

Salud Pública Versus Comercio Internacional: El Caso de las Grasas Trans.

Mónica Saavedra¹ Dayana Barriga²

RESUMEN

Los Ácidos Grasos Trans (AGT's) y sus efectos en la salud pública, así como la oposición de la industria alimentaria a la regulación nacional e internacional de su uso y consumo, son temas que han estado en el debate público en los últimos años.

El objetivo de este artículo fue determinar la compatibilidad entre la protección de la salud pública y el comercio de alimentos producidos industrialmente, con referencia al caso de los AGT's.

Se revisó la evidencia científica en torno a la Salud Pública y la legislación a nivel nacional e internacional sobre el uso y consumo de los AGT's.

Conclusión: Existe marco jurídico nacional e internacional que permite establecer regulación y/o eliminación del uso de Ácidos Grasos Trans que protege la Salud Pública, sin que ello constituya un Obstáculo Técnico al Comercio.

PALABRAS CLAVE: Salud Pública, Comercio Internacional, Ácidos Grasos Trans

ABSTRACT

The Trans Fatty Acids and his effects in the public health, as well as the opposition of the food processing industry to the national regulation in international of his use and consumption, are topics that have been in the public debate in the last years. The aim of this article was to determine the compatibility between the protection of the public health and the trade of food produced industrially, with reference to the case of the Trans Fatty Acids. The scientific evidence was checked concerning the Public Health and the national and international legislation on the use and consumption of the Trans Fatty Acids.

Conclusion: There exists juridical national and international frame that allows to establish regulation or elimination of the use of Acids Oily Trans that protects the Public Health, without it constitutes a Technical Obstacle to the Trade.

KEY WORDS: Public Health, International Trade, Acids Oily Trans

¹ Mónica Saavedra Chumbe: M.B.A., Directora General de Salud Ambiental, Ministerio de Salud del Perú. Alumna del Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas Universidad San Martín de Porres, E-mail: msaavedra@digesa.minsa.gob.pe; mpsaavedra_04@yahoo.com

² Dayana Barriga Rodríguez: Mg.Sc. Nutrición Pública, Coordinadora Académica Universidad San Ignacio de Loyola. Alumna del Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas Universidad San Martín de Porres, E-mail: dbarriga@usil.edu.pe; dayanabarriga@hotmail.com

1. INTRODUCCION

La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. (MINSA, 1997). Un rol indelegable del Estado es prevenir y controlar los principales problemas de salud pública y sus determinantes, particularmente aquellos vinculados a factores externos, los relacionados a estilos de vida de la población o los asociados al consumo de bienes y servicios. (MINSA, 2013).

Desde el inicio de la conformación de las áreas urbanas (siglo XIV al XIX), la salud se fue convirtiendo cada vez más en una responsabilidad del Estado por la importancia que tenía (y tiene) la preservación de la ocurrencia de enfermedades de rápida transmisión que no sólo provoquen muertes masivas (ejemplo la Peste Negra y la Viruela), sino el quiebre de las estructuras económicas y sociales. Así nace como una política pública de primera importancia para los países.

El Perú ha tenido una gran preocupación por esta política, en el 2012 se inició el proceso de Reforma de la Salud que concibe la salud como un derecho fundamental que el Estado debe proteger en todo el ciclo de vida, para ello propone fortalecer la prevención, protección, promoción, vigilancia y fiscalización de los determinantes que afectan la salud, uno de ellos, la alimentación.

