Cámara de Diputados
Chile

PROYECTO DE LEY

SOBRE EL RETIRO DE LOS SALEROS DE LAS MESAS EN LOS RESTAURANTES Y VENTAS DE COMIDAS.

Boletín N° 9501-11

1.- Desgraciadamente el consumo de sal es una práctica que incide de manera perjudicial en la salud de los consumidores. Tal es así que las instituciones de salud del mundo han tomado el tema con gran preocupación, realizando diferentes iniciativas que buscan reducir el consumo de sal en la población.

2.- Se debe tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud recomienda que el consumo medio de sal por día se sitúe en torno a los 5 gramo.

3.- Un estudio recientemente realizado en la Universidad de St. George (Reino Unido) demostró que la disminución en la ingesta de sal trae aparejado una baja considerable en la cantidad de refrescos y/o bebidas que consumidas por los niños. En efecto, demuestra el estudio que a mayor consumo de sal, mayor es el consumo de líquidos y por consiguiente mayor consumo de azúcar. Los investigadores concluyen que logrando reducir un gramo de sal en la dieta diaria de los niños por día se lograría reducir hasta 100 gramos la ingesta general de líquidos azucarados.

4.- Los especialistas sostienen que la forma más fácil y efectiva de lograr una disminución en el consumo de sal es lograr que el pan tenga menor cantidad de sodio y el eliminar el uso de la sal de mesa en los lugares donde se vende comida elaborada.

5.- Existen diferentes reportes que estiman la ingesta diaria de sodio en la población. . Según éstos, la población chilena consumiría alrededor **del doble** del valor de referencia de sodio (2000 mg). Los diferentes análisis realizados muestran que a lo menos 50% de los valores de referencia están cubiertos por los alimentos estudiados. Concordante con esto, más del 25% de la población chilena mayor de 15 años es hipertensa. [1], según concluye en la "***PROPUESTA DE CRITERIOS Y RECOMENDACIÓN DE LÍMITES MÁXIMOS DE NUTRIENTES CRÍTICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE***

LA LEY DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD", desarrollado durante el año 2010 por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, a requerimiento del Ministerio de Salud.

[1] http://web.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e14279b92e0400101650119e3.pdf

Según el mencionado estudio, podemos advertir que:

A.- El consumo de sal de la población chilena es de 9,8 g/día, cifra que duplica las recomendaciones de la OMS, que ha sugerido establecer una ingesta máxima de sal de 5 g/día (2 g sodio) a nivel mundial (WHO/FAO, 2003; WHO, 2002).

B.- El sodio es un nutriente esencial, que debe estar presente en pequeña cantidad en nuestra dieta. Su función principal es la de mantener el equilibrio de fluido entre el medio intra y extracelular, permitiendo una función adecuada de las células. La ingesta de sodio permite suplir las pérdidas derivadas del sudor. Como en general el sodio y el cloro se encuentran juntos en muchos alimentos, en forma de cloruro de sodio o sal, habitualmente los requerimientos y efectos de estos dos nutrientes son presentados en conjunto (1 g de cloruro de sodio = 17,1 mmol de sodio o 393,4 mg de sodio).

C.- La ingesta adecuada de sodio establecida por el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los EE.UU. (IOM, 2004), es de 1,5 g/día para la población de 9 a 50 años y la de cloro de 2,3 g/día (3,8 g de sal). Estos valores se obtienen de la ingesta de grupos de personas que están aparentemente sanos; esta ingesta asegura además que la dieta total aporta los otros nutrientes esenciales y cubre las pérdidas de sodio en las personas expuestas a altas temperaturas. Estas cantidades disminuyen a 1,0 g/día en los niños de 1 a 3 años; 1,2 g/día en los niños de 4 a 8 años; 1,3 g/día en los adultos de 51 a 70 años y 1,2 g/día en los de 71 y más años. Estas cifras no son aplicables a atletas y trabajadores expuestos a temperaturas extremadamente altas (por ejemplo, bomberos o trabajadores de fundiciones).

D.- El IOM estableció el Nivel Máximo Tolerable de Ingesta (UL, Tolerable Upper Intake Level) para sodio en 2,3 g/día (5,75 g de sal por día). Este valor corresponde a la cantidad más alta de ingesta del nutriente que probablemente no tenga efectos adversos sobre la salud en la mayoría de los individuos de la población general, destacando que no es el nivel de ingesta recomendado (IOM, 2004). El UL fue fijado en base a la evidencia científica de los efectos de la alta ingesta de sodio sobre la presión arterial, analizados a partir de la evidencia existente sobre la dosis-respuesta en estudios clínicos realizados con al menos tres niveles de ingesta de sodio (Sacks F y cols, 2001; MacMahon S y cols, 1990, Rose G y cols, 1988). Además es importante tener presente que WHO/FAO 2003 estableció 2.000 mg/día como ingesta de sodio máxima recomendada y actualmente el Codex Alimentarius establece como valor de referencia para etiquetado nutricional la misma cifra (Codex, 2010)

E.- El principal efecto adverso de la ingesta excesiva de sodio es el aumento de la presión arterial. En el Informe sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), se calculó que a nivel mundial, el 62% de las enfermedades cerebrovasculares y el 49% de las cardiopatías isquémicas se debieron a la elevación de

la presión arterial (PA sistólica > 115 mm Hg). Las cardiopatías son la principal causa de muerte en los mayores de 60 años y la segunda causa de muerte en personas de 15 a 69 años. El informe establece también que las estrategias de reducción del consumo de sal en toda la población son las más rentables para reducir los riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares.

