



Instituto de Nutrición  
de Centro América y Panamá  
- INCAP -

## Situación del consumo de sal y sodio en Centroamérica y República Dominicana

*López, Pilar & Pérez, Wilton.*

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP-, Guatemala.

### I. Situación actual de ENT y su relación con el consumo de sal

Según la OMS, para el año 2015, ocurrieron 56 millones de muertes, de las cuales, las enfermedades no transmisibles (ENT) fueron responsables de 40 millones. Entre las ENT de mayor relevancia a la carga de mortalidad y morbilidad, se encuentran las enfermedades cardiovasculares que causan 17.7 millones de muertes al año (OMS, 2017).

Los factores de riesgo de las ENT pueden ser factores conductuales, metabólicos y ambientales. Entre los factores conductuales, están los determinantes sociales evitables y prevenibles a través de intervenciones costo-efectivas de probada eficacia en países de bajo y mediano ingreso que modifican la exposición al tabaco, el alto consumo de alcohol, el sedentarismo e inactividad física, y los hábitos alimentarios inadecuados. La presión arterial elevada es el principal factor de riesgo metabólico de las ENT, a la que se atribuyen el 19% de las muertes anuales; junto al consumo excesivo de sodio / sal, que se le atribuyen 4.1 millones de muertes anuales. Una ingesta de sal que exceda los niveles biológicamente adecuados, tiene una relación causal y directa con niveles de presión arterial superiores a los óptimos.

La recomendación de la OMS de ingesta máxima diaria por persona es de 5 gramos de sal o su equivalente a 2 gramos de sodio; sin embargo, las cifras mundiales muestran que el promedio del consumo de sodio / sal, es de 10 gramos por persona por día. (WHO, 2012) (Powles et al., 2013).

Las fuentes de sodio y sal son proporcionadas en su mayoría, por alimentos ultra procesados, intrínsecos en los nuevos patrones de alimentos, los cuales sobrepasan las recomendaciones dietéticas diarias en nutrientes críticos como grasas, azúcar y sodio (Bermudez,

Hernandez, Mazariegos, & Solomons, 2008) ( de Mestral et al., 2017) (Chen et al., 2015). Los alimentos ultra procesados desarrollados por corporaciones industriales de productos alimentarios, utilizan la sal con el propósito de aumentar su conservación, resaltar características sensoriales y agradables para su consumo y proveerlos listos para consumir. Los datos muestran que la comercialización de estos alimentos, ha crecido a nivel global en las últimas décadas, pero este aumento ha sido mayor en países de mediano y bajo ingreso económico (Monteiro et al., 2013), aumentado entre un 5% y 10% durante el periodo de 1998-2012, en comparación con los países de ingresos altos que no muestran cambios significativos.

### Situación en Centroamérica y República Dominicana

Para la Región de Centroamérica y República Dominicana, las estimaciones indican que, del total de muertes ocurridas en el año 2016, el 73% fueron asociadas a ENT, y de ellas, el 34% fueron atribuidas a enfermedades cardiovasculares (cuatro de cada diez muertes) (figuras No. 1 y 2). Según la OMS, para el año 2015, un 20% de la población mayor de 18 años era hipertensa en los países de la Región (figura No. 2), en la cual, el consumo de sal / sodio contribuye sustancialmente como factor de riesgo.

De acuerdo a las encuestas de hogares de condiciones de vida, se estima que el per cápita de sal de alimentos adquiridos durante los últimos quince días, es mayor a 10 gramos por día. Aunque, este tipo de métodos de evaluar la sal podría sobreestimar el consumo, otros estudios regionales han revelado consistentemente, que la excreción de sodio en orina de 24 horas varía entre 3.5 y 3.8 gramos en adultos (equivalente a 8.9-9.8 gramos de sal) y en escolares es de 2.3 gramos (equivalentes 6.1 gramos de sal) (INCAP, 2016) (figuras No. 3 y 4).

