente, menos se ha trabajado. Para seguir aportando datos y análisis de ese enorme impacto en salud de la alimentación insana, podemos ahora calcularlo en términos monetarios. Para hacernos una idea del impacto sobre las arcas públicas de la alimentación insana, un estudio³⁶ realizado por la Clínica Mayo, en Estados Unidos, calculó que **mientras el tabaquismo aumenta los costes de la atención sanitaria un 20 %, la obesidad lo hace en un 50 %, aunque parece que las políticas públicas destinadas a actuar sobre ambos problemas no siguen esa proporción, al contrario.**

35 Circulation Cardiovascular Quality Outcomes

36 bit.ly/3sPj9Mj

El coste económico de la obesidad y el sobrepeso

La cuantificación del impacto de la obesidad y el sobrepeso no es trivial. En sentido estricto, la obesidad (o el sobrepeso) no es una enfermedad sino un riesgo de contraer enfermedades. Y la estimación de riesgos resulta más dificultosa que la de enfermedades. Aun así, se pueden calcular los costes monetarios que representa a partir de un cálculo de los recursos empleados en el tratamiento de las enfermedades asociadas y de sus efectos sobre el absentismo laboral y la productividad en el trabajo.

El único estudio que existe hasta la fecha que ha calculado estos costes se ha centrado en la carga de enfermedad de dos de los riesgos que antes hemos mencionado: la hipertensión y la diabetes, ya que no se dispone de datos para los otros riesgos que podrían haberse incluido en estas estimaciones. La carga total podría incrementarse pues en hasta un 5 % si se incorporaran al modelo de análisis especialmente los distintos cánceres asociados al sobrepeso y obesidad, como evidenció el estudio piloto realizado en Chile, Ecuador y México.

Teniendo en cuenta esto, tenemos los siguientes efectos monetarios en Honduras:

Costes para el sistema de salud. La siguiente cifra representa el coste que genera el tratamiento del sobrepeso y obesidad al sistema de salud hondureño en función de la carga de morbilidad asociada (Diabetes Mellitus 2 o DM2-, e Hipertensión Arterial o HTA). El coste total (datos de 2017) fue de 115 millones de USD y equivale al 17 % del gasto público anual en salud. De incorporarse a estas estimaciones las demás enfermedades asociadas al sobrepeso y obesidad contempladas en el modelo, este coste podría incrementarse hasta en un 17 %, es decir, a **134,5 millones de USD, prácticamente el 20 % del gasto público en salud.**

Tabla 5. Costos de DM2 y HTA asociados al sobrepeso y obesidad para el sistema de salud público, Honduras 2017 (en millones de dólares)

Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
DM2	40,70	40,60	81,30
HTA	16,01	17,71	33,72
Total	56,74	58,26	115,00

Fuente: CEPAL, con base en información oficial del país

Además del coste del tratamiento, estas enfermedades suponen días de cuidados en el sistema de salud, con todo lo que eso implica en términos de sobrecarga del mismo. **Estas cifras representan el tiempo que debe destinarse a los cuidados de pacientes** con alguna de las enfermedades vinculadas al sobrepeso y la obesidad. Se observa un mayor número de días (carga de cuidado) dedicados a las mujeres debido a que la tasa de enfermedades por sobrepeso/obesidad es mayor en ellas, aunque mayor en hombres tratándose sólo de sobrepeso y mayor en mujeres sólo de obesidad.

Tabla 6. Carga de cuidado asociada a sobrepeso y obesidad según enfermedad y sexo, Honduras 2017 (en número de días)

Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
DM2	1 149 246	1 144 411	2 293 657
HTA	2 683 387	2 967 710	5 651 097
Total	3 832 633	4 112 121	7 944 754

Fuente: CEPAL, con base en información oficial del país

Las cifras indican que las personas afectadas por alimentación insana que han desarrollado sobrepeso y/o obesidad han requerido prácticamente 8 millones de días de cuidados. Ello equivale a que todas las personas de más de 50 años que viven en Honduras necesitan una semana y media al año de cuidados por culpa de esas dolencias. Podemos traducir todo este tiempo en dinero³⁷ y obtenemos que si esos días de cuidados se pagaran por separado se superarían los 100 millones de USD anuales de gasto.

Costes para las familias. Estas cifras representan tanto el coste directo que debe enfrentar el entorno familiar del paciente (gastos de bolsillo) como el valor del tiempo involucrado en su cuidado (expresado como pérdida de ingresos laborales). **El total representa 168 millones de USD.**

Estas cifras se refieren solamente al sobrepeso y la obesidad, pero la alimentación insana en su conjunto tiene un efecto devastador en las economías familiares. Así, diversos estudios sobre la repercusión de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en los gastos familiares en salud indican que en los hogares con algún miembro afectado dichos gastos se duplican. El incremento es ma-

Tabla 7. Costo a las familias, Honduras 2017 (en millones de dólares)

	Hombres	Mujeres	Total
Costo directo	31,1	33,5	64,6
Costo de cuidado	50,0	53,6	103,6
Total	81,1	87,2	168,2

Fuente: CEPAL, con base en información oficial del país

yor en aquellas situaciones en los que la prestación de los servicios de salud y los medicamentos no son gratuitos.

Además, como veremos a continuación, el mal estado de salud de las personas con ENT reduce su capacidad laboral, conduciendo así a menudo a una pérdida de ingresos familiares. En conjunto, estos factores podrían aumentar pues el riesgo de pobreza y no solo eso, sino que incrementarían también la desigualdad en salud, ya que solamente los quintiles de mayor ingreso de la población pueden pagar todo lo que realmente se necesita en términos sanitarios cuando algún miembro del hogar padece una ENT vinculada con la alimentación insana.

Finalmente podemos calcular el coste debido **al absentismo laboral**:

Tabla 8. Carga de absentismo asociada a sobrepeso y obesidad según enfermedad y sexo, Honduras 2017 (en número de días)

Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
DM2	978 479	550 140	1 528 619
HTA	2 229 978	1 395 601	3 625 579
Total	3 208 456	1 945 741	5 154 198

Fuente: CEPAL, con base en información oficial del país

Dependiendo de los factores de conversión utilizados en cada país, este número total de días de absentismo podría equivaler a más de 16 000 años laborales completos, generados por casi 820 000 personas en edad de trabajar que sufren diabetes o hipertensión asociadas al sobrepeso y obesidad.

La carga de absentismo es mayor entre hombres que entre mujeres debido a los diferenciales por sexo en la participación laboral.

37 Tomando el salario medio en Honduras en 2021.



Esto equivale a los siguientes **costes por pérdida de productividad** potencial del país, estimados sobre la población en edad de trabajar (15-64 años), como consecuencia del absentismo laboral relacionado con la carga de morbilidad y las muertes prematuras atribuibles a la obesidad:

La pérdida de productividad asociada al sobrepeso y obesidad en Honduras para el año 2017 fue de **53,2 millones de USD**, lo que representa un 0,23 % del PIB, suponiendo la mayor pérdida el absentismo laboral.

Si hacemos el sumatorio de todos estos apartados, tenemos que los costes totales atribuibles al sobrepeso y la obesidad son de **336,4 millones de USD** y equivalen al **1,5 % del PIB** y a **prácticamente la mitad de todo el presupuesto público de salud hondureño**.

Recordemos que todas estas cifras son solamente las asociadas al sobrepeso y la obesidad. Veamos ahora qué pasa con la diabetes.

Tabla 9. Pérdida de productividad asociada a sobrepeso y obesidad, Honduras 2017
(en millones de dólares y porcentaje del PIB)

	Costos	% PIB
Absentismo laboral	51,0	0,22
Mortalidad prematura	2,2	0,01
Total	53,2	0,23

Fuente: CEPAL, con base en información oficial del país

El coste económico de la diabetes

Por lo que respecta a la diabetes, ya hemos indicado anteriormente que, en 2020, se calculó un gasto sanitario directo de 235 millones de USD³⁸.

38 bit.ly/3sTtNkX

Conclusión

“Encender un cigarro es un acto individual. Además, no está demostrado que su consumo incremente el riesgo de enfermedades”. Frases como estas eran habituales hace unos años, proclamadas por la industria que los fabrica y asumidas por las administraciones públicas. 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 enfermas a causa de dolencias en las que 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 problemas sistémicos. 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 suicida. 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. **Porque 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.** Las cifras que acabamos de ver son propias de una epidemia (así lo califica la OMS) y tras ellas hay unas causas estructurales que, ineludiblemente, 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 ya empíricamente comprobadas 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 hiciera, ¿se conseguirían resultados? Por supuesto, la experiencia de países que han intervenido en la materia con políticas públicas pone de manifiesto que es posible modificar los hábitos alimentarios de la población y que ello tiene beneficios para la salud.



3

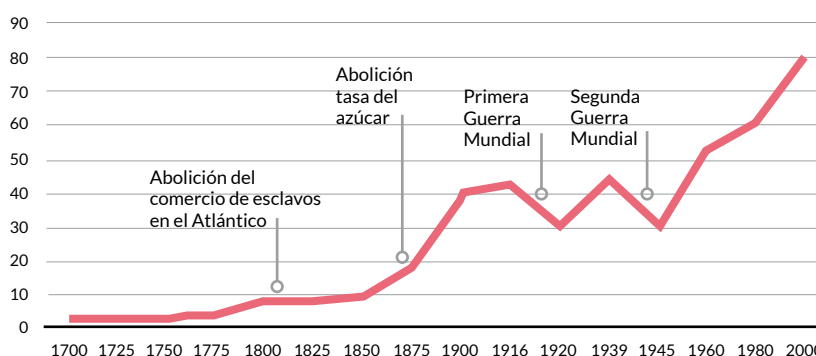
LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

Hasta ahora hemos visto que la dieta insana es un factor de riesgo para la salud de primer orden, pero, ¿qué está pasando con nuestra alimentación para que esto sea así? ¿Qué hay en nuestra dieta actual que nos enferma 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

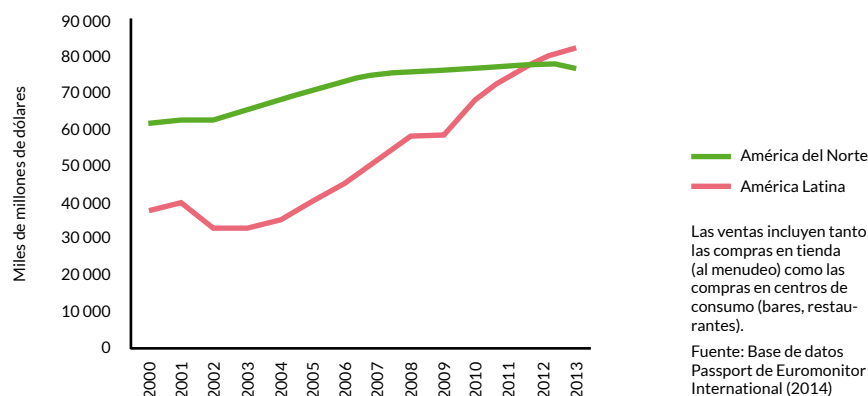
Desde los inicios de la humanidad, los patrones de alimentación han ido evolucionando. A modo de ejemplo, podemos observar en el siguiente gráfico la evolución en el consumo de uno de los ingredientes más presentes, hoy en día, en nuestra dieta: el azúcar.

GRÁFICO 7. Evolución del consumo de azúcar en el Reino Unido (gr/persona/año)



Este otro gráfico, con un arco temporal mucho más corto, indica que la región de América Latina superó a la de América del Norte como principal consumidora de refrescos en 2011. Desde entonces la tendencia no para de aumentar.

GRÁFICO 8. Valor de la venta de bebidas gaseosas en América del Norte y América Latina 2000-2013



Dentro de las diferentes transiciones nutricionales 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 proporción de la población a la que afecta. Estos factores intensifican los impactos sociales de la misma. En este sentido, los nuevos efectos de nuestra dieta sobre la salud pueden constatarse ya dentro de 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 y 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 homogenei-

zados para el consumo masivo³⁹. 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 crece lentamente (en parte porque estamos ya a unos niveles altísimos), en otras regiones el crecimiento es exponencial. El continente africano lleva tiempo asociándose (y con razón) al hambre y a la desnutrición, pero en los últimos años ese hecho convive con su 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 viven en África⁴⁰.

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 motores muy claros. Más que una transición, es una conducción por parte de quienes han tomado el control de la cadena alimentaria, hacia unas dietas con mayor rentabilidad económica para estos actores pero que resultan altamente insanas.

■ Ultraprocesamiento⁴¹

La OPS identifica a los alimentos y bebidas ultraprocesados como productos particularmente obesogénicos y poco saludables.

Los productos ultraprocesados son productos industriales principalmente formulados a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, además de aditivos. Se incluyen entre ellos las bebidas gaseosas y otros zumos y bebidas azucaradas, los *snacks* dulces y salados, los caramelos (o dulces), los panes industriales, las tortas y galletas (o bizcochos), los cereales endulzados para el desayuno, los productos cárnicos reconstituidos y los platos previamente preparados.

Además de azúcares, aceites, grasas y sal, los productos ultraprocesados incluyen sustancias también derivadas de alimentos, pero no usadas en la comida casera, como los aceites hidrogenados, los almidones modificados o los aislados de proteínas, además de aditivos como los potenciadores del color, del sabor y del aroma. Los aditivos se emplean para imitar y aumentar las cualidades

39 bit.ly/3Rpb77a

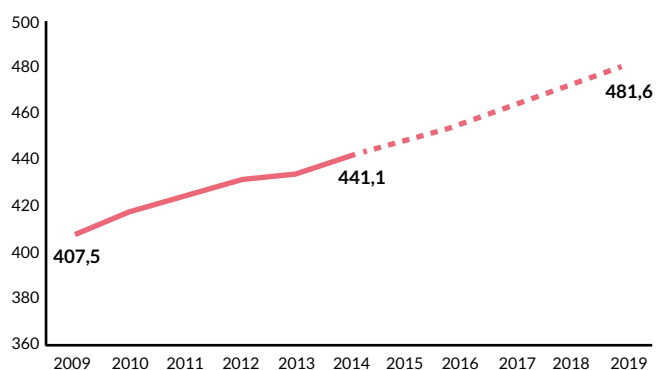
40 bit.ly/3Puf3Sx

41 bit.ly/3Ro0bq2

sensoriales de los alimentos naturales o para ocultar las cualidades no atractivas del producto final.

Los ingredientes, y los diversos métodos de fabricación y técnicas de procesamiento usados crean productos listos para el consumo duraderos, accesibles, atractivos, de sabor muy agradable y altamente rentables. Esos productos desplazan a los sistemas alimentarios nacionales y locales sostenibles y apropiados, a los hábitos alimentarios basados en platos recién preparados a mano y con alimentos sin procesar o mínimamente procesados, junto con ingredientes culinarios y alimentos procesados⁴².