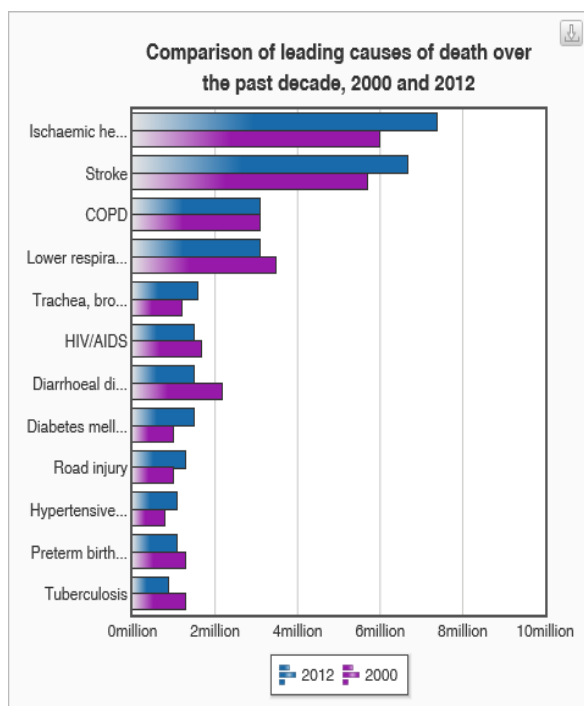
La Globalización acerca más al mundo y sus habitantes a través de la información, conocimiento y la tecnología, que se comparten en tiempo real, pero a la vez también puede alejarnos de nuestros hábitos y costumbres, es así que en el Perú al igual que varios países en el mundo, se viene atravesando por un proceso de transición nutricional y epidemiológica que – en las últimas décadas - muestran cambios preocupantes en los hábitos alimenticios y estilos de vida de las personas y familias.

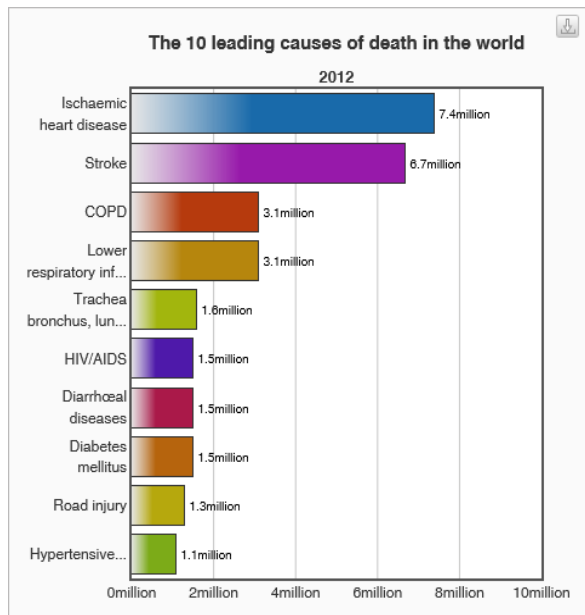
Hasta hace pocos años la desnutrición crónica era el principal problema de salud pública en los países en desarrollo, hoy en día, al lado de la desnutrición crónica coexiste ya la obesidad y el sobrepeso— por ejemplo - en el Perú el 39.7% de gestantes atendidas por el sector salud tiene sobrepeso (CENAN, 2014). Esto obedece al cambio en la dieta hacia alimentos con poco o nulo valor nutricional: alimentos muy ricos en hidratos de carbono simples, grasas saturadas y trans; bajo consumo de proteínas, fibra, vitaminas y minerales,

entre otros; ello no sólo se configura en un problema de carácter estético sino en un cambio en el desarrollo e incremento de las enfermedades, existiendo en la actualidad un predominio de las enfermedades no transmisibles. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2012, alrededor de 44 millones (6,7% del total mundial) de menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos, mientras que en 1990 eran solo 31 millones (5%). La mitad de las 20 causas principales son enfermedades infecciosas o de carácter materno, neonatal y nutricional, mientras que la otra mitad corresponde a enfermedades no transmisibles o lesiones (OMS, 2014). Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año, casi el 80% de las defunciones por ENT -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones) (WHO, 2014).

Uno de los factores contribuyentes a este problema, además de la urbanización y del sedentarismo, es la inadecuada alimentación de las personas; justificado en se requiere del procesamiento de los alimentos para disponer de grandes volúmenes en condiciones de calidad e inocuidad para cubrir la demanda de la población.

Gráfico N°1





FUENTE: The top 10 causes of death - May 2014 - OMS

Entre los productos que se desarrollaron para garantizar la disponibilidad masiva de alimentos, se encuentran los denominados Ácidos Grasos Trans AGTs³, que son aceites (de origen vegetal) parcialmente hidrogenados para permitir se solidifiquen o sean líquidos más estables. En la década de los 80 fueron introducidos al mercado de manera masiva, no sólo por la ventaja industrial (mayor tiempo de vida útil, reducción de costos), sino porque se presentó como una alternativa saludable al consumo de grasas saturadas (origen animal) siendo recomendado por Médicos y Nutricionistas, lográndose un excelente posicionamiento en el mercado.

