

Iñaki Irastorza  
Terradillos, 32º

## *ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE: UN ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTICA Y SOCIAL*

La alimentación es un acto cotidiano que trasciende lo meramente biológico. Es un fenómeno cultural, económico y político que refleja las contradicciones de nuestras sociedades modernas y los conflictos entre intereses individuales, gubernamentales, corporativos y ambientales. Dado que el tema es extremadamente amplio, exploraré exclusivamente el impacto que sobre la salud tienen nuestras elecciones alimentarias y cuestionaré el papel que la industria y las autoridades juegan en este tablero de intereses divergentes. Por lo tanto, no voy a tratar otros aspectos de enorme actualidad como son las inequidades en el acceso a alimentos, el desperdicio de alimentos, la sostenibilidad medioambiental de la producción agropecuaria, la conveniencia de avanzar hacia una dieta vegetariana o el conflicto de interés entre los productores

primarios y las grandes corporaciones de la alimentación.

El derecho a la salud y a una alimentación saludable está intrínsecamente ligado a la construcción del Estado social y de derecho. Sin embargo, en muchos países, incluidos los desarrollados, este derecho no está garantizado. La Constitución española de 1978, en el artículo 43 del Título I (sobre derechos y deberes fundamentales), reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, así como de fomentar la educación sanitaria. ¿Lo hacen? Sí, pero como veremos a continuación, con una considerable lentitud que a veces raya en la inoperancia. A modo de ejemplo, se sabe desde el siglo XVIII que el tabaco está relacionado con el cáncer de boca y, desde los años 30 del siglo XX, que se asocia a enfermedades como el cáncer de pulmón,



laringe o lengua, así como a la cardiopatía isquémica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Desde los años 70, se conoce que estos efectos nocivos sobre la salud afectan también a los fumadores pasivos. Sin embargo, las limitaciones a la publicidad, venta y consumo público de tabaco solo se han implementado a partir de los años 90.

La vinculación entre la geografía local y la probabilidad de enfermar o morir tiene sus raíces en estudios de salud pública que se remontan a mediados del siglo XIX, cuando Edwin Chadwick (1842) y John Snow (1854) demostraron, respectivamente, que la posibilidad de enfermar en Gran Bretaña y los casos de cólera en Londres se asociaban a las condiciones socioeconómicas de los barrios. A partir de los años 60 del siglo pasado, se inició en Estados Unidos y en el Reino Unido el estudio sistemático de la relación entre nivel socioeconómico, el lugar de residencia y los

tabaquismo, enolismo, consumo de alimentos poco saludables o falta de adherencia a los tratamientos médicos prescritos -aunque estén financiados-, lo que resulta en tasas más altas de cáncer de pulmón, cáncer de hígado u obesidad, con la consiguiente disminución en la esperanza de vida.

Según datos del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), en una provincia rica como Bizkaia, la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre el barrio de Abando (el de mayor renta de Bilbao) y el barrio de Otxarkoaga (uno de los barrios con menor renta ubicado a apenas 700 metros) es de entre 2 y 4 años. Lo mismo ocurre entre Getxo (el municipio de mayor renta de Bizkaia) y Sestao (uno de los de menor renta) separados por apenas 500 metros por la ría del Nervión y por 3 años de esperanza de vida.

En España, el tabaquismo y los malos hábitos alimentarios son responsables del

---

***La soberanía alimentaria, entendida como el derecho de cada individuo a elegir sus hábitos alimentarios con información veraz, es un principio inseparable de la soberanía popular y de los valores del Estado social y democrático de derecho.***

---

indicadores de salud. En España, este enfoque se adoptó más tarde, en los años 90, y actualmente es práctica habitual de las autoridades sanitarias realizar encuestas y mapas de salud periódicamente.

El código postal ha resultado ser una herramienta extremadamente útil para detectar inequidades en el acceso a la salud en territorios donde el acceso teórico a la educación, los servicios sociales o los servicios sanitarios es similar. Los códigos postales con viviendas más baratas atraen a población de menores ingresos y con un nivel cultural más bajo. Los hábitos de vida en estas zonas son menos saludables, con mayores tasas de

26% de las muertes. Cada año fallecen prematuramente unas 200.000 personas, la mitad atribuibles a malos hábitos de vida: unas 50.000 al tabaquismo y otras 50.000 a malos hábitos alimentarios. Estos últimos tienen un impacto directo en la aparición de enfermedades como la diabetes tipo 2, el cáncer de hígado, el infarto agudo de miocardio, los ictus cerebrales, el cáncer de colon o la artrosis de rodillas, por citar sólo algunas. Según datos de la Sociedad Española de endocrinología y Nutrición y de la OCDE, las enfermedades derivadas de la obesidad representan aproximadamente el 7% del gasto sanitario español y un coste anual para



el Estado de unos 25.000 millones de euros (equivalente al 2% del PIB).