GRÁFICO 9. Ventas diarias promedio al por menor per cápita de productos ultraprocesados en siete países latinoamericanos, 2009-2014, y previsiones para el periodo 2015-2019 (en kcal)



En un estudio de la OPS⁴³ se indica que, en 2019, el 36,4 % de los alimentos y bebidas envasadas ya eran productos ultraprocesados.

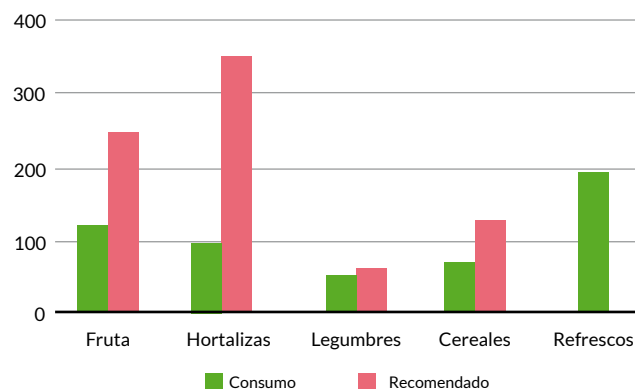
■ Transición Nutricional

Podemos analizar ahora los consumos reales de algunos grupos de alimentos, comparándolos con su consumo recomendado, para observar hasta qué punto las dietas actuales se están desviando de las directrices de salud alimentaria⁴⁴.

Así vemos como en la región centroamericana se consume mucha menos fruta, hortalizas, legumbres o cereales de los recomendados, mientras que se bebe muchísimos

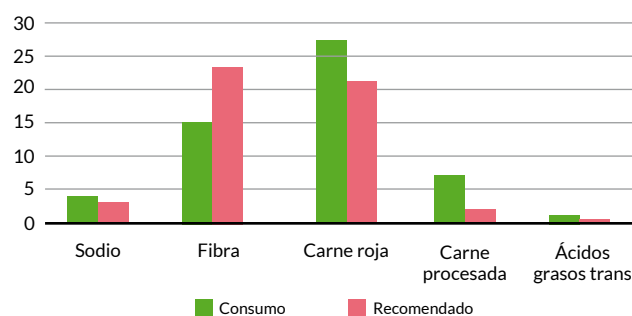
más refrescos que lo que recomiendan las autoridades sanitarias.

GRÁFICO 10. Consumo vs recomendación América Central (gr/persona/día)



Si observamos ahora algunos micronutrientes y otros productos peligrosos para la salud, como la carne roja, constatamos la misma situación: los alimentos e ingredientes peligrosos se consumen mucho más de los límites máximos recomendados, mientras que algunos alimentos saludables (como el caso de la fibra) se consumen menos de lo recomendado.

GRÁFICO 11. Consumo vs recomendación América Central (gr/persona/día)



La situación es especialmente grave si comparamos estas cifras con el resto del mundo. Así tenemos que la región centroamericana es la que más carne roja y carne procesada consume de todas las Américas (más que Estados Unidos), la que más refrescos consume del mundo junto con EEUU, y la segunda del mundo que más ácidos grasos trans consume (justo detrás de EEUU).

42 bit.ly/3Ro0bq2

43 bit.ly/3Ro0bq2

44 Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

■ 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 por enfermedades infecciosas y al incremento de la mortalidad por enfermedades no infecciosas, es decir: ha habido un momento en la historia sanitaria de Honduras en que las enfermedades no asociadas a infecciones por virus o bacterias han superado a las enfermedades infecciosas. 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 estas dos transiciones, la epidemiológica y la nutricional, como 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 carencias y deficiencias nutricionales a otra con mejores índices de salud alimentaria. Sin embargo, esta 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) pasan a convertirse en la base de la alimentación, especialmente de las clases populares, produciéndose entonces un empeoramiento del estado de salud de las poblaciones al aumentar los niveles de enfermedades como la obesidad, la diabetes o las complicaciones cardiovasculares.

Las transiciones nutricionales responden a las dinámicas propias de cada contexto histórico. En el caso que nos ocupa, existe numerosa literatura que ha analizado cómo la actual fase del capitalismo condiciona qué y cómo comemos, así como los impactos de la dieta en nuestra salud. Apuntamos aquí dos observaciones 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; a las tasas de obesidad, por ejemplo. Los resultados de estos análisis arrojan un resultado claro e inquietante: a más globalización, más obesidad. **En concreto, por cada**

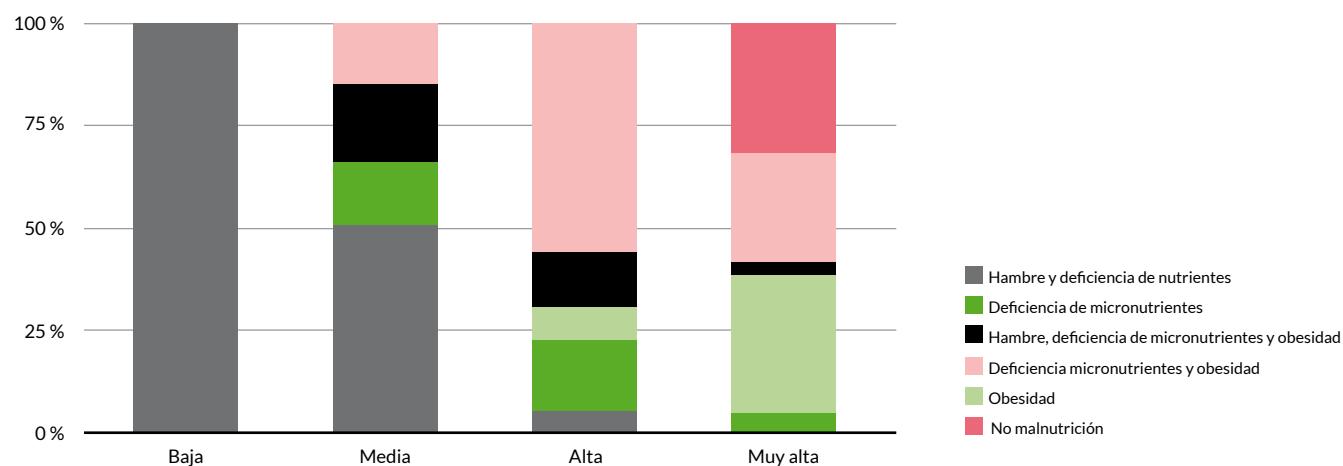
grado de desviación estándar⁴⁵ del índice de globalización, se incrementa en un 20 % el índice de obesidad y aumenta el consumo de energía y grasas en un 6 % y un 16 % respectivamente. En datos absolutos, cada grado de desviación implica un aumento de 3,66 % de la población obesa, y un incremento en el consumo de 237,8 kcal y de 25,8 gramos de grasa.

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, las desigualdades 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 las 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 de 2,1 % de la tasa de obesidad y un consumo extra de 165 kcal y de 13,5 gramos de grasa. 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).

45 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”. En otras palabras, 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 del valor de cada dato.

GRÁFICO 12. Relación entre malnutrición y productividad agrícola



2. A medida que se implanta y extiende en un territorio el sistema de producción agropecuaria basado en la revolución verde, se extienden también la malnutrición o problemas de nutrición, aunque estos cambian de rostro. Si bien al inicio de la revolución verde esta va supliendo la carencia de nutrientes y los índices de desnutrición 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 significan una mejor alimentación; los datos, de hecho, indican justamente lo contrario.

Existen diversos estudios que han analizado las consecuencias nutricionales de la revolución verde⁴⁶. 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 y legumbres). Esto muy probablemente se haya debido a que ciertos cultivos aseguran unas mayores ganancias económicas que otros, redistribuyéndose pues la tierra en consonancia. Los datos globales indican (como veremos en detalle al final de este estudio) que los alimentos más 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 transitan de actividades agrícolas manuales hacia actividades no agrícolas menos demandantes de energía, este aumento paralelo de la ingesta de energía y calorías en algún momento pasa a ser excesivo, derivando al sobrepeso y la obesidad.

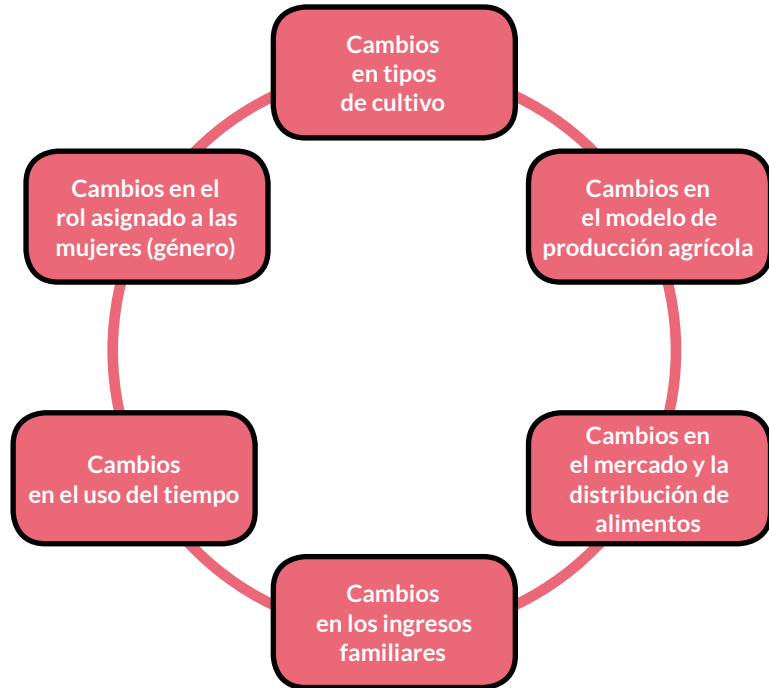
Una manera gráfica de ver esto consiste en observar la evolución en el tipo de malnutrición a medida que avanza la productividad agrícola (uno de los indicadores de la revolución verde)⁴⁷.

46 bit.ly/3LoljJa

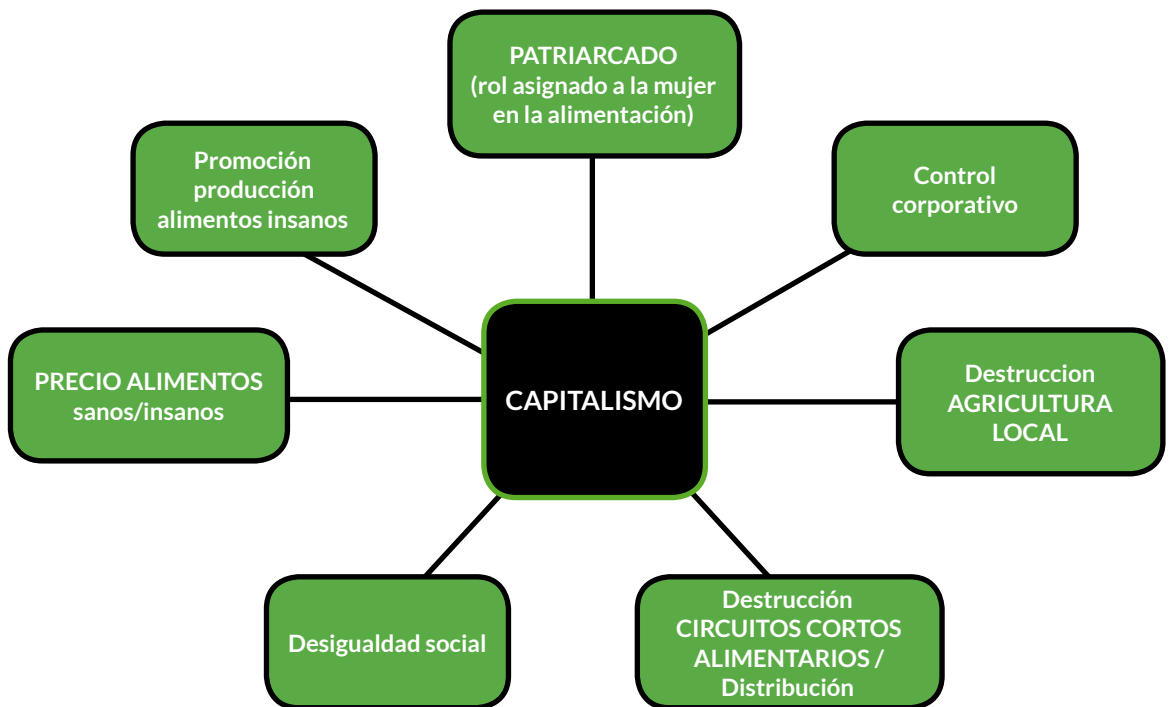
47 bit.ly/44RAjGi

3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

Bajo esta perspectiva, podemos resumir algunos de los cambios implicados en el actual sistema alimentario que están alterando la calidad nutricional de la dieta en el siguiente esquema⁴⁸:



Y en el siguiente esquema podemos sintetizar algunos elementos del capitalismo actual implicados en la alimentación insana:



48 bit.ly/44RAjGi

Alimentos procesados: más grasa, más sal y más azúcar

Hacia donde tenemos que dirigir la mirada para entender por qué estamos enfermado y muriendo por culpa de la alimentación insana es hacia la alimentación procesada, la auténtica cueva de Ali-Babá de los riesgos alimentarios.

■ ¿Qué son los alimentos procesados?

La OPS ofrece una muy interesante clasificación de los alimentos en función de cómo estos afectan a la salud humana⁴⁹. En concreto, divide a los alimentos en tres categorías:

Grupo 1: alimentos naturales y mínimamente procesados.

Grupo 2: ingredientes culinarios.

Grupo 3: productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultraprocesados).

Nos interesa especialmente el tercer grupo. Se define a los alimentos procesados de la siguiente manera: “Productos comestibles procesados: productos alterados por la adición o introducción de sustancias (sal, azúcar, aceite, conservantes y/o aditivos) que cambian la naturaleza de los alimentos originales, con el fin de prolongar su duración, hacerlos más agradables o atractivos”.

Y los alimentos ultraprocesados son definidos como productos: “elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento entero. Los productos ultraprocesados se formulan en su mayor parte a partir de ingredientes industriales, y contienen poco o ningún alimento natural”. Y se añade que: “La mayoría de los ingredientes de los productos ultraprocesados son aditivos, que incluyen, entre otros: conservantes, estabilizantes, emulsionantes, disolventes, aglutinantes, aumentadores de volumen, edulcorantes, resaltadores sensoriales, de sabores y de colores. El aumentador de volumen puede ser aire o

agua. Se pueden añadir micronutrientes sintéticos para ‘fortalecer’ los productos.”

