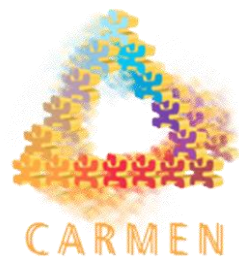




Declaración Política:

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población



Un grupo de expertos independientes sobre sal y salud, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha elaborado esta declaración política. Tiene la justificación y las recomendaciones para un enfoque poblacional para reducir la ingesta de sal en la dieta entre todos los pueblos de las Américas, ya sean adultos o niños.

Meta Política

Un descenso gradual y sostenido en el consumo de sal en la dieta con el fin de alcanzar los objetivos nacionales o en su ausencia, la meta internacionalmente recomendada de un valor inferior a 5g/día/persona para el 2020.

Audiencia

Tomadores de decisiones y responsables políticos en el gobierno, dirigentes de las organizaciones no gubernamentales (en representación de los consumidores, salud, científicos y profesionales de la salud), la sociedad civil, la industria de alimentos (incluidos los procesadores y distribuidores de alimentos), los importadores y exportadores de alimentos, y la OPS.

Justificación

- ➔ El aumento de la presión arterial en el mundo es el principal factor de riesgo de muerte y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.
- ➔ En las Américas, entre el 1/5 y 1/3 de todos los adultos tiene hipertensión y una vez se alcanzan los 80 años de edad, se puede esperar que más del 90% sean hipertensos.
- ➔ En 2001, el manejo inadecuado de la presión arterial, es decir más de 115 mmHg de la presión arterial sistólica, consumió alrededor del 10% de todos los gastos de salud en el mundo.
- ➔ A medida que aumenta el consumo de sal dietética, también lo hace la presión arterial. La típica dieta moderna proporciona una cantidad excesiva de sal, desde la infancia hasta la edad adulta.
- ➔ La cantidad recomendada de ingesta de sal es inferior a 5g/día/persona. En las Américas, el consumo puede llegar a ser más del doble del nivel recomendado. Todos los grupos de edad, incluidos los niños se ven afectados.
- ➔ La adición de sal en la mesa no es el único problema. En la mayoría de la población, la mayor cantidad de sal en la dieta proviene de los platos preparados y pre-cocinados los alimentos, incluyendo el pan, carnes procesadas, e incluso cereales para el desayuno.
- ➔ La reducción del consumo de sal en la población es una de las medidas más costo-eficaces para la salud pública. Puede reducir las tasas de una serie de enfermedades crónicas y condiciones

relacionadas a un costo estimado de entre \$ 0,04 y 0,32 dólares americanos por persona y año. Las intervenciones poblacionales también pueden distribuir los beneficios de la presión arterial saludable de manera equitativa.

- ➔ Los gobiernos tienen una buena justificación para la intervención directa para reducir el consumo de sal en la población, ya que los aditivos de sal en los alimentos son muy comunes. Las personas no son conscientes de la cantidad de sal que están consumiendo en diferentes alimentos y de los efectos adversos en su salud. Los niños son especialmente vulnerables.
- ➔ El consumo de sal puede reducirse sin poner en peligro los esfuerzos de fortificación con micronutrientes.

Recomendaciones para la Política y Acción

Las siguientes recomendaciones son coherentes con los tres pilares de la Organización Mundial de la Salud para la reducción exitosa de sal en la dieta: reformulación de productos, sensibilización del consumidor y campañas de educación y cambios en el medio ambiente para hacer que las opciones saludables sean las opciones más fáciles y asequibles para todos.