La industria alimentaria ha jugado un papel controvertido en la configuración de nuestros hábitos alimentarios. Tras la Segunda Guerra Mundial el mercado alimentario conoció un desarrollo espectacular con la aparición de grandes corporaciones que fueron convirtiendo en oligopolios tanto la producción como la distribución de alimentos. Esto generó un aumento en el consumo de productos manufacturados y envasados, en detrimento de los productos frescos. En las décadas de 1960 y 1970, cuando comenzaba a evidenciarse la epidemia de obesidad, muchas multinacionales desviaron la atención de los riesgos asociados al consumo de azúcares, harinas refinadas y productos ultra procesados, señalando a las grasas como agente principal de los problemas de salud. Se culpó al huevo (hasta entonces consumido sin restricciones), a la leche entera, a los quesos tradicionales, al tocino e incluso al aceite de oliva del aumento de la obesidad y de las enfermedades y muertes relacionadas con el síndrome metabólico.

Esta estrategia, respaldada por estudios financiados por la propia industria, tuvo consecuencias devastadoras: el consumo de

azúcares, harinas refinadas y alimentos procesados y ultra procesados se disparó, mientras que incluso las grasas saludables fueron demonizadas. Nunca se ha demostrado que el consumo de huevos o de leche entera aumente el riesgo de obesidad u otras enfermedades. Sin embargo, han tenido que pasar más de 30 años para que las sociedades médicas flexibilizaran su postura sobre el consumo de huevos, y aun así su valor social no se ha recuperado, y se sigue consumiendo leche desnatada y semidesnatada. Se sabe desde hace décadas que el alcohol es un carcinógeno de primer nivel y que son los alimentos ultra procesados están asociados a un mayor riesgo de obesidad y enfermedades crónicas. Sin embargo, su promoción y comercialización siguen siendo agresivas, normalizando que la población acompañe sus comidas con vino o que los niños desayunen galletas, añadan saborizantes a chocolate en la leche, coman gominolas o cenén pizzas precocinadas -todos ellos productos ultra procesados-. Tras un descenso progresivo en el consumo de alimentos frescos desde los años 50, a partir del año 2000 se ha observado una tendencia al alza, influenciada sin duda por el mayor nivel cultural de la población. En EE. UU., según datos del Departamento de

Agricultura y del BLS (organismo similar al INE), los productos frescos o mínimamente procesados representan alrededor del 60% del gasto en alimentación. En la Unión Europea, este gasto es ligeramente inferior (entre un 40% y un 55%, dependiendo del país). En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, los productos frescos constituyen el 43% del gasto alimentario familiar, un dato sorprendente a la luz de los estereotipos sobre las bondades de nuestra, supuesta, dieta mediterránea.

El 80% de la producción de alimentos envasados en EE. UU. y el 70% en la Unión Europea está copado por solo 10 grandes corporaciones, que en 2023 facturaron unos 500.000 millones de euros (un tercio del PIB español) y que invierten anualmente en publicidad unos 35.000 millones de euros.

En EE. UU., 10 empresas controlan entre el 65% y el 80% del mercado de la distribución de alimentos, siendo Walmart la más potente con una cuota de mercado entre el 25% y el 30%. En la Unión Europea, el oligopolio está menos concentrado debido a la presencia de grandes empresas nacionales (como Mercadona o el Corte Inglés), que se reparten el negocio con gigantes como LIDL, Aldi o Carrefour. No obstante, la situación global es similar, con una cuota de mercado para el comercio minorista y pequeñas empresas que no supera el 25%.

No es de extrañar que ante el aumento del consumo de productos frescos y saludables y la creciente información que fluye lentamente sobre los riesgos de ciertos productos procesados y de los ultra procesados, las grandes corporaciones de la alimentación hayan lanzado campañas agresivas de publicidad y lobby para bloquear, retrasar y desacreditar medidas que desincentiven su

consumo o informen sobre sus riesgos En la Unión Europea, lograron retrasar hasta 2011 la obligatoriedad de introducir en los alimentos envasados un etiquetado detallado de macronutrientes (hidratos de carbono, azúcares, grasas, grasas saturadas y proteínas) y micronutrientes (como sodio o calcio). Esta información es útil y comprensible para profesionales, pero es un auténtico galimatías para la mayoría de la ciudadanía. Además, no se ha aprobado un sistema obligatorio y claro de clasificación de los alimentos según su salubridad El sistema recomendado en la UE, el Nutri-score, es uno de los peor valorados por los expertos. No distingue si un alimento es un ultra procesado y penaliza los productos tradicionales como el jamón ibérico, el aceite de oliva, la mantequilla