Nos referimos a esta clasificación porque, cuando se señala a la alimentación procesada (y ultraprocesada) como la causante de la epidemia de las enfermedades asociadas a la alimentación insana, la industria alimentaria y sus redes científicas se afanan en decirnos que el procesamiento 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 nuestros problemas de 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. Sigue un párrafo de uno de los típicos textos⁵⁰ redactado por una de estas redes, el International Food Information Council, asociación educativa vinculada a la industria alimentaria:

La era del procesamiento de alimentos comenzó hace aproximadamente dos millones de años, cuando nuestros ancestros lejanos pusieron fuego a los alimentos y “descubrieron” la cocción. Luego vinieron la fermentación, el desecado, la conservación con sal y otras formas primitivas de procesamiento de alimentos. Esto finalmente condujo a los modernos métodos de procesamiento de alimentos de hoy en día, que nos dan una oferta de alimentos abundantes, inocuos, prácticos, accesibles y nutritivos.

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... Y, claro está, no todas estas técnicas convierten un alimento saludable en insano.

Cuando las personas expertas en dietética y nutrición hablan de evitar la “comida procesada” se refieren, en concreto, a aquellos alimentos sometidos a transforma-

49 bit.ly/3LhgL7k

50 bit.ly/44QUc06



ciones 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 nos llevaría a recuperar el consumo de frutas, verduras, carnes, pescados, huevos, leche, legumbres, cereales integrales, etc., en definitiva, a recuperar 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 básicos)⁵¹.

Lo que nos lleva al siguiente apartado: más que dar vueltas en torno a los alimentos frescos, deberíamos centrarnos en los ingredientes nutricionales que más están impactando en el deterioro de nuestra salud y en el vehículo que toman para llegar a la población. Nos referimos a algunos tipos de grasas, a los azúcares añadidos y a la sal como ingredientes críticos, y a la alimentación procesada como vehículo.

Perfiles nutricionales

Hasta ahora hemos visto que las principales enfermedades que nos afectan tienen una vinculación estrecha con el llamado riesgo alimentario, es decir, el consumo excesivo de unos nutrientes que hemos llamado *nutrientes críticos*. Y también hemos visto la magnitud sanitaria de lo que estamos hablando. Seguramente, estamos ante el mayor reto sanitario de la era actual. Hemos especificado también que esos ingredientes críticos son principalmente tres: el azúcar añadido, el sodio y grasas de dos tipos (las trans y las saturadas). Hemos visto también que el consumo de estos tres ingredientes es demasiado alto (según todos los parámetros de salud) y que estos se encuentran mayoritariamente en los alimentos procesados que son, actualmente, la base de nuestra dieta.

Llegados a este punto, la siguiente pregunta es: ¿queremos reducir su consumo? La respuesta debería ser sí. Pero no es que comamos azúcar en sí, ni sal en sí, ni grasas en sí, los consumimos a través de alimentos. La siguiente pregunta sería: ¿cómo podemos identificar los alimentos insanos (con un alto contenido de estos ingredientes)

51 bit.ly/3PgkXFF

para, posteriormente, actuar sobre ellos políticamente en el sentido de reducir su consumo? La respuesta es: a través de los perfiles nutricionales. Estos nos permiten separar los alimentos sanos de los insanos y potenciar el consumo de los primeros mientras penalizamos el de los segundos. El problema es que quien fabrica los alimentos insanos no quiere ni oír hablar de esta herramienta. Sería como exponer el truco del mago o levantar la alfombra donde se esconde la suciedad. Pero es que la magia y los trucos de la industria alimentaria nos están matando, no es ninguna broma, y ya no hay más alfombras donde seguir escondiendo su suciedad.

Podemos definir los perfiles nutricionales como la categorización de los alimentos de acuerdo con su composición nutricional por razones relacionadas con la prevención de enfermedades o promoción de la salud⁵². Como acabamos de mencionar, clasificar los alimentos a través de este tipo de perfiles nutricionales ha sido reconocido por la OMS como una herramienta crucial para la implementación de políticas públicas que favorezcan la salud alimentaria y frenen la epidemia de alimentación insana. Y no solo lo ha hecho la OMS, las principales organizaciones científicas independientes describen los perfiles nutricionales como un método científico para evaluar la calidad nutricional de los alimentos y bebidas que podría ser utilizado por las autoridades nacionales de diferentes países para promover la salud pública y conseguir los objetivos nutricionales propuestos para la población⁵³. Básicamente, hablar de perfiles nutricionales es hablar de un sistema para clasificar a los alimentos y diferenciarlos entre los que forman parte de una dieta saludable y aquellos que no (porque su presencia en la dieta contribuye a un excesivo consumo de energía, grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sal).

Es decir, los perfiles nutricionales son la llave maestra que abre a políticas públicas de reducción del consumo excesivo de azúcares añadidos, sodio o grasas. Son, literalmente, la piedra angular que sustentaría estas políticas y, por ello, es el gran caballo de batalla de la industria alimentaria.

Una de las organizaciones que más y mejor ha trabajado este tema es la OPS, que ha elaborado su propuesta de perfiles. En sus propias palabras: "El Modelo de perfil de nutrientes de la OPS proporciona una herramienta para

que los Gobiernos identifiquen productos insalubres y utilicen políticas públicas para desalentar su consumo. Define cuándo los productos tienen contenido excesivo de azúcares, grasas, grasas saturadas, grasas trans y sodio, y se basa en las metas de ingesta de nutrientes de la población de la OMS, que se ajustan de acuerdo con las necesidades energéticas, no una cantidad fija por día⁵⁴."

Se puede encontrar toda la información al respecto, así como descargarse el modelo de perfiles nutricionales⁵⁵ en su web: paho.org/es/perfil-de-nutrientes

Transición nutricional en Honduras

No existen estudios oficiales y completos en Honduras sobre el consumo de alimentos ultraprocesados, pero si algunos a nivel académico que han intentado aportar algo de luz a la situación actual. Así, uno de estos estudios estima que, en ámbitos locales semiurbanos, más del 40 % de la población joven consume bebidas carbonatadas y cereales comerciales de desayuno, 30 % consume donas y 25 % pan dulce; el 19 % presenta sobrepeso y obesidad, lo que sugiere que estos alimentos forman parte de su alimentación cotidiana. Se estima también que el 54,2 % de la población adulta de Tegucigalpa tiene sobrepeso y obesidad, así como el 51 % de las mujeres entre 15 y 49 años de edad a escala de todo el país, con una tendencia acelerada de incremento, constituyendo un grave problema de salud pública⁵⁶.

Solo existe, hasta la fecha, un único estudio⁵⁷ que ha intentado cuantificar el consumo de los ingredientes críticos en la dieta hondureña. Para ello, extrajo una muestra representativa de alimentos procesados presentes en los principales centros de distribución y compra de alimentos, analizó su contenido de ingredientes críticos y los comparó con las recomendaciones máximas de la OPS, basadas en sus perfiles nutricionales. El resultado es dramático y puede verse en la tabla 10 y en el gráfico 13.

De la dieta procesada analizada, se observa que el 75 % de los alimentos contienen excesivos azúcares añadidos, siendo mayor esta proporción (más del 90 %) en bebidas

52 Definición de la OMS.

53 Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT): www.finut.org

54 paho.org/es/perfil-de-nutrientes

55 iris.paho.org/handle/10665.2/18622

56 bit.ly/45MtkQb

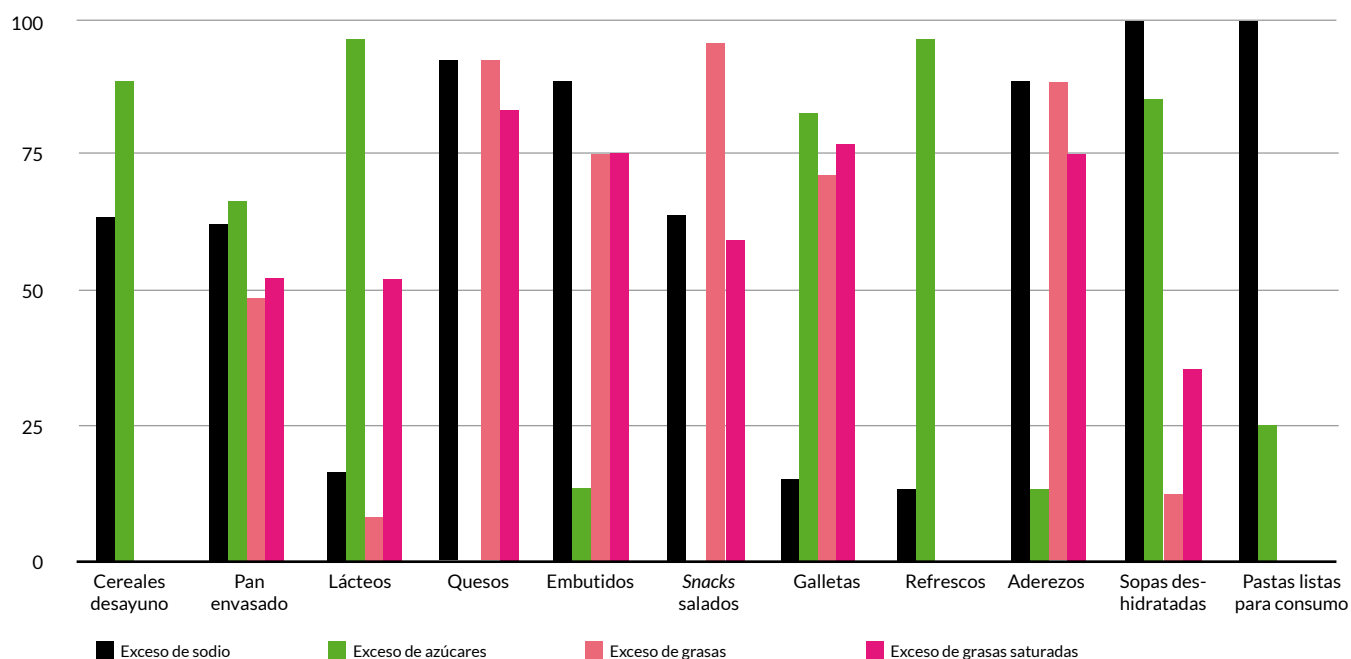
57 bit.ly/45MtkQb

3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

Tabla 10. Porcentaje de alimentos con exceso de nutrientes críticos, Honduras

	% alimentos con exceso de sodio	% alimentos con exceso de azúcares	% alimentos con exceso de grasas	% alimentos con exceso de grasas saturadas
Cereales desayuno	63	88		
Pan envasado	62	66	48	52
Lácteos	16	96	8	52
Quesos	92		92	83
Embutidos	88	13	75	75
Snacks salados	64		95	59
Galletas	15	82	71	77
Refrescos	13	96		
Aderezos	88	13	88	75
Sopas deshidratadas	100	85	12	35
Pastas listas para consumo	100	25		
Otros	91	44	58	38

GRÁFICO 13. Porcentaje de alimentos con exceso de nutrientes críticos



azucaradas, lácteos con azúcar añadido y cereales para el desayuno. El 37 % contienen excesivo sodio, que es el caso en el 90 % de los embutidos y “productos varios”, que incluyen aderezos (88 %) y mezclas y harinas preparadas (81 %). El 33 % de los productos tienen excesivas grasas saturadas, siendo los lácteos los que presentan un mayor exceso de las mismas. Ocho de las once categorías de productos alimenticios ultraprocesados presentan un excesivo contenido de azúcares, algo que se repite en más del 40 % de los alimentos examinados.

Las dos categorías con más del 90 % de sus productos con excesivo contenido de sodio son los quesos con sal añadida y productos varios, seguido por embutidos, cereales para desayuno, *snacks* salados y pan envasado, con más del 50 % de sus productos con exceso en sodio. Más del 50 % de los productos de ocho de las once categorías presentan un excesivo contenido de grasas totales y en dos de estas esto sucede hasta en el 90 % de sus productos. Más del 50 % de los productos de seis categorías presentan un excesivo contenido de grasas saturadas.

Al analizar el contenido de nutrientes críticos de las categorías de alimentos ultraprocesados, el 36 % de las estas (productos varios, galletas, pan envasado, barras de cereales) tienen hasta cinco nutrientes críticos en cantidades excesivas; otro 36 % (lácteos con azúcar añadido, *snacks* salados, embutidos y caramelos y chocolates) tienen hasta cuatro nutrientes críticos en cantidades excesivas; y el restante 28 % (queso con sal añadida, bebidas azucaradas y cereales para desayuno) tienen un exceso de hasta tres nutrientes críticos. Es decir, cualquier categoría de productos examinados tiene al menos tres nutrientes críticos en cantidades excesivas. Ahí es nada.

Un segundo estudio⁵⁸, de características parecidas, analizó los principales alimentos procesados de la dieta hondureña (clasificados en siete categorías de productos) aplicando algunos de los perfiles nutricionales más validados que existen en la región americana: los de la OPS y los que se aplican en Chile.

Los resultados confirman lo dicho hasta ahora: el consumo excesivo de ingredientes críticos a través de la alimentación procesada es masivo.

Un ejemplo que muestra a la perfección la gravedad de lo que estamos hablando lo encontramos en los resulta-

GRÁFICO 14. Porcentaje de alimentos que cumplen con las recomendaciones de la OPS

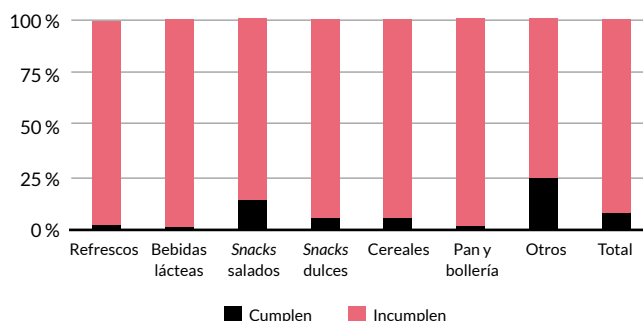
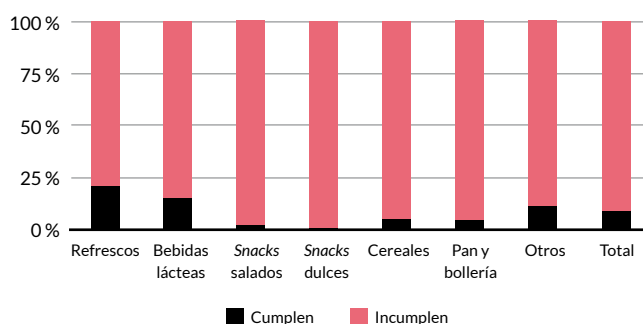


GRÁFICO 15. Porcentaje de alimentos que cumplen con las recomendaciones del sistema chileno



dos de un reciente estudio elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras⁵⁹: entre 7 y 8,5 de cada 10 niños y niñas de 6-23 meses consumen bebidas azucaradas y alrededor de la mitad consume alimentos poco saludables y no consume frutas ni verduras.