A los pocos años de su introducción comenzó el debate sobre su impacto en la salud, principalmente por el incremento de riesgo de enfermedades coronarias.

El informe “The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases” preparado por “The World Economic Forum” y “The Harvard School of Public Health” en el 2011, identifica las enfermedades crónicas como una de las principales amenazas para el crecimiento económico mundial (The World Economic Forum, 2009). La mortalidad y discapacidad prolongada asociada a las

³ **Ácidos Grasos Trans (AGT's) o Grasas Trans:** Todos los isómeros geométricos de ácidos grasos mono insaturados y poli

enfermedades no transmisibles tienen un impacto económico grave en los hogares, las industrias y las sociedades, tanto a través del consumo de los servicios de salud como a través de la pérdida de ingresos, productividad y formación de capital.

La reducción en un 10% de la tasa de mortalidad para la enfermedad isquémica del corazón y accidentes cerebrovasculares podría reducir las pérdidas económicas en países de bajos y medianos ingresos, por un estimado de \$ 25 mil millones por año, que es tres veces mayor que la inversión necesaria para la implementación de medidas para lograr estos beneficios (The World Economic Forum, 2009).

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL RIESGO A LA SALUD

Durante la última década se ha acumulado amplia evidencia científica que ha demostrado que existe riesgo significativo para la salud de las personas por causa de ingesta de Ácidos Grasos Trans (AGTs) de origen industrial como alteraciones del metabolismo de lípidos en la sangre, inflamación vascular y desarrollo de enfermedades cardio y cerebrovasculares. En ese sentido, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud –OPS, de la Organización Mundial de la Salud – OMS, en el 2007 ya señalaron que el consumo de AGTs aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria y aumenta el riesgo de muerte súbita y diabetes mellitus, es decir un fuerte impacto en el incremento de enfermedades no transmisibles.

Gráfico N°2

Años de vida saludables perdidos según causas por cada 1000 habitantes - Perú 2009



FUENTE: Documento: Lineamientos y medidas de reforma del sector salud-MINSA-2013.

La pérdida de años de vida saludables significa además que se afecta la economía de las personas

insaturados que poseen en la configuración trans dobles enlaces carbono-carbono no conjugados, interrumpidos al menos por un grupo metileno.

– en la medida que no cuentan con un seguro de salud – y al mismo tiempo significa el incremento del gasto público en atenciones de salud que podrían evitarse. Se hacen cálculos que señalan que las enfermedades no transmisibles ocasionan un gasto en atenciones de salud de aproximadamente 500 millones de soles anuales (ESSALUD), principalmente por enfermedades cardiovasculares que representan el cuarto lugar de carga de enfermedad en el país (MINSA, 2008). A ello se suma las pérdidas económicas por la disminución de la productividad de las personas enfermas.

Es pertinente y oportuno precisar, que toda la evidencia técnica –científica existente, se orienta a la disminución, sustitución y eliminación de los ácidos grasos trans en los alimentos de consumo humano, por estar ampliamente demostrado los efectos dañinos en la salud y la relación existente entre el consumo elevado de AGT's y los accidentes cardiovasculares, aquí se citan algunos de los más resaltantes:

- European Journal of Clinical Nutrition (2009): Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence, D Mozaffarian⁴, A Aro⁵ and WC Willett⁶, el mismo que concluye lo siguiente:
Cinco estudios de casos y controles retrospectivos y cuatro estudios de cohorte prospectivos demostraron asociaciones positivas entre el consumo de AGT y eventos cardiovasculares. Un meta-análisis de estudios prospectivos indican 24, 20, 27 y un 32% más de riesgo de infarto de miocardio (IM) o muerte

por Enfermedad Cardíaca Coronaria (ECC) por cada 2% de energía de AGT consumidos en sustitución isocalórica de carbohidratos, SFA, ácidos grasos monoinsaturados cis y ácidos grasos poliinsaturados cis, respectivamente.