A los gobiernos nacionales

- ➔ Buscar la aprobación de esta declaración de política por los ministerios de salud, agricultura y comercio, los organismos de reglamentación de alimentos, los líderes nacionales de salud pública, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las instituciones académicas, y las industrias alimentarias pertinentes.
- ➔ Desarrollar programas de reducción de sal sostenibles, financiados, con base científica, que se integren en los programas existentes de alimentos, nutrición, salud y educación. Los programas deben ser socialmente inclusivos e incluir subgrupos socioeconómicos mayores, raciales, culturales, de género y de edad, y especialmente a los niños. Los componentes deberán incluir:
 - ✓ Etiquetado de alimentos estandarizado de tal manera que los consumidores puedan identificar fácilmente los alimentos con mucha y poca sal.
 - ✓ Educar a las personas, incluidos los niños sobre los riesgos para la salud de consumir mucha sal en la dieta y de cómo reducir el consumo de sal como parte de una dieta saludable.
- ➔ Iniciar la colaboración con las industrias nacionales de alimentos para fijar objetivos de reducción gradual, con plazos, de los niveles de sal de acuerdo a las categorías de alimentos, por reglamento o por medio de incentivos o desincentivos económicos con la supervisión del gobierno.
- ➔ Regular o fomentar empresas de alimentos domésticas o multinacionales para que adopten la menor de A) la mejor en clase (el contenido en sal que iguale el menor contenido en sal de esa categoría de alimento) y b) la mejor del mundo para el mercado nacional (que iguale el menor contenido de sal para un alimento específico producido por la misma compañía en otro lugar del mundo).
- ➔ Desarrollar un sistema de vigilancia nacional, con la presentación de informes periódicos para identificar los niveles de ingesta de sal y de las principales fuentes de sal en la dieta. Controlar el progreso hacia la(s) meta(s) nacional(es) para la ingesta de sal en la dieta o el objetivo recomendado internacionalmente.
- ➔ Examinar las políticas nacionales de fortificación de la sal y las recomendaciones para estar en concordancia con la ingesta de sal recomendada.

- ➔ Ampliar el apoyo oficial a la comisión del Codex Alimentarius sobre etiquetado de sal/sodio en alimentos, para ser incluido como un componente obligatorio de las etiquetas de nutrición.
- ➔ Desarrollar marcos legales o reglamentarios para la aplicación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la publicidad de productos alimenticios y bebidas a los niños.

Para organizaciones no gubernamentales, organizaciones de atención de la salud, asociaciones de profesionales de la salud

- ➔ Aprobar esta declaración política
- ➔ Educar a los miembros sobre los riesgos de salud del alto consumo de sal en la dieta y de cómo reducir la ingesta de sal. Fomentar la participación en la abogacía. Monitorizar y promover presentaciones de sal en la dieta en las reuniones nacionales y la publicación de artículos sobre la sal en la dieta.
- ➔ Promover y abogar en los medios de comunicación sobre la reducción de sal en la dieta para llegar al público, incluidos los niños y en particular las mujeres dado su papel integral en la salud de la familia y la preparación de alimentos.
- ➔ Difundir ampliamente la literatura relevante.
- ➔ Educar a los tomadores de decisiones sobre los beneficios de la reducción de la presión sanguínea entre las personas normotensas e hipertensas, independientemente de la edad.
- ➔ Abogar por políticas y reglamentos que contribuyan a la reducción de la población de ancho en sal en la dieta en toda la población.
- ➔ Promover la formación de coaliciones, aumentar la capacidad de organización para la abogacía y desarrollar instrumentos de abogacía para fomentar las acciones de la sociedad civil.

A la industria alimentaria

- ➔ Aprobar esta declaración política.
- ➔ Hacer el mejor en clase y el mejor producto y prácticas bajas en sal, del mercado global a la mayor brevedad posible. Tener sustitutos de sal disponibles a precios razonables.
- ➔ Iniciar un horario de reformulación para la reducción gradual y sostenida en el contenido de sal de todos los productos con contenido de sal, alimentos en restaurantes y comida preparada para contribuir a la consecución del objetivo recomendado internacionalmente u objetivos nacionales, si procede. Hacer todas las formulaciones de nuevos productos alimenticios bajos en sal.
- ➔ Utilizar etiquetas de alimentos estandarizadas, claras y fáciles de entender que incluyan información sobre el contenido de sal.
- ➔ Promover los beneficios de la salud de la dieta baja en sal para todos los pueblos de las Américas.

Para la Organización Pan Americana de la Salud

- ➔ Asegurar una buena comunicación y el intercambio de información entre las iniciativas regionales e internacionales para fomentar las mejores prácticas.