58 bit.ly/45CPXGN

59 bit.ly/3P5dNDS



4

¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

Las causas de fondo del auge de la alimentación insana

Hemos intentado hasta aquí describir un hecho: la alimentación actual, altamente procesada, que se ha convertido en la base de nuestra dieta, es lo que más nos está enfermando y lo hace cada día más. También hemos mostrado los vínculos incuestionables entre la alimentación insana y diversas enfermedades. Hemos analizado la evolución de la dieta, los componentes críticos de la alimentación que nos enferman y hemos incidido, también, en la clase social y el género como determinantes sociales. Ahora toca profundizar en las raíces causales de todo ello. ¿Por qué comemos tantos alimentos insanos? ¿Por qué la dieta se ha transformado en el principal factor de riesgo para nuestra salud?

Como decíamos al final del primer capítulo, comer no es simplemente ingerir alimentos, es un acto profundamente social. 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. Este capítulo está dedicado a ellas.

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. Se necesitan políticas públicas que aborden 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

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

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. El azúcar añadido, las grasas insanas o el exceso de sal no viajan en el vacío, no se teletransportan y se materializan en nuestras bocas: el vehículo principal que las transporta aloja es la alimentación procesada. Y precisamente, en la actualidad nuestra dieta está basada principalmente en alimentos procesados. Por “procesados” no nos referimos a procesos de manipulación tradicionales como rebanar, deshuesar, picar, pelar, triturar, cortar, limpiar, desgrasar, descascarillar, moler o congelar, ni a otros procesamientos mínimos, nos referimos al absoluto predominio de productos con ingredientes añadidos con el fin de alterar sus cualidades organolépticas (sabor, aspecto y textura) o prolongar su conservación, facilitar su transporte o almacenamiento, o extraer una mayor rentabilidad.

La progresiva industrialización de nuestros alimentos es un factor importante, pero también lo es 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 una enorme capacidad de condicionar el sistema de producción y consumo alimentario. Su desproporcionado peso también influye de manera notable sobre las decisiones políticas, habiéndose convertido en uno de los principales lobbies globales, con profunda incidencia en las autoridades públicas en todos sus niveles. Esto a veces 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 oficina de la OMS en las Américas. Perfiles que han demostrado su utilidad para elaborar políticas públicas que intenten limitar el consumo o publicidad de los alimentos con peor perfil nutricional. Lo mismo cabe decir de su oposición a la aplicación del semáforo nutricional en el etiquetado de los alimentos.

Por culpa de sus actuaciones predomina una ausencia casi total de políticas públicas que aborden el tema de la alimentación insana como se merece, vista la gravedad de los impactos que está generando. La estrategia desarrollada por las administraciones para combatir la obesidad, el sobrepeso, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las demás enfermedades asociadas se ha focalizado en trasladar la responsabilidad a las decisiones individuales, dejando en un punto ciego los determinantes sociales que están llevando a que una de cada cinco personas enferme a causa de lo que come.

Existen dos aspectos que explican el incremento incesante del consumo de alimentación insana: no sabemos que no es saludable y es más barata que la saludable. Esto abre tres líneas de actuación: respecto al primer aspecto, etiquetar adecuadamente los productos alimenticios insanos y regular la publicidad de los mismos, especialmente la dirigida a la población infantil; respecto al segundo, modificar las políticas impositivas y fiscales para que la alimentación saludable sea más barata y la insana más cara.

Existe una cuarta línea de actuación más allá del etiquetado, la publicidad y las políticas de precios: El actual problema derivado de la extensión de las dietas insanas, especialmente entre las clases populares, 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 dimensión educativa. Dentro de esta área, aunque no solamente, las escuelas públicas desempeñan o podrían desempeñar un papel clave en cambiar la situación. Se debería incorporar elementos en el ámbito educativo que actúen sobre el ambiente alimentario insano, como incluir aspectos de la cocina y salud alimentaria en el ámbito curricular, educar críticamente acerca de los alimentos insanos, sus causas y consecuencias, o integrar en estas iniciativas a los comedores escolares de proximidad o a los huertos escolares, entendiendo que el comedor escolar y el servicio que en él se ofrece deberían ir mucho más allá del simple hecho de “dar de comer”. Debe convertirse en un espacio importante con un rol esencial en el proyecto educativo, desarrollando

una función pedagógica, formativa y social. El comedor escolar podría convertirse de esta manera, también, en una herramienta con la que trabajar la corresponsabilidad, la cooperación y unas relaciones más justas entre las y los jóvenes.

■ Publicidad

Mundo Spot

► 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, no paramos de recibir 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)⁶⁰, especialmente en la publicidad dirigida al público infantil. La correlación de fuerzas en el terreno de la publicidad es descomunal⁶¹: solo la compañía PepsiCo destinó 1700 millones de dólares en publicitar productos como las patatas fritas *Lay's* y los *snacks* de maíz *Fritos*.

Además, la mercadotecnia alimentaria desencadena una auténtica lluvia torrencial de impactos que refuerzan los estereotipos de género y contribuyen de manera significativa a mantener y agrandar la desigualdad.

60 La mercadotecnia simbólica de los alimentos supone que se está persuadiendo a los niños y niñas para comer determinados alimentos no sobre la base de su sabor u otros beneficios, sino por su lugar en una matriz social de significado.
bit.ly/44Z6d3z

61 bit.ly/44Z6d3z

La promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables (es decir, que contienen altas cantidades de grasas, azúcar y/o sodio) ha sido reconocida como una de los principales contribuyentes y factores de riesgo de la obesidad infantil. Se ha demostrado que la promoción y publicidad de estos productos influye en las preferencias y elecciones de compra y consumo de la población infantil y adolescente.

Aunque estas empresas aún utilizan canales de comunicación tradicionales (p. ej. televisión, radio, medios impresos) para promover sus productos, últimamente han empezado a orientarse a canales de comunicación móviles o en línea que les permiten llegar a su grupo objetivo de una manera más directa y personalizada. Los niños, niñas y adolescentes, debido a su falta de madurez y desarrollo cognitivo, son más vulnerables ante la persuasión publicitaria. Existen diversos estudios que comprueban esta vulnerabilidad ante diferentes técnicas⁶². Por ejemplo, se ha hallado que:

- Una exposición de apenas 30 segundos a anuncios de alimentos en televisión puede influir en las preferencias de alimentación de las y los preescolares.
- Hay una asociación significativa entre la prevalencia de niños y niñas con sobrepeso y el número de anuncios en los canales infantiles observados, especialmente de aquellos que estimulan el consumo de alimentos.
- La colocación de personajes, elementos de marca o “branding” (p. ej. el logo), diseños decorativos y aparición de deportistas famosos en las escenas publicitarias influye en la percepción del sabor y las preferencias de los niños y niñas.
- Las declaraciones de propiedades saludables (p. ej., “100 % natural”, “Contribuye a la salud de los huesos”, etc.) lleva a los niños y niñas a preferir el sabor de los productos con dichas declaraciones y percibirlos como más saludables que aquellos que no las tienen⁶³.

La regulación gubernamental de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a la población infantil es una de las estrategias principales para abordar el problema de la obesidad infantil a nivel mundial. Por ejemplo, en Quebec, Canadá, se halló que esta estrate-

62 bit.ly/3LjdqVI

63 bit.ly/3LjdqVI

gia puede ser efectiva para moderar y reducir el consumo de alimentos y bebidas por parte de niños y niñas. Se han realizado varios reportes sobre las políticas vigentes en diferentes regiones del mundo: en algunos países de Europa, por ejemplo, la regulación de la promoción y publicidad ha tomado mayor relevancia. Sin embargo, en América Latina y el Caribe continúa siendo una asignatura pendiente⁶⁴.

► ¿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 entre 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

De todos los medios, el televisivo es el más utilizado por la industria para difundir sus mensajes publicitarios, siendo también el medio donde más se invierte. La televisión ofrece a los anunciantes la posibilidad de optar por diversas formas de publicidad: como el anuncio o *spot* publicitario; el patrocinio; la publicidad estática (expuesta en espacios abiertos como los estadios deportivos —vallas publicitarias laterales— cuyas competiciones son televisadas; como aparece en segundo plano, este tipo de publicidad suele mostrarse con una elevada frecuencia para conseguir impactar en el usuario); la publicidad interactiva; anuncios *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; publirreportajes; emplazamiento de producto (o *product placement*; colocación 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 un programa de la cadena para promocionar un producto, vinculándose con el mismo y dándole notoriedad y originalidad); o el *bartering* (intercambio en el que la cadena de televisión ofrece al anunciante un espacio en su programación para que inserte alguna producción audiovisual propia).

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

También debemos destacar el propio diseño del envase de los alimentos, que, atendiendo a las definiciones anteriores, son auténticos anuncios 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 en las propias escuelas.

64 bit.ly/3LidqVI

En Centroamérica, las inversiones publicitarias anuales ascienden a aproximadamente 2500 millones de USD (AdLatina, 2018). En esta región, lideran la facturación publicitaria países como Guatemala, con una inversión que se acerca a los 600 millones de USD, por delante de Panamá, con aproximadamente 450 millones de USD anuales. **Honduras ocupa la tercera posición en facturación publicitaria en Centroamérica, con un monto anual cercano a los 400 millones de USD⁶⁵**. Esta cifra es de 2017 (último dato disponible) y hay que tener en cuenta que hasta entonces su crecimiento ha sido exponencial, duplicando la inversión que existía en 2011⁶⁶.

Actualmente, en Honduras existen alrededor de 56 agencias de publicidad que ofrecen servicios completos o especializados a los anunciantes hondureños; nueve de ellas forman parte de la asociación Agencias Publicitarias Hondureñas Asociadas (APHA). En relación con la penetración mediática actual en Honduras, Ortega y Carrasco (2017), citando a la agencia de medios OMD (2015), la ordenan como sigue: televisión (79 %) y radio (79 %), internet (30 %), cine (13 %) y medios impresos (12 %).

Si miramos por sectores, vemos que la categoría que más de publicitó en 2017 fue la alimentaria (sumando los anuncios de comida rápida y de supermercados), por encima del resto de categorías⁶⁷.

Tabla 11. Categorías de productos publicitados

Categoría	Inversión en millones de USD
Comida rápida y supermercados	28 349
Telefonía celular	26 951
Tiendas departamentales	19 771
Gobierno	17 588
Bancos	15 571
Asociaciones civiles empresariales	12 301
Supermercados	11 808
Promocionales canales TV	11 037
Analgésicos	9 829

65 bit.ly/484qjwl

66 bit.ly/484qjwl

67 bit.ly/484qjwl

► El target infantil

El término *target* (diana u objetivo) 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 muy interesante para las empresas anunciantes. Se ha estimado que la población infantil ve una media de 95 anuncios al cabo del día, lo que equivale a más de 34 000 anuncios al año⁶⁸. Hay, además, en el caso del público infantil, 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 razones⁶⁹:

1. La influencia de la infancia en las compras familiares a través fundamentalmente de la estrategia infantil de petición insistente de compra 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 pensarse que constituye una cifra insignificante, no pasa inadvertida para las empresas alimentarias. Estas lanzan productos con precios muy reducidos que resultan asequibles a esta población.
4. La población infantil influye también en las compras de las personas adultas, aunque no sean beneficiarias directas o indirectas (influencia en mercados ajenos).

Los niños y niñas representan, a escala global, un mercado de más de 480 000 millones de USD. Debemos tener en cuenta que, como indican algunos estudios, la población infantil influye en el 43 % de las compras familiares⁷⁰. Con estas cifras nos damos cuenta de hasta qué

68 bit.ly/461whMu

69 bit.ly/3sMMDui

70 bit.ly/3RhO7qp

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

punto es importante la población infantil en el mercado y, más concretamente, en el mercado alimentario, por lo que la industria alimentaria ejerce una presión intensa sobre ella.

Si analizamos las compras realizadas por población infantil (de 4 a 12 años) y las catalogamos por categorías, nos encontramos con la siguiente tabla⁷¹:

- > 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 (corto plazo de tiempo entre el deseo y el cumplimiento del deseo) y la capacidad de selección (ante una oferta extensa, eligen rápidamente lo que les gusta).

En su relación con las marcas, las menores con edades inferiores a los 7 u 8 años sólo se detienen en los rasgos aparentes, como el color o la forma⁷². A partir de esa edad, empiezan a fijarse en los atributos más abstractos, menos obvios y observables como el sabor, el significado y el estilo que se 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 de detectar esta dimensión, se convierten en un sector altamente vulnerable ante ella. Un interesante estudio⁷³ siguió a un grupo desde la infancia hasta la adolescencia para evaluar sus opciones de marcas comerciales. La mitad de las marcas escogidas en la adolescencia eran las mismas que habían seleccionado en la infancia, es decir, que los impactos en la infancia se arrastran durante años. De hecho, a la edad de diez años, un niño o niña ya ha aprendido de memoria de 300 a 400 marcas⁷⁴. La propia OMS nos dice que los niños y niñas que ya reconocen múltiples marcas a la edad de cuatro años son más propensos a seguir una dieta insana y a padecer sobrepeso y añade que las y los menores con exceso de peso responden más que el resto de la población infantil a la publicidad de alimentos insanos.

GRÁFICO 16. Naturaleza de la publicidad dirigida a población infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



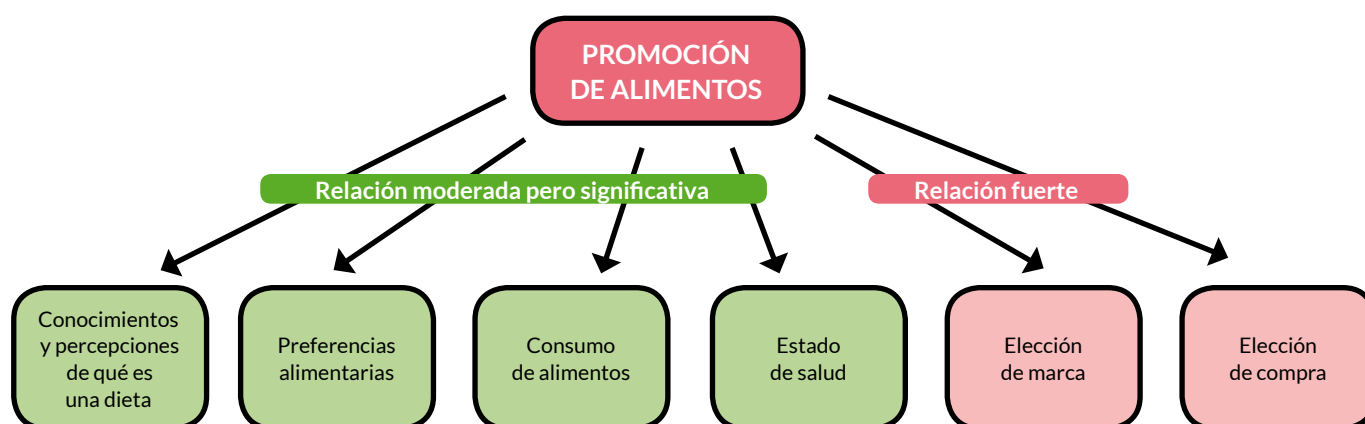
71 bit.ly/3Ri02Ez

72 bit.ly/3PyJ0Rt

73 bit.ly/3RhO7qp

74 bit.ly/3sUmCJg

GRÁFICO 17. Efectos de la promoción de alimentos hacia público infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



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”.