Aunque la evidencia científica de estudios poblacionales que evalúen el consumo de sal, son limitados en la

Región, en un estudio reciente, se mostró que en alimentos empacados fortificados, más del 20% presentaron un nivel de sodio mayor a 1 mg/kcal, de acuerdo al perfil nutricional de la OPS/OMS<sup>1</sup> (OPS, 2016). Entre los alimentos que no cumplen el perfil de sodio de la OPS/OMS se encuentran: bebidas diversas (generalmente, son bebidas energéticas), condimentos, aderezos, sopas, entre otros.

## II. Los avances en la reducción del consumo de sodio

Los países miembros de la OMS, han acordado para el año 2025, reducir en 30% la ingesta de sal / sodio en la población. Para este propósito, la OMS ha consolidado un listado de opciones de tres tipos<sup>2</sup>: 1) Reformulación de productos alimenticios que implica el trabajo conjunto con la industria alimentaria, así como distribuidores y proveedores de alimentos; 2) sensibilización al consumidor y campañas de educación, que promuevan cambios de comportamiento; y 3) intervenciones que permitan cambios ambientales para hacer que, las elecciones saludables sean las opciones más fáciles y asequibles para todas las personas (WHO, 2011).

Adicionalmente, la OMS ha elaborado el paquete técnico SHAKE<sup>3</sup> (Surveillance, Harness Industry, Adopt standars for labelling and marketing; Knowledge and Environment por sus siglas en inglés), la cual presenta herramientas sugeridas para la implementación en los países orientadas a la reducción del consumo de sal.

A nivel mundial, 75 países poseen una estrategia nacional para la reducción en el consumo de sal en el año 2015. La mayoría de las estrategias son multisectoriales, e incluyen: el compromiso de la industria para reformular productos (n = 61); la delimitación de límites permitidos en el contenido de sodio de los alimentos (n = 39); educación y sensibilización del consumidor (n = 71); esquemas de etiquetado frontal (n = 31); impuestos para alimentos ricos en sal (n = 3) e intervenciones en instituciones públicas (n = 54). Medidas legislativas relacionadas con la reducción de la sal, como los límites reglamentarios, el etiquetado frontal en el paquete de alimentos, y políticas de impuestos a los alimentos con alto contenido de sodio, se han implementado en 33 países. (Trieu et al., 2015)

En América Latina, Argentina es el único país que ha adoptado esquemas legislativos integrales para limitar los niveles de sal en los alimentos. La Ley 26.905,

aprobada en el año 2013, tiene como principal objetivo promover de forma integral la reducción del consumo de sodio en la población y fija los valores máximos de sodio que deberán contener ciertos grupos de alimentos, y los plazos de adecuación que tendrán las empresas formuladoras (Argentina, 2013).

Según los resultados de la evaluación del Scorecard/Cuadro de Mando en ENT (2015), que muestra opiniones de 429 representantes del gobierno, el sector académico, ONG y el sector privado para evaluar cómo 23 países abordan las ENT a través de la gobernanza, el control de factores de riesgo, la investigación y la vigilancia y la preparación de los sistemas de salud, Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana no cuentan con políticas, estrategias, o plan de acción para reducir la ingesta de sal, formulada o implementada; pues dentro de los factores de riesgo asociados a las ENT, se incluyeron dos de veinte indicadores, para obtener información con respecto a la existencia de acciones regulatorias para reducir la ingesta de sal. (C3, 2015)

En relación a las acciones de re-formulación de alimentos, Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Estados Unidos y Uruguay, han establecido límites en el contenido de sodio de los alimentos procesados. Los mismos son voluntarios, no reglamentados bajo ninguna Ley.