o los quesos por su contenido en grasa (aunque sean saludables), mientras que beneficia a cereales azucarados, bebidas light o margarinas "ligeras". Es decir, beneficia a las grandes corporaciones en



detrimento de los productores locales o por empresas de mediano tamaño Su escala de letras (A-E) y colores (verde-rojo) induce a error: no todos los productos con etiqueta roja (D/E) son poco o nada saludables, ni todos los verdes (A/B) lo son. Por ejemplo, la Coca Cola Zero tiene etiqueta verde claro-B (por no contener azúcar), mientras que el jamón ibérico recibe naranja-rojo (D/E) por su alto contenido en grasa (aunque sea mayoritariamente ácido oleico). El Nutri-score solo sirve para comparar alimentos del mismo tipo, por ejemplo, diferentes refrescos, diferentes bollerías o diferentes pizzas entre sí.

Según ONG y organismos controladores, los lobbies de la alimentación han invertido en la Unión Europea y en EE. UU. más de 2.000

millones de euros en los últimos 15 años para retrasar, impedir o diluir los intentos del Parlamento Europeo, del Congreso de los EE. UU. o de las agencias reguladoras para desarrollar legislaciones que obliguen a la industria alimentaria a introducir etiquetados claros sobre la composición de los productos envasados, el contenido en grasas trans o que señalen su condición de productos ultra procesados. Por ejemplo, España adoptó el Nutri-score en 2018, anunciando su obligatoriedad para 2021, pero sigue siendo voluntario y sin fecha establecida para su obligatoriedad. En Estados Unidos, aún no existe un etiquetado frontal obligatorio que indique visualmente la salubridad de los alimentos envasados.

También han intentado desacreditar medidas

implementadas para disminuir el consumo de alimentos poco saludables. En Cataluña, desde 2017 se gravan las bebidas azucaradas con 5-10 céntimos por litro, y en España su IVA subió del 10% al

21% en 2021. Análisis sesgados intentaron demostrar que solo se encarecieron los productos sin reducir su consumo. Sin embargo, el análisis desagregado ha revelado que el tercil con menos ingresos ha disminuido un 13% su consumo y las familias con hijos menores de 16 años, un 20%. Magníficos resultados porque los efectos deletéreos sobre la salud son más evidentes en la población más joven y porque es la población con menor nivel socioeconómico la que peores indicadores de salud tienen y los que más pueden beneficiarse de un descenso en el consumo de bebidas azucaradas y ultra procesadas.

En algunos países europeos, como Portugal, se prohíbe la publicidad televisiva de alimentos no saludables en horario infantil. Sin embargo, en España se habla desde hace

años de tomar medidas similares, pero hasta ahora siempre se ha dejado el tema en manos de una inexistente autorregulación responsable del sector de la industria alimentaria. Parece que este año por fin se va a prohibir la venta en las máquinas de vending de los colegios de este tipo de alimentos, pero seguirán vendiéndose en centros sanitarios o instalaciones deportivas.

Un ejemplo paradigmático de los curiosos cruces de caminos que se producen entre el mundo científico, la industria alimentaria y las autoridades regulatorias se puede traer a colación con un ejemplo reciente. En 2025, investigadores de la Universidad de Navarra van a iniciar el reclutamiento de 6000 personas para valorar los beneficios que un consumo moderado de alcohol pueda tener sobre la salud.

Estudios similares han sido financiados con anterioridad por el Grupo Freixenet, la Fundación para la Investigación del Vino y la Nutrición (vinculada al sector vitivinícola) o la Caja Rural de Navarra, lo que supone un claro



conflicto de intereses. En los últimos 15 años asociaciones médicas nacionales e internacionales de cardiología, oncología, ginecología y obstetricia o medicina familiar, además de la propia OMS, basándose en la abrumadora evidencia científica publicada han hecho posicionamientos declarando que no existe un nivel mínimo seguro de consumo de alcohol y que cualquier beneficio atribuible a las bebidas que contienen alcohol es inferior al riesgo de su consumo. La propia Agencia Española de Seguridad Alimentaria ha dejado de avalar estudios que pretendan demostrar los beneficios de productos, como las bebidas alcohólicas, sobre cuya toxicidad no existe discusión, lo que plantea dudas éticas sobre la legitimidad de realizar estos estudios.