► 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 entre la población. Algunas de las técnicas tradicionales utilizadas en televisión son la repetición del mensaje, la identidad de marca, mostrar el producto para captar atención gracias a su atractivo, animaciones, apoyarse en rostros famosos y celebridades, premios y regalos, apelar a la popularidad entre pares y el humor.

Se han descrito tres categorías de efectos derivados de la aplicación de estas técnicas: efectos cognitivos, como el recuerdo o reconocimiento de promociones y marcas; efectos afectivos, como el gusto por determinados anuncios y marcas; y efectos conductuales, como la compra o petición de compra de un producto o marca.⁷⁵

En una amplísima revisión de las características de la promoción comercial de alimentos dirigidos a la población infantil, se concluye⁷⁶ que la televisión sigue siendo el canal de difusión predominante, pero que ya ha comenzado a ceder terreno a internet, el correo electrónico, la mensajería móvil, revistas y cómics, promociones

en puntos de venta, regalos y muestras gratis, el diseño de la paquetería, programas de fidelización, productos relacionados con personajes y programas famosos, patrocinios y *marketing* dentro de establecimientos educativos. En lo relativo a los productos alimenticios más promocionados, destacan los cereales de desayuno azucarados, bebidas, *snacks* saborizados, confitería y comida rápida. Finalmente, el estudio describe también las estrategias creativas utilizadas en la promoción comercial, incluyendo las técnicas de entretenimiento como el uso de animaciones y de piezas de ficción, donde las temáticas más utilizadas serían el sabor, el humor, la acción-aventura, la fantasía y la diversión

Las estrategias publicitarias más utilizadas en televisión no explicitan que se dirigen a la población infantil, recurriendo a mensajes indirectos para llegar al público infantil y a sus progenitores, a través de escenas de felicidad, o de grupo de amigas jugando y disfrutando de los alimentos que les ofrecen sus padres y madres, lo que transmite el mensaje de que los niños y niñas serán más felices y saludables consumiendo cierto producto. La sofisticación de ciertas técnicas de *marketing* no permite diferenciar con claridad cuándo una publicidad “se dirige a la población infantil” o a una “audiencia primaria infantil”; el uso de simbolismos y mensajes indirectos dificulta la creación de normas y regulaciones que efectivamente discriminen si una publicidad se dirige a la población infantil o no.

Las estrategias de *marketing* en línea dirigidas a la población infantil incluyen juegos interactivos y actividades lúdicas, clubes, concursos, atractivas webs con audaces y llamativos gráficos, así como y oportunidades para integrarse en comunidades en línea a través de chat, redes sociales y de correo electrónico. Internet también

75 bit.ly/3ExjV30

76 bit.ly/487ExMX

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

puede ser utilizado para recopilar datos personales de la población infantil. Los sitios web de muchas compañías de alimentos están diseñados pensando en un público objetivo de población infantil y adolescente, ofreciendo desde simples páginas informativas a sofisticadas páginas interactivas con juegos y promociones.

Ese mismo estudio establece la evidencia de que existe una relación moderada pero significativa entre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas y los conocimientos y percepciones acerca de qué constituye una dieta saludable, las preferencias alimentarias y un aumento de ciertos hábitos de alimentación (refiriéndose al picoteo). Establece también además una asociación fuerte y significativa entre la promoción de alimentos y la compra por parte de la población infantil o petición de compra a personas adultas, así como su selección de marcas y categorías de productos.

En un estudio⁷⁷ estadounidense se calcularon los efectos potenciales de reducir la exposición de la población infantil de 6 a 12 años a la publicidad de alimentos en televisión, concluyéndose que entre uno y tres de cada siete niños y niñas con obesidad en Estados Unidos podrían haber evitado esta situación si no hubiera existido publicidad de alimentos no saludables en la televisión.

► **Símil con el tabaco**

Existe poca información sobre la efectividad de las medidas de restricción de venta de alimentos en el interior de establecimientos educativos, por tratarse de políticas bastante recientes.

El caso más estudiado de los efectos de la publicidad en la salud es el del tabaco, siendo pues donde se han aplicado las primeras intervenciones de tipo regulatorio, por lo que constituyen antecedentes importantes. La gran mayoría de los estudios transversales indican una fuerte asociación entre la exposición a la publicidad de tabaco y el inicio en el hábito de fumar.

La evidencia ha demostrado que:

- 1) La exposición a la publicidad de tabaco antecede al inicio de su consumo.
- 2) La exposición aumenta el riesgo de inicio del consumo.

- 3) Existe una relación entre la dosis de exposición y la respuesta, es decir, a mayor exposición mayor riesgo de consumo.
- 4) Esta relación es muy sólida.
- 5) Existe una explicación científica del mecanismo de influencia de la promoción comercial en la conducta de consumo de tabaco.
- 6) No existen otras explicaciones además de la causalidad para explicar el fenómeno⁷⁸.

Diversos estudios recogen algunos tipos de “ganchos comerciales” usados para influir en la población infantil:

- **Juguetes:** muñecos, figuras, tatuajes, tazas.
- **Artículos coleccionables:** juguetes, láminas de álbum, *stickers*. Al ser coleccionables obligan a comprar varias veces el producto para completar la colección.
- **Concursos:** premios en sorteos mediante cupones incluidos en los productos o a cambio de alguna actividad propuesta por el producto (enviar un dibujo, foto, etc.).
- **Cupones de descuento:** por ejemplo, para el cine, para una pizza, etc.
- **Juegos:** pueden estar incluidos en los propios envases, tales como rompecabezas, dominós, figuras para pintar, sopas de letras, elementos recortables y armables. Ha habido incluso cajas de cereales que incluían CD de regalo con juegos de ordenador.
- **Códigos:** utilizados para acceder a webs con juegos, concursos o descargas de aplicaciones (por ejemplo, de 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 combinan varias de las categorías mencionadas. Además, estos ganchos se refuerzan con otros recursos de *marketing mix*, como el uso de personajes famosos, ya sean propios de la marca o bajo licencia, colores atractivos, etc.

El uso de estos ganchos comerciales se concentra, precisamente, en los alimentos más insanos: comida rápida, cereales para el desayuno, dulces y chocolates, galletas, helados, saborizantes para leche, productos lácteos, zu-

77 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)

78 bit.ly/3Zgslpe

mos y bebidas gaseosas, gelatinas, fideos, *snacks* y salsas de tomate⁷⁹.

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

Recapitulando, recordemos por un lado las elevadas cifras de obesidad y sobrepeso infantil en Honduras y, por otro, como acabamos de ver, hasta qué punto la publicidad incide sobre esta población especialmente vulnerable. Así se entiende 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?

Ya hemos visto el gran número de impactos publicitarios que recibe la población infantil, hasta qué punto es un público objetivo de la industria alimentaria y por qué es una población especialmente vulnerable ante la publicidad; veamos ahora qué tipo de impactos publicitarios alimentarios reciben desde el punto de vista de la salud nutricional.

Empecemos con un dato altamente ilustrativo⁸⁰: los cereales anunciados para un público infantil presentan, en términos generales, 85 % más azúcar, 65 % menos fibra y 60 % más sal que los cereales para adultos. A esto hay que sumar que la población infantil preescolar ve un promedio 642 anuncios de cereales al año solo en la televisión.

► La publicidad infantil es básicamente de alimentos insanos

Se calcula que el 20 % de la publicidad emitida a lo largo del día por las diferentes cadenas es de comida o bebida y que esta se concentra en los horarios infantiles. Es decir, que entre las 19h a las 22 h entre semana y de 7h a 10 h los fines de semana, el bombardeo de anuncios de caramelos, bollería industrial, bebidas de todo tipo, chocolate y comida rápida aumenta de forma significativa.

79 bit.ly/3Zgslpe

80 Harris et al. (2009). *Priming effects of television food advertising on eating behavior*. Si bien el estudio está centrado en el público estadounidense, la realidad del Estado español no es muy diferente; pensemos que tanto las empresas, como las marcas son las mismas, así como el consumo promedio (unos 5 kg) y también el número medio de impactos publicitarios.

Trece grupos de investigación de un total de once países han recopilado información sobre este asunto. Sus resultados, publicados por el *American Journal of Public Health*, constatan que el 71,2 % de los productos alimenticios anunciados en horario infantil eran de “un perfil nutricional bajo o muy bajo” y “poco recomendables para la dieta de la población infantil”.

Diversos estudios han cuantificado el número de impactos publicitarios de alimentos insanos que recibe la población infantil española a través de la televisión. **Si un niño o niña ve la televisión dos horas al día (una estimación conservadora) y durante la franja horaria de máxima audiencia infantil, estará expuesta a entre 56 y 126 anuncios de alimentos por semana (una media de 70), y de estos entre 28 y 84 serán de alimentos insanos (una media de 56). Esto supone casi 3000 anuncios de comida insana al año.**

Todas estas cifras, realmente alarmantes, son confirmadas por la OMS en su informe *Marketing de alimentos ricos en grasas, sal y azúcares* para la población infantil, abogando claramente por limitar la venta y publicidad de alimentos que propicien la obesidad infantil y exigiendo a los Gobiernos que tomen cartas en el asunto.

La OMS señala que más del 50 % de los anuncios televisivos de comida a los que la población infantil se expone promocionan productos ricos en grasas, azúcares y sal.

En un macroestudio sobre la publicidad infantil televisiva en diversos países se constataron diversas cosas. Si analizamos la publicidad de comida insertada en los programas específicamente infantiles, hallamos que el 80 % de la misma corresponde a alimentos insanos; en las comedias, representan el 74 %; y en los programas deportivos y en los *reality shows*, el 71 %. Es decir, que cuatro de cada cinco alimentos que se publicitan en los espacios infantiles son de comida insana.

También se analizó el tipo de alimentos que se publicitan durante los programas de televisión más vistos por la infancia, hallando que el grupo de alimentos insanos representa el 67 % de su total. Y de nuevo, como en los estudios precedentes, la cantidad de anuncios de alimentos insanos fue mayor en las horas de supuesta “protección infantil”, es decir, en las horas de más audiencia infantil.

► **Se anuncia lo contrario de lo que se recomienda**

Todos estos datos ponen de manifiesto tres cosas: la preponderancia de los anuncios alimentarios en la televisión, que la mayoría de estos se dirigen al público infantil y que su práctica totalidad son de alimentos insanos.

Los anuncios televisivos 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 mermar la eficacia de las campañas institucionales en contra de la obesidad infantil y a favor de un estilo de vida sano.** Los anuncios de comida que más abundan en las horas de mayor audiencia infantil y juvenil venden los productos menos recomendables para su dieta diaria, como bollería, dulces, golosinas, aperitivos, precocinados, alimentos muy grasos y refrescos. La evidencia científica⁸¹ 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 la población infantil son repetitivos y predominantes, pasando a formar parte importante de su entorno cotidiano. Pero cada vez hay más pruebas de que la publicidad televisiva, pese a su indudable importancia como herramienta de promoción alimentaria, 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 fidelización de consumo. 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 entre la población infantil. Hay datos científicos fehacientes que vinculan este tipo de

publicidad con el conocimiento que tienen niños y niñas de 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 refrescos y bebidas con alto contenido de azúcar, de alimentos con escaso valor nutricional y con una mayor ingesta calórica. El efecto de la publicidad televisiva es independiente de otros factores que influyen en los hábitos alimentarios infantiles, como la edad y la influencia de los padres. También tiene además efectos en términos de marca (es más probable que las demandas infantiles se dirijan a una marca de refresco anunciada antes que a una desconocida) y de categorías de productos (es más probable que las demandas infantiles se inclinen por tipos de refrescos anunciados). 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 tanto de los medios de comunicación como otros factores socioculturales. En ambos casos, el factor de género actúa con contundencia^{82,83}.

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 convierten en determinantes 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 en los hábitos alimentarios que pueden des-

81 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. bit.ly/464gInm

82 bit.ly/3LhRzxG

83 bit.ly/45KRpH8

embocar, 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 a edades más tempranas.

En las sociedades avanzadas actuales, los medios de comunicación de masas desempeñan cada vez un mayor papel en la socialización. Esto hace que los procesos de producción y reproducción de los hábitos alimentarios estén cada vez más condicionados por instancias ajenas a la institución familiar, como por ejemplo la agroindustria transnacional, cuyas estrategias productivas, comerciales y publicitarias logran una influencia decisiva en la formación social de las preferencias alimentarias de las personas. Por otra parte, la socialización alimentaria 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 actitudes diversas, plurales y más o menos críticas hacia los hábitos y las predisposiciones alimentarias adquiridas⁸⁴.

Podemos añadir que, entremezclados en la masiva publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil, hallamos igualmente elementos de sexismo. Al mismo tiempo que empujamos pues, a través de la publicidad, a la población infantil y juvenil a una alimentación insana, lo hacemos también (en muchas ocasiones en los mismos anuncios o campañas) hacia la desigualdad de género y el 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, de productos insanos, esto fomenta (en mayor o menor medida) la compra de alimentos insanos y dietas insanas. Nos hemos centrado en la población infantil y los impactos publicitarios que reciben (cuyos efectos son mucho más insanos, si cabe, que los que se dan en la población adulta) por la importancia del problema de la mala alimentación infantil y porque se trata de una población especialmente vulnerable que, según la OMS y demás organismos internacionales, debería ser adecuadamente protegida en materia de publicidad perniciosa. Parecería pues coherente, vista la gravedad de la situación de salud pública ante la que nos

encontramos, que existiera algún tipo de control y protección infantil frente a este tipo de alimentación. ¿Pero acaso existe? La respuesta es un rotundo no.

► La urgente necesidad de una regulación estricta de la publicidad

En 2012, la Oficina Regional de Europa de la OMS publicó el informe *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". Lo mismo ha repetido numerosas veces la OPS. 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 documento⁸⁵.

