



CAMPAÑA
CONTRA LA
ALIMENTACIÓN
QUE NOS ENFERMA

VIAJE AL CENTRO DE LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA



VSF
JUSTICIA
ALIMENTARIA
GLOBAL



Este libro se distribuye bajo una licencia «Reconocimiento - No comercial», que se puede consultar en http://creativecommons.org/choose/?lang=es_ES
Está permitida la reproducción de los contenidos de esta publicación, siempre y cuando se cite la procedencia y se haga sin fines comerciales.

@ VSF Justicia Alimentaria Global

C. Floridablanca, 66-72

08015 Barcelona

Septiembre 2016



Autoría: VSF Justicia Alimentaria Global

Investigación a cargo de: Ferran García. *VSF Justicia Alimentaria Global*

Coordinación de la investigación: Ferran García y Javier Guzmán. *VSF Justicia Alimentaria Global*

Coordinación de la publicación: Irina Tasias, Judith Sala. *VSF Justicia Alimentaria Global*

Depósito legal: B 20085-2016

Diseño, maquetación y revisión: LaBox Marketing y Comunicación

Impresión: Grupo Mundoprint, S. L.

Esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de VSF Justicia Alimentaria Global y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.



00. INTRODUCCIÓN	7
01. PELIGRO: ALIMENTOS	11
1. EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD	12
1.1 ¿De qué enfermamos?	13
1.2 Impacto económico de las principales enfermedades asociadas a una dieta insana	21
1.3 Conclusión	23
2. DESIGUALDADES EN LA SALUD ALIMENTARIA	24
2.1 Dime cuánto ganas y te diré cuándo morirás (réstate unos años si eres mujer)	25
2.2 Desigualdad en salud a causa de la clase social	28
2.3 Desigualdad en salud y género	36
02. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA	43
1. TRANSICIONES NUTRICIONALES	45
¿En qué consiste la actual transición?	46
Globesidad	46
Transición nutricional en el Estado español	48
La categoría estadística perdida: los alimentos procesados	49
2. ALIMENTOS PROCESADOS: MÁS GRASA, MÁS SAL, MÁS AZÚCAR	50
2.1 Los sospechosos habituales o el abracadabra: ahora los ves, ahora no los ves	52
3. EVOLUCIÓN Y VALORACIÓN DE LA DIETA	59
3.1 Evaluación de la alimentación saludable	59
4. DETERMINANTES SOCIALES DE LA ALIMENTACIÓN INSANA	74
Clases sociales	75
Género	78
0.3 ¿POR QUÉ COMEMOS TAN REMATADAMENTE MAL?	81
Las causas de fondo del auge de la alimentación insana	82
1. PUBLICIDAD	84
1.1 Mundo <i>spot</i>	84
1.2 Regulación de la publicidad alimentaria insana	96
1.3 Publicidad alimentaria y género	104

2. SI NO ME VES, NO EXISTO. EL ETIQUETADO	108
La importancia de las etiquetas	108
La visión de la industria alimentaria	110
Elígeme a mí	110
Información sobre los alimentos y derecho a la salud	111
El proceso de compra y el etiquetado	112
¿Qué consecuencias tiene todo esto en el etiquetado nutricional?	112
¿Qué pensamos las personas consumidoras del etiquetado?	113
Normativa Reglamento 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor	116
Los trucos del etiquetado de la industria	118
Sistemas de etiquetado nutricional alternativos	119
3. EL INSOPORTABLE PRECIO DE LA ALIMENTACIÓN SANA	127
3.1 Análisis global	128
3.2 Estado español	129
3.3 Opciones para mejorar el acceso a los alimentos saludables a través de la intervención en los precios	140
04. ALIMENTACIÓN INSANA EN EL MUNDO.	
LA HORA DE TOMAR LAS DECISIONES CORRECTAS	159
1. VINCULACIÓN ENTRE MALA ALIMENTACIÓN Y MALA AGRICULTURA	161
Causas	162
2. LA ALIMENTACIÓN INSANA EN EL MUNDO	165
3. LA ALIMENTACIÓN PROCESADA EN EL MUNDO	166
Ventas de productos procesados y ultraprocesados	168
Ventas de <i>fast food</i>	169
Lugar de compra	169
Concentración del mercado alimentario	170
Factores que explican el crecimiento de la venta y consumo de la alimentación ultraprocesada insana	170
05. CONCLUSIÓN	173



00

INTRODUCCIÓN

Soylent Green es una maravillosa película estadounidense de 1973, dirigida por Richard Fleischer, protagonizada por Charlton Heston y basada en la novela *Make room! Make room!* (1966) de Harry Harrison. En el año 2022 (ya queda poco), en un futuro distópico, la ciudad de Nueva York está habitada por más de 40 millones de personas, físicamente separadas en una pequeña élite que mantiene el control político y económico, con acceso a ciertos lujos como verduras y carne, y una mayoría hacinada en calles y edificios donde malvive con agua en garrafas y dos variedades de un producto comestible: **soylent rojo** y **soylent amarillo**, que son la única fuente de alimentación, ya que los alimentos naturales son un privilegio para los sectores dominantes. La compañía **Soylent** es una empresa que fabrica y provee los alimentos procesados de concentrados vegetales a más de la mitad del mundo. **Soylent verde** es el nuevo producto alimenticio sacado al mercado, basado en plancton, según la publicidad de la empresa.

Mucho más reciente es la película de Disney *Wall-E* (2008). En ella se nos presenta un mundo apocalíptico donde la humanidad ha tenido que abandonar la Tierra, destruida por la contaminación, y sobrevive en el espacio. A bordo de una gran nave se crea un mundo supuestamente feliz donde toda la humanidad es obesa y se dedica a consumir ávidamente todo tipo de alimentos procesados altamente insanos. A esto se suma la ausencia total de ejercicio y pasar 24 horas viendo la televisión. Como muy acertadamente comenta Julio Basulto¹ en su espacio web, sorprende que en la película no aparezcan personas de avanzada edad en la nave. ¿Casual? Seguramente no. La obesidad y el sobrepeso reducen drásticamente la esperanza de vida, por lo que es científicamente plausible suponer que en *Wall-E* no aparecen personas de más de 60 años porque, sencillamente, no las hay. Han muerto antes. La esperanza de vida en una sociedad así se reduciría drásticamente y los años vividos sin discapacidad (es decir, con plena salud), aún más.

1. <http://juliobasulto.com/no-ancianos-la-pelicula-wall-E2%80%A2e/>



Imagen de la película *Soylent Green* (1973)



Imagen de la película *Soylent Green* (1973)



Imagen de la película *Wall-E* (2008)

Estas dos referencias cinematográficas sirven para situar algunos de los elementos que se discutirán a continuación. El consumo excesivo de alimentos con altos niveles de azúcares añadidos, sal y grasas insalubres nos está enfermando hasta el punto de que hoy en día es ya el primer factor de pérdida de salud. Además, no afecta por igual a toda la población, hay un gradiente social (clase alta vs clase baja, hombre vs mujer) muy claro.

Este informe se divide en tres grandes apartados y hemos tratado de que los tres contengan dos hilos transversales.

Cada apartado corresponde a una pregunta:

La primera: ***¿La alimentación insana se ha convertido, hoy en día, en uno de los principales (seguramente el principal) riesgos para nuestra salud?*** El primer capítulo intenta aportar datos y reflexiones al respecto.

La segunda: ***¿Qué le ha pasado a nuestra dieta para que sea, más que una fuente de nutrientes, una causa tan importante de enfermedad?***

Y la tercera: ***¿Por qué consumimos, cada vez más, esa dieta perjudicial?***

Los dos hilos transversales son la clase social y el género. Ni las enfermedades vinculadas a la alimentación insana, ni el consumo de alimentos insanos ni las causas de fondo que empujan a ese consumo actúan con igual fuerza en todas las capas de la sociedad ni afectan por igual a hombres y a mujeres. Existe un gradiente social y un gradiente de género en todo esto. Como en otros muchos aspectos de la vida, la desigualdad social, económica y cultural sitúa en una posición de inferioridad a las clases populares y a las mujeres (especialmente, dentro de esas clases

populares). Les hemos dedicado apartados específicos, pero también hemos intentado que esa desigualdad se manifieste en todo el texto.

Finalmente, aunque este informe se centra en el Estado español, hemos dedicado una parte final a intentar reflejar que el problema no es únicamente mundial, que lo es, sino que la alimentación insana se está expandiendo a mucha más velocidad en los países del Sur global. Un mundo rico obeso y uno pobre malnutrido es una imagen del pasado, un cliché. Hoy en día, la malnutrición o la alimentación insana sigue estrictos patrones socioeconómicos, no geográficos.

Algunos países están empezando a dar los primeros pasos para abordar el problema a través de políticas públicas que ya han demostrado su eficacia en otros productos, más allá de la alimentación, y que, a diferencia de las propuestas mayoritarias basadas en amables campañas educativas financiadas por la industria alimentaria o acuerdos éticos voluntarios de estas con las Administraciones, se basan en un análisis riguroso de las causas sistémicas y reales del problema. Lamentablemente, el Estado español no pertenece a este grupo de países.

En definitiva, lo que intenta demostrar este informe es que la alimentación insana se vehicula a través de la alimentación procesada (la definiremos) y que, si se quiere reducir realmente su consumo, las políticas públicas van a tener que anteponer la salud de la sociedad y nuestros derechos más básicos a la fuerza, la presión, el poder y los intereses de quien produce, vende y (en buena lógica) intenta incrementar su consumo: la gran industria alimentaria. En su día se libró la batalla del tabaco. Hoy estamos a las puertas de la batalla por una alimentación sana.

Es el momento de empujar.



01

PELIGRO: ALIMENTOS

01

EL PROBLEMA Y SU MAGNITUD

Podemos empezar cediéndole la palabra a Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando en 2012 comentó:

«Los datos de la OMS muestran que de 1980 a 2008 la tasa de obesidad se ha duplicado en casi todas las regiones del mundo. A escala mundial, uno de cada tres adultos padece hipertensión arterial y uno de cada diez es diabético. Estas son las enfermedades que llevan al sistema de salud al borde del colapso, las enfermedades que harán saltar la banca. Estas son las enfermedades que anulan los beneficios de la modernización y el desarrollo, [...]»

Y es que la OMS lleva años en pie de guerra. Se le ha metido entre ceja y ceja regular industria alimentaria. Si lo hace, no es por un pronto que les ha entrado ni porque esta organización internacional tenga nada en contra de la industria alimentaria *per se*. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas, y si hace y dice lo que acabamos de leer, lo hace y dice en base a una evidencia científica del todo incuestionable. Cuando su directora habla de enfermedades cardiovasculares, diabetes u obesidad y sobrepeso, en realidad está apuntando a la alimentación. A la mala alimentación. A la alimentación insana. No lo decimos únicamente nosotros, lo dicen y repiten hasta la saciedad todas las instituciones científicas independientes.

Al analizar los datos sobre salud, riesgos sanitarios, causas de muerte y enfermedad, tanto en el mundo como en el Estado español, aparece una evidencia realmente inquietante: **comer nos enferma**. Y esto es así por mucho que la inmensa mayoría de Gobiernos sigan la táctica infantil de cuando teníamos miedo: cierro los ojos, me pongo las manos delante y ya está. Si no lo veo, no existe. Cuando los abra, cuando mire a través de las rendijas que han dejado los dedos que voy abriendo lentamente, lo que sea que me haya asustado seguirá ahí.

Comer nos enferma, sí. Pero podemos decir más cosas: comer es lo que más nos enferma (magnitud). Comer nos enferma cada vez más (evolución). Comer no nos enferma por igual a todo el mundo (hay un gradiente social y de género). La predominante dieta insana y la desaparición de los sistemas alimentarios locales de base campesina son las dos caras de la misma moneda.

Algo está pasando con nuestra dieta cuando en los últimos años se observa un creciente clamor de voces (incluidas las de profesionales de la medicina) que alertan de sus peligros, cuando se crean centenares de campañas ciudadanas en varios países, cuando existe una creciente respuesta (aunque todavía muy tímida) de las Administraciones en forma de impuestos, regulación de la publicidad o etiquetaje de alimentos, y cuando se está generando un cambio de consumo que va virando, aunque muy lentamente, hacia alimentos que se promocionan (a veces incluso lo son) como locales, frescos, naturales, sanos o nutritivos.

Lamentablemente, tres cuartas partes de nuestra dieta no es nada de eso (es un hecho comprobable, no una opinión).

Definitivamente, algo está pasando cuando una compañía de seguros como Credit Suisse lanza un video como este (<http://www.youtube.com/watch?v=HMKbhbW-Y3c>), donde la imagen habla por sí sola.

Un material donde dice cosas como: «Las investigaciones han demostrado que un número significativo de las enfermedades crónicas, incluyendo las coronarias, el síndrome metabólico y la diabetes tipo II se correlacionan fuertemente con las dietas insanas. Los futuros costes para hacer frente a todas estas enfermedades están poniendo aún más presión sobre nuestro sector y empieza a ser necesario dar pasos firmes en la regulación del azúcar». Y no lo demanda una ONG o una organización anticapitalista, lo reclama una de las principales empresas del sistema neoliberal actual.

La industria de alimentos sigue adoptando estrategias para negar el papel de la alimentación procesada, alta en grasas, azúcares añadidos y sal, como el factor más importante en lo que hoy en día representa la mayor amenaza para nuestra salud en todo el mundo: las enfermedades relacionadas con la dieta. Pero ambas cosas (la implicación de la alimentación procesada y las estrategias de negación) también son un hecho, no una opinión.

Vamos a intentar demostrar la primera batería de afirmaciones: la dieta industrial actual nos está enfermando. Lo que más. Y cada vez más.

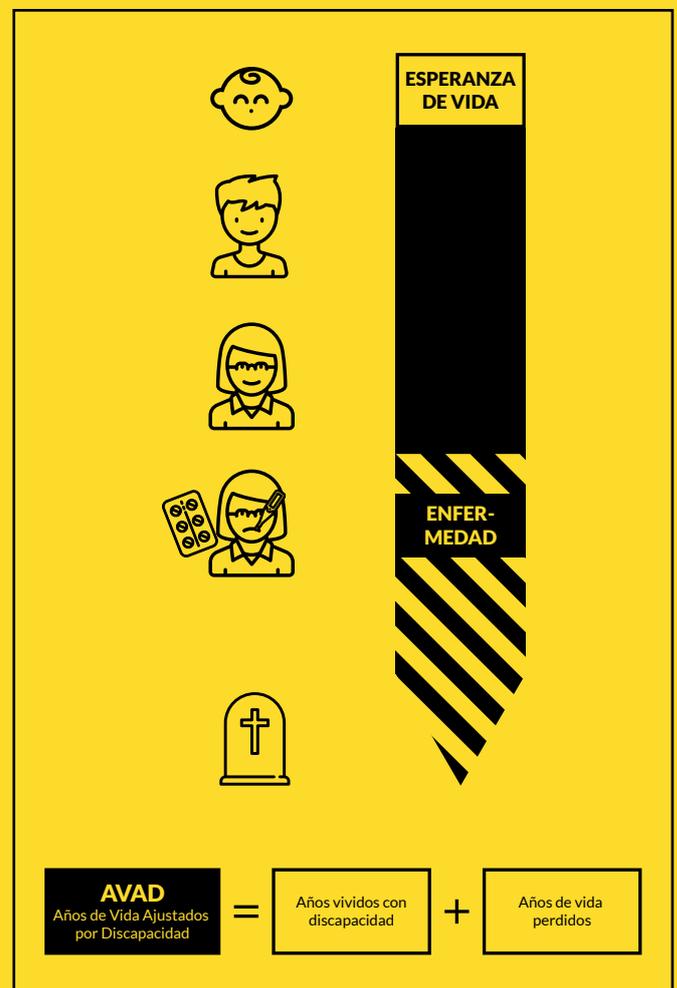


Imagen del video de Credit Suisse.

1.1 ¿DE QUÉ ENFERMAMOS?

Una buena manera de responder a esa pregunta nos la ofrece, de nuevo, la OMS. Este organismo internacional calcula desde hace años la llamada Carga Mundial de Morbilidad (CMM), que mide los años de vida perdidos por muerte prematura, sumados a los años de vida vividos en estados de enfermedad. Mide, en definitiva, la cantidad de años perdidos de buena salud y su porqué. Y es esta relación causal lo que ahora nos interesa especialmente.

Al analizar los datos de enfermedad (por qué morimos o enfermamos), nos encontramos con distintas categorías estadísticas de análisis. Por un lado, las enfermedades en sí (cáncer, infarto, diabetes, depresión, etc.); por otro, los riesgos de salud. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los estudios de la OMS asocian la pérdida de salud a estos riesgos y los cuantifican. Entre los riesgos, encontramos factores como el alcohol, el tabaco y tensión arterial alta. También los alimentarios, es decir, aquellos aspectos de la dieta que suponen un



riesgo para nuestra salud. Si abrimos el cajón de riesgos alimentarios (tal y como los entiende la OMS), nos encontramos con:

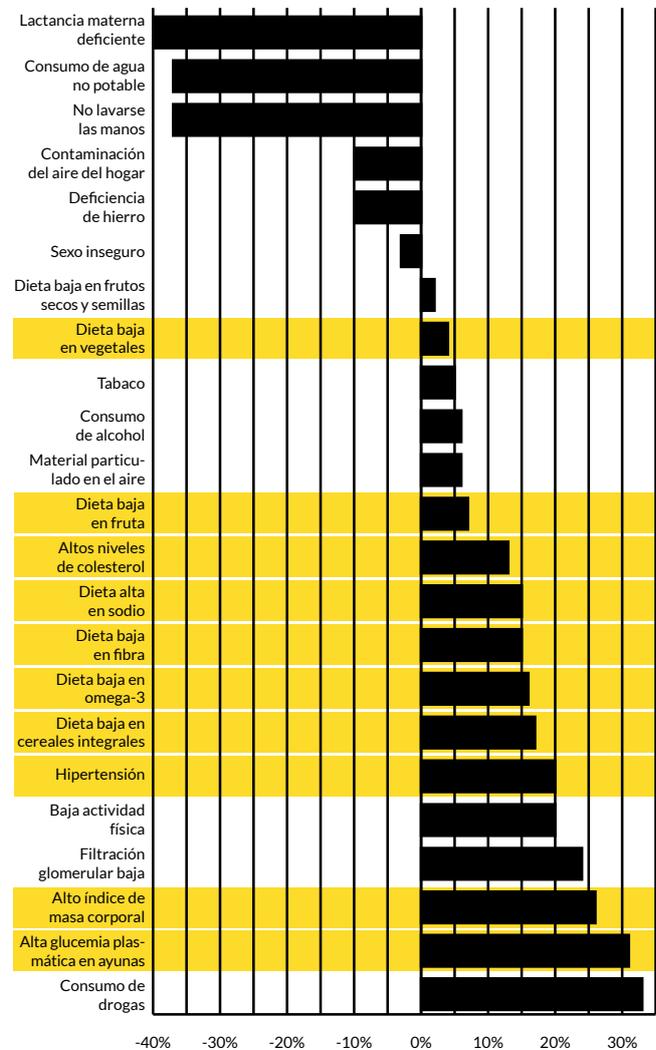
■ Elementos asociados al riesgo alimentario

- › Dietas altas en carne procesada
- › Dietas altas en carnes rojas
- › Dietas altas en sodio
- › Dietas altas en bebidas azucaradas
- › Dietas altas en grasa
- › Dietas bajas en fibra
- › Dietas bajas en fruta
- › Dietas bajas en verdura
- › Dietas bajas en cereales
- › Dietas bajas en pescado
- › Dietas bajas en calcio

Una vez conocemos el significado de cada concepto, ¿qué nos dice el análisis de riesgos alimentarios y la salud? A nivel mundial, la cosa está clara: según los últimos datos del macroestudio Global Burden of Disease (*Carga mundial de morbilidad*), publicado recientemente en *The Lancet*², una dieta inadecuada es el factor de riesgo que más problemas causa en nuestra salud y es responsable del 21% de las muertes evitables³. Dicho de otro modo: casi 1 de cada 4 personas en el mundo muere a causa de una dieta inadecuada y dicha muerte podría ser evitable. Además, como relata la investigación, si se cuantificara por separado el impacto de la dieta en la ganancia de peso, su responsabilidad en nuestra salud resultaría mucho mayor de lo estimado.

Primera conclusión del estudio: es una dieta inadecuada lo que más nos mata. No solamente eso, sino que, si analizamos la evolución de estos riesgos, veremos que los que más están creciendo son los alimentarios. Así, mientras que en los últimos

GRÁFICO 01 Variación en los riesgos de salud (% AVAD 2010-2013)



3 años los días de buena salud perdidos a causa de fumar se han incrementado un 5% o por el consumo de alcohol un 6%, los perdidos por el alto consumo de sodio se han incrementado un 15%, por sobrepeso un 26% o por la alta glucemia en sangre un 31%⁴. Lo dicho, a nivel mundial, comer mal nos roba días de vida y cada vez más. En el gráfico 1 hemos señalado en rojo los riesgos directamente vinculados a la alimentación insana.

Lamentablemente, estas cifras no están disgregadas por sexo y solamente las podemos ofrecer en su forma global, aunque conviene saber que mujeres y hombres enferman distinto y por factores también distintos en su magnitud. Diferencias que, como veremos más adelante, van más allá de las diferencias biológicas y que son a causa del rol social que se les asigna a las mujeres en

2. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/fulltext)
 3. Esa cifra es el resultado de sumar el impacto de cada uno de los riesgos alimentarios más los riesgos ponderados asociados a una mala alimentación (por ejemplo, hipertensión).

4. La cifra de AVAD hace referencia al número de días perdidos de buena salud. En el caso de esta gráfica del total de AVAD, qué porcentaje corresponde a cada riesgo.

GRÁFICO 02 Riesgos y su impacto en la salud (AVAD 000s)

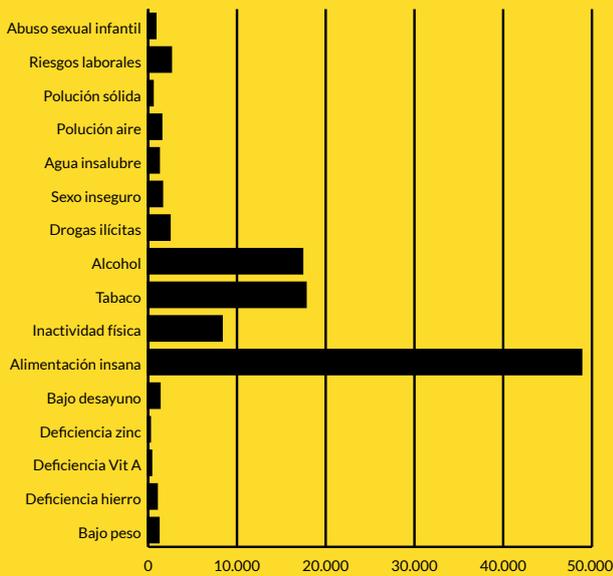


GRÁFICO 03 AVAD hombres

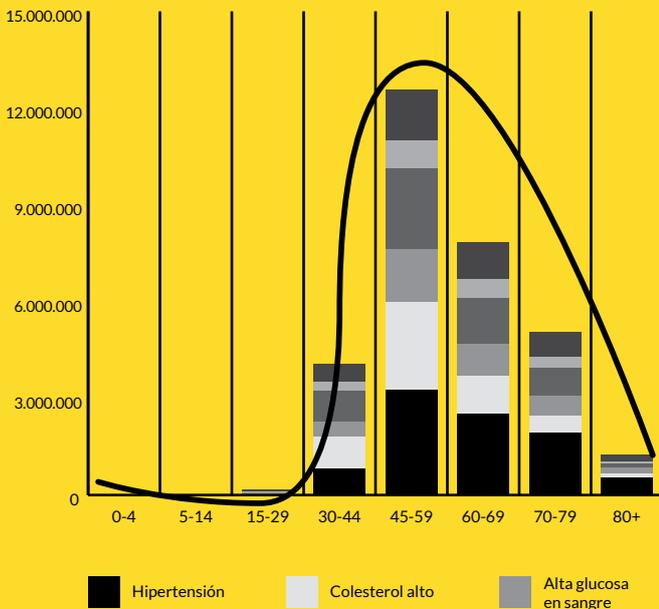
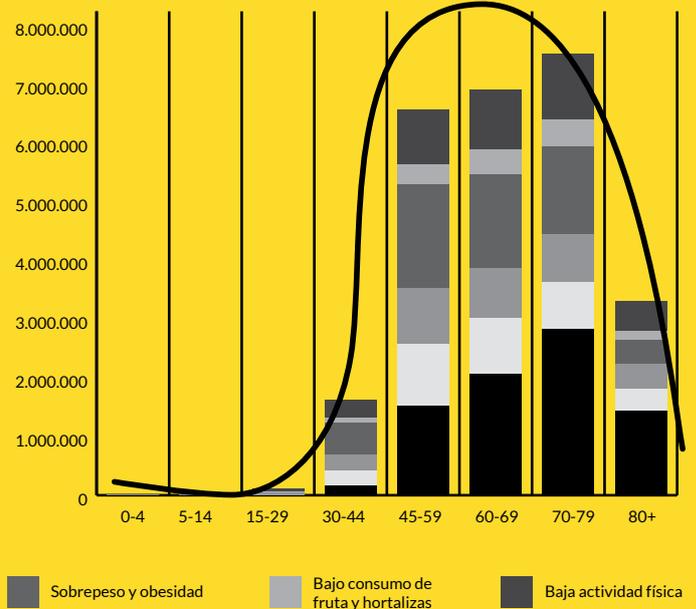


GRÁFICO 04 AVAD mujeres



nuestra sociedad. Son diferencias, por tanto, de género; es decir, sociopolíticas y culturales.