Seis países (Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Estados Unidos) tienen etiquetado frontal de alimentos (FoPL, por sus siglas en inglés -Front of Pack Labelling-) con esquemas de alerta relacionados con el sodio y la sal. El 50% de ellos lo tienen de forma voluntaria (Canadá, Costa Rica y Estados Unidos), el otro 50% lo tienen en forma obligatoria (Chile, Ecuador y México). Los esquemas de FoPL varían desde: colocar los logos y símbolos (Canadá); colocar etiquetas de semáforo (Ecuador) y/ niveles de alerta para indicar que el producto cumple con los criterios de nutrientes establecidos (Chile); o colocar el porcentaje de ingesta diaria (% DI) o cantidad diaria que cubre según los valores diarios recomendados (% GDA) (Costa Rica, México y Estados Unidos). (Trieu et al., 2015) (Webster, Trieu, Dunford, & Hawkes, 2014)

Desde la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT (2011), los avances en América Latina han sido importantes. Sin embargo, en la Región centroamericana deben iniciarse las acciones que fomenten los cambios en las condiciones del entorno, y en los modos de vida que permitan la disminución del consumo de sal.

<sup>1</sup> Estos datos aún no están publicados

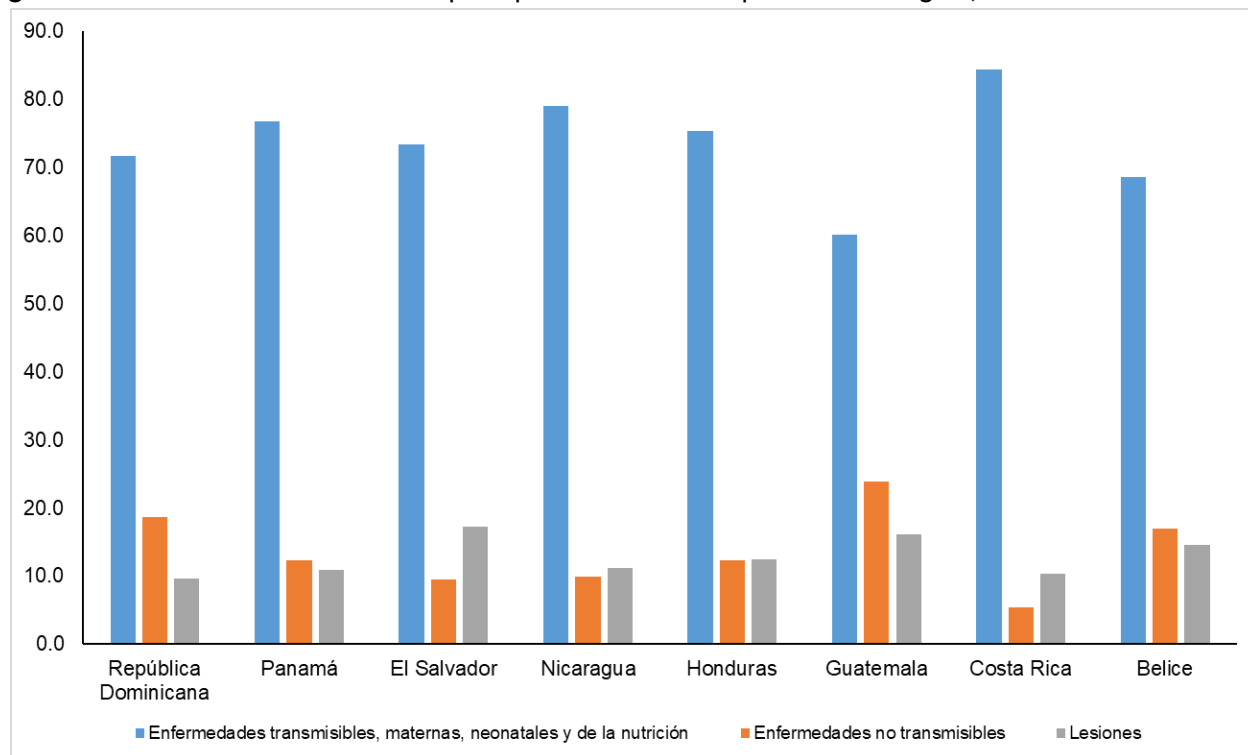
<sup>2</sup> <http://www.who.int/ncds/management/best-buys/en/>