Según la OMS⁸⁶, mientras que las personas adultas somos capaces de discernir cuándo estamos ante publicidad, 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 de 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, es terriblemente receptiva (y vulnerable) a mensajes que pueden conducirlo a decisiones de compra poco saludables o a insistir a sus padres y madres que les compren determinados productos. Esta publicidad irrumpe, según la OMS, incluso en escuelas, guarderías, supermercados, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, además de televisión, internet y "muchos otros entornos". Las técnicas de marketing incluyen patrocinios, utilización de personas famosas, mascotas u otros personajes populares⁸⁷ 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 perfil infantil y juvenil, incluyendo aplicaciones para teléfonos inteligentes

84 bit.ly/3LlrAFs

85 bit.ly/3LqcSgB

86 bit.ly/3sWhpko

87 bit.ly/3ECAESH

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

dirigidas a público 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*, plantea que la calidad nutricional de los productos publicitados debería ser un objetivo prioritario a controlar. Pero como veremos, la forma de regulación más extendida, que son los códigos de autorregulación, en su gran mayoría no abordan esta problemática, ocupándose únicamente de aspectos éticos de la publicidad (es el caso del código PAOS español).

Esta organización internacional no se cansa de repetir que hay que controlar la publicidad y, lo que es más importante, también denuncia que no se está haciendo. En 2010 la OMS ya planteó⁸⁸ que los entornos donde hay población 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 publicación⁸⁹, tras analizar los cambios que se han producido en la última década, constata que siguen sin estar libres de semejante influencia. 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 restricciones 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. En cambio, veremos que el Estado español 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. Esto cuando la mayor parte de los estudios centrados en evaluar la calidad nutricional de los ali-

mentos que inundan la publicidad infantil sí suelen recurrir a las recomendaciones internacionales y 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 niños y niñas. Tres años después, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) abogó⁹⁰ por la prohibición de la publicidad de comida basura (*junk-food*) y de comida rápida en durante los programas televisivos específicamente dirigidos a la población infantil y adolescente.

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 bebidas y alimentos hipercalóricos y con bajo contenido de micronutrientes. El aumento moderado de la promoción de alimentos más sanos se considera insuficiente."

Zsuzsanna Jakab, directora regional de la OMS para Europa, declaró que: "millones de niños y niñas en toda la región europea son objeto de prácticas comerciales inaceptables. La política debe ponerse al día y hacer frente a la realidad de la obesidad infantil en el siglo XXI. La población infantil está rodeada de anuncios que les instan a consumir alimentos altos en grasas, azúcar y sal". Poco más que decir.

Ciertos estudios publicados en 2009 concluyeron⁹¹ 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 documento⁹² en el que declaraba que la autorregu-

88 bit.ly/3PDXiAd

89 bit.ly/3sWhpko

90 bit.ly/44QQGD1

91 bit.ly/48fNPGv

92 bit.ly/3LqBc1P

lación 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 esta.

En marzo de 2013, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) publicó un documento titulado: *Retos y oportunidades para el cambio en el marketing de alimentos dirigido a la población infantil y juvenil*, 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.

Ya hemos visto que, en España, los alimentos que más se promocionan en horario de protección infantil son poco o nada saludables. Recordemos que miembros de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III indican que, mientras que más de la mitad de los anuncios alimentarios son de productos poco saludables, la proporción se eleva a más de dos tercios durante el horario de protección especial para la infancia; concluyendo que la publicidad televisiva de productos de baja calidad nutricional debe ser restringida.

Son realmente infinitas las voces que, desde todos los lugares, coinciden claramente en 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 Sidney, consensuados por la IOTF⁹³). 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, donde se conmina a los Go-

biernos 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, implementación y supervisión de políticas, así como sobre la evaluación e investigación en esta área.

► **Tipos de regulación de la publicidad alimentaria⁹⁴**

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

- Normativa estatutaria.
- Directrices gubernamentales 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 por este avalado. 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 12 podemos ver algunos ejemplos de objetivos de las restricciones estatutarias.

Las directrices gubernamentales no estatutarias tienen la misma finalidad que las estatutarias, pero carecen de peso jurídico. Son recomendaciones informativas, pero no son jurídicamente vinculantes.

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 buenas prácticas —un conjunto de directrices que regulan el contenido ético de las campañas de *marketing*—; y el segundo, un protocolo de establecimiento, revisión y 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 de la propia industria.

93 bit.ly/3PIDsZr

94 bit.ly/3rbEQFM

Tabla 12. 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.

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 gubernamentales no estatutarias, y la autorregulación puede ser complementada por la normativa legal.

Entre las diferentes iniciativas regulatorias de la publicidad alimentaria relacionadas con la mala alimentación y la salud, las más abundantes son, con diferencia, las que abordan la problemática de la publicidad infantil. Esto es coherente con lo anteriormente expuesto: los niños y niñas 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 mundial⁹⁵

Analizando la evolución mundial de la regulación de la publicidad alimentaria dirigida a la población infantil, se han observado las siguientes tendencias:

- El desarrollo de códigos de autorregulación por parte de la industria publicitaria y alimentaria (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 regulaciones tiene por parte de grupos de consumidores y consumidoras, 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 cumplimiento de las regulaciones, aunque sigue siendo inadecuada en cuanto a la medición de su impacto sobre la cantidad y calidad de la promoción alimentaria, y sobre las opciones alimentarias y dietéticas de la población infantil.

Véase aquí una amplia recopilación de sistemas de regulación de la publicidad dirigida a la población infantil: bit.ly/3Zgslpe

► 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*⁹⁶ advierte 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 OMS pidió a los Gobiernos tomar acciones para reducir los mensajes de comercialización de alimentos no saludables. Para los países de América Latina y el Caribe, la OPS ha establecido directrices y normas con respecto a la comercialización y publicidad de alimentos

95 bit.ly/3rbEQFM

96 bit.ly/3reo4pA

dirigidas a la población infantil. Desde entonces, la industria ha desarrollado métodos de autorregulación, la sociedad civil ha lanzado campañas a favor de restricciones legales y los Gobiernos han generado una serie de propuestas de regulación legal. Sin embargo, no ha sido fácil legislar y las nuevas regulaciones no han sido suficientemente claras y enérgicas, y no se han basado en la evidencia científica ni en un marco de referencia ético.

Regulación de la publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil en Honduras

Este seguramente sea el apartado más corto de este estudio: en Honduras no existe una regulación específica para la publicidad de alimentos procesados.

■ Si no me ves, no existo. El etiquetado

La importancia de las etiquetas⁹⁷

En la actualidad, nos encontramos inmersos en un proceso de producción alimentaria muy estandarizada y artificial que ha incrementado la distancia y desconexión entre la producción y el consumo. Los alimentos, incluso los supuestamente 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 atención⁹⁸. Para las y los consumidores, cada vez más preocupados 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 y los consumidores 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, por lo que dedican enormes recursos a su elaboración y diseño, tratando de atraer siempre la atención de las y los consumidores y de persuadirlos.

Aunque lo vamos a ver con mayor profundidad más adelante, en el capítulo anterior ya hemos mencionado que uno de los ejes argumentales de la industria alimentaria para sortear propuestas de regulación y normativas más estrictas sobre sus productos insanos consiste en trasladar toda la responsabilidad a las y los consumidores. Dicho de otro modo, **para la industria, la mala alimentación es culpa de las y los consumidores, no de sus productos**. Comer adecuadamente se convierte entonces en una responsabilidad exclusivamente personal.

Pero al responsabilizar a quienes consumen de las consecuencias de sus decisiones, se les traslada un conjunto de tareas que, simplemente, no pueden cumplir. El modelo al que remite esta concepción de las y los consumidores como individuos capaces de conocer y evaluar sus alternativas es la teoría del consumo racional de la economía neoclásica. Sin embargo, hace décadas que dicho modelo ha sido teórica y empíricamente refutado porque no describe de forma adecuada el comportamiento real del consumo⁹⁹.

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? ¿Tenemos capacidad 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?

En realidad, en los escasos centímetros cuadrados que ocupan las etiquetas lo que se desarrolla es una auténtica batalla de seducción y conquista por parte de las empresas alimentarias. No conviene olvidar, además, que la etiqueta forma parte del envase y que todo forma un solo cuerpo comunicativo repleto de reclamos y atracción.

97 bit.ly/45RP2ST

98 bit.ly/45RP2ST

99 bit.ly/45RP2ST

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

En el etiquetado existe, por ley, una información obligatoria y otra voluntaria. El análisis de la primera revela aspectos de la evolución de la política de seguridad y de información alimentaria de los poderes públicos¹⁰⁰. Por ejemplo, en los países donde la información nutricional de los alimentos es obligatoria, esta es un reflejo del creciente interés y preocupación social por lo que se come. Por el contrario, el análisis de la información voluntaria nos permite acceder a lo que la industria alimentaria quiere mostrar (u ocultar), exponiendo dicha información en función de las preferencias del público objetivo y de su capacidad 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; resultan además menos costosos que el desarrollo de grandes campañas de comunicación. Las empresas agroalimentarias recurren para ello 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.

La actuación de las y los consumidores no depende exclusivamente de la información que poseen, sino que entran en juego otros elementos como los hábitos o los aspectos emocionales. Conocedora de ello, la publicidad recurre a nombres, frases e imágenes evocadoras para influir en su percepción de los productos.

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 sí¹⁰¹.

► 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 transmitir a las y los consumidores las características del producto y, por otro, les permiten atraer la atención y diferenciarse de sus competidores. El tamaño limitado de las etiquetas y la presencia de cada vez mayor información obligatoria les exige tener muy claro qué es lo que se quiere transmitir y cómo hacerlo. Es decir, **la industria otorga gran importancia al diseño de sus etiquetas, ya que considera que la función primaria de las mismas consiste en llamar la atención de las y los consumidores y diferenciar su producto del resto.** De ahí que recurran a 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 la o el consumidor tenga con los diferentes tipos de información presentes 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 a los productos en cuestión. Y esto es debido no solo a las características de la información, en términos de formato y terminología empleada, sino también, y principalmente, por la cantidad y variedad de datos presentes en las etiquetas, que tienden a desorientar más que a 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 y los consumidores se topan con una potente campaña publicitaria para que depositen buena parte de su confianza en el producto¹⁰². Daremos unos ejemplos paradigmáticos de ambos casos.

► Elígeme a mí

Nos encontramos ante un mercado alimentario altamente competitivo, donde las empresas (unas pocas y con gran capacidad de inversión) pelean para destacar sus productos y estimular a las y los consumidores para que elijan sus productos.

100 bit.ly/45RP2ST

101 bit.ly/45RP2ST

102 bit.ly/45RP2ST

Se trata de un sistema de producción masiva a gran escala cuya gran baza, no obstante, consiste en difundir el concepto de *personalización* del producto, de manera que las y los consumidores se sientan individualmente atendidos y no como un ínfimo elemento más de una gran masa consumidora. Pero es 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 hallarnos en un gran bazar lleno de variedad y de alimentos especialmente pensados para cada cual.

Contamos todo esto porque el oxígeno actual de la industria alimentaria es la publicidad en sus distintas formas, y el etiquetado es una de ellas. Se trata de un mercado que, pese a las regulaciones existentes, siempre se mueve en los límites de lo aceptable. **En el momento de la compra, ni la consumidora o consumidor actual más razonador y objetivo puede sustraerse de los aspectos simbólicos y psicosociales de la alimentación, y esta es una de las razones por las que informar sobre el contenido nutricional de los alimentos haya sido tan bien recibido por las empresas alimentarias, ya que, a través de dicha información, modelada con frases sugerentes, consiguen apropiarse del 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 datos 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 dificultan 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 sobre el consumo que se han venido pronunciando, reiteradamente, en distintos medios y foros.

► Información sobre los alimentos y derecho a la salud

Una condición necesaria para garantizar el derecho a la salud de las y los consumidores es que dispongan de información eficaz que les permita elegir adecuadamente los alimentos que van a consumir, de modo que puedan asegurarse dietas saludables¹⁰³.

Las alteraciones nutricionales que hemos visto anteriormente se producen en un contexto de, por un lado, incremento de la presión publicitaria (especialmente sobre la población infantil) y, por otro, de disminución de la eficacia del etiquetado como elemento informativo orientado a contribuir a una elección racional de consumo, en aras de su función persuasiva¹⁰⁴.

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 y los consumidores.
- La información nutricional (cuando resulta comprensible) condiciona de forma importante 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 y los consumidores reducirían su consumo de ciertos productos. 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.

103 bit.ly/3sVjptj

104 bit.ly/3sVjptj

► El proceso de compra y el etiquetado

Compra compulsiva, emocional, rápida y 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 y muchos consumidores dedican tiempo, esfuerzo y dinero tratando de cambiar su dieta, la mayoría de nuestras conductas alimentarias las realizamos, en realidad, sin pensar**¹⁰⁵. Las decisiones que marcan nuestros hábitos alimentarios son, en su mayoría, rápidas, cognitivamente "frugales", inconscientes y automáticas¹⁰⁶.

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 de estas decisiones. Es decir, la inmensa mayoría son inconscientes.

También está demostrado que las decisiones que tienen que ver con intentar comer más sano siguen una ruta "más racional", son decisiones más lentas y más conscientes, así que pretender que sean las y los consumidores quienes elijan las opciones más saludables les requeriría mucho tiempo y esfuerzos cognitivos y la realidad del entorno comercial actual no facilita esto.

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

Si se apela a la responsabilidad de las y los consumidores, si la elección de los alimentos saludables tuviera que seguir el esquema anterior, parecería lógico buscar un sistema de etiquetado que ayudara a una toma de decisiones racional, ajustándolo a la atención, tiempo, esfuerzo y conocimientos necesarios, así como emociones implicadas en dichas tomas de decisiones. Pero en el contexto real actual de compra, la precisión y la abundancia de información modifican muy poco los comportamientos.

¿No sería pues más razonable dar pasos hacia un etiquetado que, dentro de todo el rigor necesario, apele algo más a las emociones?

Consideremos que nos enfrentamos a más de 300 000 referencias comerciales, que tomamos más de 200 decisiones de compra 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 y los consumidores 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 buena conocedora del proceso real de toma de decisiones que acontece desde que nos fijamos en el envase de un alimento. Actualmente, en este campo, no hay contrapoder público.

Es muy significativo que las estadísticas y las encuestas sobre el etiquetado actual lleguen siempre a las mismas conclusiones: que las etiquetas no se entienden, no se leen e incluso cuando la o el consumidor dedica minutos a leerlas y tiene la capacidad de entenderlas, sigue optando mayoritariamente por las opciones menos saludables. Por eso han surgido iniciativas de etiquetado en Europa, en América y en diversos países del mundo que buscan, justamente, sortear esos problemas e incidir realmente en la o el consumidor para que adquiera alimentos más sanos. Las dos principales iniciativas al respecto son el etiquetado semáforo y el etiquetado resumen.

Los etiquetados nutricionales alternativos

► Etiquetado frontal de advertencia nutricional

Podríamos definirlo como la presentación de información nutricional en la parte frontal del producto. Según la OMS, el etiquetado frontal nutricional es un medio prometedor para influir en las opciones de compra de alimentos envasados hacia alternativas más sanas y

105 bit.ly/3PhhFSC

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

mejorar así las dietas de una población¹⁰⁷. Países como Ecuador, Chile, Perú y México han implementado el etiquetado frontal como estrategia de salud pública. Otros, como Argentina, están haciendo esfuerzos para introducir regulaciones; pero a fecha de hoy, los proyectos de ley no han sido aprobados.