Si nos centramos ahora en el nivel europeo y hacemos el mismo cálculo, encontramos exactamente lo mismo, pero peor: los riesgos asociados a una dieta insana triplican el impacto en salud que el segundo mayor riesgo, el consumo de tabaco. **Por cada día de buena salud que nos quita el tabaco o el alcohol, la alimentación insana nos quita tres.**

A riesgo de marearnos con tanto dato, es interesante bajar un escalón en el concepto *alimentación insana* y ver, dentro de ella, qué elementos son los más implicados en la merma de salud de la población. En las gráficas que aparecen arriba, vemos que el patrón de pérdida de salud a causa de la mala alimentación es diferente para hombres y mujeres. Aparece ya aquí una constante

que se irá repitiendo en todo el capítulo: **las mujeres viven más que los hombres, cierto, pero lo hacen con peor salud.**

Así en este caso vemos como en los hombres el pico de mala salud alimentaria⁵ aparece entre los 45-60 años y luego desciende, en las mujeres en cambio sigue aumentando.

Todas estas conclusiones se pueden extrapolar perfectamente al Estado español. Por ejemplo, veamos los datos relativos a qué nos enferma.

De nuevo⁶, **por cada día de salud que perdemos a causa del tabaco, perdemos 5 a causa de la alimentación insana y**

5. Utilizaremos este término para referirnos a la pérdida de salud asociada a una alimentación insana.

6. Los datos son globales, no desagregados por sexo.

GRÁFICO 05 Cuantificación riesgos que reducen la salud en el Estado español (en AVAD x 100 habitantes)

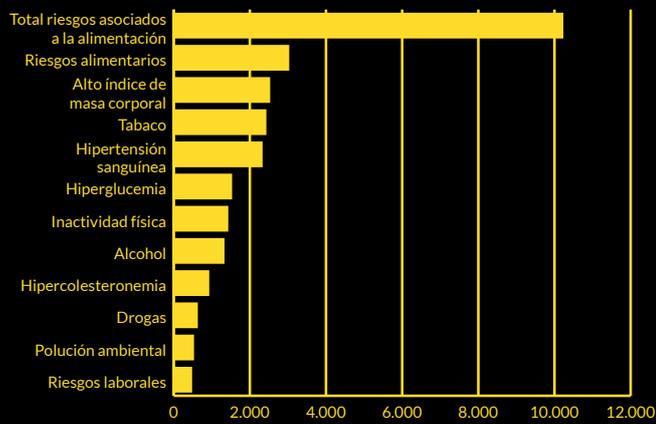
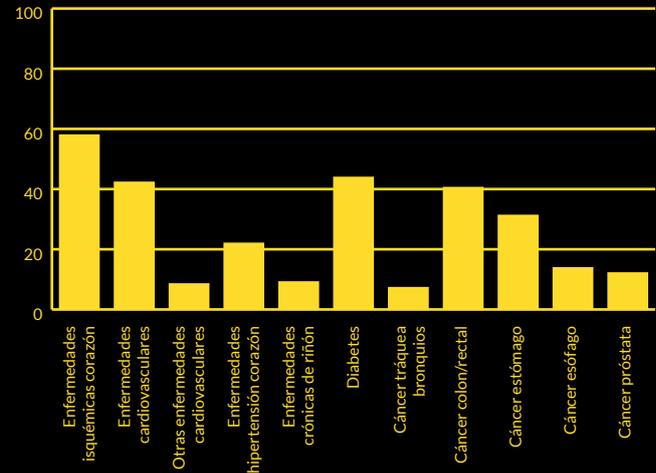


GRÁFICO 06 % atribuido a la alimentación



sus riesgos asociados. Por cada día perdido por el alcohol, perdemos 9 por alimentación insana; por cada uno que perdemos por las drogas, perdemos 11 por la mala dieta.

En resumen, **la alimentación insana es la primera causa de enfermedad y pérdida de calidad de vida en el mundo, en Europa y en el Estado español.**

■ Vinculación entre enfermedades, factores de riesgo y alimentación insana

Otra manera de ver la magnitud del problema consiste en identificar las enfermedades y factores de riesgo en las que está directamente involucrada la alimentación insana:

- › Sobrepeso u obesidad
- › Caries dental
- › Hipertensión
- › Colesterol alto
- › Enfermedades cardiovasculares
- › Diabetes tipo II
- › Osteoporosis
- › Algunos tipos de cáncer

- › Depresión y alteraciones patológicas de la conducta
- › Trastornos de la alimentación

¿Podemos cuantificar esta *involucración*? Sí. Podemos determinar qué porcentaje de esas enfermedades (o de algunas para las que hemos encontrado datos fiables) es atribuible directamente a la alimentación insana para el caso del Estado español⁷.

Existen tres grandes tipos de enfermedades alimento-dependientes. Aunque con algunas diferencias entre hombres y mujeres, se trata de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer. Estas, además, son tres de las enfermedades con mayor impacto en los niveles de mortalidad y pérdida de salud en la población. Si cruzamos estos datos con la importancia relativa de cada una de estas enfermedades en la carga de enfermedad total del Estado, veremos que dentro del *top 5* de las afecciones no infecciosas (enfermedades isquémicas corazón, otras enfermedades cardiovasculares, diabetes, diversos tipos de cáncer y afectaciones de cuello y espalda) las cuatro primeras son claramente alimento-dependientes.

Pueden atribuirse a la alimentación insana entre un 40-55% de las dolencias cardiovasculares, un 45% de los casos de diabetes y entre un 30-40% de algunos tipos de cáncer, como el

7. Datos obtenidos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la mayor base de datos independiente. Dichos datos proceden de fuentes oficiales y de publicaciones científicas, son recopilados y analizados por un consorcio de más de 1.600 investigadoras e investigadores en 120 países, se obtienen de más de 300 enfermedades y lesiones en 188 países y están desagregados por edad y sexo, desde 1990 hasta la actualidad, lo cual permite comparaciones en el tiempo, a través de grupos de edad, y entre poblaciones.

GRÁFICO 07 % atribuido a la alimentación

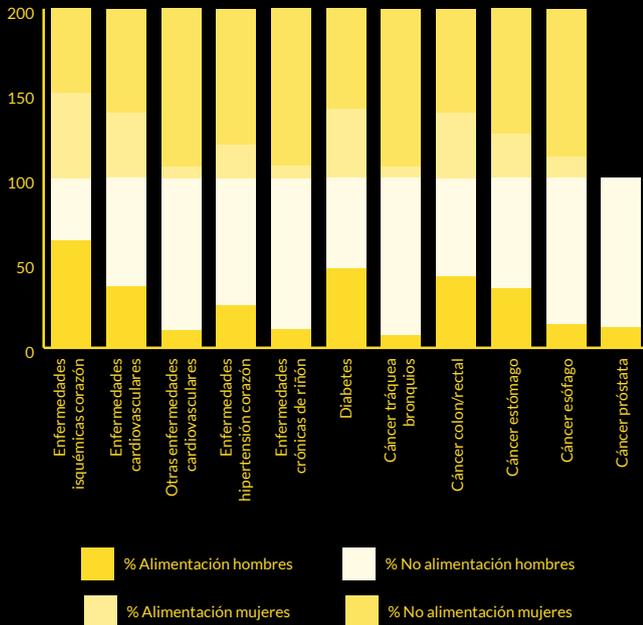
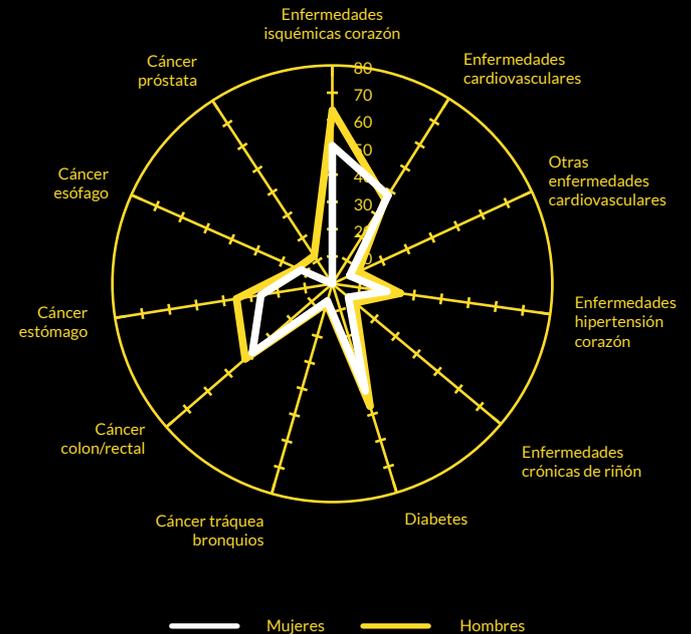


GRÁFICO 08 % riesgo alimentario asociado a enfermedades



de estómago y colon. Poniendo algunas cifras absolutas, vemos que, calculadas en base a estos porcentajes, de los 11 millones de personas que en el Estado español tienen problemas glucémicos (especialmente diabetes), 5,2 millones son atribuibles a la alimentación insana. Además, hay aproximadamente medio millón de personas con problemas cardiovasculares que pueden ser atribuibles a la mala alimentación. Por lo que respecta a los cánceres que aparecen en la gráfica, deberíamos sumar a lo dicho hasta ahora a 220.000 personas cuya dolencia puede atribuirse, estadísticamente, a la alimentación insana. **En total, la suma de estas tres enfermedades da como resultado 6 millones de enfermos cuyo principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana.**

Si calculamos ahora la cifra de mortalidad de solamente esas tres dolencias, tenemos que **prácticamente 90.000 personas mueren al año y su principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana.** Si la alimentación insana fuera un virus, tendrían que haber saltado todas las alarmas hace tiempo. Para contextualizar esta cifra digamos que por cada defunción por causa infecciosa o parasitaria, hay 15 atribuibles a la mala alimentación; por cada víctima mortal de accidentes de tráfico, hay 80 víctimas de la alimentación insana.

También es importante destacar otro grupo de enfermedades asociadas a la alimentación que no hemos recogido aquí y que merecerían un análisis especial; al menos, citarlas. Nos referimos a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), que suponen un problema relevante de salud pública por diversos motivos: su prevalencia, la gravedad, el curso clínico prolongado, la tendencia a la cronicación, la necesidad de tratamiento pluri

interdisciplinario y la frecuente hospitalización de los pacientes. Recordemos que existen casi 200.000 personas afectadas por enfermedades como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y que por cada afectado hombre hay 9 afectadas mujeres.

De entre todas las enfermedades asociadas directamente a la alimentación insana, nos detendremos muy brevemente en tres de ellas: la obesidad y el sobrepeso⁸, la diabetes y las alteraciones cardiovasculares.

A. OBESIDAD Y SOBREPESO

Una de las caras más visibles, aunque no la única, del problema de la mala alimentación es la obesidad y el sobrepeso y sus enfermedades asociadas.

Si nos remontamos de nuevo a los datos globales, según datos de la OMS, la pandemia del sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Además del problema en sí, están las enfermedades asociadas al mismo: según las últimas estimaciones, la obesidad explica el 80% de los casos de diabetes en personas adultas (datos globales no desagregados por sexo), el 55% de los de hipertensión arterial y el 35% de los casos de enfermedad coronaria y el 41% de los casos de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

8. La primera suele considerarse no tanto una enfermedad como un factor de riesgo asociado a otras enfermedades.

GRÁFICO 09 % sobrepeso + obesidad (Estado español)

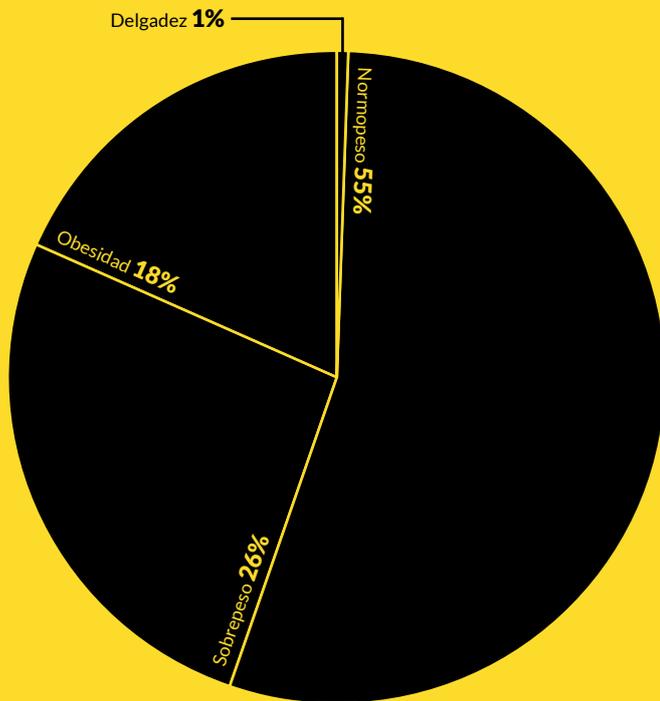
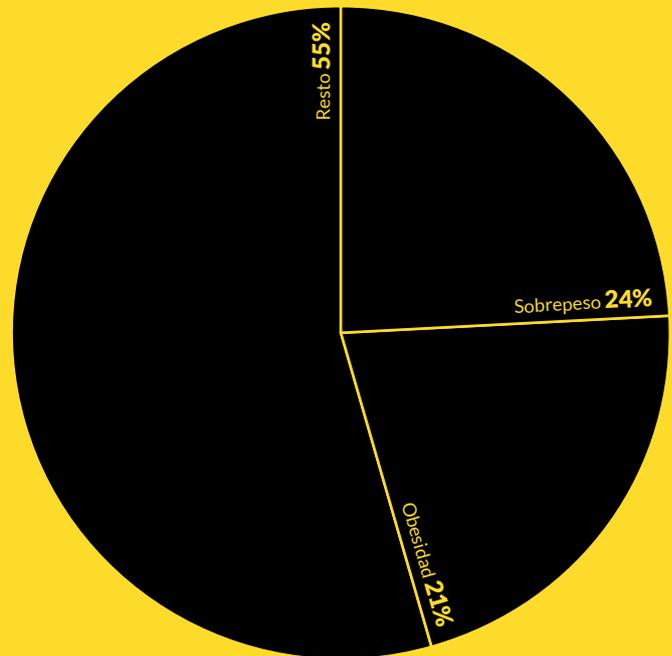


GRÁFICO 10 Niños



Observamos que, en realidad, las enfermedades vinculadas con la alimentación insana interactúan entre ellas y se retroalimentan. En realidad, podemos asociarlo a un esquema tipo telaraña donde un movimiento en uno de sus puntos afecta y hace vibrar al resto, y en el centro situamos las dietas insanas, el elemento común que las une.

Siguiendo con la obesidad, un estudio de investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid, publicado en la *European Journal of Clinical Nutrition* en 2003, calculó que, en Europa, **al menos 1 de cada 13 muertes podría estar asociada a la obesidad**. Usando esa ratio en el Estado español podemos estimar que cada año son atribuibles al exceso de peso (índice de masa corporal ≥ 25) unas 28.000 muertes de adultos, el 8,5% de todas las muertes ocurridas (una de cada 12). Esto la convertiría en la cuarta causa principal de mortalidad en el Estado. Asimismo, diversos estudios apuntan a que las personas obesas, en especial las mujeres, presentan una calidad de vida significativamente menor que las personas con normopeso. Por tanto, el impacto en la salud no solo consiste en una menor esperanza de vida, sino en una peor calidad en los años vividos. **Según un estudio de la OCDE⁹, el riesgo de muerte temprana aumenta alrededor de un 30% cada 15 kilogramos extras.**

Recordemos ahora por qué no aparecen personas de edad avanzada en la película *Wall-E*.

Importancia del problema de la obesidad y sobrepeso en el Estado español

Los últimos datos indican que el Estado español es uno de los líderes de esta afectación, con un 60% de ciudadanos con sobrepeso, de los que casi un 20% tienen obesidad. Por sexos, el 47% de los hombres y el 33% de las mujeres tienen sobrepeso, y un 14% y un 17,5% obesidad, respectivamente. Es decir, dos de cada tres personas que estamos leyendo esto nos encontramos con este problema.

Si el problema de sobrepeso en el Estado es grave, aún lo es más si miramos al futuro, es decir, si nos centramos en la obesidad y sobrepeso infantil. Según la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), el Estado español se sitúa a la cabeza del sobrepeso infantil y es colider mundial junto a Estados Unidos (paradigma de la pandemia mundial de la obesidad, cuya prevalencia de exceso de peso es del 37,1%, según los últimos datos publicados por el informe de la OCDE). El último estudio ALADINO llevado a cabo en el marco de la Estrategia NAOS¹⁰ nos revela unos preocupantes datos, donde podemos observar que el 45,5% de la población infantil de entre 6 y 10 años tienen exceso de peso. Uno de cada dos (con algunas diferencias entre sexos).

El sobrepeso infantil no es solamente un problema actual, sino que es, especialmente, un lastre de salud que arrastraran el resto de su vida. Por ejemplo, según los datos del estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la obesidad durante la infancia puede

9. <https://www.oecd.org/els/health-systems/46068468.pdf>

10. Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

GRÁFICO 11 Niñas

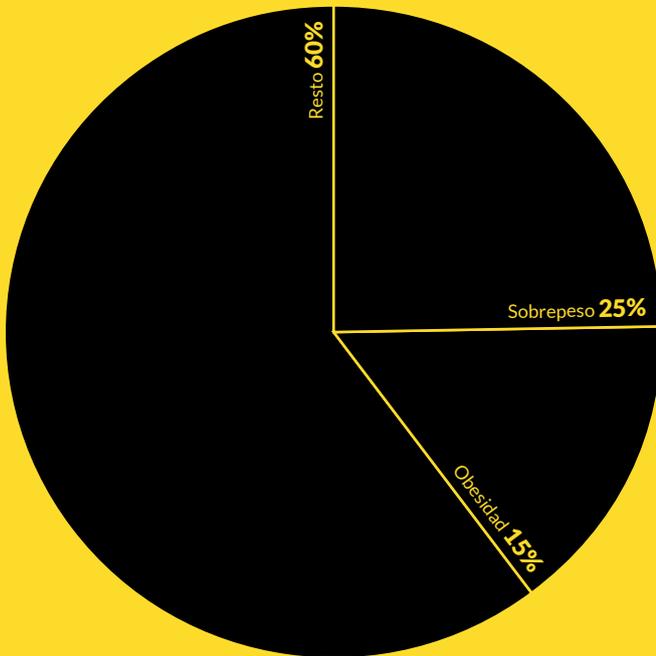
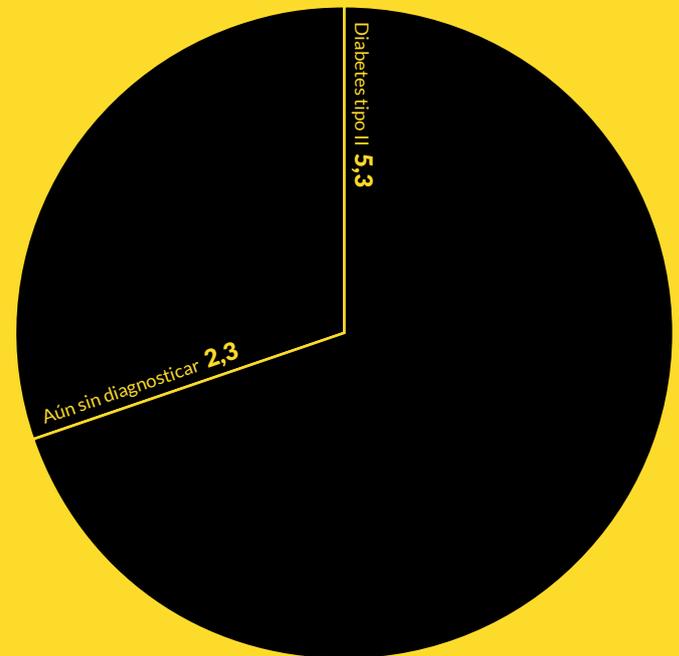


GRÁFICO 12 Diabetes tipo II en el Estado (millones de personas, datos globales)



dejar secuelas difíciles de revertir. La obesidad infantil aumenta considerablemente el riesgo de una variedad de situaciones adversas para la salud como las que hemos visto antes: enfermedades que aparecerán en la vida adulta (diabetes tipo II, apnea obstructiva del sueño, hipertensión, dislipidemia, síndrome metabólico, problemas cardiovasculares e incluso cáncer y problemas de relaciones sociales) tiene su génesis en la alimentación insana de la infancia¹¹.

Como vemos, el problema es monumental y las acciones que están llevando a cabo las Administraciones competentes en el Estado español para atajarlo son casi inexistentes¹².

B. DIABETES

Se ha demostrado que, sin lugar a dudas, la diabetes tipo II está estrechamente relacionada con la dieta insana, en concreto, con el consumo excesivo de azúcares añadidos.

El estudio¹³ más reciente sobre la prevalencia de esta enfermedad ha desvelado que en el Estado español, el 11,2% de la población (más de cinco millones de personas) saben que tienen diabetes, pero, además, existe otro porcentaje de personas que padecen la enfermedad y no lo saben (2,3 millones).

11. <http://stopalaobesidad.com/category/obesidad-infantil/>

12. Para más información, ver el informe VSF Planeta azúcar.

13. Di@bet.es

Hablamos de un 5% de la población que, sumados a aquellos que sí saben de su enfermedad, dan como resultado un 17% de población con diabetes (más de siete millones de personas). Pero este estudio llega más lejos y nos revela que hay otros cuatro millones de personas que no padecen diabetes pero se encuentran en estados prediabéticos, con un alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Según los nuevos datos, hay tres millones de personas (8%) con tolerancia anormal de la glucemia y otros 1.390.000 pacientes (3,6%) con glucemia basal alterada. En total, cerca de un 11,6 % de españoles estarían en riesgo de desarrollar una diabetes tipo II¹⁴. En total, prácticamente una de cada tres personas (un 30% de la población) tiene problemas de glucosa que pueden generar alteraciones de salud importantes. La diabetes es más frecuente en hombres que en mujeres (aunque, como veremos, sus complicaciones son peores para mujeres que para hombres y en el tratamiento habitual, ellas responden peor), y es el doble de frecuente en las personas obesas que en las no obesas.

De nuevo, podemos ver como interacciona la diabetes tipo II y el resto de factores de riesgo. Los datos confirman que la diabetes y la hipertensión arterial están muy asociadas a la obesidad. Tanto una como la otra duplican el riesgo de padecer diabetes y resistencia a la insulina. En nuestro país, el 41% de la población (unos quince millones de personas) tienen la tensión elevada.

Por lo que respecta a sus efectos más negativos, 25.000 personas mueren al año a causa de la diabetes y un 16% de las personas ciegas lo son a causa de ella.

14. www.sediabetes.org/./r/diabetes/Estudio%20nacional%20sobre%20diabetespdf.pdf

Otro elemento a destacar: **la diabetes deteriora mucho más la salud de las mujeres que de los hombres**¹⁵.

La diabetes tipo II, que supone aproximadamente el 90% de los casos de diabetes, es la cuarta causa de mortalidad femenina en el Estado español, donde la prevalencia total de la diabetes se acerca al 14%, unos seis millones de personas.

Las mujeres diabéticas tienen mayores riesgos que los hombres. En concreto, tienen un 30 % más de posibilidades que los varones de sufrir ictus, con el mismo tratamiento; la mortalidad por diabetes tipo I de las mujeres es un 37 % superior; el riesgo de enfermedad coronaria, 154 % más; y de enfermedad renal, un 44 % más en mujeres que en hombres.

Las mujeres también son más resistentes a los tratamientos con insulina y sufren más episodios de hipoglucemia.

Por si fuera poco, la mujer está infratratada en relación con el hombre (este hecho no es específico de la diabetes, sino común a todas las enfermedades), y su diabetes está peor controlada, con mayores complicaciones en su salud.

C. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Son la primera causa de defunción en el Estado, representando aproximadamente el 40% de todas las muertes¹⁶.

Existe una correlación clara y ampliamente documentada entre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y los siguientes elementos de la dieta:

- › Excesivo consumo de grasas saturadas
- › Bajo consumo de frutas, verduras y cereales sin refinar
- › Excesivo consumo de sal

El sobrepeso y, en especial, la obesidad son los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular¹⁷. Además, la implicación de la diabetes mellitus en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares está fuera de toda duda¹⁸. Tanto es así, que incluso se la ha considerado una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. Según la información disponible, la diabetes mellitus

es el factor de riesgo cardiovascular que más crecimiento ha experimentado durante los últimos años.

Como vemos, todas estas enfermedades y sus riesgos asociados están vinculadas y relacionadas. Forman una especie de síndrome o, según su definición, conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad. El síndrome de la alimentación insana.

Las enfermedades cardiovasculares también siguen el mismo patrón que la inmensa mayoría de enfermedades para las mujeres. Son infradiagnosticadas, infratratadas e infrarrepresentadas¹⁹.

Son la primera causa de mortalidad entre las mujeres, aunque cuando se les pregunta, solo una de cada cuatro mujeres reconoce que las afecciones cardíacas son una amenaza mayor que el cáncer. En general, las enfermedades cardiovasculares suelen ser más graves en las mujeres. Por ejemplo, los varones tienen una probabilidad del 30% de morir por su primer infarto, mientras que en ellas esta cifra se eleva hasta el 50%. Una vez superado este primer infarto, el 25% de los hombres morirá durante el año siguiente, el porcentaje llega al 38% en mujeres.

Infradiagnosticadas: Si bien es cierto que la sintomatología en ocasiones es diferente, como ya se evidenció en algunos estudios como el de McSweeney, también es verdad que los síntomas en las mujeres suelen malinterpretarse, ya que se relacionan con situaciones de ansiedad o estrés.