<sup>3</sup> <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shake-salt-habit/en/#>

Al seleccionar las intervenciones para prevenir y controlar las ENT, especialmente los riesgos asociados que produce la ingesta de sal, debe tomarse en consideración su eficacia, costo eficacia, asequibilidad, capacidad para aplicarlas, viabilidad en función de las circunstancias de cada país, y repercusiones en la equidad sanitaria, así como la necesidad de aplicar combinaciones de intervenciones normativas dirigidas a toda la población o intervenciones específicas.

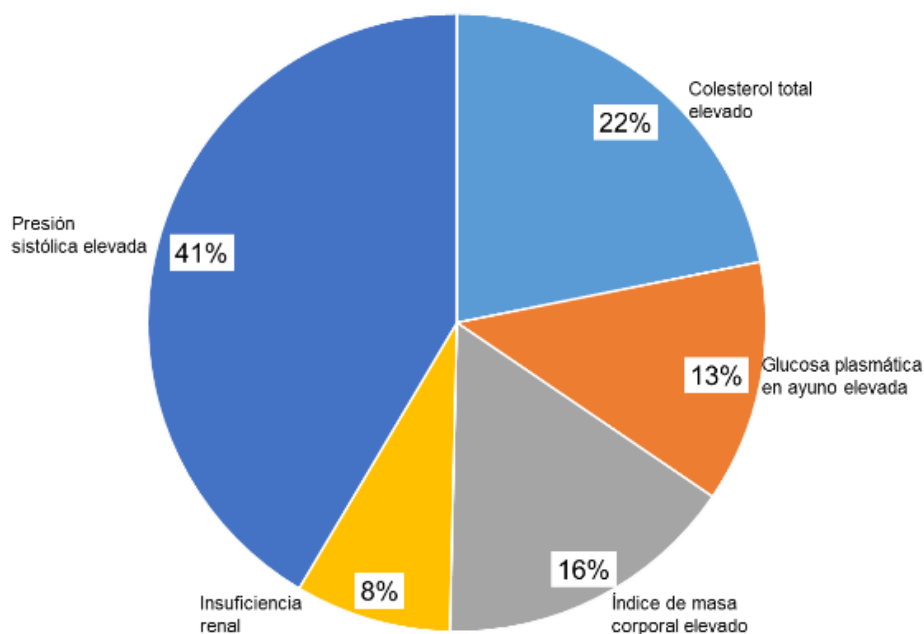
Desde INCAP, en coordinación con la OPS/OMS, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), la Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas (CTCC) y otros sectores, se está trabajando para elaborar una propuesta técnica de carácter regional, basada en evidencia científica, que contenga los elementos clave y las intervenciones costo eficaces que requiere la Región para la reducción del consumo de sal y sodio.

**Figura No. 1.** Distribución de muertes por tipo de causa en los países de la Región, 2016



Fuente: elaboración propia, tomado de Institute of Health Metric Evaluation, 2016

