

La Transición Alimentaria y Nutricional. Un reto en el siglo XXI

Mercedes López de Blanco

En las últimas décadas en el mundo se ha producido un intenso proceso de transición alimentaria caracterizada porque, al aumentar los ingresos de la población, aumenta el consumo total de alimentos, de grasa total, de grasas saturadas y de alimentos procesados. La urbanización y los medios de comunicación promueven estos cambios. En especial en los estratos socioeconómicos más bajos, al aumentar su ingreso comienzan a consumir más grasas, azúcares y carbohidratos procesados. En estas circunstancias desarrollan obesidad, resistencia a la insulina y, eventualmente, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2).

Se ha señalado que el ritmo de cambio de los patrones de la dieta a escala global se ha acelerado, haciéndose necesario establecer las relaciones de tales cambios con aquellos de orden económico, social, demográfico, y de salud para entender las causas y consecuencias de tales cambios y ayudar en la promoción de ajustes en el patrón de la dieta, tanto desde las perspectivas de salud como de nutrición.

La Transición Nutricional (TN) está acompañada o es precedida tanto por la Transición Demográfica (el cambio de un patrón de una alta fertilidad y una alta mortalidad a un patrón de baja fertilidad y baja mortalidad) como por la Transición Epidemiológica (el cambio de un patrón en el cual la insalubridad y las hambrunas llevaban a una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y de desnutrición, a un patrón de altas prevalencias de las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT--)

Considerando que es deber de las sociedades organizadas el promover niveles de bienestar para sus habitantes, la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles debe ser uno de los elementos más significativos de las políticas públicas, no sólo por contribuir a mejorar y mantener la salud de la población, sino por el impacto de tener una población sana y económicamente productiva.

La transición alimentaria en países con ingresos mediano-bajo y menos industrializados cuando se compara con aquella de los más industrializados, se caracteriza porque la velocidad de cambio es más rápida (10-20 años en lugar de 50 ó 60 como ocurrió en los países industrializados), por la coexistencia de sobrepeso y bajo peso en los hogares y las comunidades a consecuencia de la inseguridad alimentaria y el desbalance energético. Sin embargo, no se trata de un simple cambio alimentario; son procesos multifactoriales, a menudo interconectados, que reflejan cambios socioculturales, económicos y de comportamiento individual y estilos de vida. Por ejemplo, un factor contribuyente importante es el mayor acceso a las grasas vegetales, relativamente económicas y a la comida rápida, lo cual ha aumentado el consumo total de grasas en países en desarrollo con ingresos moderados y bajos y que se acelera por la urbanización. La transición demográfica y nutricional en América Latina ha sido muy rápida, para el año 2001 Guatemala estaba iniciando la transición, México estaba en el medio del proceso Chile se encontraba al final de la transición y Uruguay estaba ya en la post-transición. En el caso de Venezuela la transición se inició a finales de la década de los años 60 y principios de los 70, caracterizándose por un aumento en el consumo de alimentos industrializados como la harina de maíz precocida, de aceite vegetal y de carne de pollo; alrededor del 16% de las calorías disponibles proviene de azúcares refinados y se ha producido una disminución de las leguminosas, raíces y tubérculos y frutas y de la manteca de cerdo y la mantequilla. En el lapso 1970-2000 se ha producido un marcado incremento de la margarina que, hacia el final del período rivaliza en importancia con la disponibilidad de aceite

vegetal. No obstante, la transición no llegó a completarse debido, entre otros factores, a la severa crisis económica que la afectado al país desde mediados de la década de los años 80, lo que ha motivado que, en lugar de transición, se ha producido un proceso de superposición alimentaria y nutricional con prevalencia de bajo peso y desnutrición con sobrepeso y obesidad. En las áreas marginales de las grandes ciudades puede hallarse un padre hipertenso, posiblemente obeso, de talla baja y con antecedentes de desnutrición, una madre anémica de talla baja e hijos con retraso del crecimiento. Se ha señalado que los pobres no comen lo que quieren sino lo que pueden; están desnutridos porque no tienen suficiente y están obesos porque se alimentan mal. Tienen a su alcance alimentos procesados de producción masiva y bajo costo. Ellos seleccionan alimentos altos en carbohidratos y grasas y la industria alimentaria favorece ese comportamiento.

La transición epidemiológica se ha caracterizado por el descenso en las tasas de mortalidad general, debido a programas de saneamiento ambiental, a la disminución del paludismo, al control de la tuberculosis y de las enfermedades infecciosas en general, a la aparición de los antibióticos y a una mejor atención médica tanto curativa como preventiva. Las principales causas de muerte han variado en los últimos 60 años. Si bien a principios de la década de los años 40 predominaban las enfermedades infecciosas y las enfermedades del corazón ocupaban el 3er entre las causas de mortalidad, Para el 2001, las tasas por 100.000 habitantes de las 5 primeras causas de muerte son; Enfermedades del corazón: 94,4; Cáncer: 63,9 ; Accidentes: 35,8; Enfermedades Cerebro-vasculares: 33,8; Suicidios y homicidios: 32,3.

Aunque no hay datos previos a 1940, el comienzo de la Tendencia Secular (TS) en crecimiento y en maduración, coincide con el inicio de los cambios estructurales y la industrialización en el país, después de 1935. El aspecto positivo es la mejoría del estado nutricional del venezolano; el aspecto negativo es la tendencia a la sobrenutrición, al sobrepeso y a la obesidad. En años reciente la TS se ha atenuado y es mayor en talla que en peso, lo que se considera positivo al atenuar el impacto negativo de la transición alimentaria. Es importante señalar que, a pesar del cambio en la TS en peso y talla, persisten diferencias urbano rurales en el crecimiento físico, diferencias que son aún mayores cuando se consideran los estratos sociales: los niños y púberes de los estratos altos superan en peso y talla a los de los estratos bajos, siguiendo un gradiente bien definido.

Por su parte, la historia de la desnutrición revela que han desaparecido las formas moderada y grave y que lo que prevalece son las formas leves, a pesar de esto, los ingresos hospitalarios con desnutrición grave permanecen altos: mayores en los lactantes menores(0-11 meses) seguido por los lactantes mayores(12-23 meses) y por los preescolares(2-6 años). En los resultados de SISVAN como del estudio sobre CONDICIONES DE VIDA de Fundacredesa se encontró que el déficit nutricional más frecuente es el retraso de crecimiento, debido a una desnutrición crónica compensada o pasada, cuya expresión antropométrica es una Talla Edad (TE) baja, la cual alcanzó 11 % en preescolares y 17 % en los escolares y adolescentes. La desnutrición actual (un Peso Talla bajo en los preescolares y escolares y un IMC bajo en los púberes) fue menor en escolares; es más, el sobrepeso en algunos casos duplicó el déficit; el sobrepeso y la obesidad en adultos de estratos bajos alcanzó cifras muy altas, en particular en mujeres mayores de 30 años.

Estos hallazgos indican que Venezuela está en plena transición nutricional lo cual constituye motivo de alarma para los venezolanos que en su crecimiento y desarrollo cuando se les compara con poblaciones anglosajonas se comportan como de maduración temprana, con una distribución de grasa de especial predominio en el tronco. La maduración temprana se asocia, al sobrepeso, a la obesidad y a la distribución de la grasa de tipo centrípeta, de alto riesgo para las ECNT. La coexistencia de déficit de peso y de sobrepeso y obesidad implica dificultades en

la asignación de recursos y una necesidad de revisar las políticas públicas en Alimentación y Nutrición.