- Plos Medicine (2009) Goodarz Danaei⁷, Eric L. Ding⁸, Dariush Mozaffarian⁹, Ben Taylor¹⁰, Jurgen Rehm¹¹, Christopher J. L. Murray¹², Majid Ezzati¹³: “The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors”:
- En el año 2005, 2.448.017 residentes en EEUU fallecieron, y entre las cuatro causas más comunes de mortandad estaban la Enfermedad Isquémica del Corazón (434.000 muertes), Cáncer de Pulmón (163.000 muertes), Accidente Cerebrovascular (150.000 muertes) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (124.000 muertes). A los ácidos grasos trans se le atribuyen 82.000 muertes (intervalo de confianza 95%: 63,000-97,000).
- European Journal of Clinical Nutrition (2007): Consumption of trans fats and estimated effects on coronary heart disease in Iran, D Mozaffarian¹⁴, M Abdollahi¹⁵, H Campos¹⁶, A Houshiar Rad¹⁷ and WC Willett¹⁸, concluye lo siguiente:
Cerca de 350,000 muertes anuales ocurren en Irán (UNICEF, 2005); 70,000 de ellas (20,5%) son a causa de Enfermedades Cardiovasculares (ECV). Sobre la base del impacto en la salud de los ácidos grasos trans, la eliminación del consumo de Ácidos Grasos

⁴ Division of Cardiovascular Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; Departments of Epidemiology and Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.

⁵ Department of Health and Functional Capacity, National Public Health Institute (KTL), Helsinki, Finland.

⁶ Departments of Epidemiology and Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

⁷ Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America. Initiative for Global Health, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, United States of America.

⁸ Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America.

⁹ Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America. Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America.

¹⁰ Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, Toronto, Canada. Public Health Sciences, University of Toronto, Toronto, Canada.

¹¹ Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, Toronto, Canada. Public Health Sciences, University of Toronto, Toronto, Canada. Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany.

¹² Institute for Health Metrics and Evaluation, The University of Washington, Seattle, Washington, United States of America.

¹³ Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America. Initiative for Global Health, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, United States of America.

¹⁴ The Channing Laboratory, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.

¹⁵ The National Nutrition & Food Technology Research Institute, Shaheed Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

¹⁶ The Channing Laboratory, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA;

¹⁷ The National Nutrition & Food Technology Research Institute, Shaheed Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

¹⁸ The Channing Laboratory, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.

Trans evitarían entre 5.600 (8%) y 27 300 (39%) muertes al año atribuidas a ECV.

La consulta de los expertos de la OMS/FAO de 2002 sobre el Régimen Alimentario, la Nutrición y la Prevención de las enfermedades Crónicas (OMS, Serie de Informes Técnicos, TRS 916) concluyó que había pruebas convincentes de que el consumo de AGT'S' aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Además recomendó que el consumo de AGT's no supere el 1% del aporte energético alimentario diario y propuso que se realizaran esfuerzos para aumentar la cantidad de grasas monoinsaturadas y polinsaturadas en el suministro alimentario (OPS/OMS, 2007).

En consecuencia, en el 2004 la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la Resolución WHA 57.17 que respalda la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, que identificó la eliminación de los AGT's como un tema clave para las acciones de los gobiernos en respaldo a la Estrategia, señalando expresamente lo siguiente: (i) *“...que elaboren, apliquen y evalúen las acciones recomendadas en la Estrategia, conforme a las circunstancias nacionales y en el marco de sus políticas y programas generales, que promuevan la salud de las personas y las comunidades mediante una alimentación sana y la realización de actividades físicas y reduzcan los riesgos y la incidencia de las enfermedades no transmisibles...”*, (ii) *“...limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de **eliminar los ácidos grasos trans...**”* (el subrayado y negritas es nuestro).

En el 2007, entre las Conclusiones y Recomendaciones para la OPS/OMS de la reunión de “LAS AMERICAS LIBRES DE GRASAS TRANS” efectuada en la ciudad de Washington se señaló que hay pruebas concluyentes de que el consumo de AGT's aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria y posiblemente aumenta el riesgo de muerte súbita de origen cardíaco y de diabetes mellitus. Estos datos han suscitado gran preocupación a escala mundial, dada la gran carga de morbilidad y discapacidades que plantean estas enfermedades.