En un estudio presentado en Estados Unidos en 2008²⁰, se puso en evidencia que cuando un hombre y una mujer acuden a una primera visita en el servicio de atención primaria presentando los mismos síntomas, si la mujer explica que se encuentra en un momento de mucho estrés en su vida, sus síntomas se achacan erróneamente a esa causa, mientras que en el caso de los varones, se pronostica correctamente una enfermedad cardiovascular y, por tanto, reciben antes un tratamiento adecuado. Los datos del estudio son muy reveladores: ante a los mismos síntomas, el diagnóstico de enfermedad cardiovascular se dio en el 56% de los varones frente al 15% de las mujeres; el 62% de las visitas de los hombres se derivaron a un cardiólogo, frente a un 30% en el caso de mujeres y, para finalizar, se prescribió una medicación adecuada para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares al 47% de los hombres, mientras que solo se prescribió al 13% de las féminas. De hecho, incluso las propias mujeres achacan a veces los síntomas de enfermedad cardiovascular al estrés, por

15. <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=1043>

16. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-dieta-enfermedad-cardiovascular-13034094>

17. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-dieta-enfermedad-cardiovascular-13034094>

18. <http://www.revespcardiolog.es/situacion-enfermedad-cardiovascular-espana-del-articulo/13128799/>

19. <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2024-enfermedad-cardiovascular-mujer-infradiagnosticada-infratratada-e-infrarrepresentada.html>

20. Fundación Española del Corazón (FEC).

lo que no acuden al médico o lo dejan para más tarde, cuando su estado empeora.

Un obstáculo añadido para la mejora en la detección de enfermedades cardiovasculares en el sexo femenino es que la mayor información sobre la eficacia de las estrategias terapéuticas se obtiene de estudios y ensayos clínicos en los que se incluyen mayoritariamente varones. Datos recientemente publicados²¹ revelaban que, en ensayos de patología cardiovascular, en el mejor de los casos la inclusión de mujeres era del 44% en estudios de hipertensión arterial, el 40% en diabetes, el 38% en ictus y el 25% en enfermedad coronaria, a pesar de que estas son enfermedades muy frecuentes en el sexo femenino, sobre todo a partir de la menopausia.

En palabras de la Sociedad Española de Cardiología: «la enfermedad cardiovascular en la mujer es más frecuente de lo que pensamos, más grave de lo que esperamos, la diagnosticamos menos de lo que debemos y la tratamos peor de lo que creemos».

1.2 IMPACTO ECONÓMICO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES ASOCIADAS A UNA DIETA INSANA

El objetivo de todo este apartado que hemos iniciado unas páginas atrás, no es otro que el de darnos cuenta de la magnitud del problema sanitario que está desencadenando (por una vía u otra) la alimentación insana. No es, obviamente, el único factor, pero nuestra tesis incide en que sí es el más importante y sobre el que se puede trabajar a nivel de políticas públicas y, añadimos, el que, seguramente, menos se ha trabajado. Para seguir aportando datos y análisis de ese enorme impacto en salud de la alimentación insana, podemos ahora «monetizarlo». Para hacernos una idea del impacto sobre las arcas públicas de la alimentación insana, un estudio²² realizado por la Clínica Mayo, de EE. UU., calculó que **mientras el tabaquismo aumenta los costes de la atención sanitaria un 20%, la obesidad lo hace en un 50%, aunque parece que las políticas públicas destinadas a actuar sobre uno o sobre la dieta insana no siguen esa proporción, al contrario.**

■ El coste económico de la obesidad

La cuantificación del impacto de la obesidad no es trivial. En sentido estricto, la obesidad (o el sobrepeso) no es una enfermedad, sino un riesgo de contraer enfermedad. Y la estimación de riesgos es más difícil que la de enfermedades. Aun así, un reflejo de la carga para la salud que representa la obesidad son los recursos empleados en la prevención primaria y secundaria, y en el tratamiento de las enfermedades asociadas a la obesidad. Desde una perspectiva macroeconómica, según datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y el Ministerio de Sanidad, **la obesidad supone el 8% del gasto sanitario público en el Estado español (es decir, más de 2.500 millones de euros)**. Cada persona con obesidad infantil generará 13.000 € más de gasto sanitario público que otra con normopeso.

Fuera del ámbito sanitario, otro coste social relevante sería la reducción de la productividad laboral de las personas obesas. En este sentido, se observa que estas presentan menores tasas de participación laboral y tienen salarios más bajos que las personas con normopeso. No obstante, los estudios que utilizan información individual, tras controlar diversos factores, parecen indicar que estos efectos solo son significativos en el caso de las mujeres y no resulta sencillo diferenciar si realmente hay un problema de productividad reducida (p. ej., un mayor absentismo a causa de

21. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*

22. http://economia.elpais.com/economia/2014/12/30/actualidad/1419956861_619355.html

enfermedades relacionadas con la obesidad) o bien se dan casos de discriminación laboral por motivo de ser mujer, por la obesidad²³ o, lo más probable, por la suma de las dos discriminaciones.

En todo caso, de los estudios se concluye que el impacto individual, familiar y social de la obesidad²⁹ es de gran relevancia, y es necesario subrayar que la obesidad como enfermedad de carácter epidémico no se distribuye de manera homogénea, sino que está claramente condicionada por factores como el género y la clase social. Dedicaremos un capítulo específico a ello.

■ **El coste económico de la diabetes**

Por lo que respecta a la diabetes, el gasto sanitario directo se calcula²⁴ en **5.900 millones de euros** (un total de 1.708 €/paciente/año en tratamientos y hospitalizaciones). Esto representa el 8% del gasto sanitario total. Si calculamos los costes indirectos, nos vamos a los más de 17.000 millones de euros repartidos de la siguiente forma:

- › Absentismo laboral = 8.400 millones
- › Jubilaciones anticipadas = 9.400 millones
- › Gastos sociales = 101 millones

■ **El coste económico de las enfermedades cardiovasculares**

El coste directo de la atención sanitaria de estas dolencias asciende a 5.900 millones de euros²⁵ (124 euros por habitante) y se prevé que esta cifra aumente un 49% en 2020, hasta los 8.800 millones de euros. Este grupo de patologías abarca varias enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, como la cardiopatía isquémica (o infarto de miocardio) y la enfermedad cerebrovascular (o ictus).

En el caso de los gastos indirectos, a esos 5.900 millones de euros de gastos directos (124 euros por habitante) habría que sumar unos 1.800 millones en pérdida de productividad por mortalidad prematura y 60 millones por la morbilidad relacio-

nada con estas patologías, incluidas las ausencias laborales por enfermedad.

Sumando las tres patologías, observamos que **el coste sanitario directo asciende a 20.000 millones de euros, es decir, un 20% del presupuesto de sanidad (uno de cada 5 €) lo destinamos a tratar patologías donde directamente está implicada la alimentación insana**. Ahora podemos hacer el ejercicio de calcular el coste sanitario asociado directamente al riesgo alimentario (es decir, monetizar el % de gasto de cada una de estas enfermedades calculado con la ratio que, de esa enfermedad, se asocia directamente a la mala alimentación como causa determinante). El resultado es 8.000 millones de euros. ¿Y esto cuánto es? Pues lo podemos comparar con el presupuesto del Ministerio de Sanidad para 2014, que fue de 1.912 millones. O podemos decir que cada uno/a de nosotras destinamos (como mínimo) 170 € al año a sufragar los efectos de la mala alimentación en nuestra salud, 440 € por hogar.

Es decir, si sumamos los gastos indirectos (absentismo laboral y jubilaciones anticipadas, esencialmente), la alimentación insana nos está costando 33.000 millones de euros, es decir, 702 € por persona (casi dos euros al día) y 1.800 por hogar (casi 5 € al día).

23. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600001

24. http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/113/Diabetes_Cost_Crespo_2013.pdf

25. Datos del Centro de Estudios Económicos y Empresariales (Cebr).

1.3 CONCLUSIÓN

Encender un cigarro es un acto individual. Además, no está demostrado que su consumo incremente el riesgo de enfermedad. Estas eran frases habituales hace unos años, proclamadas por la industria que los fabrica y asumidas por las Administraciones. Hasta que la cosa cambió y hoy en día nadie se cuestiona la necesidad de intervención pública para reducir el consumo de algo que es pernicioso. Pero lo que nos interesa aquí es la primera de las frases: encender un cigarro es un acto individual. Da a entender que no hay un sustrato sistémico, social, cultural o económico en el fumar, cuando en realidad sí lo hay.

Cuando una de cada cuatro personas enferma a causa de dolencias donde el factor alimentario es determinante (y esto es un hecho fuera de toda duda académica), no se puede seguir argumentando que la mala alimentación es un acto individual. Ahí, en la dieta insana, hay algo más que una mala decisión personal. Hay un problema sistémico. Y estos problemas se atajan a través de políticas públicas.

Pongamos otro ejemplo algo macabro. Imaginemos una sociedad donde una de cada tres personas se suicidara. Se podría argumentar que quitarse la vida es un acto individual y que, excepto campañas de información, poca cosa se podría hacer. Somos libres y tenemos toda la información sobre **«lo bonita que es la vida»**. Pero el alto índice de suicidios en realidad estaría indicando un problema social de fondo. Y sería necesario actuar atajando las causas estructurales. **Porque cuando amplias capas de una sociedad enferman a causa de la mala alimentación no podemos atribuir ese hecho a millones de malas elecciones individuales a la hora de comprar alimentos.** Detrás de las cifras que acabamos de ver hay una epidemia (así lo califica la OMS) y detrás de esta hay unas causas estructurales que sí o sí, hay que abordar.

La alimentación insana no es, por tanto, un problema individual. Se trata de una pandemia con causas claramente sistémicas y estructurales. Frente a estas causas, no sirven las medidas amables basadas en pequeñas campañas educativas sobre buenos hábitos alimentarios. Como en otras problemáticas estructurales que afectan a la mayor parte de la población, las respuestas deben ser políticas y coordinadas. La necesidad de una política pública que aborde decididamente el conjunto de causas comprobadas ya empíricamente y denunciadas por todos los organismos internacionales independientes. Es imprescindible una política pública fuerte que modifique los aspectos sociales, económicos y culturales que provocan la alimentación insana.

¿Se puede actuar sobre ella? Sí. Y si se hace, ¿se consiguen resultados? Por supuesto, y si no que se lo cuenten a las habitantes de Finlandia, donde la mejora de la dieta, en particular la reducción de la ingesta de grasas saturadas de la carne y derivados lácteos,

se ha acompañado de mejoras importantes del perfil lipídico de la población y de un descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica próximo al 50%²⁶. La experiencia finlandesa tiene además un claro valor demostrativo para otros países, pues pone de manifiesto que es posible modificar los hábitos alimentarios de la población y que ello tiene beneficios para la salud.

26. Rodríguez Artalejo F., Guallar Castellón P., Banegas Banegas J. R., Gutiérrez-Fisac J. L., Rey Calero J. *The association between mortality from ischaemic heart disease and mortality from leading chronic diseases.* Eur Heart J 2000;21:1841-52.

02

DESIGUALDADES EN LA SALUD ALIMENTARIA²⁷

Los datos mostrados hasta ahora ponen de manifiesto que el riesgo alimentario (es decir, la dieta basada en alimentos insanos) está detrás de las principales enfermedades que nos afectan y que la cosa empeora año tras año. Pero hay más. Esos datos eran, en su mayoría, datos globales, medias de la sociedad. Pero no existe una sociedad homogénea, sino altamente (cada vez más) estratificada, donde los distintos grupos sociales se ven afectados de manera distinta por dicho riesgo alimentario. Como cuando llueve torrencialmente: algunas partes del terreno (las más bajas, las menos drenadas) se inundan, mientras otras se mantienen intactas. Del mismo modo, la alimentación insana diluvia sobre algunas capas y grupos sociales, mientras otros parecen impermeables.

Todo esto no son opiniones. Son datos confirmadísimos. Los estudios muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales (es la llamada *desigualdad social de salud*). También muestran que las enfermedades asociadas a una mala alimentación tienen un componente de clase social claro. Este no es un hecho nuevo, solo hay que recordar la histórica relación entre enfermedades carenciales y estatus socioeconómico: el escorbuto (déficit de vitamina C) fue frecuente en el norte de Europa entre las personas con poco acceso a frutas y verduras, la pelagra (déficit de niacina) fue una enfermedad con altas tasas de prevalencia en el sur de Estados Unidos entre las clases bajas del mundo rural o el beriberi (déficit de tiamina), asociada a dietas basadas en arroz y con poca variedad de otros alimentos, la dieta clásica de las clases pobres en Asia. Por cierto, el beriberi fue una enfermedad que empeoró cuando la industria alimentaria entró con fuerza en el mundo del arroz ofreciendo productos con base de arroz molido y refinado, con todavía menos micronutrientes esenciales que el arroz sin procesar.

Hay más. La salud (como hemos visto antes en algunos ejemplos y como veremos más adelante) también difiere entre hombres y mujeres, y esto no se debe a sus diferencias biológicas, sino a su discriminación y condiciones de vida por el hecho de ser mujer. Por ejemplo, veremos que las mujeres tienen salarios más bajos y que la feminización de la pobreza influye también en la alimentación, en la medida en que ellas tienen menos recursos para alimentarse con calidad.

Discriminación de arriba abajo y discriminación de lado a lado.

Veremos en este informe como, de hecho, **las dos desigualdades se cruzan, generando auténticos abismos de desigualdad en salud alimentaria. Son las zonas cero de la alimentación insana y corresponden a las mujeres pobres o aquellas familias sustentadas principalmente por mujeres pobres.**

Vayamos a los datos.

27. Con *salud alimentaria* nos referimos a los problemas de salud derivados de una alimentación insana.

2.1 DIME CUÁNTO GANAS Y TE DIRÉ CUÁNDO MORIRÁS (RÉSTATE UNOS AÑOS SI ERES MUJER)

En el Estado español, los datos indican que las personas con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas y más años vividos libres de discapacidad.

La hipótesis básica (que, aunque bastante antigua, desgraciadamente todavía es necesario defender, demostrar y propagar) es que las enfermedades «no caen del cielo», no se distribuyen al azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos²⁸.

Dicho así parece una obviedad, pero conviene remarcarlo porque, como hemos comentado al inicio de este apartado, existe un relato a menudo dominante (y sin base científica) según el cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc.) o el descubrimiento de una nueva tecnología médica. Es decir, que la salud sería prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Enfermar dependería del destino (determinado por la herencia, la suerte o el designio divino) o sería fruto de una decisión individual previa (cada uno sería culpable de sus propias enfermedades por «no haberse cuidado»)²⁹.

En la ciudad de Glasgow, las personas pobres viven 30 años menos que las ricas. No son datos de 1850, sino de 2016. La esperanza de vida entre los hombres pobres es de 54 años y entre los hombres ricos, de 80. No hay datos para las mujeres, es de suponer que no son tan importantes. ¿Y cuál es la causa? Según el estudio³⁰: la dieta. El estudio concluye, además, que aquellos que mantienen una dieta basada en productos de mala calidad son personas que no pueden permitirse otro tipo de comida. Literalmente: «no es una elección personal, se trata de pobreza».

No hace falta irse a Escocia. En Barcelona, vivir en un barrio pobre significa vivir 11 años menos que vivir en uno con renta alta³¹.

Y todo ello centrándonos únicamente en la esperanza de vida, la brecha se agranda aún más si el indicador usado es la calidad de

vida que, como hemos visto, es medible y cuantificable a través de los AVAD.

La salud, por tanto, no se distribuye homogéneamente. Dime lo que ganas, dónde vives y te diré cuántos años menos vivirás. No hay mucho espacio aquí para las decisiones individuales por las que cada una de nosotras sería culpable de sus propias enfermedades por «no haberse cuidado». Pero es comprensible que socialmente se imponga esta visión de la salud, pues la idea de que enfermaremos más, moriremos antes y con peor calidad de vida, dependiendo de la familia donde hemos nacido, el barrio donde crecemos y vivimos o de las oportunidades de educación, trabajo u ocio que nos haya tocado tener, es muy desestabilizadora.

Si aceptamos esta hipótesis, no es suficiente actuar sobre hábitos individuales o aspirar a tener acceso a una buena asistencia médica y sofisticados recursos diagnósticos, si queremos mejorar la salud de toda la población. Tenemos que actuar (y hablar) de salud colectiva. O mejor, de salud pública, que siempre es algo más³². La salud pasa de esta manera de ser un tema médico a convertirse en un asunto social y político y este terreno de juego es muy distinto.

Lo mismo ocurre con la alimentación. Porque avisamos que el mismo párrafo aparecerá cuando hablemos de desigualdades en la dieta. No todo el mundo come igual de sano y ese consumo no es debido a una elección individual, sino a un conjunto de causas y efectos estructurales. Los nudos causales³³ de los que hablaba Gramsci. De la misma manera que la salud viene determinada por nuestra renta, por ejemplo, también lo está nuestra dieta y, como en una carambola, los problemas de salud que genera esa dieta. Así, paralelo al concepto de *salud pública* aparece el de *alimentación pública*, porque sus efectos trascienden el ámbito particular y entran en el colectivo, en el de las políticas públicas. Y es obligación de estas luchar por una alimentación justa y equitativa dentro de sus sociedades.

La salud o la enfermedad no es, por tanto, un asunto exclusivo de los individuos. En realidad, podemos considerar a ciertos grupos de poblaciones o territorios como con alto riesgo para la enfermedad.

La salud pública debería tener como objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas. Es importante no confundir la *salud pública* con la propiedad pública de los servicios de salud o *sanidad pública*, que habitualmente contraponemos a la sanidad privada.

28. www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/09/02/73135

29. http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/09/02/73135

30. <http://www.independent.co.uk/news/science/red-meat-processed-life-expectancy-cancer-glasgow-diet-a7004266.html>

31. «La salud en Barcelona» (2014), Agència de Salut Pública de Catalunya

32. www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/09/02/73135

33. <http://www.gramsci.org.ar/1917-22/05-utopia.htm>

Es trascendental identificar, analizar y actuar sobre la población que se halla en una situación vulnerable o expuesta a factores de riesgo que pueden dañar su salud.

A pesar de que el término *desigualdad en salud* se utiliza de manera común en algunos países para indicar sistemáticas, evitables e importantes diferencias, existe cierta ambigüedad con relación a este término, ya que a veces es utilizado para transmitir un sentimiento de injusticia, mientras que otras veces se utiliza para referir desigualdad en un sentido puramente matemático.

Asumiremos aquí³⁴ que una desigualdad en salud es un tipo especial de diferencia en salud, o en los factores con mayor influencia sobre la salud, en nuestro caso los alimentarios, que podrían ser potencialmente moldeados por la política; es decir, reúnen tres características:

1. Las diferencias se producen entre los grupos más aventajados socialmente (con posiciones más altas en la jerarquía de riqueza, poder y/o prestigio) y todos los demás.
2. Las diferencias son sistemáticas.
3. Las diferencias pueden ser modificadas por la política.

³⁵ Es muy habitual asignar la mayor parte de las enfermedades a causas relacionadas con los estilos de vida (hábitos alimentarios, abuso de alcohol, adicción al tabaco)³⁶. En realidad, aun existiendo como causa, no permiten explicar ni la situación de salud colectiva ni las desigualdades en salud existentes en una determinada sociedad. Realmente, puede decirse que hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud, como llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante no nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere, sino quien puede. Sin embargo, los Gobiernos de la gran mayoría de países continúan «inundando» a sus poblaciones con recomendaciones relativas a los estilos de vida. Algunos de los ejemplos que podemos seleccionar entre las recomendaciones que se hacen en la mayoría de países son los siguientes:

«No fumes, y si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; práctica sexo de forma segura.»

34. Paula Braveman (2006)

35. Los párrafos siguientes están tomados, casi íntegramente, de www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/09/02/73135

36. www.upf.edu/greds-emconet/_pdf/observatoriosalud1.pdf



Grafiti de Banksy para el barco *Thekla*, en Bristol (Reino Unido).

Hace una década, David Gordon, un epidemiólogo social crítico, redactó una lista de recomendaciones alternativas a las anteriores. Algunos ejemplos de su lista alternativa son los siguientes:

«No seas pobre, pero si lo eres, deja de serlo, y si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre, pero si vives en ella, ves a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona "sin techo" [...]»

Con esa lista, Gordon quiso reivindicar el contenido «culpabilizador de la víctima» que tienen las recomendaciones centradas en los estilos de vida, así como la necesidad de enfatizar la importancia de los determinantes sociales de la salud, ya que estos influyen decisivamente en la producción de estilos de vida saludables que a su vez producirán buena salud.

Las causas sociales que generan estos problemas y desigualdades las podemos llamar determinantes sociales de la salud. Detrás de los determinantes sociales están los determinantes políticos, y todo ello está condicionado por las distintas elecciones y prioridades políticas de los Gobiernos. Así pues, la desigual distribución del poder económico y social existente es la que condiciona las políticas sociales elegidas, que a su vez influirán en la salud de las personas. Hoy en día, hay evidencias que muestran cómo los países que han tenido tradiciones políticas con mayor capacidad de negociación colectiva y redistribución social son también aquellas que tienen más éxito en la mejora de indicadores de salud.

Dentro de las desigualdades sociales vinculadas a la salud y la alimentación, la que afecta a un mayor número de personas es la

de género. Parafraseando a Bella Abzug, la prueba para saber si se puede tener un empleo o no, un buen salario o no, una buena salud o no, una buena dieta o no, no debe ser la existencia o ausencia del cromosoma Y. Pero los datos confirman que es así. La salud de hombres y mujeres es diferente y es desigual. Y la que nos interesa aquí es la vertiente desigual. Diríamos que su salud es diferente porque existe una serie de factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de los cuerpos de unos y otras, y es desigual porque existe otra serie de condicionantes sociales, explicados por el género, que influyen de forma injusta sobre la salud de hombres y mujeres³⁷.

Cuando hablamos de las desigualdades de género en la salud, a menudo surge la siguiente cuestión: en la mayor parte de las sociedades, las mujeres son más longevas que los hombres y, sin embargo, padecen más enfermedades a lo largo de sus vidas. Este hecho se ha denominado *paradoja de la mortalidad*. Sin cuestionar la desigualdad de género, es cierto que en los últimos años, diversos estudios han matizado tal afirmación, apuntando en otra dirección que resulta interesante para este informe. Así, sin obviar el hecho de que para algunos indicadores de salud las mujeres muestran peores resultados, esta nueva perspectiva subraya la heterogeneidad de situaciones dentro del colectivo de las mujeres, derivadas de sus diferentes circunstancias en el mercado laboral y en el espacio doméstico, de su edad, etnia o clase social³⁸.

Bajo esta perspectiva, desde el momento en que las mujeres comienzan a desarrollar trabajos de tipo remunerado en el espacio público, estas deben soportar cargas de trabajo mayores (el remunerado más el doméstico) y tienden a adoptar conductas menos saludables que afectan negativamente a su estado de salud. Un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 mostró que, independientemente del efecto de la edad y de la clase social, la prevalencia de tabaquismo era significativamente superior en las mujeres ocupadas. Concretamente, fumaban el 39% de las mujeres empleadas y el 41% de las paradas, y solo lo hacía el 20% de las amas de casa³⁹. Esto parece apuntalar algunos datos que veremos más adelante: las mujeres de las clases populares son las que más están sufriendo los estragos de la dieta insana.

Añadamos a esto otro elemento que creemos es interesante. Las causas de desigualdad en salud asociadas al género están cambiando debido a que los roles de género también están cambiando (y no siempre a mejor). En el momento histórico actual, por ejemplo, el hecho de que las mujeres hayan comenzado a ocupar espacios y funciones tradicionalmente reservados a los hombres está afectando directamente a su salud y las razones de la brecha

de salud entre hombres y mujeres están, también, modificándose. Por ejemplo, existe numerosa bibliografía que sostiene que, para las mujeres, tener un trabajo remunerado (especialmente si es a jornada completa) a la vez que criaturas en edad de ser atendidas puede dañar su salud, como consecuencia del estrés provocado por el desempeño paralelo del rol de madre y de trabajadora remunerada. Este conflicto de roles generaría en las mujeres la sensación de no estar cumpliendo debidamente ambas obligaciones, especialmente cuando el volumen de trabajo para poder combinar la vida familiar y laboral es elevado. Por ello, el estado civil o de convivencia, las condiciones laborales, así como los recursos materiales y personales disponibles para hacer frente a tal sobrecarga de trabajo serán factores relevantes que podrán modificar el efecto sobre la salud de tal combinación⁴⁰.

Y el tercer elemento que queremos destacar. Volvamos un momento no a la calidad de vida, sino a la mortalidad, elemento esgrimido a menudo para indicar que el estado de salud de las mujeres no será tan malo cuando viven más. Pues bien, también la desigualdad en la mortalidad relacionada con los hábitos de vida se está modificando en los últimos años. Los roles sociales de las mujeres se han transformado sustancialmente en los países occidentales, por lo que los patrones de la mortalidad de hombres y mujeres han ido progresivamente asemejándose. En el Estado español, el aumento de esta brecha entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres fue especialmente acusado en la década de los 80, debido principalmente a las consecuencias del consumo de drogas y los accidentes de tráfico entre los hombres, y siguió aumentando hasta la década de los 90. Sin embargo, la progresiva homogeneización de los estilos de vida de los hombres y las mujeres de las generaciones más jóvenes parece haber provocado la reducción de la diferencia en la esperanza de vida en la década de los 90 cuando, por primera vez, la esperanza de vida de los hombres aumentó más que la de las mujeres⁴¹.

La desigualdad en salud tiene cuatro grandes características:

En primer lugar, su gran magnitud, ya que el impacto de la desigualdad es enorme. Por ejemplo, en los años 90 se estimaba que si las tasas de mortalidad de la población afroamericana de los EE. UU. hubieran sido iguales a las de los blancos, se habrían evitado cerca de 900.000 muertes entre 1991 y el año 2000. Durante el mismo periodo de tiempo, los avances médicos solo conseguirían evitar 176.000 muertes. La mortalidad infantil de los hijos de madre de clase trabajadora en Bolivia es de 100 por 1.000, mientras que la de los hijos de madre de clase media es de 40 por 1.000. Otro ejemplo de desigualdad social lo tenemos bien cerca, en el Estado español, donde cada hora mueren cuatro

37. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

38. Ver los trabajos de Verbrugge, 1989; Annandale y Hunt, 2000; Walters y col, 2002.

39. www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

40. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

41. Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.

personas (35.000 muertes anuales) relacionadas con la desigualdad social.