- ➔ Desarrollar un modelo para los informes nacionales y reportar a los Estados Miembros sobre las líneas de base comparativa nacional y el progreso en puntos de tiempo pre-determinados (por ejemplo, en 2010 línea de base, progreso en 2015 y 2020).
- ➔ Trabajar con los Estados Miembros para monitorizar el consumo de sal en la dieta en las Américas.
- ➔ Desarrollar y fomentar una web de apoyo a los gobiernos, ONGs, y expertos sobre la ingesta de sal en la región Pan Americana.
- ➔ Desarrollar una red basada en una "caja de herramientas" con materiales educativos y programas de sal en la dieta para el público, pacientes, profesionales de la salud, que sean culturalmente apropiadas a las subregiones de las Américas.
- ➔ Desarrollar y promover directrices de conflictos de interés para ayudar a las organizaciones de salud y los científicos en la región panamericana en sus interacciones con la industria alimentaria.
- ➔ Fomentar la investigación de los impactos económicos y de salud de la sal en la dieta alta en los países y subregiones de la región Pan Americana.
- ➔ Ayudar a los Estados Miembros a que revisen los programas nacionales y subregionales de fortificación para ser coherente con los esfuerzos para reducir la sal en la dieta.
- ➔ Colaborar con la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), UNICEF, la Comisión del Codex Alimentarius y otros órganos pertinentes de la ONU para lograr un enfoque coherente y coordinado para la reducción de sal en la dieta.
- ➔ Educar a los tomadores de decisiones sobre los beneficios de la reducción de la presión sanguínea entre las personas normotensas e hipertensas, independientemente de la edad.
- ➔ Abogar por políticas y reglamentos que contribuyan a la reducción de la sal en la población en la dieta.

Grupo de Expertos Regional* de la OMS/OPS sobre la Prevención de la Enfermedades Cardiovasculares mediante la Reducción de Ingesta de Sal Alimentaria

➔ Norm Campbell, Líder (University of Calgary – Canadá)	➔ Omar Dary (A2Z Project – Estados Unidos)
➔ Rainford Wilks, Co-líder para el Caribe (Tropical Medicine Research Institute - Jamaica)	➔ Darwin Labarthe (CDC – Estados Unidos)
➔ Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos, Co-líder para Latinoamérica (Ministerio de Salud - Brasil)	➔ Mary L'Abbe (University of Toronto - Canadá)
➔ Simón Barquera (Instituto Nacional de Salud Pública-México)	➔ Hubert Linders (Consumers International, Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe - Chile)
➔ Adriana Blanco-Metzler (Instituto para la Investigación y Educación sobre la Nutrición y Salud (INCIENSA) - Costa Rica)	➔ Carlos Monteiro (Universidad de Sao Paolo - Brasil)
➔ Ezzedine Boutrif (FAO -Italia)	➔ Tito Pizarro (Ministerio de Salud - Chile)
➔ Francesco Cappuccio (Warwick University - Inglaterra)	➔ Jorge Polônia (Universidad Fernando Pessoa - Portugal)
➔ Beatriz Champagne (InterAmerican Heart Foundation – Estados Unidos)	➔ Marcelo Tavella (Programa para la prevención de infartos (PROPIA) - Argentina)
➔ Lianne Vardy (Public Health Agency of Canada).	➔ Ricardo Uauy (Instituto de Nutrición y Tecnología Agraria (INTA) - Chile)
	➔ Ricardo Correa-Rotter (Salvador Zubiran Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Medicas (INNSZ) - México)
	➔ Sonia Angell (NYC Health- Estados Unidos)

* Los resultados y conclusiones representados en este informe son de los autor(es) y no necesariamente representan los criterios de los organismos respectivos de afiliación.

ANTECEDENTES

Prevalencia de Hipertensión

Aproximadamente uno de cada cuatro adultos en todo el mundo tenían hipertensión en 2000. (1) A medida que la población envejezca, las tasas de hipertensión arterial aumentarán. El estudio de Framingham encontró que el 90% de las personas normotensas de 55 a 65 años desarrollarán hipertensión si llegan a la esperanza de vida media. (2) En 2025, sin intervenciones, se espera que el 29% de los adultos de todo el mundo tengan hipertensión. (1)

En Canadá, uno de cada cinco adultos tiene hipertensión (3) y en los Estados Unidos, el 29% de los adultos se estimó que eran hipertensos en 2004. (4) En los diferentes países de América Latina, la prevalencia de la hipertensión oscila desde 26 hasta 42% de la población adulta en general. (5)