3. REGULACIÓN INTERNACIONAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

Considerando que el Acuerdo sobre OTC de la Organización Mundial del Comercio –OMC, permite a los países restringir el comercio por razones legítimas – como es el caso de la protección de la salud y sobre la base de los estudios y evidencia

científica del riesgo de los AGT's, varios gobiernos han tomado o están en proceso de adoptar medidas para reducir y/o eliminar las AGT's de producción industrial. La más notable ha sido la legislación de Dinamarca de enero del 2006 que limitó los AGT's estableciendo que no deberían superar el 2% del contenido graso total de los aceites vegetales y las margarinas untables, el cual debía ser inferior al 5% en otros alimentos. Tal recomendación se produjo a raíz de que se determinó que este límite de 5% era suficiente para reducir en un 55% la ingesta promedio de AGT's de producción industrial en ese país, por lo que el consumo diario de AGT's sería menor al 1% de la energía total (concordante con las recomendaciones de la OMS).

En 2005, el Canadá se convirtió en el primer país que reglamentó la rotulación nutricional obligatoria de las AGT's. En 2006, un grupo de trabajo canadiense propuso la reducción del consumo de AGT's al “nivel más bajo posible” y recomendó que las AGT's no excedieran el 2% del contenido total de grasas en aceites vegetales y margarinas blandas para untar y el 5% del contenido total de grasas en los demás alimentos.

En los Estados Unidos, un análisis de costo-beneficio detallado evaluó los beneficios para la salud, en términos de reducción del riesgo cardiovascular al disminuir el consumo de AGT's, comparado con los gastos de rotulación llegando a la conclusión que por cada dólar gastado en rotulación se ahorran 100 dólares en gastos de salud en un periodo de 20 años. Esto llevó a que la Food and Drug Administration FDA, en el 2006, a la inclusión obligatoria del contenido de AGT'S en la rotulación de los productos alimentarios y la recomendación de que las personas mantengan un consumo de AGT'S' lo más bajo posible. El FDA ha estimado que entre el 2003 y el 2012, el consumo de grasas trans de los consumidores disminuyó alrededor del 78% y que la norma de etiquetado y reformulación de alimentos de la industria fueron factores claves de información para ayudar a los consumidores a tomar decisiones más saludables y reducir las grasas trans en los alimentos.

La FDA también ha concluido que las los AGT'S' (específicamente los ácidos grasos parcialmente hidrogenados), no son considerados como alimentos GRAS (alimentos “generalmente reconocidos como seguros”). En este año, la FDA anuncio que los fabricantes de alimentos tendrán tres años para eliminar los aceites parcialmente hidrogenados de sus productos.

En enero del 2006 Chile siguió el ejemplo, y en agosto de ese mismo año se le unieron países del acuerdo del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay).

Argentina, mediante Resolución Conjunta 137/2010 y 941/2010 del 03 de diciembre del 2010, en su artículo 1º señaló: “El contenido de ácidos grasos trans de producción industrial en los alimentos no deberá ser mayor a: 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y 5% del total de grasas en el resto de los alimentos”, entrando vigencia en diciembre del presente año (Ministerio de Salud Argentina, 2010).

Chile, lo reguló a través del artículo 248º del Reglamento Sanitario de Alimentos: “El contenido de ácidos grasos trans de origen industrial en los alimentos deberá ser igual o inferior al 2% del contenido total de las grasas del producto”.

Asimismo, tomando en cuenta que no existe discusión alguna u opinión en contrario sobre los efectos dañinos de las AGTs en la Salud y la magnitud de estos efectos en la morbilidad y mortalidad, se resalta 02 estudios científicos relacionados al impacto en políticas relacionadas a la reducción/eliminación de las AGTs:

- Estudio presentado en el 2013, por los investigadores Shauna M Downs¹⁹, Anne Marie Thowa²⁰ y Stephen R Leedera²¹ en la revista científica Bull World Health Organ: “La eficacia de las políticas para la reducción de grasas trans dieta: una sistemática revisión de la evidencia”, dicho estudio concluyo que todas las estrategias (incluida la autorregulación) redujeron el nivel de AGT en los alimentos. **Las prohibiciones locales y nacionales resultaron ser las más eficaces a la hora de eliminar los AGT de los alimentos,** mientras que el etiquetado obligatorio y los límites voluntarios obtuvieron resultados variados, dependiendo, en su mayor parte, de la categoría de alimento.
- Un estudio presentado en el 2012, por los investigadores Martin O’Flaherty²², Gemma Flores-Mateo²³, Kelechi Nnoaham²⁴, Ffion

