

## Alimentación y salud, ejes de una política pública



Escribe: Pablo Anzalone

artículo publicado en el portal El Telescopio y replicado en Cuadernos del Taller.

La preocupación por una alimentación saludable está incrementándose en Uruguay. Sin embargo, dada la situación de malnutrición por exceso y por déficit en la población, podríamos decir que la percepción del riesgo es todavía muy baja. Si lo pensamos como un cambio estructural necesario, hay que aceptar que todavía nos falta mucho.

Como todos los fenómenos culturales los hábitos alimentarios dependen de muchos factores. Uno de ellos es la disponibilidad y la accesibilidad económica, física y cultural de alimentos adecuados. Uruguay es un país productor de alimentos y los exporta a muchos mercados (28 millones de personas); la importación de alimentos es muy reducida. Al mismo tiempo el poder adquisitivo de la población aumentó sustancialmente en la última década (50% de aumento del salario real) y disminuyó la pobreza desde un 39% en 2004 a 9,7% en 2014. Esto significa más capacidad de consumo.

Sin embargo, comparando la evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC) y del Índice de Precios de Alimentos y Bebidas (IPAB) vemos que los precios de los alimentos tuvieron un incremento mayor que otros rubros y esto afecta la accesibilidad y la calidad de los alimentos consumidos.

Un excelente Informe de la Situación Alimentaria y Nutricional elaborado por Inda, FAO y Fac. de Ciencias (<http://obsan-inda.mtss.gub.uy/2016/01/26/derecho-a-la-alimentación-seguridad-alimentaria-y-nutricional-logros-y-desafíos-de-Uruguay>) actualiza una visión general que no puede echarse en saco roto. Por el contrario es una buena base para una acción decidida del gobierno nacional, de los gobiernos departamentales y de los actores económicos y sociales. En nuestro país hay dos graves problemas sanitarios y sociales, grandes prioridades para la salud pero también para otros muchos planos de la vida social: las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud de la infancia. Ambos están interrelacionados y los dos tienen que ver con la alimentación, entre otras causas.

Algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) principal causa de muerte y de enfermedad, están muy vinculadas a la epidemia de obesidad que vivimos en América Latina y el mundo. En Uruguay, el sobrepeso y la obesidad aumentaron del 56,6% de la población adulta en 2006, un guarismo muy alto, a 64,7% en 2013. En la infancia estas cifras alcanzan al 10,5% de los niños menores de dos años, una de las más altas de América Latina. Como señala el informe de OPS esta pandemia está originada en cambios globales en los hábitos alimentarios, dentro de los cuales destaca el rápido y enorme incremento del consumo de alimentos ultraprocesados, con altos contenidos en azúcares, sal y grasas, donde América Latina ocupa un lugar relevante.

([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11153&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11153&Itemid=0&lang=es))

Dentro de América Latina, Uruguay es el país donde las ventas de productos ultra procesados crecieron más (146%), seguidos por Bolivia (130%) y Perú (107%). Las bebidas

azucaradas duplicaron sus ventas en A.Latina, alcanzando los 81 mil millones de dólares, más que en América del Norte. Como recoge el informe OBSAN 2015, en Uruguay, la venta de bebidas azucaradas casi se triplicó entre 1999 y 2013 pasando de 32,9 a 96,1 litros/persona/año. El consumo de otros ultra procesados como cereales para el desayuno, snacks, chocolates, helados, congelados en general, salsas y sopas en paquetes se duplicó, pasando de 15,8 kg/persona/año a 29,5 kg/persona/año (Euromonitor, 2013).

Hay varios países donde se está intentando frenar esta avalancha. Por ejemplo, poniendo impuestos a las bebidas azucaradas como en Finlandia, Hungría, Francia y México (en este último, nada menos que un 10%). La experiencia muestra un descenso en el consumo a raíz de esta medida.