Presión arterial inadecuada, Salud y Sal

La OMS señala que el aumento de la presión arterial en el mundo es el principal factor de riesgo de muerte (6) y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. (7)

Mientras que la mayoría de los profesionales de atención de salud consideró “hipertensión” como la presión arterial sistólica de 140 mmHg o más, el riesgo relativo de enfermedades cardiovasculares (ECV) empieza a elevarse cuando la presión arterial sube por encima de 115 mmHg. Así, una gama mucho más amplia de la presión arterial inadecuada es lesiva para la salud, y se ha atribuido a la mayoría de las muertes por ECV de la enfermedad isquémica del corazón y derrame cerebral. (8)

Hay pruebas sólidas de que la sal añadida a la alimentación es un factor importante para el aumento de la presión arterial en personas normotensas e hipertensas, sean adultos o niños (9,10). Una dieta alta en sal aumenta también el riesgo de hipertrofia ventricular izquierda y daño renal, es una causa probable de cáncer gástrico, y tiene posibles asociaciones con la osteoporosis, el calcio que contienen las piedras renales y un aumento de la severidad del asma. Debido a que los alimentos salados causan sed, es probable que sea un contribuyente importante a la obesidad entre los niños y adolescentes a través de la asociación con un mayor consumo de bebidas de altas calorías. (9,11).

Un informe técnico de la OMS y la FAO recomienda una ingesta de sal de menos de 5g/día/persona, el objetivo de una dieta saludable, equivalente a 2000 mg de sodio. (12) Entre los países de las Américas, donde se ha estudiado la excreción de sodio de forma estandarizada y comparable, la ingesta de sal resultó ser de 11.5g/día/persona. (13) Datos recientes de los Estados Unidos indican que el 95% de los hombres y el 75% de las mujeres de 31 a 50 regularmente consumen más sal que la cantidad máxima diaria recomendada. (14) En Canadá, más del 85% de los hombres y el 60% de las mujeres entre 19 y 70 años de edad tienen una ingesta de sal por encima del nivel máximo de ingesta. Más del 90% de los niños canadienses de entre 4 y 8 años, y 83% de las niñas y el 97% de los niños entre 9 y 13 años, ingieren más que el máximo recomendado. La situación es la misma en casi el 80% de los niños canadienses entre las edades de 1 y 3 años. (15)

La reducción de la sal a nivel poblacional es costo-efectivo y equitativo.

En el 2001, el manejo de la presión arterial no óptima y las enfermedades resultantes de esta consumieron aproximadamente un 10% de los gastos del cuidado de la salud a nivel global,

considerando este como un estimado conservativo. Si se suman las pérdidas por muerte prematura, el costo puede ser hasta 20 veces más elevado. (8)

Reducir la presión arterial efectivamente en una escala universal requiere de acciones con gran alcance a la población. (16,17) El asesoramiento individual y la enseñanza, parte de cualquier enfoque global de la presión arterial saludable, tienen un impacto limitado. Por otro lado, la reducción de sal en la dieta de poblaciones enteras, no sólo lo que se utiliza en la mesa, pero más importante aun, la que se añade a alimentos tratados y confeccionados como el pan, carnes procesadas y cereales para el desayuno, pueden distribuir los beneficios de la disminución de la presión arterial amplia y equitativa. (16)

Se justifica que los gobiernos tomen un enfoque poblacional para reducir la ingesta de sal ya que los aditivos de sal en los alimentos son tan comunes. Las personas no son conscientes de la cantidad de sal que están comiendo en diferentes alimentos y de los efectos adversos en su salud. Los niños son especialmente vulnerables.