F.- En el año 2006, la OMS realizó el Foro y Reunión Técnica “Reducción de la Ingesta de Sal en la Población”. En dicha reunión se definió que el término “Limitación del consumo alimentario de sal”, implicaba la reducción de la ingesta total de sodio procedente de todas las fuentes alimentarias, incluidos, por ejemplo, los aditivos, como el glutamato monosódico y los conservantes (WHO, 2006).

G.- Existe evidencia convincente que asocia el consumo excesivo de sodio/sal, con un riesgo aumentado de desarrollar hipertensión, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. Esta evidencia proviene de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos, intervenciones, estudios genéticos y experimentación animal, mostrando que la sal de la dieta es la mayor causa del alza de la presión arterial que se observa con la edad, y que la reducción de su consumo disminuye tanto la hipertensión como las enfermedades asociadas a ella (He y cols, 2010; Cook N y cols, 2007, Sacks y cols, 2001).

H.- Las cifras de presión arterial dependen de múltiples factores, siendo uno de los principales el balance de sodio. Nuestros riñones están preparados para conservar sodio y excretar potasio, lo que fue una ventaja adaptativa en tiempos paleolíticos, en que las dietas eran ricas en potasio y pobres en sodio. Sin embargo, la función renal ha sido incapaz de adaptarse a las dietas actuales, que se caracterizan por la relación inversa entre ambos cationes. De este modo, la sumatoria de la dieta actual y la función renal determinan un exceso de sodio corporal y un déficit de potasio.

I.- El exceso de sodio afecta tanto al compartimiento intracelular como extracelular. El exceso de sodio extracelular produce una expansión de fluido y liberación secundaria del factor tipo digitálico, inhibiendo la bomba sodio potasio ATPasa, agudizando aún más el desbalance catiónico intracelular. Esto estimula el intercambiador de sodio-calcio en la membrana celular, permitiendo la entrada de calcio, el que también entra por los canales voltaje dependiente. El aumento del calcio intracelular induce la contracción de la célula muscular lisa de las arterias y arteriolas, aumentando la resistencia vascular periférica y las cifras de presión arterial. Además, la retención de sodio disminuye la síntesis de óxido nítrico y aumenta los niveles de dimetil L-arginina asimétrica, un inhibidor de la enzima que produce el óxido nítrico. La menor producción de óxido nítrico endotelial altera la señal vasodilatadora que este mediador induce en la célula muscular lisa adyacente, fenómeno conocido como disfunción endotelial. Esta disfunción del endotelio no sólo se manifiesta por menor dilatación de los vasos, sino que también genera factores que aumentan la generación de trombos y alteran la permeabilidad vascular. De este modo, la ingesta excesiva de sodio produce una expansión del compartimiento vascular, un mayor tono de las arterias y arteriolas, además de una menor capacidad vasodilatadora frente a ciertos estímulos. Todo esto conlleva a un aumento de las cifras de presión arterial. La disfunción endotelial y el aumento de la presión del torrente circulatorio son piezas fundamentales en el inicio y progresión de la ateromatosis, condicionando enfermedad cardiovascular (Adrogué y cols, 2007).

J.- Un meta-análisis de ensayos clínicos con modificaciones en la ingesta de sal iguales o mayores a 4 semanas de duración, evidenció que la reducción de la ingesta de sodio diario en 1.700 a 1.800 mg, bajó de forma significativa las cifras de presión arterial, tanto en sujetos con presión arterial normal (0,3 mm Hg de presión sistólica y 0,2 mm Hg de presión diastólica) como hipertensos (5 mm Hg sistólica y 2,7 mm Hg diastólica). Además se estimó que la reducción de 6 g/día en la ingesta de sal reduciría los

accidentes cerebrovasculares en un 24% y las cardiopatías coronarias en un 18% (He y cols, 2002).

K.- Diversos estudios han demostrado que una reducción en la ingesta de sal en la población general es muy costo-efectiva, tanto en países desarrollados como en desarrollo. No sólo salva vidas, previniendo cientos de miles de accidentes cerebrovasculares e infartos cardíacos, sino también ahorra mucho dinero (Asaria y cols, 2007; Murray y cols, 2003; Bibbins-Domingo y cols, 2010; Smith-Spangler y cols, 2010). Un estudio reciente mostró que aun una muy modesta reducción de 10% en la ingesta de sal, que puede ser fácilmente alcanzada, podría haber ahorrado más de US$ 32 billones en gastos médicos sólo en EE.UU. (Smith-Spangler y cols, 2010).