La información al consumidor es una cuestión central. Por eso se está buscando un etiquetado más claro y comprensible como en Chile y Ecuador. Desde diversos ámbitos científicos se promueve que al igual que con el tabaco se coloquen advertencias sanitarias en las bebidas azucaradas.

Es un debate que crece a nivel mundial. Se suceden pronunciamientos de organismos como la OMS y diferentes sociedades científicas. Un artículo de El País de Madrid del 25 de enero informa sobre algunas de estas propuestas y varios escándalos producidos por las políticas de las grandes compañías de refrescos para influir con mucho dinero sobre los medios académicos.

En mi opinión, en lugar de un impuesto a las bebidas azucaradas, se puede pensar en un tipo de tributación que tenga una finalidad expresa, la promoción de la alimentación saludable (por ejemplo, una tasa, Art. 12 del Código Tributario). Tiene una lógica fuerte que el estímulo a hábitos saludables de alimentación, la educación y la investigación al respecto, tenga entre otras fuentes una financiación que surja de los productos ultraprocesados que han generado estos problemas de salud.

La regulación de la publicidad de los productos ultraprocesados es otro capítulo fundamental para esta política. Luego de analizar la situación de la alimentación infantil en Uruguay, el consultor Dr. Fabio Gomes propuso definir por ley la prohibición de la publicidad de los alimentos con altos contenidos en azúcares, sodio y grasas. No hay programas educativos que puedan contrarrestar millones de dólares en publicidad. No se trata de prohibir estos alimentos pero sí limitar el marketing que incentiva el consumo masivo de los que no son saludables. Es una publicidad que llega a los niños, asociando consumo con juegos o personajes famosos, manipulando a una población que no tiene elementos para tener un juicio propio.

Un estudio reciente del Núcleo Interdisciplinario de Alimentación de la UDELAR aporta un elemento de gran trascendencia. Esta investigación pudo determinar cuál es el umbral de reducción del sodio en panificados que no genera un cambio en la percepción del consumidor. Se abre así la posibilidad de un abatimiento progresivo en 7, 8 o 10 pasos de los niveles de sal, sin que ello signifique un cambio abrupto para el paladar del consumidor. Esto permite pasar de la reducción voluntaria de la cantidad de sal en panificados a una reducción gradual pero obligatoria. Algo similar podría pensarse para los productos con altos niveles de azúcar.



Está claro que la educación nutricional es una clave y en ese plano la educación formal desde la primera infancia hasta el nivel terciario cumple un rol determinante. También desde el sector salud se informa y se educa a la población sobre alimentación, con el aporte de las nutricionistas y la participación de todo el equipo de salud, sobre todo en el primer nivel de atención, aunque también en los demás niveles. Las experiencias de formación de promotores escolares de salud y la promoción de la merienda saludable son ejemplos de labor conjunta del sector educativo y sanitario, que además apuesta a la participación activa de los propios niños. Las familias son asimismo un actor pedagógicofundamental, por acción y por omisión, lo que se ve y se escucha en el hogar, contribuye a formar los hábitos de cada uno.

La industria alimentaria y el comercio también pueden (y deben) aportar mucho a este cambio cultural necesario para la salud. En el caso de la industria reduciendo los niveles de azúcar, sal y grasas de sus productos. En el comercio colaborando en la información adecuada a los consumidores y la promoción de la alimentación saludable. El estímulo a la producción de alimentos saludables debe ser claro. Hace poco se presentó desde la sociedad civil una propuesta de Plan Nacional para la promoción de la Agroecología y la Agricultura Orgánica que, entre otros objetivos, como reducir la contaminación ambiental o contribuir a la permanencia de las familias agricultoras, apunta en esa dirección. También procura impulsar el uso sustentable de los bienes naturales y la conservación de las semillas criollas; la equidad de jóvenes y mujeres en los procesos; promover el acceso a la tierra; estimular los mercados locales y las compras públicas de productos agroecológicos, así como la formación y la investigación en agroecología.