En segundo lugar, su gradualidad, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud, sino que la desigualdad se extiende a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación, también empeora progresivamente la salud de los ciudadanos. No se trata, por tanto, de que los más pobres, marginados o excluidos tengan peor salud, sino de que existe un gradiente de salud según el cual cuanto peor es la situación social, peor es la situación de salud.

En tercer lugar, la no reducción de la desigualdad, ya que en una gran mayoría de casos estas desigualdades en salud no solo no se reducen, sino que, de hecho, se mantienen o aumentan.

Y por último, su adaptabilidad social e histórica, ya que, bien sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de estilos de vida que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son quienes se benefician antes y en mayor proporción de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Y esto tiene que ver con complejas causas sociales relativas a los procesos históricos que determinan la distribución de información, oportunidades, recursos y poder en cada sociedad.

Como vemos, los datos dedicados a visibilizar las desigualdades sociales en salud señalan las desigualdades socioeconómicas y de género como los dos determinantes sociales con más impacto y con peores repercusiones en la sociedad. A ellos nos dedicaremos en las siguientes páginas.

2.2 DESIGUALDAD EN SALUD A CAUSA DE LA CLASE SOCIAL

■ *Medir la clase social*

No entraremos aquí en disquisiciones sobre las distintas definiciones de clase social, en todo caso nos quedamos con que la clase social es una de las mejores medidas de estratificación social. El principal problema para su utilización es que administrativamente no estamos asignadas a una clase social específica. Eso lleva a que tengamos que utilizar aproximadores siempre imperfectos, como la clase ocupacional, educacional o la renta. Es decir, para el análisis veremos cómo varían las enfermedades asociadas a la dieta en función del nivel de estudios, cómo varía el grado de diabetes (por poner un ejemplo) en función de la ocupación, etc.

› INDICADORES DE POSICIÓN SOCIAL

Cuando queremos estudiar si las personas con diferente posición social tienen diferentes niveles de salud o diferente dieta que influye, al mismo tiempo, sobre esa salud, tenemos varias opciones. En la siguiente lista podemos ver los distintos indicadores y las categorías estadísticas con las que normalmente podemos encontrarlos. Cada una tiene sus ventajas e inconvenientes y es útil usar más de una.

- › OCUPACIÓN: Clases ocupacionales
- › EDUCACIÓN: Educación autodeclarada
- › INGRESOS: Ingresos autodeclarados o ingresos en relación al umbral de pobreza
- › RIQUEZA: Bienes totales domésticos (vivienda, coche, acciones, herencias, etc.)

Por lo que respecta al género, se utiliza la desagregación de datos entre hombres y mujeres y se analiza si las diferencias pueden ser atribuidas a factores biológicos o, como es el caso, a elementos de género, es decir, diferencias atribuibles al rol social que ocupan las mujeres por el simple hecho de serlo.

■ Enfermedades de base alimentaria y desigualdad social

Son muchos y variados los estudios que certifican que existe un gradiente de mala salud asociada a una mala alimentación entre las clases sociales populares y las altas. Estas diferencias, además, no son iguales para hombres que para mujeres, con lo que hay que añadir a la capa de causas socioeconómicas de la clase social, la de género. Podríamos decir que, para los dos determinantes sociales, existe consenso.

Por ejemplo, podemos ver en una ciudad como Madrid, cómo evoluciona la esperanza de vida respecto al tanto por ciento de desempleo en sus barrios. Así, pueden apreciarse (tanto en hombres como en mujeres) diferencias de hasta 3 años en función de ratios de desempleo bajos o altos. A más desempleo, menor salud.

GRÁFICO 13 Esperanza de vida vs % de desempleo

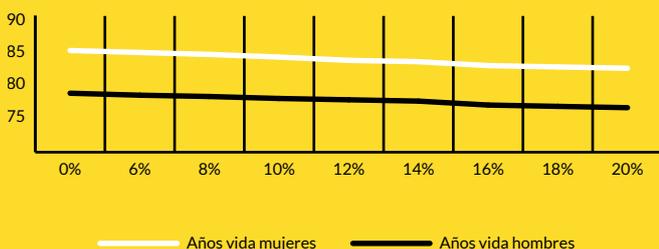
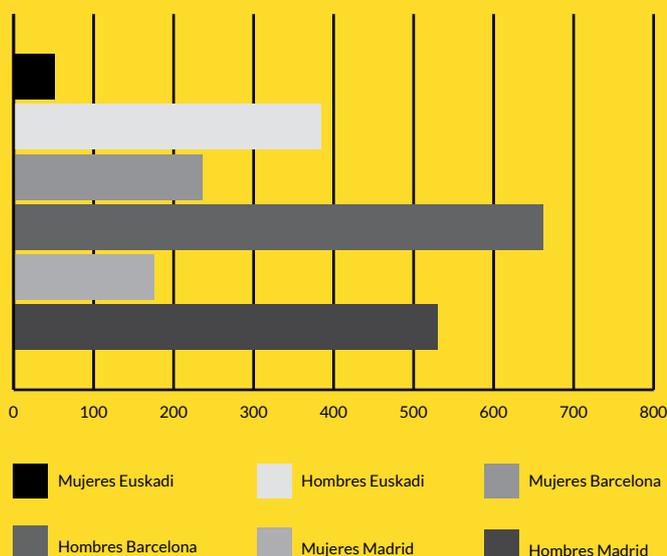


GRÁFICO 14 Desigualdad absoluta en la mortalidad según el nivel de estudios (defunciones/100.000 hab)



También podemos visualizar la desigualdad en la mortalidad de las personas en función de otra de las variables mencionadas, el nivel de estudios, para diferentes ciudades del Estado. Las clases sociales sin estudios o con estudios básicos mueren más que las clases con estudios superiores, y la diferencia es mayor para hombres que para mujeres (pero conviene recordar la situación antes explicada sobre mortalidad y género y morbilidad y género).

Además de estos datos, reflejamos aquí algunos de los resultados más significativos de los principales estudios que han analizado el tema.

► ESTADO SOCIOECONÓMICO Y OBESIDAD

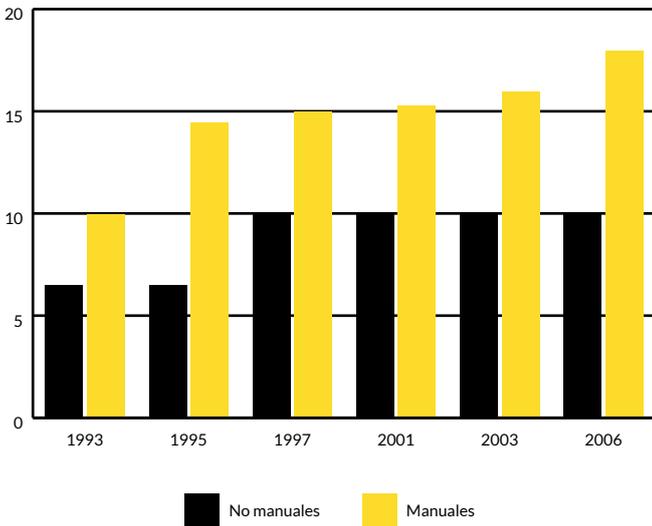
En términos de obesidad, los estudios⁴² realizados en los últimos años son, en general, muy consistentes en mostrar una mayor prevalencia de obesidad en las personas de menor nivel socioeconómico (dicho sea de paso, esto es así independientemente de si el país es de los llamados desarrollados o en vías de desarrollo). Existe una **fuerte asociación inversa entre el nivel de estudios o la ocupación laboral y prevalencia de obesidad en las mujeres**. Esta asociación inversa entre nivel socioeconómico y obesidad aparece incluso en aquellos países en los que existen pocas diferencias de nivel socioeconómico entre sus habitantes, tal es el caso de los países nórdicos. En el Estado español⁴³ varios estudios han mostrado la asociación inversa entre nivel de estudios y prevalencia de obesidad en distintas poblaciones. En las gráficas siguientes representamos la obesidad respecto a la categoría laboral y su evolución. Se observa que tanto para hombres como para mujeres, la obesidad (estandarizada por edad) se ha incrementado desde 1993, pero aún más significativo es que las brechas entre las clases sociales han aumentado y lo han hecho más en las mujeres. Así, en 1993, la diferencia era para las mujeres de un 4% (las mujeres con trabajos manuales eran un 4% más obesas que las que tenían otro tipo de trabajo) y para los hombres, de un 1%. En 2006, la diferencia en mujeres había ascendido a un 8% (el doble) y en hombres, al 2,5%. Además, en el caso de las mujeres, la obesidad de la clase laboral superior se ha mantenido más o menos constante, no así la de la inferior, que no ha hecho otra cosa que aumentar.

Un estudio dirigido por el Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante revela que el género y las clases sociales son determinantes sociales del sobrepeso y la obesidad en el Estado español, como demuestra que las mujeres de clases sociales más bajas tengan un riesgo significativamente mayor de padecer ambos trastornos, en comparación con aquellas de

42. <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-736.pdf>

43. <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-736.pdf>

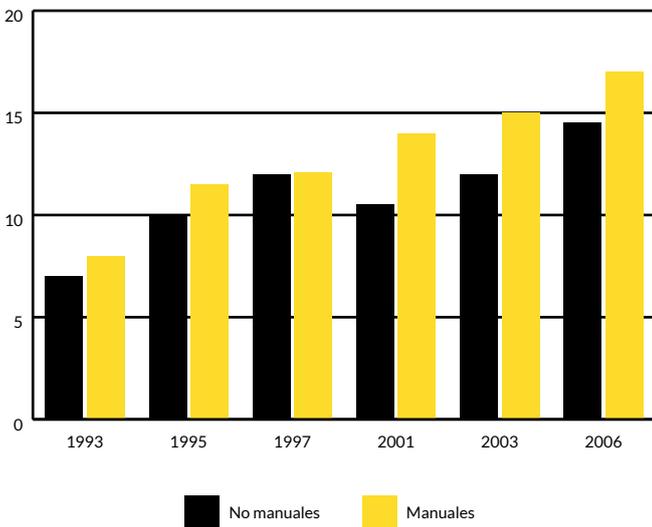
GRÁFICO 15 Obesidad estandarizada por edad (mujeres)



25%, en las clases obreras se duplicó⁴⁴. Las mujeres con menos estudios tienen una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (72,3%) que los varones (67,4%), mientras que las mujeres y varones de clase social manual presentan mayor prevalencia de sobrepeso y de obesidad respecto a la clase social no manuales.

En otro interesante estudio de la Escuela de Salud Pública de Andalucía se señala que las diferencias socioeconómicas⁴⁵ explican muchas de las desigualdades en salud de la población española. A menos ingresos, mayor prevalencia de dolencias como la diabetes. En el caso de la obesidad, la clase social genera una brecha aparentemente insalvable: por ejemplo, **la incidencia de la obesidad en mujeres con estudios primarios es cuatro veces superior a la de aquellas con estudios universitarios**.⁴⁶ Y si en las mujeres el nivel de estudios determina hasta cuatro veces más incidencia, en los hombres se dobla. Lo mismo podemos decir de la obesidad y el sobrepeso infantil (para datos del Estado español):⁴⁷ **al pasar de niveles de renta altos a bajos, la obesidad se incrementa en más de un 30%, y cuando se pasa de un nivel de instrucción de los padres y madres de alto a bajo, la obesidad se incrementa en un 40% y el sobrepeso, en un 30%.**

GRÁFICO 16 Obesidad estandarizada por edad (hombres)



▶ **ESTADO SOCIOECONÓMICO Y DIABETES**

Se observa en los estudios existentes una fuerte y muy consistente asociación entre el nivel socioeconómico, medido a través de distintos indicadores, y la incidencia y prevalencia de diabetes tipo II. En concreto, para datos del Estado español, las desigualdades en educación (estudios primarios vs superiores) tienen una odd ratio (OR)⁴⁸ de 1,99 para la diabetes tipo II. Esto quiere decir que **entre las personas enfermas de diabetes, hay el doble de probabilidades de que tengan estudios primarios que superiores.**

Un estudio de Di@betes.es⁴⁹ llega a las siguientes conclusiones: el nivel de estudios de la población juega un papel determinante en el riesgo de padecer diabetes y otros riesgos cardiovasculares. Así, **el no tener estudios cuadruplica el riesgo de ser obeso**

clases sociales más altas. En este caso se tomó como indicador la clase ocupacional. Así, las mujeres de clases sociales más bajas son el colectivo que tiene más riesgo de obesidad. Aunque en ambos sexos la prevalencia de sobrepeso y obesidad se incrementa con la pertenencia o no a la clase ocupacional manual y se incrementa con la edad, el gradiente era mucho más pronunciado en las mujeres. **Mientras que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres profesionales y empresarias fue del**

44. <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-mujeres-clases-sociales-mas-bajas-tienen-mas-riesgo-obesidad-estudio-20111202135053.html>

45. http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final.pdf

46. Informe del Ministerio de Sanidad, recién publicado, que ha estudiado la información obtenida en las encuestas nacionales de salud realizadas entre 2001 y 2012 para extraer conclusiones sobre los factores de riesgo en las enfermedades crónicas.

47. <http://www.secardiologia.es/images/stories/file/estudio-enkid.pdf>

48. La Odd ratio (OR) es una medida estadística utilizada en estudios epidemiológicos transversales y de casos y controles, así como en los metaanálisis. En términos formales, se define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otro. En epidemiología, la comparación suele realizarse entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia de que uno se encuentra expuesto a un factor de riesgo (mi) mientras que el otro carece de esta característica (mo). Por lo tanto, la razón de momios o de posibilidades es una medida de tamaño de efecto.

49. <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/rdiabetes/Estudio%20nacional%20sobre%20diabetes.pdf>

frente a aquellas personas que han cursado estudios universitarios. En el caso de la diabetes y la hipertensión, el riesgo de sufrirlas **se duplica** entre la población sin estudios, según indica este trabajo.

En definitiva, cualquiera que sea la edad, el sexo e incluso el peso de las personas, si tienen menos estudios, su riesgo de padecer diabetes es mayor.

El estudio también muestra que un aumento de la renta del 1% se traduce en una reducción de la probabilidad de padecer diabetes de 0,2 puntos porcentuales, en 0,15 para las enfermedades del corazón y una caída de 0,12 puntos para el colesterol elevado⁵⁰.

Dicho de otro modo, si las rentas bajas incrementaran sus ingresos en 55 € anuales (el equivalente al 1%), 140.000 personas reducirían su riesgo de padecer diabetes, 105.000 de padecer enfermedades del corazón y 84.000 enfermedades relacionadas con el colesterol.

› ESTADO SOCIOECONÓMICO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Para el grupo de mujeres entre 24 y 64 años, la tasa estandarizada por enfermedades cardiovasculares por 100.000 personas fue de 14,8 para las mujeres con estudios primarios, 8,3 para las de estudios secundarios de primer ciclo, 6,7 para las de estudios secundarios de segundo ciclo y de 4,5 para las mujeres con estudios universitarios. Es decir, **las mujeres sin estudios tienen tres veces más enfermedades cardiovasculares que las que tienen estudios universitarios**. En el caso de los **hombres**, la tendencia fue la misma: 38,3; 27,6; 19,6 y 14,1 para hombres con estudios primarios, secundarios de primer ciclo, secundarios de segundo ciclo y universitarios, respectivamente. Es decir, **2,5 veces más enfermedad entre tener y no tener estudios**.

› ESTADO SOCIOECONÓMICO Y ENFERMEDADES (INTERRELACIÓN)

Para terminar, haremos referencia a uno de los estudios más extensos y amplios llevados a cabo en el Estado español sobre el tema⁵¹, basado en el análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud. En él se analiza la relación entre diferentes indicadores sociales y la prevalencia de las enfermedades que más vinculación tienen con la mala alimentación como factor de riesgo.

En sus conclusiones nos dicen que un aumento de la renta del 1% se traduce en una reducción de la probabilidad de padecer diabetes de 0,193 puntos porcentuales, de 0,149 para las enfermedades del corazón y una caída de 0,115 puntos para el colesterol elevado. También podemos observar cómo varía la probabilidad de contraer alguna de estas enfermedades en función de la edad, el sexo y el nivel de educación en la Tabla 01.

› MAPAS DE DESIGUALDAD

Una manera gráfica de observar los determinantes sociales de clase social y género en acción son los mapas que representan algunas de estas variables agrupadas por barrios de grandes ciudades. Existe un muy buen trabajo en la web www.ucl.ac.uk/silva/ineqcities/atlas/cities, donde aparecen los resultados de Barcelona y Madrid, además de otras numerosas ciudades europeas.

Como ejemplo, podemos ver el caso de Barcelona y dos variables. Por un lado, la distribución de trabajadores/as manuales de cada barrio y por otro, el grado de diabetes mellitus existente en esos mismos barrios. El primer dato no está desagregado, pero sí el segundo. La similitud entre los dos mapas (por un lado, la presencia de trabajadores/as manuales y por otro el tanto por ciento de diabetes mellitus en hombres y mujeres) es asombrosa.

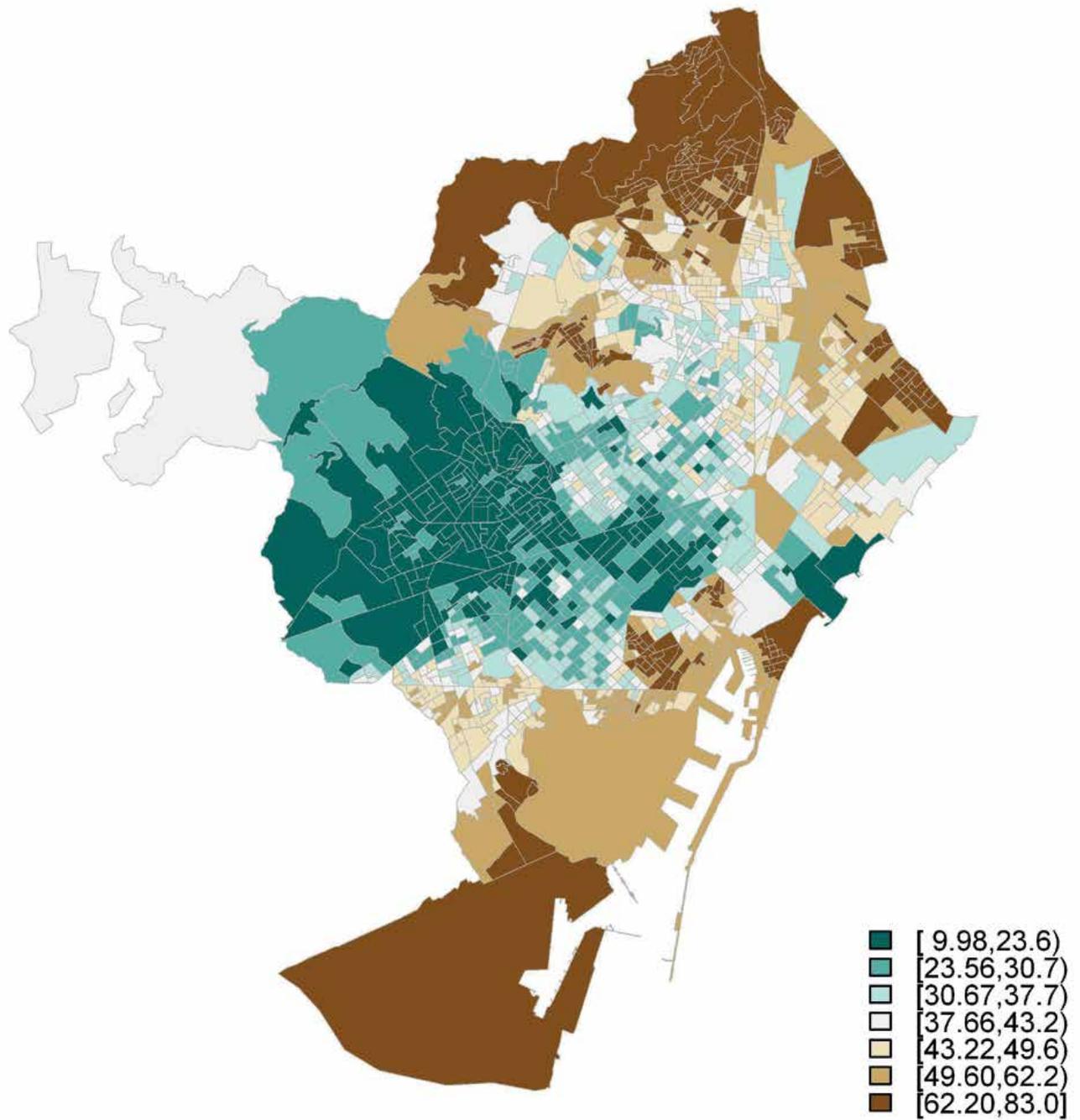
TABLA 01 Incremento en la probabilidad de sufrir alguna de las enfermedades en función de los parámetros indicados

	Enfermedades corazón	Hipertensión arterial	Diabetes	Colesterol elevado
Hombre 45-64	3,5%	15%	5%	10%
Mujer 45-64	2,6%	15%	4,7%	11%
Hombre +65	10%	21%	12,8%	7%
Mujer +65	10,8%	34%	13,5%	18%
Educación baja	0,4%	4,8%	3,8%	3,7%

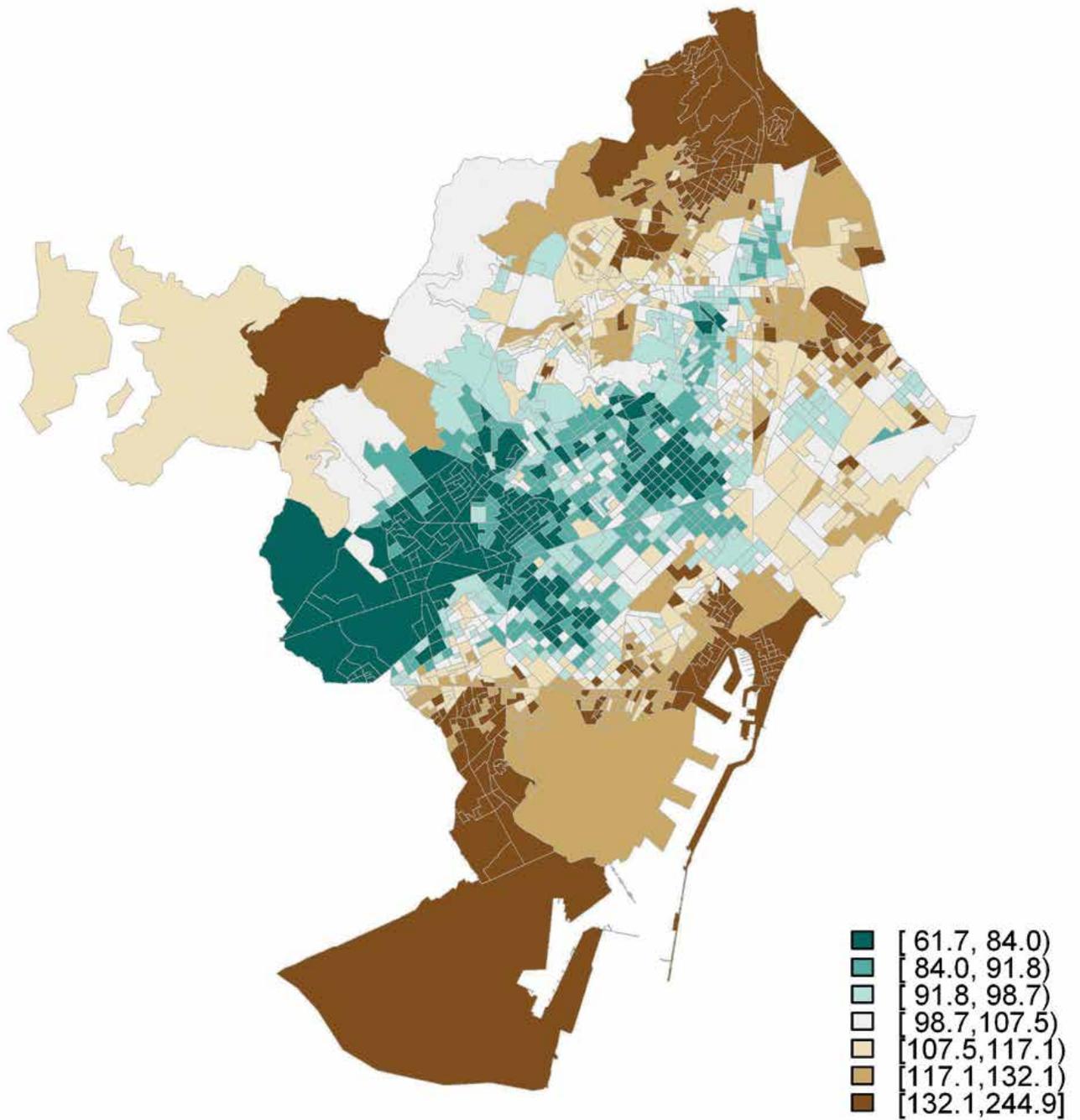
50. http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_75_43-63_709C4A5D5FE0A480CA35AF183C8A9148.pdf

51. www.revistasice.com/CachePDF/CICE_75_43-63_709C4A5D5FE0A480CA35AF183C8A9148.pdf

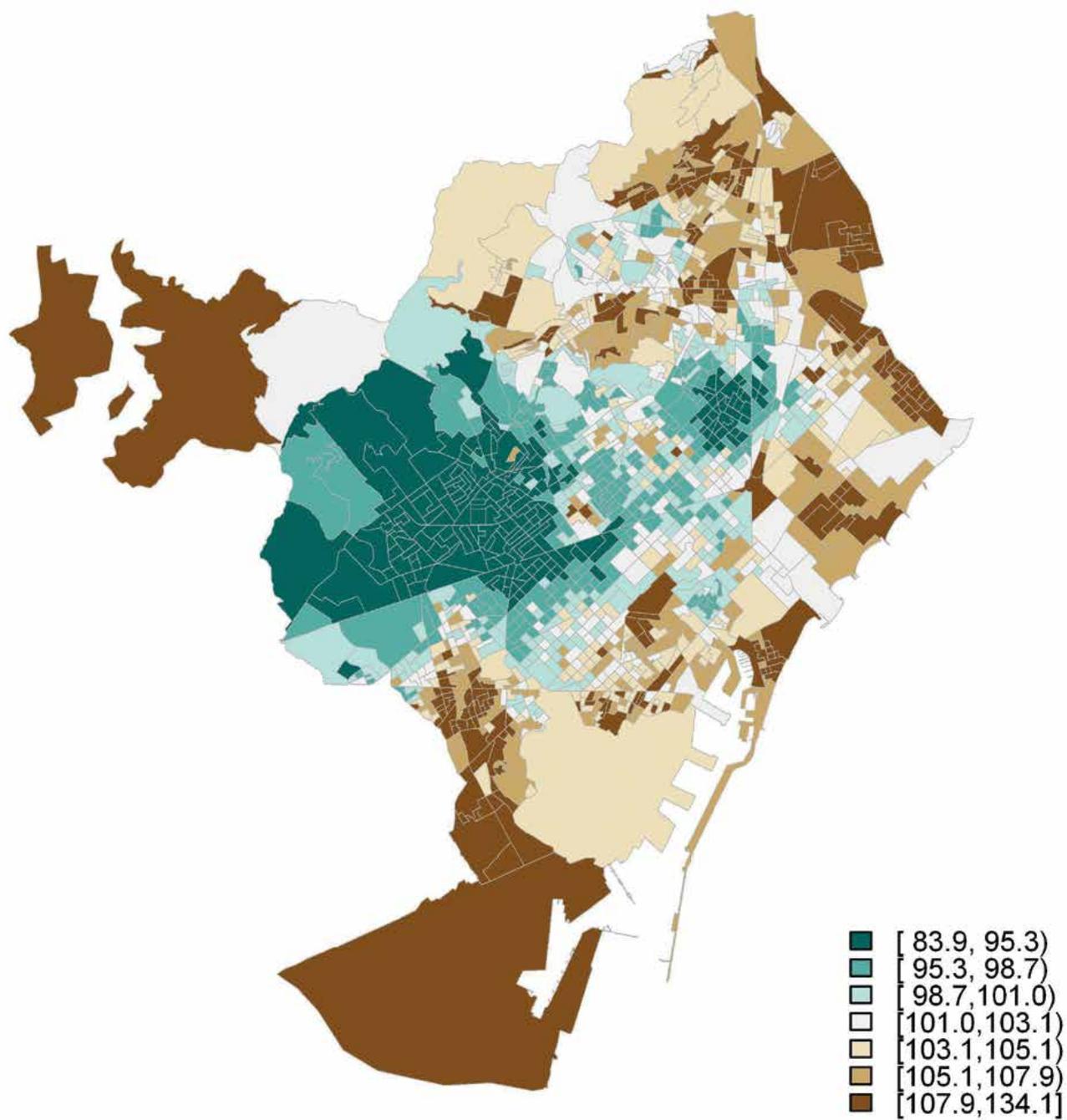
Mapa que indica el % de población de la clase ocupacional trabajo manual, por barrios, en Barcelona



Mapa que indica el % de mortalidad de mujeres debida a la diabetes, por barrios, en Barcelona



Mapa que indica el % de mortalidad de hombres debida a la diabetes, por barrios, en Barcelona



Cabe recordar que, en el Estado español, el 78% de la población vive en ciudades de más de 10.000 habitantes y las desigualdades en salud dentro de una ciudad son muy pronunciadas. Como hemos visto, entre barrios de una misma ciudad podemos encontrar diferencias en la esperanza de vida de hasta 8 años, existiendo una fuerte asociación entre peor salud (percibida, morbimortalidad) y peores indicadores socioeconómicos⁵².