La reducción de la presión arterial mediante la reducción de la ingesta de sal a nivel poblacional es efectivo. (17,18) Una estrategia que combine los medios de comunicación y campañas de concientización con la regulación del contenido de sal en los productos alimenticios se ha estimado que costará entre \$ 0.04 y \$0.32 dólares EE.UU. por persona por año. En 10 años, esta estrategia se prevé que evitará 8.5 millones de muertes en todo el mundo, mayormente las enfermedades cardiovasculares. (17)

El ahorro en los presupuestos de asistencia sanitaria puede ser cuantioso. Investigadores en el Reino Unido estiman que el logro de la ingesta de sal en la dieta de menos de 6 g / día podría reducir la necesidad de fármacos antihipertensivos en un 30%. (19) Una reducción del 10% en el consumo de sal en el Reino Unido desde 2000-01, que se atribuye a los esfuerzos combinados graduales y sostenidos de la industria de reducir la sal en los productos alimentarios y de la campaña de información de la Agencia de Seguridad Alimentaria, ha dado un ahorro de coste-beneficio de £ 1.5 billones. (20)

En los EE.UU., si el consumo promedio de la población se redujera a 5g/día, podría haber 11 millones de casos menos de hipertensión, el ahorro sería de aproximadamente 18 billones de dólares en asistencia sanitaria y la obtención de unos 32 billones de dólares en los años de vida ajustados por calidad. (21) En Canadá, la reducción de los aditivos alimentarios de sal se estima en disminuir la prevalencia de hipertensión en un 30% y casi el doble de la tasa de éxito en el tratamiento y control. El ahorro directo al sistema de salud simplemente de reducir los costes de gestión de la hipertensión se estima en 430 millones de dólares al año. (22)

Alternativas para la Fortificación

La sal se usa en algunas zonas de las Américas como un vehículo para el yodo y similares, en algunos casos para fortalecer la ingesta de fluoruro. Existen vehículos alternativos para la fortificación, como los aceites vegetales y leche. Los cambios en la práctica deben ser coordinados con las políticas para reducir la sal en la dieta.

References

- 1 Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner p, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217-23.
- 2 Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002;287:1003-10.
- 3 Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens*. 1997;10:1097-1102.
- 4 Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among United States adults 1999 –2004. *Hypertension*. 2007;49:69-75.
- 5 Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kohlmann O, Jimenez J, Jaramillo PL, Brandao A, Valdes G, Alcocer L, Bendersky M, Ramirez AJ, Zanchetti A; Latin America Expert Group. Latin American guidelines on hypertension. *J Hypertens*. 2009;27:905-22.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html> Accedido Septiembre 13, 2009.
- 7 Hsu C, McCulloch CE, Darbinian J, Go AS, Iribarren C. Elevated blood pressure and risk of end-stage renal disease in subjects without baseline kidney disease. *Arch Intern Med*. 2005;165:923-28.
- 8 Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC for the International Society of Hypertension. The global cost of non-optimal blood pressure. *J Hypertens*. 2009; 27:1472-77.
- 9 He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens*. 2009;23: 363-84.
- 10 Feng J, MacGregor GA. Importance of salt in determining blood pressure in children: Meta-analysis of controlled trials. *Hypertension*. 2006;48:861-69.
- 11 He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension*. 2008;51:629-34.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Reducción del consume de sal en la población: Informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 5-7 Octubre 2006, Paris, Francia. Disponible en: <http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/salt-report-SP.pdf> Accedido Septiembre 13, 2009.
- 13 Intersalt Comparative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988;297:319-28.
- 14 Centers for Disease Control and Prevention. Intake of calories and selected nutrients for the United States population, 1999-2000. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/databriefs/calories.pdf>. Accedido Septiembre 13, 2009.
- 15 Garriguet D. Sodium consumption at all ages. Statistics Canada Health Reports. 2007;18:47-58. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/sodium/9608-eng.pdf>. Accedido Septiembre 7, 2009.
- 16 Feng JH, MacGregor GA. Salt in food. *Lancet*. 2005;365:844-45.

- 17 Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*. 2007;370:2044–53.
- 18 Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, Lawes CM, Evans DB. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk. *Lancet*. 2003;361:717-25.
- 19 Walker J, MacKenzie AD, Dunning J. Does reducing your salt intake make you live longer? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2007;6:793-98.
- 20 Food Standards Agency (UK). Agency publishes 2012 salt reduction targets. Lunes 18 Mayo 2009. Disponible en: <http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2009/may/salttargets>. Accedido Septiembre 22, 2009.
- 21 Palar K, Sturm R. Potential societal savings from reduced sodium consumption in the US adult population. *Am J Health Promotion*. 2009;24:49-57.
- 22 Joffres MR, Campbell NR, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007;23:437-43.