Hay señales, medidas puntuales, que operan como disparadores del cambio de hábitos porque obligan a que la gente reflexione antes de consumir alimentos. La ley de merienda saludable fue una de ellas. Su aprobación unánime y el compromiso que estimuló en los actores institucionales, fue un mensaje a la sociedad, que desencadenó procesos de cambio, aunque no prohibiera la merienda chatarra en los centros educativos.

Otra cara de este problema es la malnutrición por déficit que tiene todavía cifras altas en la primera infancia. El retraso de talla respecto a la edad está en el entorno del 10% y la anemia en niños menores de dos años llega a 31% de esta población. El retraso de talla viene descendiendo y llega en 2013 a un 7,8% (9,6% para niños de 0 a 24 meses y 6% para niños de 25 a 60 meses). La mala nutrición durante el embarazo y en los primeros años de vida está relacionada con estos hábitos no saludables de alimentación que mencionábamos, pero también con la pobreza infantil que sigue siendo muy alta.



Tabaré Vázquez lo planteó con mucha claridad en el reciente Simposio Internacional sobre Primera Infancia. La desigualdad es mayor en relación con la niñez en sus primeros años. Mientras la pobreza está por debajo del 10% de la población total y baja al 2% en los adultos mayores, sube a 20% en menores de seis años y a 33% en menores de diez años. Esto genera problemas para acceder a la alimentación adecuada, ambientes insalubres, más amenazas y menos controles sanitarios, orientaciones nutricionales insuficientes. Estos factores (que explican los altos niveles de anemia) afectan el desarrollo cerebral y la capacidad de aprendizaje, el sistema inmunitario y las posibilidades de desarrollo personal y social. Además esos niños con sobrepeso o con anemia serán adultos con muchas más posibilidades de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles. Pensando el ciclo de vida, la vinculación de los dos grandes problemas señalados es muy clara.

Como planteó Tabaré Vázquez “Desde muy temprano en la vida, las condiciones ambientales, la calidad de las relaciones y las experiencias esculpen, para bien o para mal, los circuitos neuronales del cerebro en pleno desarrollo que se encuentran tras el aprendizaje, el lenguaje, las funciones cognitivas superiores y la conducta social y emocional”.

Dos mediciones recientes muestran la gravedad de la situación alimentaria en la infancia. La ENDIS Primera Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS), realizada en los años 2012 y 2013 y la Encuesta Alimentación y Bienestar (Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar), UDELAR-INDA, realizada en el año 2014 en Montevideo y el área metropolitana.

La ENDIS permitió saber que más del 41% de los niños padecen algún tipo de inseguridad alimentaria, y 4,3% sufren hambre o inseguridad alimentaria severa.

En Montevideo y el área metropolitana las cifras de inseguridad alimentaria severa (vinculada con sentir hambre pero no poder comer) fue 11% para los adultos y 6.1% para los menores de 18 años. Es decir son todavía peores que a nivel nacional.

Entre las respuestas que están en marcha hay que destacar el Plan Nacional de Cuidados. En lo que refiere a la Primera Infancia apunta a la corresponsabilidad de la crianza entre mujeres y varones y al compromiso del Estado de asumir los costos y la responsabilidad para con los cuidados. Para eso plantea tres principales líneas de acción: profundizar las licencias parentales, universalizar la oferta universal de educación para los niños de tres años; extender e innovar la oferta de cuidados para menores de dos años, con modalidades flexibles de atención diaria.

Al mismo tiempo cabe decir que una política nacional hacia la infancia va más allá del tema “Cuidados” y entronca con políticas para abatir la pobreza infantil, políticas de alimentación adecuada, políticas contra el maltrato, políticas educativas y de salud. Erradicar la pobreza infantil desde una óptica multidimensional es un imperativo ético, político y societario.

Por todas estas razones la alimentación saludable requiere una política pública construida con muchos actores, que responda a los dos grandes problemas priorizados, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud de la infancia.



@ADRIANA CABRERA ESTEVE | Fotografías