GRÁFICO 17 % afectación en función de clase social (hombres)

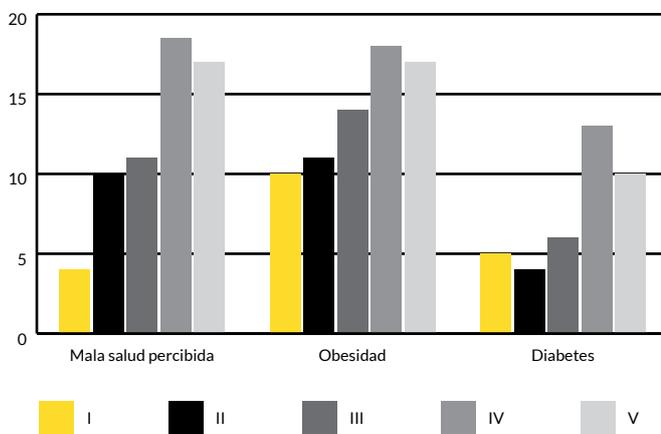
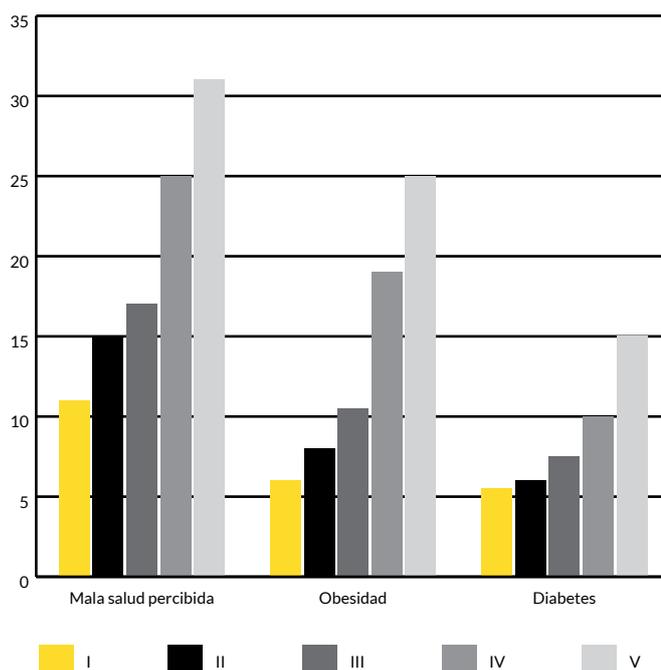


GRÁFICO 18 % afectación en función de clase social (mujeres)



Y para finalizar, proponemos dos gráficas elaboradas a partir de los datos de la Agencia Catalana de Salud⁵³ relativos a la población catalana. En ellos, se ha categorizado la clase social en función de la ocupación y se ha dividido en 5 clases, siendo la I la más alta y la V la más baja. En ellos podemos ver, claramente, el gradiente social y las diferencias entre hombres y mujeres. La mala salud percibida se incrementa casi un 15% entre las clases altas y las bajas de hombres y hasta un 30% entre las mujeres, la obesidad se incrementa un 14% en hombres y un 20% en mujeres y la diabetes se incrementa entre un 5-7% entre los dos extremos de clase en hombres y un 10% en mujeres. Como hemos visto a lo largo de este apartado, el gradiente social existe, pero es aún mucho más pronunciado entre las mujeres. Es decir, hay una brecha dentro de la brecha y las mujeres enferman proporcionalmente más cuanto más pobres son.

Podemos concluir que las desigualdades en salud son una consecuencia de la desigual distribución de los riesgos sanitarios, que siguen un claro gradiente socioeconómico y de género.

¿POR QUÉ EXISTE LA DESIGUALDAD EN SALUD?

La existencia de una asociación entre bajo nivel de renta y mala salud ha sido objeto de algo más de doscientos estudios publicados que forman parte de la literatura de la salud. Aquí hemos presentado los resultados de algunos de ellos. En general, todos estos trabajos coinciden en apuntar la existencia de importantes desigualdades socioeconómicas en salud. La principal hipótesis explicativa aceptada para este hecho es que la posición socioeconómica de cada individuo en la sociedad es lo que acaba generando desigualdades observadas en salud. De modo que las desigualdades en la salud son el reflejo de las desigualdades en la exposición a determinados factores de riesgo, que están más presentes en los grupos socioeconómicos más bajos. Entre las implicaciones de este tipo de desigualdad está la necesidad, por tanto, de reducir la desigualdad socioeconómica.

52. www.proyctomedeia.org/privado/docs/publicaciones/relevancia_desig_salud_urbana_mini.pdf

53. salutweb.gencat.cat/web/content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/documents/arxius/informeasca2012.pdf

2.3 DESIGUALDAD EN SALUD Y GÉNERO

Este texto forma parte de un capítulo del libro de Carme Valls Llobet *Mujeres invisibles para la medicina*⁵⁴:

«Una mujer de 50 años llega a la consulta del equipo de atención integral a la salud de las mujeres, después de haber visitado dos médicos de primaria y varios especialistas en reumatología, traumatología y psiquiatría. Hace años su marido muere en pocos meses de cáncer de pulmón, y ella debe enfrentarse a llevar el negocio de una panadería que habían abierto años antes. Empieza a sentir dolores en la espalda y mucho cansancio que atribuye ella misma a su situación de soledad y al intenso trabajo que debe realizar, ya que se levanta a las cinco de la mañana cada día.

El dolor empieza a hacerse insoportable y acude al médico de familia, que le receta un analgésico y un sedante, ya que ella alega que el dolor le impide dormir por las noches. Continúa sintiéndose mal y se añaden a sus problemas una creciente confusión mental y cabeza turbia, lo que impide llevar las cuentas de su negocio en el que empieza a tener problemas para continuar llevándolo.

Sus hijos le aconsejan que venda el negocio y su casa y vaya a vivir con ellos a otra ciudad en una casa próxima para poder cuidarla. Su estado de confusión continúa y su pena y sensación de depresión se agrava por el cambio de vecindad, amistades, tiendas. El dolor continúa cada vez más fuerte y se concentra en manos, pies y la espalda, aunque ahora no debe trabajar. Visitada por traumatología, reumatología y psiquiatría, no le encuentran ninguna prueba alterada, por lo que le recetan antidepresivos, sedantes e hipnóticos a dosis altas, sin que la paciente aprecie mejoría.

Cuando se le práctica el protocolo de estudio de morbilidad diferencial y a la exploración, se aprecia ya una hiperplasia tiroidea difusa, una disminución de sus reflejos osteotendinosos y múltiples movimientos musculares durante la exploración.

La paciente no deja de llorar durante casi toda la consulta y alega “no poder más” y “que así no vale la pena vivir”. La analítica efectuada siguiendo el protocolo aprecia una tiroiditis autoinmune con hipotiroidismo y un exceso de hormona paratifoidea. Tratada con vitamina D y hormona tiroidea, mejora algo su cansancio, pero no su dolor. Una gammagrafía de paratiroides pone de manifiesto un adenoma (tumoración benigna) de la glándula inferior derecha. Se procede a la extirpación quirúrgica, y a los dos meses el dolor ha disminuido casi a la mitad, y la confusión mental y la sensación depresiva se ha resuelto totalmente, a pesar de que sus circunstancias personales son las mismas que con anterioridad.»

El texto sirve para ejemplificar diversas cosas. Por ejemplo, que la salud de las mujeres se ha estudiado y valorado solo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordarla desde una perspectiva integral.

Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus u obesidad.

Lois Verbrugge ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno.

Las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en la literatura en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario. Aunque utilicen más los servicios, no están incluidas o han sido subrepresentadas en los ensayos clínicos, y como resultado, los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente masculina son frecuentemente extrapolados de forma inapropiada para el uso clínico entre mujeres. Esta situación denunciada desde el año 1990 desde diversos foros internacionales no ha mejorado en los últimos 14 años, ya que los ensayos clínicos solo incluyen un 24,6% de mujeres y solo se ha realizado un análisis específico de género en un 14% de los ensayos.

La forma en que se ha educado a las mujeres y la cultura patriarcal dominante hace también que las mujeres, casi siempre con baja autoestima, tiendan a querer ser perfectas y a seguir un modelo de ideal materno que las conduce a situaciones de alto estrés mental: nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan.

El concepto género en salud a menudo se confunde con el de sexo. Mientras sexo se constituye como una categoría descriptiva que hace referencia a los componentes estrictamente biológicos, fisiológicos, incluso genéticos y hormonales, género es una categoría analítica que permite dar cuenta de la subordinación, de las diferencias en el ejercicio del poder, de las desigualdades y su efecto en las condiciones de vida y de salud de las personas⁵⁵. Supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente⁵⁶.

54. Carme Valls Llobet, *Mujeres invisibles para la medicina*. Plaza y Janes (2006)

55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2872536>

56. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2950/1/TESIS336-130607.pdf>

La perspectiva de género recoge las diferentes formas de enfermar entre mujeres y hombres.

Desde hace un tiempo ha crecido cierto interés (presionado por las luchas feministas incluidas en el ámbito académico) para incorporar el enfoque de género en la salud. Pero, en realidad, más allá de disponer, en algunos casos, de datos desagregados por sexo, no se ha avanzado demasiado en un análisis real de género de la enfermedad o la alimentación insana. Y cuando ha habido algunas acciones sobre la salud concebidas con perspectiva de género, son en realidad únicamente acciones para las mujeres y focalizadas sobre todo en el ámbito de la salud reproductiva. Introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud es ir mucho más allá, supone tener claro (y analizar) que las diferencias se convierten en desigualdades, puesto que en su génesis se encuentran unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres, establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor. Son inequidades basadas en patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida justificaría su mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte. Para entender las inequidades en salud entre mujeres y hombres es fundamental el reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo reproductivo o doméstico y de las condiciones en que este se realiza.

Es necesario utilizar el análisis de género para examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, para detectar el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en su exposición a factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y como se crean desigualdades en el acceso a las tecnologías, la información, los recursos y la atención sanitaria.

Cuando proponemos estudios desde la perspectiva de género, estos no vienen a reemplazar o a ser sinónimos de estudios de mujeres, sino que implican un análisis crítico de las relaciones de dominación y subordinación en constante remodelación⁵⁷, incorporando el sistema sexo-género en los marcos explicativos de las investigaciones, así como en sus diseños y análisis. Para priorizarlo, es básico aceptar que el género organiza y subyace en la base de los valores y normas⁵⁸.

Tales desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina *inequidades*, atribuyéndoles así una dimensión moral y ética, al ser innecesarias, evitables e injustas y, por tanto, no deben ser toleradas⁵⁹.

La perspectiva de género implica, por tanto, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo como tal que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud⁶⁰. Desde un punto de vista más operativo, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan.

La equidad en la situación de salud no implica la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediabiles entre unas y otros en las oportunidades de disfrutar de salud, y de no enfermarse, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles⁶¹.

Es un hecho contrastado la mayor morbilidad de las mujeres respecto a los hombres, y diversos estudios apuntan a que esta mayor morbilidad estaría en buena medida influenciada por factores sociales como los derivados de la manera en que se integran al mercado de trabajo, así como de un mayor estrés e infelicidad objetiva que derivan de sus condiciones objetivas de vida y que resultan en una mayor sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad. Uno de los primeros estudios sobre sesgo de género en salud se publicó en 1991⁶², y en él se ponía de manifiesto que ante los mismos problemas de salud se realizaba un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en hombres que en mujeres.

Está comprobada también la diferente manera en que los determinantes socioeconómicos y productivos afectan a la salud de las mujeres. El Informe Salud y Género (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006), dedicado a las edades centrales de la vida de las mujeres, recoge cuál es la situación en este sentido. Los factores explicativos del impacto diferencial de la salud de las mujeres están relacionados con la doble y a veces la triple jornada de trabajo que soportan las mujeres como consecuencia de su incorporación al mercado laboral, la asunción del rol reproductor que sigue desempeñando casi en exclusividad, y en el que se incluyen los cuidados familiares⁶³. Las medidas de conciliación y corresponsabilidad de la vida laboral y familiar de las que solo han hecho uso casi en exclusividad las mujeres, no han tenido una gran repercusión y en ocasiones han sido negativas para la salud de las mismas, además de que han afectado de manera negativa a su vida laboral⁶⁴. Por otra parte, los fenómenos relacionados con la

57. Joan W. Scott, *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. Universidad de Valencia (1990)

58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=593857>

59. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

60. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2950/1/TFESIS336-130607.pdf>

61. OPS (2003)

62. <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758>

63. <http://si.easp.es/GYS/Productos.aspx>

64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449831/>

exclusión social, que tienen un impacto directo sobre los niveles de salud de la población, afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres⁶⁵.

El sistema sexo-género patriarcal adscribe roles dicotómicos diferenciados y jerarquizados a hombres y mujeres por razón de sexo, desempeñando lo femenino un papel subordinado y dependiente respecto a lo masculino. En concreto, el desprecio por lo alimentario en el ámbito de lo doméstico está unido a tres dicotomías patriarcales fundamentales e interrelacionadas: masculino-femenino, público-privado y trabajo productivo-trabajo reproductivo.

El sesgo androcéntrico desprecia e invisibiliza los trabajos domésticos fundamentales para el sostenimiento de la vida (cocinar, hacer la compra, elegir las comidas cuidando la diversidad de la dieta y el equilibrio nutricional, alimentar) identificados como femeninos y realizados mayoritariamente por mujeres, despreciadas por la mirada occidental. En la división sexual del trabajo patriarcal, solo el trabajo remunerado en el mercado se concibe como realmente «productivo» y se adscribe prioritariamente a los hombres, mientras las mujeres se hacen responsables de los trabajos invisibilizados, considerados «improductivos». Se desvaloriza el mundo doméstico en cuanto que femenino pese a que en él se desarrollan actividades fundamentales e indispensables para la sostenibilidad de la vida.

Este sesgo androcéntrico se ha traducido en presiones culturales y materiales para abandonar e industrializar la alimentación doméstica. La falta de reparto del trabajo en el espacio de lo doméstico y el cuidado ha exigido que las mujeres dediquen menos tiempo a las tareas de alimentación, en lugar de repartirlo. Esto ha sido posible gracias a la incorporación de electrodomésticos y del cambio en la propia alimentación hacia una comida congelada, prefabricada, instantánea e industrializada.

La visibilización es importante, porque cuando conseguimos percibir las desigualdades, es mucho más fácil cambiarlas o, al menos, rebelarse contra ellas.

Aunque es voluntad de este informe recoger datos, información y análisis que utilicen el enfoque de género, nos hemos encontrado con muchas dificultades para hallar datos desagregados entre hombres y mujeres. Y es que en el Estado español no existe gran producción científica sobre desigualdades de género en salud y en la asistencia sanitaria (acceso, uso y calidad): ni respecto a las mejoras científico-técnicas ni respecto a los derechos de quienes las padecen. En todo el proceso de producción y publicación de conocimientos sobre salud se pueden producir diversos sesgos de género. Y existe aún menos literatura sobre el género como determinante social en la alimentación insana.

Destacamos a continuación algún ejemplo de los más trabajados a modo de ilustración, tanto para ejemplificar el tema en sí como para detectar aún más el vacío de este tipo de análisis, del todo imprescindibles. El sesgo de género se inculca en todo el sistema sanitario y, también, en el alimentario.

■ Enfermedades cardiovasculares

La investigación sobre cardiopatía isquémica (CI) proporciona un ejemplo ilustrativo de diferentes componentes que pueden estar presentes en la investigación con enfoque de género. Una de las características que ha determinado en gran medida tanto la investigación como la atención sanitaria de la CI ha sido el que, durante años, se haya percibido como una patología asociada a los hombres. La cosa cambió sustancialmente cuando se empezaron a analizar los resultados de manera separada para cada sexo. La estratificación en el análisis permitió dar a conocer que, aunque el infarto de miocardio era menos frecuente en mujeres, la letalidad era mayor⁶⁶. Se observó que las mujeres padecen la mayoría de los infartos de miocardio a una edad más tardía, que se acompañan de más comorbilidad⁶⁷, que acceden a la atención sanitaria en un estado de mayor gravedad y que presentan una distribución de los factores de riesgo diferente a los hombres. Además, los signos y síntomas denominados *típicos*, porque están basados en las características de presentación en los hombres, son menos frecuentes. Basándose en iguales problemas coronarios, a las mujeres se les envía a casa a los hombres se les realiza un *baipás* coronario, un hecho que condujo a Bernardine Healy en 1991 a definir el síndrome de Yentl, ironizando sobre las necesidades de las mujeres de adoptar una configuración externa masculina para poder ser atendidas con igual eficacia que los hombres. Se descubrió que las mujeres recibían menos tratamiento revascularizador, mayor dificultad para realizar un diagnóstico correcto, menor ingreso en una UCI y menor uso de cateterismo cardíaco.

■ La lactancia y la maternidad

Las mujeres son el centro de atención de gran parte de los estudios y programas aplicados de nutrición y alimentación, en cuanto que se consideran uno de los componentes fundamentales de la salud infantil. Son el foco de interés en términos de embarazo y lactancia, momentos en que aumentan sus requeri-

66. <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-cardiopatia-isquemica-espana-estimacion/articulo/13029694/> y <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200007063430102>

67. La *comorbilidad*, también conocida como *morbilidad asociada*, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.

65. <http://apsredes.org/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>

mientos de energía y de ciertos nutrimentos, lo cual, aunado a los cortos intervalos intergenésicos, al intensivo cuidado de los hijos (reproducción social) y a una mala alimentación, hace de la población femenina uno de los grupos con mayor riesgo. Esto podría parecer positivo; no obstante, algunas investigadoras alertan que caracterizar a la mujer esencialmente por sus funciones reproductivas (solo como «madres») es lo que ha llevado a las y los profesionales de la salud y la nutrición a estudiar casi de forma exclusiva el estado nutricional de las mujeres-madres durante ciertos momentos del proceso reproductivo, sin percatarse de que esta visión puede distraer la atención de otros elementos de discriminación y desventaja. La construcción de la identidad femenina centrada en la maternidad se define en lo femenino como un «ser para otros», lo cual llega a tener implicaciones en la autoestima, la valoración social y la capacidad para tomar decisiones y actuar en su propio cuerpo, su vida y su salud, incluida su alimentación. La mujer es, sobre todo, quien nutre y alimenta a los demás y esa parte de la construcción de la identidad cuestiona la posibilidad de cuidar su propio bienestar. De lo anterior se desprende la necesidad de contrarrestar el sesgo generalizado de restringir la salud de la mujer al ámbito reproductivo-materno. Un muy buen ejemplo de esta tesis la tenemos en los resultados de un estudio sobre la afectación de la diabetes tipo II en Andalucía analizando dos determinantes sociales: clase social y género. El resultado indica (como hemos visto anteriormente) que las clases populares sufren más diabetes que las superiores, pero que esta brecha es mucho mayor para las mujeres. Estas, las mujeres de clases populares, tienen tres veces más diabetes que los hombres de su misma clase. La explicación que ofrece la investigación⁶⁸ es que «la disponibilidad de ingresos económicos condiciona numerosas decisiones en el ámbito personal y familiar, sobre todo en el modelo de sociedad capitalista, en la cual el acceso a la mayoría de los bienes y servicios está estrechamente ligado a la posición económica. El hecho de que los riesgos de obesidad y de diabetes mellitus de tipo II según la dificultad para llegar a fin de mes se observen solo en las mujeres puede ser consecuencia del mayor peso que en general tienen, respecto a los hombres, en la planificación y la ejecución del gasto del hogar. Este rol ligado al género que la sociedad les asigna haría que evaluaran de forma más precisa y percibieran más directamente la existencia de dificultades económicas en el hogar, y por tanto sufrirían más las consecuencias de la incertidumbre asociada a las posibilidades de adquisición de, entre otros bienes y servicios, los alimentos necesarios para los miembros de su núcleo familiar, o para sí mismas en las que viven solas. En el Estado español se ha comprobado un mayor riesgo de pobreza en las mujeres que en los hombres. La desigualdad de género podría ser una expresión de otras exposiciones de riesgo para la salud derivadas de las dobles cargas de trabajo (en el hogar, con el cuidado de los niños y los mayores más el resto de trabajos domésticos, y fuera de él), la subordinación en la toma de decisiones, la mayor precariedad laboral y el menor apoyo social para sus cuidados personales,

especialmente en las mujeres que viven solas. Estos factores, entre otros, podrían condicionar negativamente su alimentación y limitar sus posibilidades de realizar ejercicio físico, favoreciendo la obesidad y el riesgo de diabetes mellitus de tipo II. Es posible que la mayor prevalencia y el riesgo aumentado de diabetes mellitus de tipo II en las mujeres con dificultades para llegar a fin de mes pueda ser, en parte, consecuencia de desigualdades en los cuidados recibidos».

■ **Diabetes tipo II**

Esta dolencia se presenta con una alta prevalencia en mujeres mayores de 40 años, relacionada en muchos casos con la obesidad, que también hemos visto que tiene un claro sesgo de género especialmente entre clases populares. La diabetes es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado en hombres, así de simple.

■ **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**

Estos trastornos son un apartado clásico en los estudios de género y alimentación, aunque hemos intentado reflejar en estas páginas hasta qué punto el género como determinante social afecta a toda la alimentación insana, no solamente a problemas como la anorexia, la bulimia o sus formas mixtas. Se sabe que las mujeres desarrollan con mayor frecuencia desórdenes de la conducta alimentaria que los hombres, y el género femenino generalmente es considerado un factor de riesgo importante para los TCA. Los últimos estudios alertan del aumento de casos especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes. La prevalencia en estos grupos oscila entre el 1 y el 4%, con una ratio mujer/varón de 10-20:1, aunque las actitudes anoréxicas que no cumplen todos los criterios de enfermedad son mucho más altas. Las pacientes con trastornos de la alimentación puntúan en las escalas de feminidad con los ítems más altos. Pocas patologías tienen de manera más evidente la marca de la presión cultural sobre el ideal de mujer. Nadie duda de la importancia de los mensajes de los medios de comunicación sobre el desarrollo de esta epidemia, que provocan un choque entre la exigencia de perfección sobre el físico femenino, según determinados patrones estéticos, y la percepción de una realidad siempre alejada de este ideal. La visibilización es un paso, pero hay que actuar de manera que no solamente se visibilicen las mujeres como protagonistas de la enfermedad, sino que puedan actuar como gestoras en el cambio de su propia realidad. De objeto de estudio a sujetos de cambio. Los alimentos no solo se componen de nutrientes, sino también de significaciones.