L.- En los países en desarrollo, donde los recursos para salud son muy limitados, la reducción en la ingesta de sal es uno de los métodos más costo-efectivos para disminuir las ECV. Asaria y colaboradores, al estimar los efectos y costos de reducir el consumo de sal y controlar el consumo de tabaco en 23 países de ingresos bajos y medios que dan cuenta del 80% de la carga de enfermedades crónicas en el mundo en desarrollo, demostraron que en 10 años (2006 a 2015), un 15% de reducción en la ingesta de sal de la población podría evitar 8,5 millones de muertes. Esta modesta reducción en la ingesta de sal podría ser alcanzada mediante la reducción voluntaria del contenido de sal en los alimentos procesados, más una campaña sostenida en los medios que estimule el cambio en los hogares y la comunidad. El costo de implementar este programa de reducción de la ingesta de sal fue estimado en US$ 0,09 por persona/año. Los autores concluyen que la reducción del consumo de sal es más o al menos, tan costo-efectiva como el control del tabaquismo en términos de reducir las ECV (Asaria y cols, 2007)

M.- El estudio de carga de enfermedad publicado en el año 2008, indica que el 12% de los años de vida saludables perdidos (AVISA), ya sea por muerte prematura o por discapacidad, se deben a las enfermedades cardiovasculares, las que ocupan el tercer lugar a nivel nacional. Al analizar las causas específicas, la enfermedad hipertensiva del corazón constituye la primera causa de pérdida de años de vida saludable. Este estudio también analizó la carga atribuible a diferentes factores de riesgo, utilizando estadísticas nacionales de prevalencia de estos factores de riesgo y patología asociada, además de la evidencia científica. Los resultados de este análisis muestran que la presión arterial elevada y el alto consumo de sal (≥ 3 g) son los dos principales factores de riesgo asociados a muerte en el país (con 14,8 y 11,9%, respectivamente). Además, ambos factores de riesgo constituyen causas importantes de pérdidas de años de vida saludable (5,6% y 2,1% respectivamente), principalmente por muerte prematura. Se ha estimado que el descenso de la presión arterial sistólica en 4 mmHg evitaría más de 1.200 muertes anuales. La última ENS (MINSAL, 2010), muestra que el 95,7% de los adultos tienen un consumo excesivo de sodio (excreción urinaria de sodio mayor a la de potasio en muestra aislada de orina). En términos de presión arterial, el 26,9% de los adultos tiene presión arterial elevada, pero sólo el 44% presenta cifras de presión sistólica consideradas saludables (menores a 120 mm Hg).

N.- Según la II Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, al momento de la encuesta existían 3.600.000 personas con hipertensión (presión arterial ≥ 140/90 mm Hg) en el país, con una prevalencia de 28,7% en los hombres y 25,3% en las mujeres. De acuerdo al nivel educacional (NE), la mayor prevalencia (51,1%), se encontró en la población con menos de 8 años de escolaridad; 22,8% en la población con 8 a 12 años de escolaridad y 16,7% en la población con 12 o más años de escolaridad. Al clasificar a la población según grupos de edad, se encontró una prevalencia de hipertensión de 3% en el grupo de 15 a 24 años; 13% en el de 25 a 44; 44% en el de 45 a 64 y 75% en el grupo de 65 y más años (MINSAL, 2010). Consecuente con lo anterior, el riesgo cardiovascular alto afectaba al 1,1% del grupo de 15 a 24 años, al 3,6% del de 25 a 44 años; al 22,1% del de 45 a 64

años y al 48,1% de los de 65 años y más. Nuevamente, el grupo con menor escolaridad fue el más afectado (32,3%), disminuyendo al 13,6% en los con escolaridad media y al 10,1% en los con mayor escolaridad (MINSAL, 2010).

6.- Por anterior, se hace necesario que se regule el uso de sal por la población como una acción de política pública en el área de la políticas de salud, que la Aministración de aplicar en forma urgente.

7.- Que sobre el mismo punto, ya las legislaciones de Mexico, Argentina, Uruguay y España han implmentado normatimos regulatorias sobre estos aspectos.

8.- Por lo anterior, se hace necesario legislar en Chile al respecto.

PROYECTO DE LEY

1.- Agréguese al Código Sanitario el siguiente artículo 102 BIS.

"*Los establecimiento de venta de comida preparada no podrá mantener permanentemente en sus mesas o mesones a disposición del consumo inmediato de sus clientes ningún tipo dispensadores, sobres u otros medios que contengan sal común o sus sucedáneos destinada al aderezo de las comidas o platos que se ofrezcan.*

Salvo que el cliente así lo requiera en forma expresa, se le facilitará el mencionado ingrediente.

Asimismo, en las respectivas cartas o menús de tales establecimientos se deberá advertir de los riesgos del consumo de sal, en la forma que determine la Subsecretaría de Salud Pública.

***La infracción a lo establecido en este artículo será sancionado de conformidad a las normas de este Código.* "**

GABRIEL SILBER ROMO

DANIEL FARCAS GENDELMAN