Este sistema de etiquetado, en concreto, obliga a señalar de manera clara y explícita, en la parte frontal de todos los alimentos y bebidas no alcohólicas, su contenido en cuanto a los principales ingredientes críticos como las grasas, azúcares y sodio.

Existen 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 en América Latina. Sin embargo, este sistema ha demostrado ser confuso para la población¹⁰⁸.

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. El primero ha demostrado tener un efecto consistente en la elección y compra de alimentos saludables¹⁰⁹, mientras que el segundo ha evidenciado un efecto positivo en la reformulación de alimentos y bebidas industrializadas. Las personas con menor nivel educativo y económico prefieren sistemas sencillos, que llamen la atención, no requieran habilidades matemáticas y conlleven poco tiempo de interpretación¹¹⁰.

Cabe destacar que, entre los diversos sistemas de etiquetados alternativos, las y los consumidores de las

clases sociales populares prefieren estos otros sistemas antes que el resto de opciones que defiende la industria alimentaria¹¹¹.

Tabla 13. Ejemplos de etiquetado nutrimental de alimentos y bebidas industrializados

Sistema de nutrientes específicos	
Guías Diarias de Alimentación (GDA)	
GDA color	
Semáforo (usado en Ecuador)	
Etiqueta de octágonos nutrimentales (usado en Chile)	
Sistemas de resumen	
Logo Choices Internacional	
Logo de la Asociación Americana del corazón	
Emolabels	
Clasificación de estrellas	

107 bit.ly/48sQ6yz

108 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

109 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. Grunert K G, Wills JM, Fernández-Celemin L, *Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK*, Appetite, vol. 55, no. 2, October 2010, pp. 177-89.

110 bit.ly/48sQ6yz

111 bit.ly/48sQ6yz. **Leyendas:** afirmaciones explícitas o implícitas sobre nutrición, salud o temas relacionados que pueden 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 nutrimental de un producto, tales como las calificaciones de salubridad de alimentos o las marcas de aprobación.

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

De hecho, según un estudio de UNICEF en diversos países de América Latina, el etiquetado preferido por las clases populares es el semáforo, muy por encima del sistema defendido por la industria (el GDA).

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 OPS¹¹². 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 en relación con la alimentación saludable. En segundo lugar, al ser más comprensible, reduce las brechas de acceso a la información entre los diversos grupos socioeconómicos. En tercer lugar, empodera a las y 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 productos más saludables. Además, todos los países de la región reconocieron que la implementación del etiquetado frontal de advertencia nutricional debe ir acompañada de una campaña de comunicación y educación. Del taller también salió la recomendación de conformar comités técnicos nacionales 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 las y los consumidores¹¹³.

La legislación actual sobre etiquetado en Honduras

En el momento de redactar este informe no existe en Honduras ninguna regulación específica sobre etiquetado nutricional, más allá de las normas generales de etiquetado básico. Y el etiquetado general no contempla los perfiles nutricionales y ni obliga a presentar una información clara para que las personas puedan tomar decisiones nutricionales.

Un reciente análisis realizado por la Universidad de Zamorano¹¹⁴ de las diversas evidencias científicas disponibles sobre el efecto del etiquetado de alimentos en

el comportamiento de las y los consumidores, confirma la utilidad de este tipo de herramientas para mejorar la salud de la población. Sus conclusiones indican que: “los sistemas de etiquetados de alimentos son estrategias eficientes para generar un cambio en el consumidor en cuanto a la selección, compra y consumo de alimentos más saludables. Al realizar una comparación entre el etiquetado nutricional y las opciones sin etiquetado, se obtuvo una selección significativamente menor de calorías por parte del consumidor. Además, se identificó que el etiquetado de alimentos aumenta el número de personas que eligen productos más saludables en aproximadamente un 18 % en comparación con el no etiquetado. De la misma manera, se identificó que el etiquetado de alimentos reduce eficazmente la ingesta de energía y grasa total, a la vez que aumenta el consumo de verduras en un 13,5 %, lo cual promueve una dieta más saludable para los consumidores”.

La comparación entre sistemas de etiquetado evidenció que las etiquetas con diseños interpretativos (p. ej., semáforo, código de colores, etc.) pueden generar un mayor impacto que otros. Según Daley et al. (2020), las etiquetas de fácil comprensión tienen mayor potencial para reducir la ingesta calórica de la población, al permitir una mejor selección de alimentos con menor contenido de calorías. Las etiquetas interpretativas muestran un diseño atractivo que captura la atención de las y los consumidores, y que facilita su lectura e interpretación de la información nutricional.

En definitiva, concluye que: “Los sistemas de etiquetados de alimentos son estrategias eficientes para generar un cambio en el comportamiento tanto de los consumidores como de la industria en cuanto a la elección, compra, consumo y promoción de alimentos saludables y nutritivos. Estos a su vez, reducen los problemas de salud relacionados con el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, resultado del consumo de alimentos ultraprocesados. Se ha demostrado que estas estrategias aumentan la ingesta de productos saludables y minimizan el consumo y la selección de productos altos en calorías, grasas, entre otros.”

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

112 bit.ly/46a1gR

113 bit.ly/3Plf6yG
bit.ly/46a1gR

114 bit.ly/3rcPSun

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 enorme número de muertes y enfermedades 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 cualquiera de estas medidas (ya sea regulación de la publicidad, del etiquetado o políticas fiscales) haya afectado negativamente a la economía en los términos que pretende la industria.

Esta, ante la imposibilidad de negar la evidencia (de que sus productos enferman), intenta 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 OPS sobre la aplicación del etiquetado frontal de advertencia nutricional para alimentos y bebidas no alcohólicas envasadas, así como sobre restricciones al uso de elementos persuasivos¹¹⁵. 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 contenga una cantidad excesiva de azúcares libres, sodio, grasas totales y/o grasas saturadas.

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 2 000 kcal para todas las personas.

Estos criterios están basados en las recomendaciones de ingesta de la autoridad sanitaria mundial (OMS) y están ajustados por edad y género, pues han sido diseñados para aumentar la probabilidad de que una persona pueda cumplir con las recomendaciones de la OMS independientemente de su rango de edad. Esto significa que, si una persona ingiere las calorías recomendadas para su edad, evitando productos que sobrepasen los criterios del perfil de nutrientes de la OPS, al final del día estará cumpliendo las recomendaciones de ingestión de azúcares libres, sodio y grasas.

Pero las políticas de etiquetado nutricional de alimentos deben ir más allá del semáforo. Como hemos visto, los envases de los alimentos (especialmente los dirigidos a la población infantil) son a menudo auténticos pequeños anuncios de televisión: llenos de reclamos, dibujos, personajes de ficción, regalos, promociones, etc.

En este sentido, la OPS añadió una serie de recomendaciones adicionales en relación a la regulación de elementos persuasivos aplicados al rotulado. Entre ellos encontramos las siguientes:

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; representa-

115 bit.ly/3LnMqEm

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

ción 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 este no lo contiene.

En caso de que 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 100g o 100 ml de producto.

Finalmente, se recomienda que para los productos que superan los límites de nutrientes críticos presentados aquí, cualquier apelación de salud o nutricional esté prohibida de estamparse en la cara principal. Esto permite proteger a consumidores y niños de la inducción al consumo de productos no recomendados, que han sido añadidos con vitaminas, minerales, fibras u otros nutrientes. Toda 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 Ecuador¹¹⁶ y Perú¹¹⁷.

Etiquetado en Ecuador



Etiquetado en Perú



► Las señales de aviso (el 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 azúcares¹¹⁸, sal y grasas saturadas deberán llevar en el envase una señal de stop en negro con letras blancas que permita identificarlos. Dentro de la señal se lee "Alto en calorías" o "Alto en azúcares", "Alto en sodio" o "Alto en grasas saturadas". Y lo que, seguramente, es más importante: debajo de la advertencia debe aparecer "Ministerio de Salud".

116 bit.ly/48fUSiM
bit.ly/3sJHFYD

117 bit.ly/3Ppa0Sm

118 En el apartado de Publicidad de este informe se pueden ver las cantidades de las que estamos hablando.



Esta ley de etiquetado fue aprobada por el Parlamento en 2011, pero el Reglamento que permite su aplicación no se desarrolló hasta 2015, estableciéndose que sería aplicado de manera progresiva para estar completamente vigente en 2019. Tras una intensísima campaña de *lobby* y contrainformación por parte de la industria alimentaria, el Reglamento finalmente entró en vigor en junio de 2016¹¹⁹. Organismos internacionales como la OPS, la OMS y la FAO respaldan esta iniciativa legal y reglamentaria.

■ 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 (económico y físico) a una dieta sana. En la primera área, tenemos aspectos tratados hasta ahora como la publicidad, el etiquetado o la educación. En la segunda, nos referimos a la posibilidad real de compra de alimentos saludables, ya sea por su mayor precio con respecto a los alimentos insanos o por su menor presencia en los puntos de venta. 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 científico actual también abarca a otro aspecto clave para este informe: la desigualdad 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 en determinados barrios populares, castigando por ende especialmente a las mujeres.

Este análisis causal (tanto de los factores como de las desigualdades sociales y de género) es trascendental para poder elaborar las propuestas políticas necesarias y efectivas que reviertan los problemas de salud (y de desigualdades sanitarias) 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 desigualdades sanitarias. Sin actuar sobre estas causas (sobre todas, 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 centrales y provinciales) si las personas no tienen suficientes ingresos para comprar dichos alimentos, o si los alimentos no son fáciles de conseguir. Dicho de forma inversa, lo mismo ocurre con la alimentación insana: si las opciones altas en grasas, azúcares y/o sal son más baratas 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 incluso 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 2000 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 fruta fresca, verdura y carnes magras. Esta segunda opción puede llegar a ser el doble de cara¹²⁰.

119 bit.ly/3PCZLuH

120 bit.ly/3PFgv4O

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

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 saludable) 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 debería centrarse en estos últimos, y sobre ellos no hay tantos estudios como con las materias primas alimentarias, aunque sí algunos.

En uno de ellos¹²¹ 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 al de las frutas y verduras, esto sería un motivo de preocupación, ya que sería un estímulo económico para que la población en general, pero especialmente las clases populares, seleccionen alimentos menos saludables en sus dietas. Se trata de un estudio aplicado en Estados Unidos, 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 entre 55 % y 91 % de 1990 a 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 completos¹²² 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, que sí. Según ellos, la diferencia de precio entre una dieta sana¹²³ y otra insana fue de 1,48 USD, es decir, unos 37 lempiras por persona y día.** O lo que es lo mismo, si una familia hondureña pretende lograr una dieta sana tendrá que pagar un

extra de más de 56 000 lempiras al año (según el estudio y un tamaño medio familiar de 4,2 personas por hogar en Honduras¹²⁴). Es una cifra considerable, especialmente para las clases populares, por lo que se convierte en un factor 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 factor precio apuntara en la otra dirección, es decir, si las opciones saludables salieran a unas 155 lempiras diarias más baratas (cifra por hogar). 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 en realidad menor, nos dice el estudio, a los gastos derivados de las enfermedades asociadas a una mala alimentación.

► El problema de la libre elección cuando no es realmente libre

Las principales políticas públicas para promover una dieta sana suelen consistir tradicionalmente en campañas educativas. Esta estrategia sitúa al individuo consumidor como el centro absoluto de la toma de decisiones de consumo, suponiéndole un mejor grado de información gracias a dichas campañas. El planteamiento es pues que, 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 ya ha quedado más que demostrado que el problema de la mala alimentación es estructural y que ni las medidas sobre el etiquetado ni sobre el impacto de la publicidad aseguran que esa supuesta persona informada acabe consumiendo una dieta sana, aunque se la conozca al dedillo. En este apartado hemos intentado demostrar que, además de los aspectos descritos del ambiente alimentario insano, nos encontramos con el factor del precio, que resulta limitante para la mayor parte de las clases populares de este país. La libre elección no existe.

Diversos estudios apuntan¹²⁵ a que esta situación conduce a la frustración de los grupos más desfavorecidos que no ven viable adoptar los patrones de alimentación saludables promovidos desde los poderes públicos y finalmente recaen una y otra vez en patrones alimentarios más accesibles y asequibles, como los de la comida

121 bit.ly/3r5fd9P

122 bit.ly/3Lm9uDi

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

124 bit.ly/3PfO1Nt

125 bit.ly/3t0NcAv

insana. De entre estos grupos más desfavorecidos, de nuevo, las mujeres ocupan un lugar preponderante, dado que se les atribuye el rol de los cuidados, donde la alimentación familiar ocupa un lugar destacado; rol que, una vez asumido, genera en ellas un sentimiento de frustración aún mayor si, por las razones que hemos ido viendo, no pueden satisfacerlo adecuadamente, pues además se sienten juzgadas por la sociedad.

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 las mejores opciones alimentarias. ¿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.

Pero antes de esto, conviene recordar una cosa a aquellas personas más susceptibles al tema (a veces tabú) de la intervención pública sobre los precios de productos del mercado (aunque sean elementos constitutivos de un derecho básico como es la alimentación): los Gobiernos llevan décadas interviniendo rutinariamente en los precios de ciertos productos, como el tabaco o los combustibles. En el caso de los alimentos, las ayudas públicas a determinados cultivos o formas de producción, transformación o comercialización también son una manera clara de intervenir sobre los precios, la producción y el consumo, orientando al mercado hacia aquellas áreas que interesan a la Administración. 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 básica para intervenir públicamente en los precios de los alimentos se basa en dos elementos:

- > Una manera de influir en el consumo consiste en desincentivar la compra de los alimentos insanos encareciéndolos, e incentivar la compra de los sanos abaratándolos.
- > Las clases populares tienen dificultades económicas para acceder a dietas más saludables, dado su alto precio relativo (a sus ingresos, se entiende). Para reducir la desigualdad en materia de salud y los riesgos sanitarios (como la dieta insana), se

puede intervenir abaratando los alimentos básicos de manera que resulten más accesibles.

► En resumen

Se puede 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 impuestos, más que en su reducción. También en las líneas que siguen dedicamos más atención al aumento de precios vía impuestos que a su reducción, aunque ambas estrategias nos parecen igualmente interesantes (especialmente cuando se combinan).