68. http://scielo.jsciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500012

Alimentarse no es un hecho puramente fisiológico, sino sobre todo social, y los nutrientes no se digieren exclusivamente mediante procesos internos metabólicos, sino también a través de representaciones que les vienen de fuera y que han sido generadas por el entorno sociocultural. En el caso de los TCA es muy evidente, pero ese mismo análisis sirve para toda la alimentación. Los enfoques de género conciben la anorexia y la bulimia nerviosa como consecuencia del menor estatus de las mujeres y de su instrumentalización como objetos en una sociedad patriarcal y dominada por los hombres. Las ideas sobre las prácticas alimentarias y el cuerpo reflejan las relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres.

No deja de ser curioso que mientras que hoy en día la anorexia y la bulimia son agrupadas entre los problemas mentales, debido a que se han considerado principalmente de origen psicológico, la obesidad, en cambio, ha sido clasificada como una enfermedad de tipo metabólico. Sin embargo, la obesidad puede también ser considerada en numerosos casos como un trastorno sociocultural, económico y de género.

■ **Dieta mediterránea**

Otro ejemplo clásico de sesgo de género en salud lo constituye la llamada *dieta mediterránea*. Este concepto fue desarrollado por el norteamericano Ancel Keys, a través del estudio de las enfermedades coronarias en siete países y durante 25 años. Denominaron **mediterranean way** al estilo de vida que identificaron como mejorante de la salud cardiovascular (frugalidad en las comidas, ejercicio físico, mucha fruta y verdura y pocos alimentos de origen animal). El **mediterranean way** se transformó posteriormente en **mediterranean style** y este, en la dieta mediterránea. Más allá de la exactitud o no del estudio y sus conclusiones, lo destacable aquí es que el estudio de Keys recogió datos de más de 13.000 personas, pero todas ellas eran hombres⁶⁹.

69. www.nutricionclinica.sld.cu/Patrimonio/AncelKeys.htm



02

**LA ALIMENTACIÓN QUE
NOS ENFERMA**



Hasta ahora hemos visto que la dieta insana es un factor de riesgo para la salud de primer orden, que muchas de las principales enfermedades que nos afectan están vinculadas a esa dieta insana, y también que existe un claro gradiente de afectación en función de clase social y género. Pero, ¿qué está pasando con nuestra alimentación para que esto sea así? ¿Qué hay en nuestra dieta actual que nos enferme hasta llegar a unos índices de pérdida de salud tan escandalosos? ¿Cómo se ha convertido la alimentación en el mayor riesgo para nuestra salud?

01

TRANSICIONES NUTRICIONALES

Desde los inicios de la humanidad, los patrones de alimentación han ido evolucionando. Como ejemplo, podemos observar la evolución en el consumo de uno de los ingredientes más presentes, hoy en día, en nuestra dieta: el azúcar.

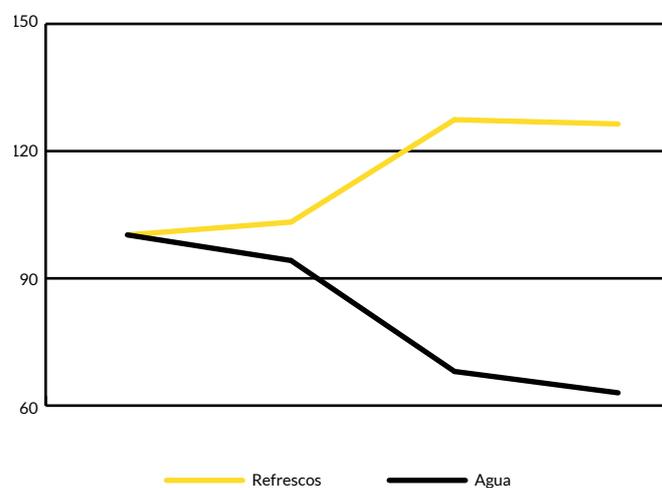
O este otro gráfico con un arco temporal mucho más corto⁷⁰ sobre el cambio del consumo de bebidas en el Estado español.

Dentro de las diferentes transiciones nutricionales vividas a lo largo de la historia, la que estamos viviendo en estas últimas décadas presenta una serie de características que la hacen únicas. Las dos más importantes son la rapidez del cambio con respecto a otros periodos históricos (pensemos, por ejemplo, que

GRÁFICO 19 Evolución consumo azúcar en el Reino Unido (gr/persona/año)



GRÁFICO 20 Evolución consumo tipos de bebida 2009-2012 (2009, base 100)



70. <http://germainegoyamadrid.com/por-que-fallan-las-modernas-dietas-para-adelgazar/>

el cambio de cazadores-recolectores a la agricultura se produjo en miles de años), y la gran cantidad poblacional a la que afecta. Estos factores intensifican los impactos sociales de la misma. En este sentido, los efectos de nuestra dieta sobre la salud pueden constatarse ya en una misma generación, cosa que no había pasado antes.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ACTUAL TRANSICIÓN?

Lo que se entiende por transición nutricional es una secuencia de modificaciones (tanto cuantitativas como cualitativas) en la alimentación, relacionadas con cambios económicos, sociales y demográficos.

Aunque lo veremos ahora con detalle, uno de los resúmenes de la transición actual es que las dietas tradicionales han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa (principalmente de origen animal) y más azúcares añadidos en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra. Dicho de otro modo, un aumento de la ingesta de carne, mayor consumo de azúcares, mayor presencia de las grasas y aceites vegetales acompañados de un importante crecimiento del consumo de alimentos refinados y procesados. Estas tendencias se suman al drástico descenso del consumo de legumbres y granos, alimentos básicos en la pirámide alimenticia. Todo ello está teniendo impactos en nuestra salud.

Cabe también destacar que la transición dietética es un fenómeno complejo y desigual.

Al mismo tiempo que se produce una «occidentalización» de la dieta alrededor del mundo, esta misma globalización nos permite incorporar alimentos y sabores exóticos en los países industrializados y diversificar aparentemente la dieta. Más que destruir, el fenómeno globalizador desintegra las particularidades culinarias locales y las vuelve a reintegrar en nuevos mosaicos culinarios o en nuevos productos culturales homogeneizados para el consumo masivo.⁷¹ El momento exacto de esta transición también varía entre poblaciones según su estado de madurez. Por ejemplo, mientras en el Estado español el sobrepeso y la obesidad crecen lentamente (en parte porque estamos ya a unos niveles altísimos), en otras regiones el crecimiento es exponencial. El continente africano se ha asociado (y con razón) al hambre y a la subnutrición, pero en los últimos años ese hecho convive con el contrario, la obesidad. Así, desde 1990, en África se ha doblado el número de población infantil con obesidad y sobrepeso y actual-

mente, 1 de cada 4 niñas y niños con obesidad y sobrepeso que hay en el mundo viven en África⁷².

Para finalizar, el concepto *transición* parece indicar un cambio dietético «natural» o azaroso, cuando en realidad se trata de un cambio dirigido y forzado a través de vectores motrices muy claros. Más que una transición es una conducción por parte de quien ha tomado el control de la cadena alimentaria, hacia unas dietas con mayor rentabilidad monetaria para estos actores pero que son altamente insanas.

GLOBESIDAD

De la misma manera que hablamos de transición nutricional, otro término acuñado que va paralelo es la transición *epidemiológica*. Esta hace referencia a la reducción de la mortalidad infecciosa y el incremento de la no infecciosa. En el Estado español ese cruce se produjo en 1945, año en que las enfermedades no asociadas a virus o bacterias superaron a estas. La transición epidemiológica se debe a múltiples causas, no todas negativas (mejoras higiénico-sanitarias, vacunaciones, antibióticos, etc.), pero no podemos evitar hacer el paralelismo entre dos transiciones, la epidemiológica y la nutricional, que veremos en seguida. Los cambios en la composición de la dieta que tienen lugar a medida que avanza el capitalismo y la revolución verde agrícola en una sociedad, conllevan (en una primera etapa) el paso de una situación de posible carestía y deficiencias nutricionales a otra con mejores índices de salud alimentaria. Sin embargo, es solamente la fase inicial. A medida que estas fuerzas siguen actuando, las dietas se desequilibran rápidamente y los alimentos procesados (ricos en nutrientes críticos) se convierten en la base de la alimentación, especialmente de las clases populares, y se produce entonces un empeoramiento del estado de salud de las poblaciones, aumentando los niveles de enfermedades como la obesidad, la diabetes o las cardiovasculares.

Estas transiciones nutricionales responden a las dinámicas propias de cada contexto histórico. En el caso que nos ocupa, del estado actual del capitalismo. Existe numerosa literatura que ha analizado cómo la actual fase del capitalismo condiciona el qué y el cómo comemos, así como sus impactos negativos en nuestra salud. Apuntamos aquí dos ideas que nos parecen interesantes:

1. A más globalización, más alimentación insana
2. A más revolución verde, más alimentación insana

71. http://admin.isf.es/UserFiles/File/catalunya/publicaciones/castellano/esferes9_%20web_new.pdf

72. <http://en.rfi.fr/africa/20160126-africas-rate-child-obesity-doubles>

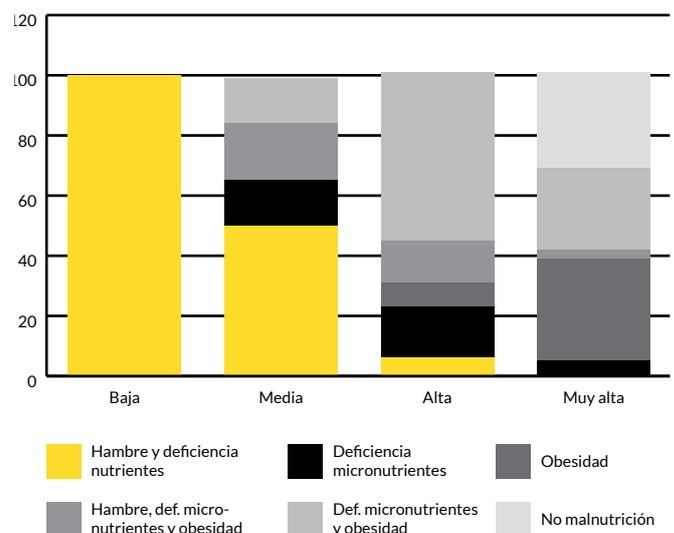
1. Se puede cuantificar el grado de globalización económica de un conjunto de países y compararlo (en series temporales estadísticamente significativas) con el grado de enfermedades asociadas a la mala alimentación, por ejemplo, índice de obesidad. Los resultados de estos análisis arrojan un resultado claro e inquietante: a más globalización, más obesidad. **En concreto, por cada grado de desviación estándar⁷³ del índice de globalización, se incrementa en un 20% el índice de obesidad, y se incrementa el consumo de energía y grasas en un 6 y 16% respectivamente. En datos absolutos, cada grado de desviación implica un incremento de 3,66% de la población obesa, y un incremento de 237,8 kcal ingeridas extras y 25,8 gramos de grasa extras consumidos.** Pero podemos ir un poco más allá: podemos desgranar el grado de globalización en algunos de sus micromecanismos sociales implicados en la alimentación. En este caso, se analizan por separado elementos como el precio de los alimentos, la desigualdad en la renta, la incorporación de la mujer al mercado laboral o el grado de urbanización. Todos ellos tienen una correlación directa con el grado de obesidad y consumo de energía y grasa de sus poblaciones. También podemos diferenciar aspectos puramente económicos de la globalización de otros que se engloban en la llamada *globalización social y cultural*. Los datos nos dicen, contrariamente a lo que se podría esperar, que son los aspectos sociales y culturales del capitalismo los que más impactan en la transformación que está viviendo nuestra dieta. Por ejemplo, **la variable (de las 5 citadas anteriormente) que más impacta en el incremento de la obesidad y en el consumo extra de calorías y grasa, a medida que una sociedad avanza en el capitalismo patriarcal, es la del tanto por ciento de mujeres presentes en el mercado laboral.** En concreto, cada unidad de desviación estándar supone un incremento de 2,1% de los índices de obesidad, 165 kcal y 13,5 gramos de grasa consumidos extras. Todo ello está íntimamente relacionado con el rol asignado a las mujeres en las sociedades patriarcales, el reparto de los usos del tiempo entre hombres y mujeres, la asignación de ciertas tareas a ellas (especialmente todas las que tienen que ver con la reproducción y el cuidado y, dentro de ellas, las asociadas a la alimentación).
2. A medida que se implanta y extiende el sistema de producción agroganadera basado en la revolución verde en un territorio, se extiende también la malnutrición, aunque cambia de rostro. Si inicialmente se suple la carestía de nutrientes y los índices de subnutrición mejoran, en poco tiempo aparecen la deficiencia de micronutrientes (menos densidad y diversidad nutritiva) y la obesidad y sobrepeso (exceso de nutrientes insanos), siendo el resultado final un incremento de la malnu-

73. La *desviación estándar* (DS/DE), también llamada *desviación atípica*, es una medida de dispersión usada en estadística que nos dice cuánto tienden a alejarse los valores concretos del promedio en una distribución de datos. De hecho, específicamente, el cuadrado de la desviación estándar es «el promedio del cuadrado de la distancia de cada punto respecto del promedio». La desviación estándar de un conjunto de datos es una medida de cuánto se desvían los datos de su media. Esta medida es más estable que el recorrido y toma en consideración el valor de cada dato.

trición. Más alimentos procesados derivados de la revolución verde per cápita no significa mejor alimentación; los datos, de hecho, indican justamente lo contrario. Existen diversos estudios que han analizado las consecuencias nutricionales de la revolución verde⁷⁴. Por ejemplo, desde 1970 el precio de algunos cereales (arroz o trigo) ha disminuido en relación con el precio de los alimentos ricos en micronutrientes (por ejemplo, verduras y legumbres). Esto es debido, probablemente, a mayores ganancias monetarias para algunos cultivos en detrimento de otros, y la redistribución resultante de la tierra hacia ellos. Los datos globales (y lo veremos con detalle al final de este estudio) dan como resultado que los alimentos ricos en micronutrientes se han convertido en relativamente (y en algunos casos, absolutamente) menos asequibles, sobre todo para las clases populares y de menos ingresos. Los efectos de sustitución inducidos por la revolución verde en el campo han llevado a un incremento de las dietas ricas en calorías, pero menos diversas y ricas en micronutrientes. Por otra parte, como el gasto de energía humana disminuye a medida que las poblaciones se mueven de mano de obra agrícola manual hacia actividades no agrícolas menos demandantes de energía, el aumento de la ingesta de energía en algún momento empieza a contribuir a la ingesta de calorías en exceso y ello se manifiesta en el sobrepeso y la obesidad.

Una manera gráfica de ver esto consiste en observar la evolución en el tipo de malnutrición a medida que avanza la productividad agrícola (uno de los indicadores de la revolución verde)⁷⁵.

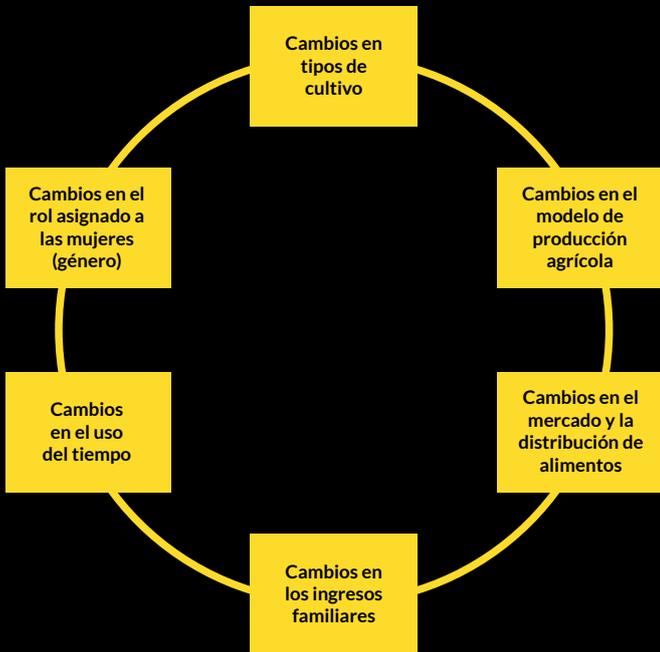
GRÁFICO 21 Relación entre malnutrición y productividad agrícola



74. <https://core.ac.uk/download/files/153/6257689.pdf>, por ejemplo.

75. http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Papers_and_documents/WP_13-02_Gomez_et_al.pdf

ESQUEMA 01 Cambios del actual sistema alimentario



ESQUEMA 02 Elementos del capitalismo implicados en la alimentación insana



Bajo esta perspectiva, se pueden resumir algunos de los cambios implicados en el actual sistema alimentario que están alterando la calidad nutricional de la dieta en el esquema 1⁷⁶.

Algunos elementos del capitalismo actual implicados en la alimentación insana serían los que aparecen en el esquema 2.

TRANSICIÓN NUTRICIONAL EN EL ESTADO ESPAÑOL

El Estado español no escapa de este fenómeno. Al contrario, debido a su historia reciente, es uno de los mejores ejemplos. Nuestra dieta ha cambiado (y ha sido cambiada) y las fuerzas motrices que operan sobre nosotros y nosotras son las comentadas anteriormente. Ahondaremos en ellas cuando se analicen con detalle las causas de la alimentación insana en nuestro territorio. De momento, nos limitaremos a ilustrar ese cambio.

El Estado español ha sido considerado (junto con el resto de países mediterráneos) como uno de los lugares con una dieta tradicional más sana. Y lo de tradicional no es un adjetivo accesorio. Si alguna vez lo fue, lo que está claro es que ahora lo es menos. Si se observa la llamada *pirámide nutricional* (o sus evoluciones

recientes como la rueda alimentaria), que indica el consumo ideal de distintos tipos de alimentos, veremos cómo este país se ha ido alejando de ese patrón.

Al comparar la dieta media en 1964 y la actual, se observa cómo se ha desplomado el consumo de cereales, hortalizas y leguminosas, al tiempo que se ha disparado el de azúcares, carne y lácteos. Aunque no es el objeto de este informe, no podemos dejar de destacar que si comparamos estos datos con el tipo de ayudas, promociones y apuestas de la Política Agraria Común (PAC) y con el grado de liberalización comercial por tipo de producto, veremos que se parecen como dos gotas de agua.

Respecto a los datos de este último gráfico, conviene señalar un elemento: el consumo de azúcares y grasas. En las estadísticas antes mencionadas se contabilizan dentro de azúcares y grasas solamente su consumo directo (para entendernos, el azúcar que echamos en el café o el aceite en la ensalada). Pero la mayor parte de la ingestión de azúcares y grasas (también de sal, como veremos) no se hace conscientemente, sino que los ingerimos a través de otros alimentos. Es el azúcar o la grasa o la sal ocultas, la cara B de la alimentación.

76. http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Papers_and_documents/WP_13-02_Gomez_et_al.pdf

GRÁFICO 22 Variación del consumo del tipo de alimento 1961-2011
(kg/persona/año)

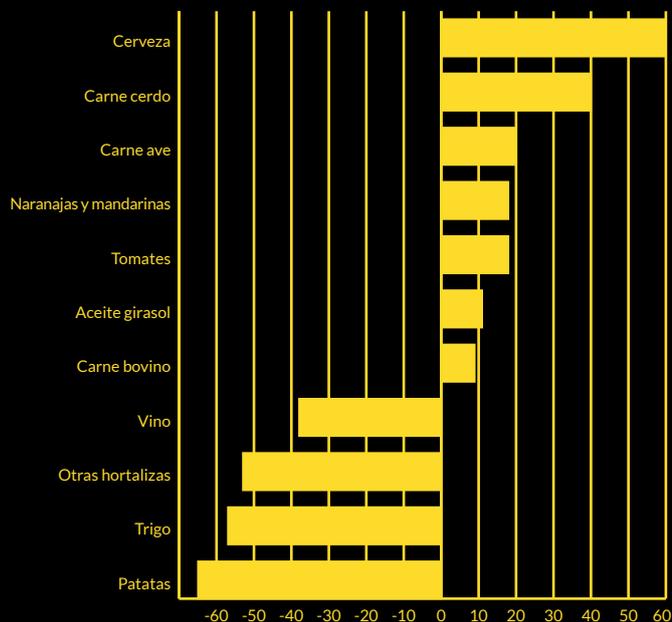
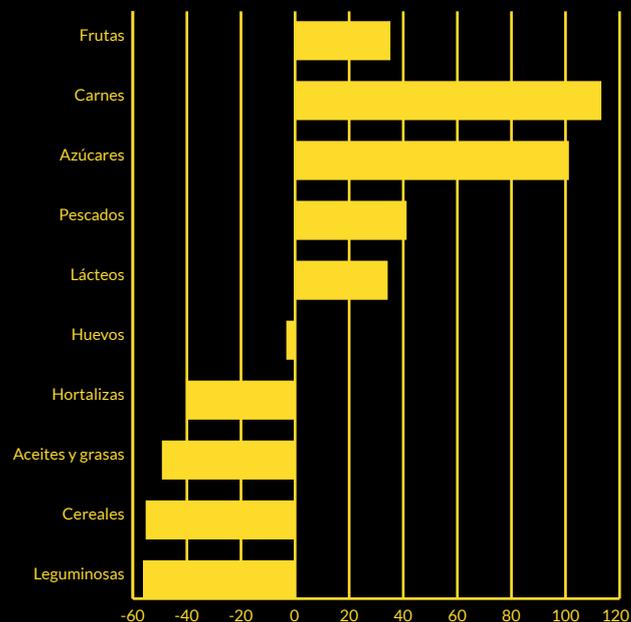


GRÁFICO 23 Evolución del consumo alimentario 1964-2012 (gr/día)



LA CATEGORÍA ESTADÍSTICA PERDIDA: LOS ALIMENTOS PROCESADOS

En 2005 el Ministerio de Economía tailandés puso en funcionamiento el Mama Noodles Index para medir la degradación económica del país y poder prever así crisis como la de 1997. Este índice mide el consumo de *noodles* de la marca Mama, la más importante del país. Se estima que, si el índice supera el valor del 15%, significa que hay una importante masa de población que no puede acceder a la alimentación básica de calidad y solo consume fideos instantáneos⁷⁷. Más allá de la anécdota, lo mencionamos aquí como introducción a la importancia asignada (incluso a nivel gubernamental) de los alimentos procesados y la salud alimentaria, hasta el punto de que se pueden usar como indicador.

77. http://www.eldiario.es/consumoclaro/comer/noodles-fideos-chinos-instantaneos-yatekomo_0_50289979.html

02

ALIMENTOS PROCESADOS: MÁS GRASA, MÁS SAL, MÁS AZÚCAR

Podemos analizar, como hemos hecho hasta ahora, el cambio de la dieta en forma de alimentos sin procesar (las llamadas de manera muy ilustrativa *materias primas alimentarias*), pero en realidad eso nos dice poco de la evolución del consumo alimentario y su impacto en salud. Apenas comemos alimentos frescos (incluso los llamados *frescos* tienen un alto grado de procesado) y su evolución en el consumo nos indica cosas, sí, pero no las más importantes desde el punto de vista de impacto en salud. **Tan solo un 30% de lo que gastamos en alimentación se destina a alimentos frescos, el resto es alimentación procesada**⁷⁸.

Otra manera de ver la poca importancia que tiene la materia prima alimentaria en nuestra dieta es analizar los costes. Por ejemplo, lo que pagamos por cada alimento procesado que compramos, lo que gastamos en nuestra dieta, tiene muy poco que ver con lo que recibe el sector productivo. Básicamente porque hay poco de sector productivo en esa dieta. Hay poco alimento, para entendernos. Los costes se van por otros lados, no por la materia prima alimentaria que usa la industria. Así, según un reciente estudio de la Unión Europea, el porcentaje de variación de los precios en el consumo tiene que ver entre un 0% y un 10% con las variaciones de precios en origen (en el campo) y un 0% (sic) con los precios de las materias primas alimentarias. Eso equivale a decir que da igual que el precio en origen suba o baje, eso no tiene nada que ver con el precio final que pago yo al comprarlo. Ese precio final responde a otras lógicas e intereses. Otro dato: el precio de la materia prima alimentaria solo explica aproximadamente el 30% del precio final del alimento procesado.

Es decir, si continuamos analizando la evolución de la dieta y su impacto en la salud a partir de las materias primas alimentarias, su producción, consumo o precio, nos estaremos equivocando. No comemos nada de eso ni tampoco pagamos en función de esos costes de producción.

Donde tenemos que mirar (y donde intentarán que no miremos) es a la alimentación procesada. La auténtica cueva de Alí Babá de la alimentación insana.

78. crezca el conjunto del mercado, estimado en 70.000 millones de euros, repartido entre envasados (49.000 millones) y frescos (21.000 millones), un 0,4% menos que en 2013, según el citado informe www.freshplaza.es/article/88272/La-ca%C3%ADda-de-los-precios-de-los-alimentos-en-Espa%C3%B1a-hace-que-crezca-el-consumo

■ ¿Qué son los alimentos procesados?

La legislación define así los alimentos transformados y sin transformar⁷⁹:

- › **Transformación:** cualquier acción que altere sustancialmente el producto inicial, incluido el tratamiento térmico, el ahumado, el curado, la maduración, el secado, el marinado, la extracción, la extrusión o una combinación de esos procedimientos.
- › **Productos sin transformar:** los productos alimenticios que no hayan sido sometidos a una transformación, incluyendo los productos que se hayan dividido, partido, seccionado, rebanado, deshuesado, picado, pelado o desollado, triturado, cortado, limpiado, desgrasado, descascarillado, molido, refrigerado, congelado, ultracongelado o descongelado.
- › **Productos transformados:** los productos alimenticios obtenidos de la transformación de productos sin transformar. Estos productos pueden contener ingredientes que sean necesarios para su elaboración o para conferirles unas características específicas.