Lloyd-Williams²⁵ y Simon Capewella²⁶ en la revista científica Bull World Health Organ: “Posible reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares a través de unas políticas alimentarias más estrictas en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte”. En este estudio se calculó la reducción potencial de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Reino Unido entre los años 2006 (año de referencia) y 2015 sintetizando los datos acerca de la población, la dieta y la mortalidad entre adultos con edades comprendidas entre los 25 y los 84 años. La posible reducción de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares se calculó para dos supuestos con políticas dietéticas distintas:

- (i) mejoras moderadas (se asume simplemente que las tendencias recientes continuarán hasta el año 2015): aproximadamente **12 500 fallecimientos menos por enfermedad cardiovascular y**
- (ii) reducciones más importantes pero factibles como la **erradicación de las grasas trans industriales**, reducción de las grasas saturadas y la sal, unidas a un aumento en el consumo de frutas y verduras, podrían traducirse en aproximadamente **30,000 fallecimientos menos por enfermedad cardiovascular.**

4. ARGUMENTOS DE SECTORES INTERESADOS EN LA NO REGULACIÓN

Las partes interesadas en la no regulación para la reducción y/o eliminación del uso de los AGTs durante años han negado o minimizado las evidencias científicas sobre la directa relación entre el consumo de alimentos con AGTs y las enfermedades no transmisibles como es el caso de las cardiopatías, teniendo básicamente como argumentos:

Los alimentos con AGTs no producen directamente enfermedades coronarias, ello depende no sólo del

¹⁹ Menzies Centre for Health Policy, Victor Coppleson Building (D02), University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia.

²⁰ Menzies Centre for Health Policy, Victor Coppleson Building (D02), University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia.

²¹ Menzies Centre for Health Policy, Victor Coppleson Building (D02), University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia.

²² Division of Public Health, University of Liverpool, Whelan Building, Quadrangle, Liverpool, L69 3GB, England.

²³ Institut d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Barcelona, Spain.

²⁴ Department of Public Health, University of Oxford, Oxford, England

²⁵ Division of Public Health, University of Liverpool, Whelan Building, Quadrangle, Liverpool, L69 3GB, England.

²⁶ Division of Public Health, University of Liverpool, Whelan Building, Quadrangle, Liverpool, L69 3GB, England.

consumo de alimentos sino de prácticas de vida saludable (p.e falta de ejercicio),

- (i) la regulación de etiquetado conllevaría a que se constituya una barrera no arancelaria al comercio, la cual a su vez sería violatoria de los compromisos asumidos en el marco multilateral, regional y bilateral,
- (ii) el consumidor puede “decidir” cuanto consumir, por lo que limitar su uso implicaría una intervención del Estado afectando sus derechos,
- (iii) el establecimiento de límites de contenido de AGT en alimentos resulta ser una medida desproporcional y, por ende, violatoria de las obligaciones internacionales, que el Perú ha suscrito e ilegal,
- (iv) no es viable tecnológicamente: existe evidencia que la industria ha logrado reducir el contenido de grasas trans en sus productos por debajo del 2%, demostrando así su viabilidad tecnológica.

Como se puede apreciar ninguno de los argumentos es sostenible, pues como ya se ha mencionado, si existen estudios científicos que están demostrando que el consumo de AGTs es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, así como regulación nacional e internacional que obliga a la limitación o eliminación de su uso en la industria.

El Acuerdo de OTC de la OMC, otorga a los Miembros el derecho de aplicar medidas para lograr objetivos legítimos de política, entre otros la protección de la salud y seguridad humana, en ese sentido el proyecto de Reglamento no constituye una medida desproporcional ni un obstáculo técnico al comercio, ni contraviene norma nacional o supranacional alguna, dado que su sustento se basa en la evidencia e información científica y técnica disponible y pronunciamientos oficiales de organismos internacionales competentes en materia de salud.

En la Declaración de Río De Janeiro convocada por la OPS, los representantes de la industria de alimentos y de empresas de aceites, se adhieron—entre otros puntos - a lo siguiente: “...Los AGT de producción industrial deberían sustituirse en los productos procesados y sugerimos que su presencia no debe ser mayor a 2% del total de grasas en aceites y margarinas; y no mayor al 5% del total de grasas de alimentos procesados...”, así mismo en muchos países donde se viene aplicando regulación en el contenido de AGTs la industria ha reemplazado estas grasas por NO TRANS.