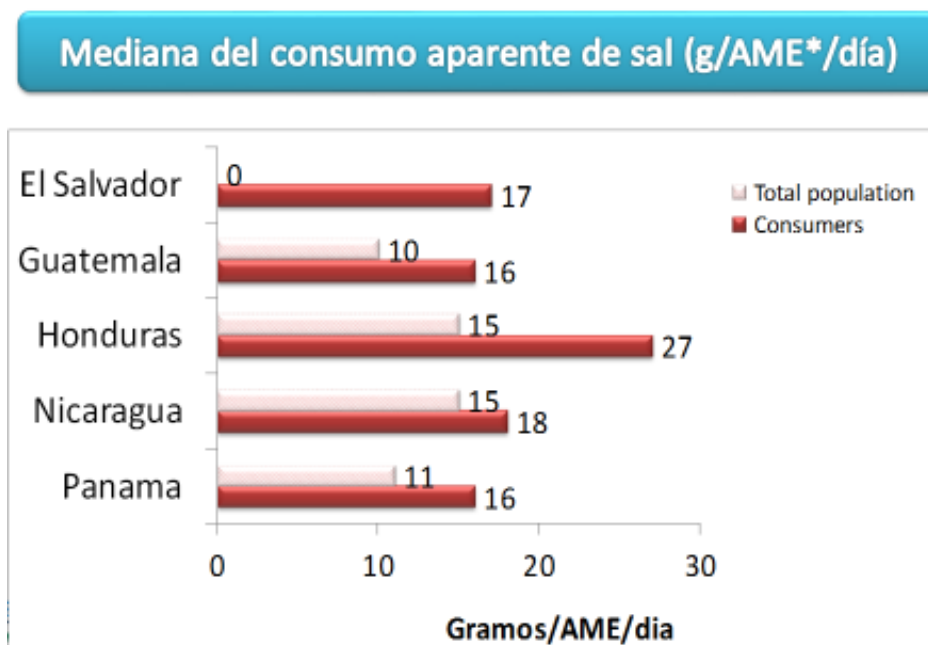
**Figura No. 2.** Distribución de factores de riesgos de muertes por enfermedades cardiovasculares de la Región, 2016



Fuente: Institute of Health Metric Evaluation, 2016

Fuente: elaboración propia, tomado de Institute of Health Metric Evaluation, 2016

**Figura No. 3.** Mediana del consumo aparente de sal (g/AME/día) en la Región, según encuestas de condiciones de vida (ENCOVI) o su equivalente en cada país



Fuente: elaboración propia, tomado de ENCOVIS de cada país  
\*AME: Adult Male Equivalent

**Figura No. 4.** Excreción de sodio en orina de 24 horas en la Región, 2016



Fuente: elaboración propia, tomado de (INCAP, 2016)

### III. Referencias Bibliográficas

- Bermudez, O. I., Hernandez, L., Mazariegos, M., & Solomons, N. W. (2008). Secular Trends in Food Patterns of Guatemalan Consumers: New Foods for Old. *Food and Nutrition Bulletin*, 29(4), 278-287. <https://doi.org/10.1177/156482650802900404>
- Chen, D., Rivera-Andrade, Á., González, J., Burt, D., Mendoza-Montano, C., Patrie, J., & Luna, M. (2015). Prevalence of Risk Factors for Noncommunicable Diseases in an Indigenous Community in Santiago Atitlán, Guatemala. *MAMC Journal of Medical Sciences*, 1(2), 101. <https://doi.org/10.4103/2394-7438.157926>
- Contreras, M., Zelaya Blandón, E., Persson, L.-Å., & Ekström, E.-C. (2014). Consumption of highly processed snacks, sugar-sweetened beverages and child feeding practices in a rural area of Nicaragua. *Maternal & Child Nutrition*. <https://doi.org/10.1111/mcn.12144>
- de Mestral, C., Mayén, A.-L., Petrovic, D., Marques-Vidal, P., Bochud, M., & Stringhini, S. (2017). Socioeconomic Determinants of Sodium Intake in Adult Populations of High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 107(4), e1-e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303629>
- INCAP, I. de N. de C. A. y P. (2016). *Análisis secundario de Estudio I. Evaluación de la ingesta de excreción de yodo y sodio: estudio de caso en Mesoamérica.*
- OPS. (2016). *Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud.*
- Powles, J., Fahimi, S., Micha, R., Khatibzadeh, S., Shi, P., Ezzati, M., ... Mozaffarian, D. (2013). Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: A systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open*, 3(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003733>
- WHO. (2011). From Burden to “ Best Buys ”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. *World Economic Forum*, 1-12.
- WHO. (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children. *World Health Organisation*, 1-56.

Marzo 2018