La industria alimentaria y sus redes científicas se afanan en decirnos que el procesado de los alimentos es tan antiguo como la misma humanidad, que gracias a ello tenemos alimentos más seguros y que se conservan más y mejor. Como es habitual, se trata de dispersar y enterrar. Dispersar el debate ofreciendo mil definiciones posibles, tergiversando el sentido que le otorga la corriente crítica, y enterrarlo a base de complejizar artificialmente su implicación en nuestra mala salud. Se hace con los alimentos transgénicos, se hace con los perfiles nutricionales, se hace con las dietas saludables y se hace, naturalmente, con el concepto *alimento procesado*. Este es uno de los párrafos predilectos:

«La era del procesamiento de alimentos comenzó hace aproximadamente 2 millones de años, cuando nuestros ancestros lejanos pusieron fuego a los alimentos y “descubrieron” la cocción. Luego vinieron la fermentación, el desecado, la conservación con sal y otras formas primitivas de procesamiento de alimentos. Esto finalmente condujo a los modernos métodos de procesamiento de alimentos de hoy en día, que nos dan una oferta de alimentos abundantes, inocuos, prácticos, accesibles y nutritivos.»

En realidad, nadie está hablando de ese procesado. Lo que nos interesa es más bien el resultado final de la manipulación alimentaria, no tanto el grado o tipo de manipulación. Existe mucha confusión al hablar de comidas procesadas. Técnicamente, podríamos considerar como un alimento procesado cualquier vianda que haya sido tratada para alargar su conservación o alterar sus propiedades. En este sentido, son alimentos procesados todos

los productos enlatados, congelados, en salazón, escabechados, horneados, fermentados... Y, claro está, no todas estas técnicas convierten un alimento saludable en uno que no lo es.

Cuando las profesionales de la dietética y la nutrición hablan de evitar la «comida procesada» se refieren, en concreto, a los alimentos sometidos a transformaciones industriales que los hacen especialmente ricos en sal, azúcares, carbohidratos refinados y grasas poco saludables.

Hablando en lenguaje más sencillo, el abandono de este tipo de comidas a la fuerza nos obliga a comer frutas, verduras, carnes, pescados, huevos, leche, legumbres, cereales integrales, etc. En definitiva, aquellos alimentos que pasan de la granja, el huerto o el mar a nuestra cocina sin demasiados añadidos (más allá de las elementales medidas sanitarias o de procesos de conservación básicos)⁸⁰.

Esto nos lleva al siguiente apartado: más que hablar de alimentos frescos, debemos hablar de los ingredientes nutricionales que más están impactando en empeorar nuestra salud y en el vehículo donde estos viajan. Nos referimos a algunos tipos de grasas, a los azúcares añadidos y a la sal como ingredientes críticos, y a la alimentación procesada como vehículo.

79. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0852&from=ES>

80. http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-04-04/que-le-pasa-a-tu-cuerpo-cuando-dejas-de-comer-comida-procesada_1176686/

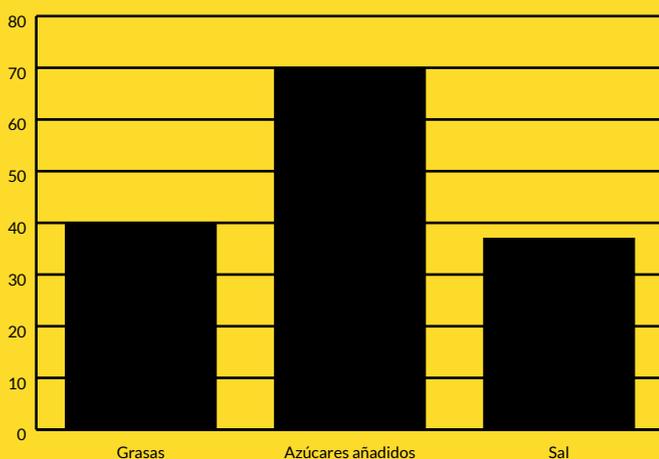
2.1 LOS SOSPECHOSOS HABITUALES O EL ABRACADABRA: AHORA LOS VES, AHORA NO LOS VES

Bajemos un peldaño en la categoría de alimentos y más que seguir viendo la evolución en el consumo de las materias primas alimentarias, veamos que ha pasado con esos ingredientes críticos (aquellos cuyo consumo excesivo ha demostrado sin lugar a dudas su efecto negativo en la salud), y que son vehiculados a través de la alimentación procesada.

En los últimos años, en el Estado español se ha incrementado muy considerablemente el consumo de estos nutrientes críticos. A pesar de que la inmensa mayoría de la población sabe que hay que reducirlo, este no hace otra cosa que aumentar. Esta aparente paradoja es el resultado de uno de los grandes trucos de magia de la industria alimentaria (con la indispensable ayuda de las Administraciones implicadas).

Los nutrientes críticos se han vuelto ubicuos y, al mismo tiempo, invisibles. Como si se tratara de un milagro, están en todas partes, pero nadie los puede ver. Son los ingredientes B o en la sombra.

GRÁFICO 24 Incremento del consumo en 10 años



■ El azúcar B

La compra de azúcar en los hogares españoles ha permanecido constante en los últimos cinco años y es equivalente a unos 4 kg de azúcar por habitante al año. Ahora bien, este dato no es el con-

sumo total de azúcares. De hecho, el consumo directo de azúcar es la cantidad menos importante de todas.

Existe, indudablemente, un cambio de hábito: si nos remontamos tiempo atrás, desde finales de la década de 1980, el consumo medio de azúcar de mesa por habitante en el Estado español ha descendido a la mitad. Sin embargo, el consumo total de azúcar (y, por lo tanto, por habitante) creció en más de un 20% durante el mismo periodo. ¿Cómo es posible?

La respuesta es simple: el azúcar desaparece de nuestra vista, pero no de nuestra dieta. Hoy, más del 75% del azúcar que ingerimos nos llega incorporado en alimentos elaborados, mientras que hace veinte años esta vía indirecta representaba menos de la mitad de nuestro consumo. Y por alimentos elaborados no nos referimos necesariamente a dulces y pasteles, sino también a embutidos, encurtidos, lácteos, refrescos o caldos preparados, por poner solo algunos ejemplos cotidianos. Así pues, el azúcar que consumimos no se limita a los cristales cúbicos que encontramos en terrones, sobres o paquetes, lo que habitualmente llamamos **azúcar de mesa**. Este es el formato únicamente de uno de cada 5 g que tomamos. Hoy, la inmensa mayoría del azúcar nos llega a través de formatos y vías invisibles y, en muchos casos, de manera inconsciente. Parece, pues, que nuestros esfuerzos por consumir menos azúcar son contrarrestados por algún otro lado.

El azúcar o sus derivados suelen añadirse a la alimentación procesada con distintos fines: para mejorar el aspecto, la textura, el sabor, etc. Los azúcares añadidos endulzan los alimentos y bebidas dándoles palatabilidad, lo que literalmente significa que provoca que sea grato al paladar. Como decíamos, también son añadidos a los alimentos para conservarlos o darles atributos de funcionalidad tecnológica como viscosidad, textura, cuerpo y/o pardeamiento (color oscuro que pueda resultar atractivo al consumo). Si bien la respuesta metabólica de nuestro organismo no depende del tipo de azúcar consumido, los azúcares presentes de forma natural en los alimentos (a diferencia de los azúcares añadidos) son parte del paquete de nutrientes propio de cada alimento. Contrariamente, muchos productos procesados que contienen azúcares añadidos contribuyen a aumentar el aporte de energía, pero aportando pocos (o ningún) nutrientes esenciales.

Te proponemos un ejercicio. Dirígete donde normalmente realizas tu compra y revisa los tres o cuatro primeros ingredientes de la lista que aparece en cada producto alimentario que compras habitualmente. Si eres una persona media (estadísticamente hablando), observarás que el azúcar aparece muy a menudo, bien sea de forma explícita o solapada: azúcar, maltosa, azúcar moreno, jarabe de maíz, caña de azúcar, miel, jugo concentrado de fruta (se tiende a creer que por provenir de la fruta son mejores), fructosa de jarabe de maíz, caña de azúcar natural o ecológica, son los más utilizados. No olvidemos que está formalmente regulado que el orden en el que se detallan los ingredientes en estas

listas se hace de mayor a menor presencia de cada ingrediente en el producto en cuestión.

› AZÚCARES AÑADIDOS

El problema no es, por tanto, el azúcar, sino los distintos tipos de azúcares añadidos a porrillo en la alimentación procesada.

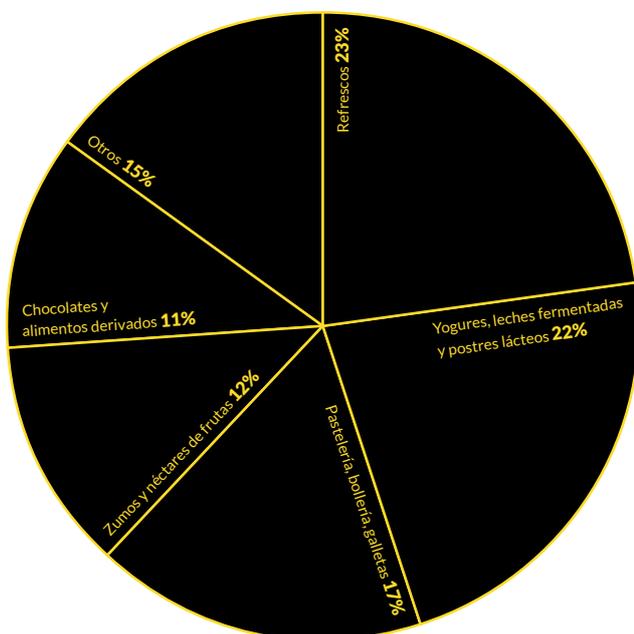
El Departamento de Agricultura y el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) definen los *azúcares añadidos* como ‘todos los azúcares utilizados como ingredientes en los alimentos procesados y preparados (por ejemplo, cereales de desayuno, bollería, refrescos, mermeladas y helados), y los azúcares que se ingieren por separado o se añaden a los alimentos en la mesa’.

En 2003, la OMS definió los *azúcares libres* como ‘todos los monosacáridos y disacáridos agregados a los alimentos por el fabricante, cocinero o consumidor, más los azúcares presentes de manera natural en la miel, los jarabes y zumos de frutas’.

Por lo tanto, tenemos azúcares totales (suma de los naturales más los añadidos), azúcares libres y azúcares añadidos. En realidad, los dos últimos son muy parecidos y podemos utilizarlos de manera casi indistinta.

Las fuentes más importantes de azúcares añadidos en el Estado español son los refrescos (23,0%), los yogures, leches fermentadas y postres lácteos (22,3%), pastelería, bollería y galletas

GRÁFICO 25 Consumo de azúcares añadidos (% por tipo de alimento)



(16,9%), zumos y néctares de frutas (11,9%), y los chocolates y alimentos a base de chocolate (11,4%). La reducción en la ingesta de estas fuentes de azúcares añadidos comportaría una reducción del contenido calórico de la dieta sin comprometer la adecuación nutricional de la misma.

Así pues, para reducir el consumo de azúcares añadido debemos, sí o sí, actuar sobre la alimentación procesada. ¿Cómo? Aunque lo veremos más adelante, tres de las herramientas más útiles y que son las recomendadas por los organismos internacionales de salud y los informes técnicos independientes son: etiquetándolo de manera clara (sacándolo a la luz), regulando la publicidad de los alimentos que van hasta los topes de este ingrediente crítico e incrementado su precio.

La Organización Mundial de la Salud en su más reciente informe sobre recomendaciones dietéticas sobre el consumo de azúcar, llega a la conclusión de que se debe reducir la ingesta de azúcares libres a un 5% o menos del total de energía. La mitad de lo que recomendaba hasta ahora. Es decir, que pasamos de los 50 g de azúcares añadidos al día, a 25 g. Esto conlleva no consumir más que el equivalente a tres sobrecitos de azúcar al día. Una sola lata de refresco contiene el 39% de la Cantidad Diaria Orientativa de azúcar para un adulto, que con las nuevas directrices pasaría a suponer un 78%.

¿Cuánto consumimos? Según la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética de España (ENIDE), un 20% de la ingesta de los españoles procede de los hidratos de carbono denominados *azúcares*. Según el reciente estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, realizado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid), el total de azúcares ingerido por un español medio es de 111,2 g/día, lo que representa el 18,2% del aporte calórico, y es superior a la ingesta media recomendada por la OMS y por algunos organismos públicos como los de los países nórdicos o el Reino Unido. No obstante, esta no es la cifra de consumo de azúcares añadidos, sino totales. Para obtener la de añadidos hemos usado un camino indirecto, dada la falta de datos a nivel oficial. Las dos fuentes principales de azúcares naturales son las frutas y derivados (como los zumos sin azúcares añadidos). Podemos calcular el consumo medio de este grupo de alimentos y su contenido medio en azúcares naturales, ello nos da unos 30 gramos. Restando a los 112 gramos de azúcares totales los 30 de los naturales, obtenemos alrededor de 80 gramos de azúcares añadidos. Más de tres veces más la recomendación de la OMS.

Este dato, aun siendo muy elevado, no deja de ser un consumo medio, y el consumo de azúcar es variable en función de la clase social (lo hemos visto antes) y también y, sobre todo, de la edad. Todo parece indicar que el sector de la población que más está incrementando su consumo de azúcares añadidos es la población infantil.

Si intentamos observar el consumo de azúcar de la población infantil, veremos que desgraciadamente no hay datos suficientemente desgranados a nivel estatal, pero sí (de manera indirecta) en diversas autonomías. En el caso de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, cuando se analizan los consumos (g/día) de diversos tipos de alimentos en la población infantil y juvenil, vemos que los alimentos no esenciales y los productos de densidad o valor nutricional bajos (caracterizados por un contenido elevado en azúcares simples añadidos y/o grasas saturadas y/o colesterol y/o sal), como son los productos de repostería, dulces, chucherías saladas, alimentos precocinados y bebidas comerciales procesadas de elaboración industrial, constituyeron el 20% (en cantidad) de la ingesta alimentaria media diaria en esta población. Si a ello le añadimos que un alto porcentaje de los cereales son cereales de desayuno (con alto voltaje azucarado) y que dentro de los lácteos abundan los batidos, yogures y postres frescos, todos ellos altamente azucarados y que entran dentro de esta categoría estadística, veremos que **más de 1 de cada 4 gramos de alimento que consume la población infantil pertenecen a categorías de alimentos altamente azucarados.**

Otra comunidad que ofrece datos significativos es Andalucía, donde a partir de datos oficiales se demuestra que existe un **consumo excesivo de productos con un contenido elevado de azúcares añadidos (bollería, chocolates, aperitivos dulces, bebidas azucaradas, etc.) entre el 57 y el 77% de la población infantil y juvenil** (dependiendo del tipo de alimento y la franja de edad).

■ La sal B

La sal y el azúcar siguen realidades paralelas en lo que se refiere a presencia masiva en la dieta actual, dificultad en su detección por parte de la persona consumidora, efecto negativo sobre la salud demostrada e incremento de su consumo en los últimos años. La sal común está compuesta por sodio y cloro y el componente problemático es el primero. El sodio eleva la tensión arterial, con el riesgo de desarrollar hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares relacionadas, como infarto, angina de pecho, ictus, hemorragia cerebral, además de insuficiencia renal o deterioro cognitivo.

Igual que ocurre con el azúcar, a la alimentación procesada no solamente se le añade cloruro de sodio (la sal común), a una buena parte de las conservas, sopas, platos preparados y salsas se les incorpora sodio también en forma de otros ingredientes (glutamato sódico, fosfato disódico, benzoato sódico, bicarbonato sódico, etc.).

¿Tomamos mucha o poca sal? **En en el Estado español tomamos exactamente el doble de la sal diaria recomendada por la**

OMS⁸¹, que fija el máximo saludable en 5 gramos al día, lo que cabe en un dedal. Y por mucho que nos esforcemos en reducir ese consumo, por mucho que pidamos pan sin sal o que atemos el salero de casa y del restaurante a una cadena, seguiremos ingiriendo más sodio del que queremos. El problema a la hora de controlar el consumo individual de sal es que **casi el 80% de la que ingerimos es la denominada oculta o invisible**, porque se encuentra en los alimentos procesados. Muchas veces no lo imaginamos, pero está ahí. Es el caso, por ejemplo, de los cereales de desayuno o del jamón de York. Exactamente igual que con el azúcar, aunque se limite de forma adecuada la sal en la mesa, es posible llegar a un consumo excesivo de sodio en el marco de la dieta occidental, ya que tan solo del 20 al 25 por ciento del sodio proviene de salar los platos en la cocina o en la mesa.

En la mayoría de las etiquetas nutricionales aparece la cantidad de sodio. Si multiplicamos por 2,5 esa cifra, obtendremos los gramos de sal. A este respecto, merece que hagamos un aparte sobre el etiquetado nutricional obligatorio que recoge el Reglamento (UE) 1169/2011. En dicha normativa **se cambia la indicación de los gramos de sodio presentes en los alimentos por los gramos de sal. Podríamos pensar que es más o menos lo mismo, pero no lo es y el cambio no es tan inocente como pueda parecer** (nunca los cambios normativos lo son). Con esta modificación se consigue enmascarar aún más el sodio presente en otros aditivos más allá de la sal. Ni todas las sales son sodio ni todo el sodio es sal. Y es el sodio el problema. Este cambio no resulta coherente con la información obligatoria del contenido de sodio de muchos preparados alimenticios destinados a una alimentación especial¹⁸ y de las aguas minerales naturales¹⁴ ni ayuda mucho a la comprensión por parte de las personas consumidoras. Como decimos, no todo el sodio contenido en los alimentos está en forma de cloruro sódico, y (a la inversa) una cantidad elevada de otra sal en sustitución del sodio, por ejemplo, de potasio, no siempre es perjudicial, sino que puede resultar beneficiosa. Hay más de 40 aditivos que contienen sodio que no son el cloruro sódico⁸², etiquetar sodio es ponerlos a la vista, etiquetar sal es enconderlos.

En los EE. UU., el sodio, y no la sal, es parte de la información obligatoria: mg y % valor diario.

› EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO: AUMENTA LA SAL OCULTA

La presencia de sal en los alimentos procesados de venta en el Estado ha crecido un 6% con respecto a 2010, sobre todo en platos preparados de carnes y pescados, sucedáneos de angulas, fuet y jamón cocido y, especialmente, en bollos y galletas, donde

81. <http://www.efesalud.com/noticias/tomamos-doble-sal-lo-necesitamos/>

82. <http://www.aditivos-alimentarios.com/p/listado-de-aditivos.html>

ha aumentado un 118%, de acuerdo con un estudio de la OCU. El estudio alerta de que la presencia de sal en el pan ha crecido un 16% desde 2006, cuando se redujo como consecuencia del acuerdo al que llegaron los fabricantes con la Administración. Acuerdo voluntario, por supuesto.

› EJEMPLOS DE SAL OCULTA⁸³

Empecemos recordando que se deben consumir como máximo dos gramos de sodio al día.

Para hacer un simple ejercicio de visualización del mar de sal en el que nos encontramos, veamos la cantidad de sodio por cada cien gramos de los siguientes productos⁸⁴:

- **Queso de Burgos:** 1,2 gramos
- **Jamón de York:** 0,9 gramos
- **Cereales con miel:** 1 gramo
- **Pizza de atún congelada:** 1 gramo
- **Salsa de soja:** 5,7 gramos
- **Tomate frito:** 1,8 gramos

■ La saturación de las grasas

Otro de los implicados en la epidemia de alimentación insana, otro de los protagonistas del riesgo alimentario para nuestra salud, es sin lugar a dudas las grasas. La adición de grasa suele ayudar a hacer a los alimentos conservados más estables y menos perecederos, al tiempo que les da una cierta textura y untuosidad normalmente apetecibles. En los últimos años, nuestras **comidas se han llenado de grasa, hasta un 44% más las de hoy que las de hace 40 años.** Son datos del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, lo que significa que **hoy en día casi el 46% de nuestra dieta es a base de grasas, cuando las recomendaciones son del 30%.**

En cualquier caso, hay distintos tipos de grasa y conviene distinguirlas. Las más perjudiciales son dos: las grasas trans y las saturadas.

83. <http://www.abc.es/salud/noticias/20140210/abci-saloculta-alimentos-201402071749.html>

84. Fuente: Calculadora nutricional de la SEH. www.clubdelhipertenso.es

› GRASAS TRANS

En 1902, el químico alemán Wilhelm Normann comprobó que, añadiendo hidrógeno a los aceites vegetales, estos se solidificaban, algo que, entendió en seguida, resultaría terriblemente útil para modificar la consistencia de los alimentos⁸⁵. En 1961, una portada de la revista *Time* presentó los aceites parcialmente hidrogenados como alternativa sana, barata y accesible frente a las grasas animales, que por aquella época empezaban ya a provocar ceños fruncidos en la industria alimentaria: eran caras y su vida útil muy breve.

La solidificación de aceites vegetales permitía, sin embargo, el almacenamiento por largo tiempo (muy útil para la logística de la industria alimentaria y la distribución a gran escala) y, además, eran baratos. Si inicialmente las grasas y aceites de origen vegetal hidrogenados se consideraron mejores que los de procedencia animal, con el tiempo se fue demostrando su peligrosidad y empezaron a sonar las alarmas. Cuando una persona ingiere grasas trans, estas son absorbidas rápidamente en el tracto gastrointestinal y su impacto pernicioso se traslada a los diferentes tejidos. Los efectos secundarios no se hacen esperar: aumentan los niveles en sangre del colesterol malo (más conocido como *colesterol LDL*) y caen en picado los niveles en sangre del colesterol bueno (colesterol HDL). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, este tipo de patologías produjeron en 2012 más de 17,5 millones de defunciones. Con el paso de los años son cada vez más los estudios que determinan las consecuencias que tiene un exceso de grasas trans en la dieta, todavía más graves que las que producen las grasas saturadas. La principal consecuencia, conocida desde hace años, y como hemos mencionado, es su influencia sobre el colesterol. Abusar de este tipo de grasas contribuye a aumentar los niveles de colesterol y de triglicéridos en sangre, lo que provoca un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el colesterol no es el único afectado por la presencia de las grasas trans. También pueden retrasar el crecimiento y la maduración del cerebro y la presencia de las mismas puede llevar al organismo a formar paredes celulares defectuosas. Los ácidos grasos trans también parecen aumentar el riesgo de diabetes tipo II, especialmente en mujeres.

Según un estudio publicado en *British Medical Journal*, la ingesta de cinco gramos diarios de grasas trans es suficiente para incrementar un 25% el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Según la FEC, la reducción de un 1% del consumo de las grasas trans supondría grandes beneficios: disminuiría entre un 2-3% la enfermedad cardiovascular y su principal complicación, es decir, el número de infartos.

85. <http://www.who.es/salud/grasas-trans-prohibidas>

• ¿Dónde están presentes las grasas trans?

Resulta complicado saberlo porque en la UE no es obligatorio etiquetarlas. Llama la atención (aunque a estas alturas es difícil llegar a sorprenderse) que, si está absolutamente demostrado que este tipo de grasas son altamente peligrosas para nuestra salud, incluso con consumos relativamente pequeños, la industria se haya escapado (de nuevo) de tener la obligación de indicar en sus productos su presencia y la cantidad de la misma.

Por lo tanto, encontrarlas (azúcar añadido o sodio) es una tarea que recae en la persona consumidora. Sherlock Holmes nos asista. Un buen sistema de identificación consiste en buscar el dúo de palabras **parcialmente hidrogenado**. Aquellos alimentos que en su lista de ingredientes se incluyan grasas (o aceites) vegetales hidrogenados (o parcialmente hidrogenados) serán firmes candidatos a aportar entre su perfil lipídico una importante cantidad de este tipo de grasas.

Las grasas trans se han hecho omnipresentes. Están en las frituras, la bollería industrial, las patatas fritas de bolsa y congeladas, las pizzas, las hamburguesas, los cereales o las palomitas. La industria alimentaria se ha hecho adicta a este modo de manipular los aceites (y de paso a nosotros) con el fin de conservar el producto y evitar que se vuelva rancio, adaptarlo a la temperatura o mejorar su textura, por ejemplo. A finales de 1990, según la FDA estadounidense, el 95% de las galletas y el 80% de los congelados contenían grasas trans. Además, abaratan los costes. Evitar las grasas trans es realmente difícil, ya que forman parte de muchos alimentos. Se encuentran con frecuencia en aperitivos salados (palomitas o patatas fritas), productos precocinados (empanadillas, croquetas, canelones o pizzas), galletas, margarinas y bollería industrial.

La Asociación Británica de Dietética ha elaborado una lista de productos donde es muy probable que se encuentren grasas parcialmente hidrogenadas. Además, son alimentos que, como en el caso de las palomitas, se consumen de forma compulsiva. Sus grasas son absorbidas de inmediato.

- › Bollería industrial
- › Comida para llevar
- › Cremas
- › Comida rápida (*fast food*)
- › Fritos
- › Galletas o pasteles
- › Palomitas de maíz para el microondas
- › Pastelería
- › Patatas fritas de bolsa u otros aperitivos similares

- › Pizza congelada
- › Postres o helados
- › Precocinados (empanadas, croquetas, etc.)