5. REGULACIÓN NACIONAL

En el año 2008 el Decreto Legislativo N° 1062 “Ley de Inocuidad de los Alimentos”, define, en el anexo, como Inocuidad: “...La garantía de que los alimentos no causarán daños al consumidor cuando se prepare y/o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan”. Así mismo en el Artículo 4°.- Derechos de los consumidores, numeral 2 establece: “... Toda persona tiene derecho a: Recibir de los proveedores la información necesaria para tomar una decisión o realizar una elección adecuadamente informada en la adquisición de alimentos, así como para efectuar un uso o consumo adecuado de éstos...”

En setiembre de 2010 se promulgó la Ley N° 29571 con el cual se aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor, el cual establece en su Artículo 36° la obligatoriedad de “advertir” el contenido porcentual de AGTs en los alimentos, disposición que entró en vigencia en abril de 2011:

“... Cuando un alimento contenga un tipo de grasa considerada trans debe advertirlo en su etiqueta, así como su porcentaje...”

El Decreto Supremo N° 034-2008-AG que aprueba el Reglamento de la Ley de Inocuidad de los Alimentos, dispone en el artículo 4° el Derecho a consumir alimentos inocuos Inciso a): “... Los consumidores tienen derecho a una alimentación inocua.

Esta regulación propone incluir en todas las etiquetas de productos alimentarios información sobre la cantidad de AGTs contenidas en los mismos, a fin que los consumidores realicen una selección debidamente informada de los alimentos que ingieren diariamente, dicha disposición no contempla un mínimo de porcentaje o contenido para su exoneración, ni establece una cantidad mínima de AGTs para que esta sea considerada “0”, tampoco existen criterios aprobados para determinar la significancia o insignificancia de una fuente de grasas trans, la obligatoriedad está en función del contenido o no de AGTs en un producto.

Sin embargo y dado los avances de la ciencia dicha regulación (únicamente el etiquetado) sería insuficiente para controlar este problema, por lo que el Ministerio Salud desde el 2012 viene impulsando una propuesta para reglamentar adicionalmente al etiquetado los límites de uso y eliminación de los AGTs en los alimentos elaborados industrialmente, que se fabriquen, importen, y comercialicen en

territorio nacional, así como establecer las características de información que debe consignarse en la etiqueta de alimentos elaborados industrialmente que contengan AGTs, todo ello con la finalidad de proteger la salud humana y prevenir posibles daños a la misma; pese a ello esta regulación no es aprobada.

Así mismo, en el 2013 el Congreso de la República aprobó la Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes – Ley N° 30021, que prevé el establecimiento de un proceso gradual de reducción hasta la eliminación del contenido de AGTs en los alimentos.

Finalmente el 16 de junio del 2015 en comunicado de prensa de la FDA se da el paso para eliminar las grasas trans artificiales en los alimentos procesados, cuya acción busca reducir las enfermedades del corazón y prevenir miles de ataques cardíacos fatales cada año. Este comunicado dice *“Que en base a una revisión exhaustiva de la evidencia científica, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos finalizó su determinación sobre los aceites parcialmente hidrogenados (PHOs por sus siglas en inglés). Los PHOs son la fuente dietética principal de grasas trans artificiales en los alimentos procesados y no son “generalmente reconocidos como seguros” o “GRAS”, como se les conoce en inglés, para su uso en la alimentación humana. Los fabricantes de alimentos tendrán tres años para eliminar los aceites parcialmente hidrogenados de sus productos.”*

Según lo establecido en nuestra normativa vigente, artículo cuarto de las disposiciones complementarias, transitorias y finales, del Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas²⁷ *“En tanto no se expida la norma pertinente, la fabricación de los alimentos y bebidas se rige por las normas del Codex Alimentarius aplicables al producto o productos objeto de fabricación y, en lo no previsto por éste, lo establecido por la Food And Drug Administration de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA)”*, los empresarios peruanos también tendrán que dar cumplimiento en el tiempo establecido.