Un ejemplo concreto, ¿podemos hablar de los potenciales efectos beneficiosos del vino tinto por su contenido en taninos y resveratrol, compuestos a los que se les atribuyen efectos antiinflamatorios y cardioprotectores? Los estudios sugieren que la dosis “terapéutica” de resveratrol oscilaría entre los 100 mg y los 500 mg al día. Las variedades de uva con mayor contenido en resveratrol son la Cabernet-Sauvignon y Pinot Noir, concretamente en los vinos tintos jóvenes producidos en latitudes más frías. Tal sería el caso del vino de Borgoña, que podría llegar a contener hasta 5 mg de resveratrol por copa, lo que obligaría a consumir un mínimo

los malos hábitos dietéticos y los riesgos para la salud de los ciudadanos. Un tema preocupante es la presencia de contaminantes en alimentos locales. Estos contaminantes, aunque están regulados, a menudo se encuentran en niveles que, a largo plazo, pueden ser perjudiciales para la salud por su efecto acumulativo, especialmente cuando quienes los ingieren son niños.

Por ejemplo, el arroz de la Albufera de Valencia contenía niveles de arsénico superiores a los máximos recomendados. Esta contaminación era debida al uso durante décadas de fertilizantes y pesticidas con este



de 20 copas diarias para que la ingesta de resveratrol pudiera tener algún efecto sobre la salud. Lamentablemente, la variedad predominante en los vinos de La Rioja y Ribera del Duero es la de tempranillo, que aporta 0,2 mg por copa de vino cosechero, por lo que para conseguir el supuesto efecto terapéutico se tendrían que consumir unas 500 copas de vino al día. El resveratrol disminuye con el envejecimiento del vino, así que para los que prefieran las categorías de Reserva y Gran Reserva, el consumo debería ser algo superior.

Pero sería ingenuo pensar que solo las grandes corporaciones son responsables de

metaloide y que solo dejaron de utilizarse a finales del siglo pasado. Sin embargo, las autoridades sanitarias y de consumo españolas y europeas, que eran conocedoras de que esta contaminación podía ser tóxica para los niños pequeños, no optaron por incluir en la etiqueta del arroz valenciano la advertencia de “contiene niveles de arsénico potencialmente tóxicos para los niños” y recomendar el consumo de arroz del Delta del Ebro o de Italia (bajos en arsénico), sino que optaron por una genérica recomendación de que se minimizase el consumo de arroz y de sus derivados (cereales o bebidas de arroz) en menores de 5 años. Algo similar ocurre con el

pescado del Golfo de Vizcaya que, además de anisakis, tiene altos niveles de disruptores endocrinos y metales pesados, como el mercurio, debido a las corrientes marinas que hacen que el golfo se comporte como un mar cerrado. ¿Alguien ha oído recomendar que los niños consuman de merluza congelada procedente de Namibia en lugar de merluza de anzuelo del Cantábrico? Ni las administraciones públicas, ni los partidos políticos, ni los medios de comunicación lo dirán por el efecto sobre la economía local y, sobre todo, por la temible respuesta del sector y de la opinión pública.

La soberanía alimentaria, entendida como el derecho de cada individuo a elegir sus hábitos alimentarios con información veraz, es un principio inseparable de la soberanía popular y de los valores del Estado social y democrático de derecho. Cuando las grandes corporaciones son capaces de imponer modelos de consumo sesgando la información y mediatizando la normativa legal, no solo se vulnera el derecho a la salud y a una alimentación saludable, sino que también se debilita la democracia al trasladar decisiones clave desde la esfera pública hacia actores privados sin rendición de cuentas.

Un Estado que abdica de su responsabilidad en la protección de la soberanía alimentaria renuncia también a su deber de garantizar la

justicia social, la salud pública y la participación ciudadana. Integrar estos principios en las políticas públicas no es solo una cuestión económica o de salud, sino una defensa irrenunciable de la democracia. Sin embargo, ni siquiera en sociedades prósperas estos derechos están plenamente garantizados.

Como masones, no podemos hablar de libertad si la industria manipula la información sobre lo que comemos. No podemos hablar de fraternidad si toleramos que entre nuestros conciudadanos se perpetúe la mala alimentación por el desconocimiento y la inacción de los poderes públicos. No podemos hablar de igualdad si permitimos que unos pocos actores económicos dicten qué y cómo comemos y condicionen la soberanía popular. Nuestro deber es promover el consumo informado en libertad y exigir regulaciones democráticas.





ACADEMIA  
DE ESTUDIOS  
MASÓNICOS