Diversos estudios¹²⁶ han mostrado que la disminución de los precios en ciertos alimentos tiene un efecto directo sobre su adquisición, especialmente en los grupos de población con menores ingresos. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha estimado que una reducción del 1 % en el precio de frutas y hortalizas podría incrementar su consumo en media ración diaria, lo cual evitaría hasta 7 000 casos de enfermedades coronarias y 3 000 ictus, traduciéndose en un ahorro sanitario de más de 1 000 millones de USD. También existen evidencias sólidas que relacionan el aumento de la incidencia del sobrepeso y obesidad con el precio relativo de alimentos de alta densidad energética y de otros de perfiles nutricionales menos saludables. Actuaciones fiscales sobre el precio de ciertos alimentos por medio de gravámenes y/o subsidios podrían reducir un 2 % la incidencia del sobrepeso y un 1 % la incidencia de la obesidad. En Estados Unidos, uno de los países que más literatura científica ha elaborado sobre 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 de frutas, verduras, pescados y carnes bajas en grasa, pueden haber sido factores determinantes en la alarmante prevalencia de obesidad que se sufre en este país, especialmente entre los grupos sociales de menores ingresos.

126 bit.ly/3rjo0on

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

Uno de los mayores metaanálisis realizados hasta la fecha sobre el tema¹²⁷, auspiciado por la OMS, concluye lo siguiente:

- **Efectos sobre el consumo:** los estudios revisados sobre los efectos de las medidas fiscales sobre consumo de ciertos alimentos han hallado, en todos los casos, que el consumo se modificó en la dirección previsible. Por ejemplo, un estudio irlandés¹²⁸ encontró que una reducción del 20 % de un impuesto sobre los refrescos se tradujo en un incremento del 6,8 % en su consumo medio. Cuando finalizó esta reducción fiscal, su consumo se redujo un 15 %. También se constató que las y los consumidores más jóvenes y los grupos con menores ingresos fueron los que cambiaron su consumo de manera más significativa en respuesta a los cambios fiscales.
- **Efectos sobre la salud:** diversos estudios han analizado el efecto de las políticas fiscales alimentarias sobre las enfermedades cardiovasculares. En Reino Unido, un incremento del Impuesto sobre Transferencias de Bienes Industrializados y Servicios (ITBIS) al 17,5 % para los productos alimenticios con mayores excesos de grasas saturadas ha logrado una reducción de su consumo que ha supuesto una disminución de las muertes por enfermedades isquémicas del corazón de entre 1,8 % y 2,6 %, o lo que es lo mismo, ha evitado entre 1 800 y 2 500 muertes anuales en el país.

Otro estudio consideró una extensión del aumento del ITBIS a todos productos no saludables, identificados a partir de los perfiles nutricionales aprobados en ese país, obteniendo una reducción esperada de las muertes por enfermedades cardiovasculares de aproximadamente el 1,2 % anual. Un estudio similar predijo que la estrategia más efectiva fue el incremento de la tributación de los alimentos menos saludables, acompañado de bonificaciones fiscales a frutas y hortalizas.

Diversos análisis proponen modelos de subvenciones a frutas y verduras que darían lugar a una reducción de sus precios y que evitarían —en el caso de Estados Unidos— 6 733 casos de enfermedades coronarias y 2 946 casos de accidentes cerebrovasculares isquémicos.

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 de por el efecto en sí en sus precios, también por el demostrado efecto educativo sobre la población.

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

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

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

Hablar de impuestos alimentarios (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 antes de pronunciar esta palabra maldita (dicho sea de paso, esta demonización de los impuestos necesarios para pagar los servicios sociales básicos ha sido una de las grandes victorias del capitalismo actual en el terreno de los marcos conceptuales). Baste con recordar cómo George W. Bush acuñó la expresión “alivio fiscal” para sortear la espinosa palabra, anteponiéndole otra que transmite valores positivos (el alivio se da después de un sufrimiento). Decimos esto porque la industria alimentaria y sus aliados, concedores de este hecho, recurren una y otra vez al marco conceptual negativo de los impuestos para atraer emocionalmente a la población hacia sus posiciones.

Pero no vamos a entrar aquí en un debate sobre la absoluta necesidad de los impuestos (cosa distinta es quién paga, cuánto y si eso es justo), sino a centrarnos en las posibilidades que ofrecen para reajustar los precios de los alimentos sanos e insanos, consiguiendo así que, en cierto modo, las políticas sanitarias y las impositivas sean coherentes y no, como ocurre hoy en día, contradictorias.

127 bit.ly/3rgibby

128 bit.ly/45MsGSM

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 buenos perfiles nutricionales y otros con todo lo contrario. Esto, añadido a otras medidas, como por ejemplo un etiquetado claro y una limitación de la publicidad de determinados alimentos claramente insanos para poblaciones vulnerables, constituye una medida sociocultural altamente efectiva.
- 5) Recaudar fondos que se puedan destinar a otros aspectos de lucha contra la epidemia de la alimentación insana (a impulsar los sistemas alimentarios locales, a campañas educativas, a 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, pues por una parte eso ayudaría a escoger el mejor sistema (en función del objetivo que se quiera priorizar) y por otra ayudaría a entender que es una medida integral que va más allá de “aumentar x” el precio de algunos alimentos esperando que se reduzca drásticamente su consumo. También puede contribuir a una reducción del consumo por otras vías indirectas, como mediante el potente efecto simbólico de penalizar algunos perfiles nutricionales: cuando la Administración declara: “Esto es dañino y por eso le pongo un sobreprecio”, se está enviando una señal contundente que tiene su impacto en el comportamiento de las y los consumidores.

Pero tengamos en cuenta que, como afirmar Tim Lobs-tein, cuando los impuestos sobre ciertos productos no superan el 5 % de sus precios de venta, no suelen lograr afectar a las elecciones de compra de las y los consumidores, por lo que añadir solo unos pocos céntimos al precio de un aperitivo salado, de una chocolatina o de un refresco podría tener un impacto muy bajo sobre su consumo.

En cualquier caso, este incremento en la recaudación debería canalizarse a campañas de promoción de la salud y educación pública, a intervenir en los barrios de clases populares para mejorar el acceso a la alimentación sana, y a potenciar los sistemas alimentarios locales.

También es conveniente recordar otro tipo de medidas impositivas que pueden tener impacto sobre el sistema alimentario sin afectar **directamente a los precios de los alimentos, como los impuestos medioambientales o al marketing de determinados productos.**

En resumen; 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 un 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 para maximizar su potencial beneficio para la salud pública:

La elasticidad de la demanda.

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

La elasticidad de la demanda

No todos los alimentos se comportan de la misma manera en términos 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 incrementando su precio un 1 % se reduce mucho el consumo del producto (alimenticio, en este caso), diremos que ese alimento tiene una elasticidad alta; si, por el contrario, apenas varía su consumo, diremos que ese alimento es inelástico o poco elástico (es decir, que aunque le subamos el precio vía impuestos, su consumo apenas se verá alterado).

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

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 su precio o a la inversa), pero también es cierto que si existen alternativas al alimento en cuestión (alimentos sustitutivos), su elasticidad aumenta. Es decir, algunos alimentos específicos pueden tener mayores elasticidades ante los precios si la o el consumidor 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 política impositiva. En general, la revisión bibliográfica nos indica que son necesarios incrementos considerables de precio (entre un 10 % y un 20 %) para conseguir reducciones igualmente significativas de consumo y, por tanto, mejorar la salud de la población por esa vía (aunque no olvidemos que, como ya hemos mencionado, esa mejora de salud puede venir por otros canales también relacionados con políticas fiscales, más allá de su efecto directo sobre el consumo). La evidencia académica nos indica pues que para conseguir grandes efectos hay que aplicar grandes subidas o rebajas de impuestos. Pero la inmensa mayoría de casos actuales aplican tasas relativamente bajas (alrededor de un 5 %).

En la tabla 14 mostramos ejemplos de elasticidades de algunos grupos de alimentos (elasticidades de la demanda final de los hogares en Estados Unidos en el periodo 1938-2007¹²⁹).

Efectos de sustitución

Los hallazgos de los estudios disponibles también señalan que el impacto de la política impositiva alimentaria es altamente dependiente de la tasa de sustitución. A la hora de diseñar este tipo de políticas, debe tenerse muy en cuenta 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. Se ha documentado algún caso en el que, por ejemplo, la tasación de productos con grasas saturadas puede fomentar 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.

Tabla 14. Elasticidades de algunos grupos de alimentos

Tipo de alimento	Elasticidad en valor absoluto medio
Comida para llevar	0,81
Refrescos	0,79
Zumos	0,76
Carne de ternera	0,75
Carne de cerdo	0,72
Frutas	0,70
Carne de 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

Por ello, los objetivos prioritarios de estas políticas fiscales deberían ser, en principio, productos altos en sal, azúcares y grasas que puedan ser fácilmente sustituidos por otros de perfil nutricional saludable.

Estos efectos de sustitución no deseados pueden evitarse gracias a un buen diseño de las políticas fiscales, pero siempre teniendo claro el objetivo de que aumente el consumo de alimentos con nutrientes saludables y libres de impuestos a costa de los alimentos insanos. Los impuestos aplicados en base a los perfiles nutricionales y aquellos que se aplican a una amplia gama de nutrientes y a grupos de alimentos son menos propensos a tener consecuencias no deseadas que impuestos dirigidos a reducir el consumo de un solo nutriente insano.

Desigualdades sociales

La regresividad de la política fiscal debe ser también una preocupación central en su diseño. Desde el momento en que se trata de impuestos indirectos, es decir, independientes de los ingresos de los y las consumidoras y

129 bit.ly/3RIqehC

de su posición social, la carga fiscal proporcional sobre las clases populares puede resultar mayor que sobre las élites. El efecto de la política impositiva sobre las clases populares debe tenerse en cuenta de manera muy específica.

Hay 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 la mayor sensibilidad al precio de los grupos socioeconómicos con menores ingresos se traduce en que se vean más afectados por la política fiscal y, como consecuencia, sean más propensos a reducir su consumo de los productos en cuestión. Este hecho es particularmente claro en los casos de impuestos muy específicos (por ejemplo, a las bebidas endulzadas con azúcar) y con sustitutos más saludables libres de impuestos disponibles. En tales situaciones, se observaron mayores efectos positivos en la dieta de las y 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, cuantificables y pueden calcularse en términos monetarios.

Además de que de 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 son “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 tanto los impuestos como los subsidios sean efectivos, estos deben aumentar o disminuir los precios en el punto de venta. Pero

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 razones comerciales, por no alterar (parcial o totalmente) sus precios debido al impuesto. Las decisiones relativas a la transmisión de costes a los precios en este caso, como en casi todos, están estrechamente vinculadas a la estructura competitiva del mercado, así como a las características de la demanda del producto de que se trate.

Así pues., 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, etc.). A veces, ocurre lo contrario y el incremento de los precios de consumo es mayor que el impuesto. Hay pues que tener en cuenta todo esto en el diseño y evaluación de este tipo de medidas.

Mecanismo a elegir

Además del objetivo u objetivos concretos en los que queremos centrarnos (véase el apartado anterior), el segundo elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar una medida de este tipo es el alcance (o base) del impuesto. Se puede distinguir entre los impuestos sobre los productos finales y los impuestos sobre sus ingredientes. Por ejemplo, se puede impulsar una tasa a las bebidas con azúcar añadido (refrescos) o se puede impulsar directamente una tasa al azúcar añadido, como ingrediente. Los principales elementos a considerar para escoger una u otra opción es la búsqueda de un compromiso entre su facilidad de implementación y 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 fuera a una gran cantidad de productos con alto contenido en azúcares añadidos, y es muy probable el trasvase de consumo de productos gravados a otros no gravados, pero igualmente insanos. 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 de las medidas fiscales y si se van a aplicar a un grupo de alimentos o a un ingrediente o grupo de ingredientes, la siguiente considera-

4. ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?

ción es el tipo de impuestos que se van 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 dietas insanas.

En general, el objetivo público de las intervenciones nutricionales de salud es influir en el consumo de alimentos (cantidad y calidad), siendo una de las usadas la modificación pública de ciertos precios, esencialmente a través de cambios en los impuestos que afectan a los alimentos. A pesar de que estos impuestos se pueden aplicar en cualquier punto de la cadena de alimentaria, en general, cuanto más cerca se actúe del punto de venta más probable es lograr los efectos buscados.

Podemos distinguir tres tipos de impuestos 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 aplicados exclusivamente a tipos específicos de alimentos o productos, 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, supone una cantidad específica por unidad de volumen o unidad del artículo comprado. Este tipo de impuesto se utiliza comúnmente para aumentar los ingresos públicos, gravando productos cuya la demanda es relativamente menos sensible (inelástica) a los cambios de precios y para los 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 cuestiones de salud, en este caso) que genera el producto o ingrediente, es decir, el daño causado por su consumo que se paga por otras vías con dinero público (en nuestro caso, el sistema público de salud) o con repercusiones negativas en el sector privado (bajas laborales, etc.).

Los impuestos especiales son, por definición, propensos a tener un mayor impacto en el consumo, ya que afec-

tan a una unidad de producto (por ejemplo, por litro de refresco, por golosina, por unidad de bollería industrial) con la misma tasa independientemente de su precio final (por ejemplo, a los precios de las bebidas de marca del fabricante y las de marca blanca se sumaría exactamente la misma tasa). Por el contrario, dado que el ITBIS actúa sobre la base del precio del producto, un 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 suponer 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 a que las y los consumidores cambien sus hábitos, lo que suaviza su impacto en los hogares y las empresas.

El último punto a considerar es la cuantía 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 pueden 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 difíciles de implementar y puede incentivar a los fabricantes a no repercutir el impuesto en sus precios para mantener el volumen de ventas. Pueden provocar además importantes diferencias con otros productos sustitutivos, lo cual podría alentar a las y los consumidores a cambiar a productos más baratos que podrían ser tan o más perjudiciales que los afectados por el impuesto.

Otro elemento a tener en cuenta es la carga administrativa del nuevo impuesto. Por ejemplo, los impuestos sobre las bebidas con azúcar añadido y subsidios dirigidos a frutas y hortalizas suelen ser menos costosos de aplicar (teniendo en cuenta que la definición de los alimentos afectados es sencilla), mientras que los impuestos sobre ingredientes particulares (el azúcar, por ejemplo) suelen suponer mayor complejidad administrativa y mayores costes, ya que obliga a comprobar la composición nutricional de una amplia gama de productos alimenticios.

Está demostrado es que los impuestos a los alimentos insanos funcionan, combinados con las otras medidas que hemos descrito en este informe: etiquetado nutricional claro y visible en la parte frontal, regulación estricta de la publicidad de los alimentos insanos y reducción del precio de la alimentación saludable. Sirva de ejemplo el resultado de un estudio reciente¹³⁰ sobre el impacto en la salud cardiovascular en caso de aplicar una reducción del 20 % en los precios de los alimentos saludables. Extrapolando los resultados del estudio a Honduras, dicho abaratamiento de una serie de alimentos saludables se traduciría en una reducción de un 2 % de las 14 000 muertes por año provocadas por enfermedades cardiovasculares, lo que equivaldría a evitar 283 defunciones por año.

130 bit.ly/3ZjmnDG



comiendomentiras.com

comunicacion@justiciaalimentaria.org