6. CONCLUSIONES

1. Existe suficiente evidencia científica que demuestra que la regulación que establece límites de uso o eliminación de Ácidos Grasos Trans (AGT's) en los alimentos elaborados industrialmente tendría un impacto directo en la disminución/eliminación del consumo de estas grasas, así como:
 - a. Impacto positivo en la disminución del riesgo a desarrollar Enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como la disminución de la discapacidad o mortalidad en pacientes diagnosticados.
 - b. Mejora de la calidad de vida, productividad económica y costos en salud.
2. El Acuerdo de OTC de la OMC, otorga a los Miembros el derecho de aplicar medidas para lograr objetivos legítimos de política, siendo una de ella la protección de la salud, por lo que considerando la evidencia científica existente, el establecimiento de límites o eliminación de las AGTs no supone restricciones innecesarias al comercio, por el contrario es un derecho legítimo de las personas y una obligación del estado regular y garantizar su cumplimiento.
3. Así mismo, existe marco jurídico nacional e internacional que permite establecer regulación y/o eliminación del uso de Ácidos Grasos Trans (AGT's), sin que ello constituya un Obstáculo Técnico al Comercio.

BIBLIOGRAFÍA

1. DIGESA (2012). Informe 2919-2012/DHAZ/DIGESA. Milagros Bailetti, Mónica Saavedra. Prepublicación del Anteproyecto de Reglamento Técnico que regula los límites de uso de Ácido Graso Trans (AGTs) en los alimentos elaborados industrialmente y la información obligatoria que debe consignarse en el etiquetado. Lima: MINSA.
2. CENAN. (2014). *Estado Nutricional en Gestantes que acceden a los Establecimientos de Salud*. Lima: MINSA.
3. ESSALUD/OIT.(2013). Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, Luis Casanova, Pablo Casali, EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para

²⁷ Aprobado con Decreto Supremo N° 007-98/SA.

- orientar la extensión de la cobertura contributiva.
4. INS.(2009). Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 222-3, Simposio Aseguramiento en Salud, “La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú” - Mortalidad, incidencias, prevalencias, duración de la enfermedad, discapacidad y años de vida saludables perdidos – 2008, pág. 226,tomado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>, visitada el 22/11/14
 5. Ministerio de Salud Argentina. (2010). *Código Alimentario Argentino*. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/normativas_alimentos_caa.asp
 6. MINSA. (9 de julio de 1997). Ley General de Salud 28842. Lima, Lima, Perú: MINSA.
 7. MINSA. (2008). *La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú” - Mortalidad, incidencias, prevalencias, duración de la enfermedad, discapacidad y años de vida saludables perdidos*. Lima: MINSA.
 8. MINSA. (2013). *Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud*. Lima: MINSA.
 9. MINSA. (2013). Jorge Uchuya Gómez, Dirección General de Epidemiología, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Ministerio de Salud del Perú. Impacto de la Transición Epidemiológica y ENT en la Salud de las Personas Adultas Mayores Lima, Noviembre 2013
 10. MINSA. (2014). Boletín Epidemiológico (Lima), N° 22, semana del 25 al 31 de mayo de 2014, <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/22.pdf>, visitada el 22/11/14.
 11. MINSA. (2015). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 12 de Junio de 2015, de Observatorio de Seguridad Alimentaria: http://www.observatorioseguridadalimentaria.org/sites/default/files/normas_legales/archivos/Decreto%20Supremo%20N%20007-2015-SA.pdf
 12. OMS. (2014). *Estadísticas Mundiales de Salud*. Roma: OMS.
 13. OPS/OMS. (2007). *Las Américas Libres de Grasas Trans*. Washington D.C.: OMS.
 14. OPS/OMS. (2014) Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto nivel de la
 15. Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. A/66/1_1, septiembre de 2011, tomado de: Opinión técnica sobre el reglamento que establece los parámetros técnicos sobre los alimentos y bebidas no alcohólicas procesados, referentes al alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas y de la reducción gradual de AGTs hasta su eliminación, Departamento de Enfermedades no Transmisibles (NMH-ND) y la Oficina del Asesor Jurídico (LEG) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Naciones Unidas, Julio 2014.
 16. The World Economic Forum. (2009). *Global Risk*. World Economic Forum.
 17. UNICEF. (2005). *Estado Mundial de la Infancia* . Nueva York: UNICEF.
 18. WHO. (2014). *Media Centre World Health Organization*. Recuperado el 12 de junio de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>