• Situación legal de las grasas trans

En junio de 2015, la Agencia Alimentaria de Estados Unidos (FDA) anunciaba que prohibía las grasas artificiales **trans**, a las que considera (con razón) una amenaza para la salud pública y daba tres años a la industria alimentaria para sacarla de sus productos. Estados Unidos las prohíbe, ¿y Europa? Pues la UE no cuenta siquiera con una legislación específica sobre este tema. Únicamente existe una directiva que limita la cantidad de ácidos grasos trans en preparados para lactantes y de continuación (no pudiendo superar el 3% de contenido graso total). Algunos países como Dinamarca, Austria, Suiza, Islandia, Hungría y Letonia han establecido un marco legal que obliga a la industria a limitar la cantidad de grasa trans utilizada en productos alimentarios. Salvo estas excepciones, no existe ninguna otra regulación europea vigente, ni siquiera —como hemos visto— la obligatoriedad de mostrar en el etiquetado del producto la cantidad de grasas trans que contiene el mismo, y es que estas quedan integradas dentro del porcentaje de grasas saturadas. A través de la presión de las organizaciones sociales, se solicitó a la Comisión Europea una regulación en este sentido y esta respondió que elaboraría un informe. Durante años (desde 2011), con el mercado alimentario ya inundado de trans, se ha esperado dicho informe que vio la luz recientemente. El documento debería servir para determinar qué legislación es necesaria a nivel europeo. La Comisión Europea no plantea una propuesta concreta en su informe. Sus expertos reconocen que han tenido importantes limitaciones para analizar el impacto de la restricción de estas sustancias en toda la UE, por eso Bruselas realizará otro informe, más técnico y centrado en la industria, y lanzará una consulta pública antes de hacer una proposición a los Veintiocho. Los expertos sostienen que la manera más efectiva para desterrar de la dieta de los europeos estas sustancias es limitarlas de manera legal. La autoregulación de las empresas alimentarias o la clarificación del etiquetado (como ya se hace con la sal o las calorías), dicen, son menos efectivas.

Reducir las grasas **trans** de la dieta tendría un impacto en la salud de los europeos, sobre todo en su salud coronaria. Estas enfermedades tienen un coste para los Veintiocho de más de 58.700 millones de euros (un 0,5% del PIB), y su asistencia sanitaria cuesta al año 36.400 millones de euros a los sistemas de la UE⁸⁶. En Dinamarca, donde la regulación ha hecho que las **trans** prácticamente desaparezcan de los productos, las enfermedades coronarias se han reducido, según el informe.

86. http://internacional.elpais.com/internacional/2015/12/03/actualidad/1449167000_674316.html

- **Un riesgo no informado.**

Demandas contra empresas por sus grasas trans⁸⁷

El 16 de mayo de 2007, el Centro para la Ciencia de Interés Público (CSPI, por sus siglas inglesas) presentaba ante la Corte Superior del Distrito de Columbia, en Washington, una demanda civil contra Burger King Corporation por el uso de aceites que contienen grasas parcialmente hidrogenadas. Las pretensiones del demandante pretenden que Burger King se abstenga de utilizar este tipo de sustancias en sus productos o que, en su defecto, informe al consumidor de los riesgos que representa su ingesta para la salud de las personas consumidoras.

La demanda se basa en la infracción del derecho de información del consumidor (recogido por la normativa estadounidense) sobre la presencia de grasas trans en determinados productos y a los riesgos que su consumo puede generarle. La demanda denuncia que las personas consumidoras no tienen posibilidad de tener información sobre qué productos de los consumidos contienen grasas trans. Tampoco tienen la posibilidad de detectar con la vista, el gusto o el olfato si los productos que consumen han sido o no cocinados con este tipo de sustancias.

El CSPI consideraba que los productos así elaborados y cuyos riesgos no eran advertidos a las personas consumidoras eran (y son) productos inseguros y no aptos para el consumo según las leyes del Distrito de Columbia (lugar en el que se presentó la demanda).

No ha sido el único caso. Hace algunos años, la galleta Oreo fue llevada también a juicio por considerarse que, entre sus ingredientes, no indicados, figuraban precisamente los ácidos trans. La demanda fue presentada ante la Corte Superior del Condado de Marin en San Francisco para que el tribunal decidiera prohibir la comercialización de tan popular galleta. La ley californiana determinaba que los fabricantes eran responsables de la falta de información de sus productos si no hacían mención de los peligros que puede comportar su consumo. Al final se llegó a un acuerdo y finalmente, la demanda fue retirada. La empresa aceptó la vía de advertir de los posibles riesgos de sus productos a las personas consumidoras de forma voluntaria o bien de cambiar la formulación del producto.

En 2003, la organización Ban Trans Fat, con sede en California, presentó una demanda contra McDonald's. La cadena de comida rápida estadounidense aceptó pagar 6,5 millones de euros para evitar el juicio por la demanda relativa a la utilización de ácidos grasos trans y la falta de información que recibe la persona consumidora sobre la misma. En virtud del acuerdo alcanzado, McDonald's se comprometió a pagar 7 millones de dólares a la Asociación Americana del Corazón, destinados a financiar una campaña de sensibilización a los consumidores. Además, la compañía gastaría 1,5 millones más en informar sobre el estado de sus esfuerzos para retirar los trans de sus productos.

Recordar que en Europa y en el Estado español, las empresas no tienen ninguna obligación de indicar este componente.

87. <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/normativa-legal/2007/06/04/27808.php>

- › **ÁCIDOS GRASOS SATURADOS**

El segundo tipo de grasa perniciosa para la salud son los ácidos grasos saturados. Existe evidencia fuera de toda duda de que el consumo excesivo de grasas saturadas es perjudicial para la salud. Esta evidencia ha conllevado que durante los últimos años se haya recomendado disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol como una estrategia de salud pública para prevenir, especialmente, la enfermedad cardiovascular⁸⁸. La sustitución de grasas saturadas por insaturadas se ha asociado a una disminución de los niveles séricos de colesterol LDL (el llamado comúnmente, **el malo**) y a un menor riesgo de enfermedad coronaria.

Una práctica habitual en la industria alimentaria consiste en reducir la cantidad de grasas saturadas al tiempo que se incrementa la de azúcares añadidos (para compensar las modificaciones en textura, palatabilidad, etc.). Pues bien, la evidencia científica al respecto indica que la sustitución de grasas saturadas por hidratos de carbono refinados y azúcares añadidos no solo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, sino que hace aumentar los niveles de triglicéridos y partículas LDL pequeñas y densas, y disminuye las concentraciones de partículas HDL; todos ellos son efectos asociados a un aumento de la prevalencia de obesidad y resistencia a la insulina (diabetes). Por ello, la recomendación de consumir menos cantidad de grasas saturadas como una estrategia de salud pública debería asociarse a la recomendación de ingerir menos azúcares añadidos.

Según el estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España), las grasas saturadas proporcionan el 11,6% y 11,9% de las calorías de la dieta de las mujeres y hombres españoles respectivamente, lo que es superior a la ingesta media recomendada (<10% de la energía) por organismos como la FAO. Según este estudio, las fuentes más importantes de grasas saturadas en el Estado español son los quesos (16,3% del total), embutidos y carnes procesadas (14,6%), leche y productos lácteos (11,6%) y la pastelería, bollería y galletas (11,6%). Otras fuentes importantes de grasas saturadas en alimentos no procesados son las carnes rojas (11,98%) y los aceites vegetales (9,64%).

- **El dolo de la industria alimentaria y de las Administraciones (in)competentes**

Obviamente, todo lo que hemos escrito aquí (la implicación en la salud de la población del azúcar añadido, el sodio o las grasas trans y saturadas) es un hecho sobradamente conocido por las grandes compañías de la industria alimentaria, al igual que para muchas empresas que se dedican a la distribución de alimentos, con sus marcas blancas correspondientes. Pero siguen haciéndolo y las Administraciones pertinentes, permitiéndoselo.

88. https://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3608/criterios_nutrientes.pdf

Ni tan siquiera es aplicable aquel principio legal de *Ignorantia juris non excusat* ('la ignorancia no exime del cumplimiento de la ley'), sino más bien el de *dolo*: voluntad deliberada de cometer un daño, a sabiendas del daño que puede causar.

03

EVOLUCIÓN Y VALORACIÓN DE LA DIETA

Hemos visto cómo ha evolucionado el consumo de diferentes tipos de alimentos y su vinculación con la salud, resaltando la importancia de la alimentación procesada, y también hemos analizado la importancia de tres ingredientes críticos para la salud que son vehiculados a través de ella. Ahora veremos la evaluación (en parámetros de sana/insana) de la dieta en su conjunto.

3.1 EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Existen dos vías para abordar la alimentación saludable en aras de utilizar esas herramientas para elaborar políticas públicas que ataquen directamente el problema de la alimentación insana: los perfiles de dieta y los perfiles nutricionales. El primero se centra en la tipología de alimentos que consumimos (legumbres, cereales, carnes, pescados, etc.), mientras que el segundo lo hace en los ingredientes nutricionales (energía, grasa, fibra, azúcares, proteínas, etc.). Para las dos existen diversos sistemas de análisis, cuantitativos y cualitativos, que permiten trabajar políticamente con la alimentación y establecer políticas públicas. Aquí veremos algunos.

■ Valoración de las dietas

Comemos alimentos y dentro de ellos existen los nutrientes que, cuando no se consumen en las proporciones adecuadas, generan enfermedad. Quien más quien menos conoce las llamadas *pirámides nutricionales* o *ruedas nutricionales*, que son un intento de mostrar y cuantificar las dietas saludables y llegar a la mayor parte de la sociedad. Una primera manera de ver cuán sana o insana es nuestra dieta es, por tanto, analizarla en función de las recomendaciones de estos instrumentos de valoración.

Hay diversas maneras de abordar en qué grado es saludable una dieta. Una de las más usadas consiste en calcular el **Índice de Adecuación a la Dieta Mediterránea**⁸⁹ y su evolución. Al hacerlo (gráfico 26), veremos que el Estado español es el quinto país del mundo que más ha empeorado en este índice (por detrás de Grecia, Albania, Japón y Turquía). En concreto, comemos un 64% menos *mediterráneamente* que hace 40 años. Por mucho que abandereemos comercialmente el eslogan, en realidad somos el país n.º 21, de los 41 estudiados, que sigue dicha dieta. Del estudio se desprende otro dato: el mundo se está alejando a pasos agigantados de ese ideal de dieta. La dieta mundial es un 40% menos *mediterránea*.

¿Mediterráneamente? No tanto.



Imagen del video *Mediterráneamente* de Estrella Damm.

89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19689839>

TABLA 02 Criterios de puntuación del IAS

	Puntuación máxima de 10	Puntuación de 7,5	Puntuación de 5	Puntuación de 2,5	Puntuación mínima de 0
CONSUMO DIARIO					
1. Cereales y derivados	Consumo diario	3 o más por semana	1 o 2 por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
2. Verduras y hortalizas	Consumo diario	3 o más por semana	1 o 2 por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
3. Frutas	Consumo diario	3 o más por semana	1 o 2 por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
4. Leche y derivados	Consumo diario	3 o más por semana	1 o 2 por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
CONSUMO SEMANAL					
5. Carnes	1 o 2 por semana	3 o más por semana	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
6. Legumbres	1 o 2 por semana	3 o más por semana	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
CONSUMO OCASIONAL					
7. Embutidos y fiambres	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 por semana	3 o más por semana	Consumo diario
8. Dulces	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 por semana	3 o más por semana	Consumo diario
9. Refrescos	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 por semana	3 o más por semana	Consumo diario
10. Variedad	2 puntos si cumple cada una de las recomendaciones diarias, 1 si cumple cada una de las recomendaciones semanales				

GRÁFICO 26 Evolución índice adecuación dieta mediterránea (1964/5 - 2000/3)

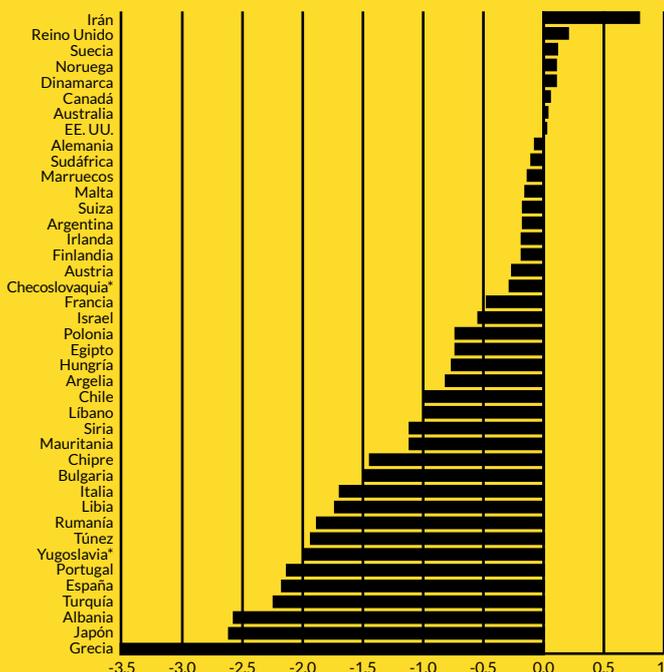
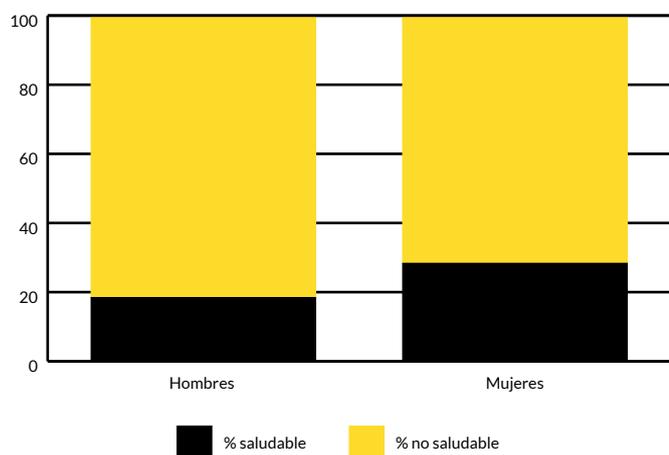


TABLA 03 Dieta actual en el Estado español

Variable	% saludable	% no saludable
SEXO		
Hombres	18,4	81,6
Mujeres	28,3	71,7
EDAD		
16-24	6,2	93,8
25-44	14	86
45-64	28,7	71,3
>64	38,8	61,2

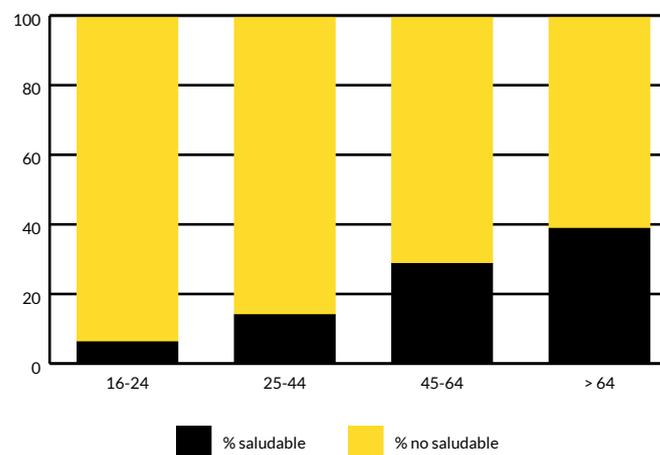
GRÁFICO 27 % población dieta recomendada



Pero existen otras metodologías algo más finas para evaluar la calidad nutritiva de nuestra dieta, entre otras, el Índice de Calidad de la Dieta, el Índice de Diversidad de la Dieta o el **Índice de Alimentación Saludable** (IAS). Nos centraremos en este último porque nos parece uno de los más completos y porque permite, además, detectar diferencias en función de distintas variables de la población (sexo, edad, renta, etc.)⁹⁰. Aún con todo, conviene recordar que solamente es una aproximación y que algunos de los ítems utilizados y su ponderación pueden ser discutidos (por ejemplo, el consumo diario de leche y derivados o no categorizar los alimentos procesados o asimilar el pescado y los huevos a la carne). En cualquier caso nos sirve para identificar tendencias y hacer una foto aproximada del grado de salud de nuestra dieta si miramos alimentos en bruto (que no es lo que compramos realmente, ya hemos visto que el 70% de ello es procesado).

Los resultados de analizar la dieta actual en el Estado español indican que el 75% de la población no sigue una dieta adecuada (un 81% de los hombres, un 71,7% de las mujeres) y que los peores resultados se dan, con diferencia, en la población juvenil, donde solamente un 6% de ella puede considerarse que sigue una dieta saludable.

GRÁFICO 28 % población dieta saludable (edad)



Esto lo podemos representar gráficamente, como se muestra en los gráficos 27 y 28.

Es decir, exactamente igual que en la escala temporal entre países (cada vez comen peor y no hay ni un solo país en el mundo que haya mejorado sus índices de salud alimentaria ni que haya revertido los porcentajes de obesidad/sobrepeso, diabetes o enfermedades cardiovasculares), también se está empeorando la dieta dentro de cada uno de ellos, y los segmentos poblacionales en peor situación son la población infantil y juvenil, como se aprecia en la Tabla 03.

Para finalizar, recuperemos estas líneas:

«La salud de los individuos está condicionada por la ingesta de nutrientes. El patrón dietético se compone de una variedad de alimentos y bebidas que, valorados en su conjunto, deben permitir que el aporte de energía y nutrientes se ajuste a los criterios de una alimentación saludable. Sin embargo, actualmente existe suficiente conocimiento, científicamente contrastado, de que, en los países industrializados como el nuestro, determinados nutrien-

TABLA 04 % de población que no cumple con el consumo de raciones recomendadas por la SENC

POR DEFECTO		POR EXCESO	
Grupo alimentos	%	Grupo alimentos	%
Cereales y derivados	80,7	Embutidos y fiambres	82,4
Verduras y hortalizas	54,9	Dulces	80,9
Frutas	28,0	Refrescos	47,6
Leche y derivados	8,9		
Legumbres	41,7		

90. Para más detalles sobre estos índices http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000200014&script=sci_arttext

tes se consumen en exceso y este desequilibrio alimentario está asociado a un mayor riesgo de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, caries dental, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer). Los nutrientes que consumidos por encima de las recomendaciones nutricionales establecidas se asocian al aumento del riesgo de padecer las citadas enfermedades crónicas son principalmente los ácidos grasos saturados y trans, los azúcares y la sal (OMS, 2003) (EFSA, 2008). Por ello se considera prioritario establecer estrategias poblacionales para reducir el consumo de estos nutrientes. El mejor camino para reducir su ingesta es limitar el consumo de alimentos ricos en ellos. Así, los diferentes esquemas utilizados para representar la frecuencia de consumo recomendada de los diferentes grupos de alimentos (pirámides, ruedas, platos, etc.) coinciden en aconsejar a la población un mayor consumo de alimentos frescos frente a aquellos transformados que, en muchos casos, presentan altos contenidos de grasas, azúcares o sal. Es preciso insistir en la promoción de los alimentos frescos, limitando el consumo de alimentos transformados, mensaje que puede reforzarse con mejoras en la composición de los alimentos, encaminadas a reducir el contenido de estos nutrientes.» Este párrafo no es nuestro. Está tomado íntegramente⁹¹ del Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).



Imagen de la revista *Time* (13 de junio de 1961).

Las primeras referencias científicas⁹² a una dieta mediterránea son del año 1948, cuando el epidemiólogo Leland G. Allbaugh estudió el modo de vida de los habitantes de la isla de Creta y, entre otros aspectos, comparó su alimentación con la de Grecia y EE. UU. Por su parte, el fisiólogo norteamericano Ancel Keys (lo podemos ver en la portada de la revista *Time*), encabezó un estudio sobre las enfermedades coronarias, el colesterol de la sangre y el estilo de vida de siete países (Italia, Yugoslavia, Grecia, Países Bajos, Finlandia, EE. UU. y Japón) tras la Segunda Guerra Mundial y contribuyó a su difusión.

Keys y sus colaboradores apreciaron que la incidencia de las enfermedades coronarias era menor en las zonas rurales del sur de Europa y en Japón. Sospecharon que había un factor protector en el estilo de vida, que etiquetaron como «estilo mediterráneo» (**mediterranean way**). Describieron este estilo de vida como «muy activo físicamente (por la escasa mecanización del agro),¹⁹ frugal, y con una ingestión predominante de productos vegetales y reducida en productos de origen animal». La posterior difusión de sus resultados asimiló el concepto **estilo mediterráneo** con el de **dieta mediterránea**.

Esta dieta, tal cual se planteó, nunca ha sido consumida tradicionalmente en ningún país mediterráneo. Además, Keys se apoyó en la imagen de salud proyectada por los países mediterráneos entre los estadounidenses para formular una dieta más racional, ya que la dieta norteamericana de su época abusaba del consumo de ciertos productos (carne, huevos y mantequilla) e ignoraba otros (verduras y pescado). Es decir, usó políticamente (y con buena intención) un modelo de dieta para enfrentarlo al otro. Acabó formulando una dieta en la que predominaban los productos vegetales, complementada con cantidades justas de carne y pescado.

En el caso del Estado español:

Aunque nuestro imaginario colectivo nos dice que todos nuestros abuelos seguían la dieta mediterránea, debemos recordar que, hasta los años 60 y 70, la alimentación de la mayoría de las personas que habitaban en el Estado español estaba formada mayoritariamente por cereales, patatas y legumbres, y no se comían tantas verduras, frutas y pescado como mandan los cánones de este régimen alimenticio (que, por otra parte, no han sido estandarizados hasta hace unos pocos años).

Para más inri, en los años 70, cuando aumentó de forma notable la producción de frutas, hortalizas y aceite de oliva, se priorizó su exportación sobre el consumo nacional, y los españoles no pudieron disfrutar de estos nuevos recursos hasta los años 80.

Y finalmente, recordar que la inmensa mayor parte de todos estos estudios fueron realizados únicamente sobre hombres y, como manda la tradición, los resultados se extrapolaron sin más a las mujeres.

91. https://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3608/criterios_nutrientes.pdf

92. La información que aparece a continuación está tomada de https://es.wikipedia.org/wiki/Dieta_mediterr%C3%A1nea y sus referencias bibliográficas.

■ Valoración de los nutrientes

La otra vía para estudiar en qué grado es saludable lo que comemos consiste en analizar los nutrientes. Uno de los más usados para valorar las dietas y sus implicaciones en salud es la energía. La densidad energética de la dieta es un índice contrastado de la calidad general de la dieta. Así, las dietas ricas en granos integrales, carnes magras, pescado y verduras frescas y frutas tienen una baja densidad de energía (definida como 'la energía alimentaria disponible por unidad de peso') y un alto contenido de vitaminas y minerales. Su consumo se ha asociado con una mejor salud. Por el contrario, las dietas altas en cereales refinados, azúcares añadidos y grasas tienden a ser de alta densidad energética, pero son pobres en nutrientes. Tales dietas se han asociado fuera de toda duda con un mayor riesgo de enfermedad y una mortalidad más alta.

Además, los estudios sugieren que los alimentos ricos en energía y dietas muy energéticas pueden predisponer a los consumidores a comer en exceso. La palatabilidad de los alimentos ricos en mezclas de grasas y azúcares es una posible explicación, ya que estos tienden a ser más gratos al paladar que los alimentos de baja densidad energética y alto contenido de agua.

De todas maneras, más allá de la densidad energética de una dieta o un alimento, para valorar realmente los nutrientes de un determinado alimento y de la dieta tenemos que entrar en el terreno de los perfiles nutricionales. **Los perfiles nutricionales son la llave maestra que abre las políticas públicas que buscan reducir el consumo de azúcares añadidos, sodio o grasas. Son, literalmente, la piedra angular que sustenta estas políticas y por ello es el gran caballo de batalla de la industria alimentaria.**

■ En busca de los perfiles perdidos

Cojamos un poco de carrerilla antes de dar el salto a los perfiles nutricionales. Vayamos un momento hacia atrás. Hasta ahora hemos visto que las principales enfermedades que nos afectan tienen una vinculación estrecha con el llamado *riesgo alimentario*, es decir, el consumo excesivo de unos nutrientes que hemos llamado *nutrientes críticos*. Y también hemos visto la magnitud sanitaria de lo que estamos hablando. Estamos ante, seguramente, el mayor reto sanitario del momento. Bien, hemos detallado que esos ingredientes críticos son principalmente tres: el azúcar añadido, el sodio y dos tipos de grasas (las trans y las saturadas). Hemos visto también que el consumo de estos tres ingredientes es demasiado alto (según todos los parámetros de salud) y que estos se encuentran mayoritariamente en los alimentos procesados que son, actualmente, la base de nuestra dieta. En este punto, la siguiente pregunta es: ¿queremos reducir su consumo?

La respuesta debería ser sí. Pero no comemos azúcar sola o sal sola o grasas solas, lo hacemos a través de alimentos. La siguiente pregunta sería: ¿cómo podemos identificar los alimentos insanos (con un alto contenido de estos ingredientes) para, posteriormente, actuar sobre ellos políticamente haciendo que se reduzca su consumo? La respuesta es: a través de los perfiles nutricionales. Estos nos permiten separar los alimentos sanos de los insanos y potenciar el consumo de unos, penalizando el de los otros. El problema es que quien fabrica los alimentos insanos no quiere ni oír hablar de esta herramienta. Sería como descubrir el truco del mago, levantar la alfombra donde se esconde la suciedad. El problema es que la magia y los trucos de la industria nos está matando, y eso no tiene ninguna gracia, y ya no hay más alfombra para seguir escondiendo su suciedad.

PERFILES NUTRICIONALES O EL EFECTO BARTLEBY

Podemos definir los perfiles nutricionales como 'la categorización de los alimentos de acuerdo con su composición nutricional por razones relacionadas con la prevención de enfermedades o promoción de la salud'⁹³. Como acabamos de mencionar, clasificar los alimentos a través de perfiles nutricionales se ha reconocido por la OMS como una herramienta crítica en la implementación de políticas públicas que favorezcan la salud alimentaria y frenen la epidemia de alimentación insana. **Además de la OMS, las principales organizaciones científicas independientes también han descrito los perfiles nutricionales como un método científico para evaluar la calidad nutricional de los alimentos y bebidas que podría ser utilizado por las autoridades nacionales de diferentes países para promover la salud pública y conseguir los objetivos nutricionales propuestos para la población**⁹⁴. Básicamente, hablar de perfiles nutricionales es hablar de un sistema para clasificar los alimentos y diferenciarlos entre los que forman parte de una dieta saludable y aquellos que no (porque su presencia excesiva en la dieta contribuye al exceso de consumo de energía, grasas saturadas, grasas *trans*, azúcar y sal).

Si hacemos un poco de historia, el primer modelo de perfiles nutricionales fue implementado por el Grupo de Prevención Coronaria de Reino Unido en 1986 y posteriormente tuvo lugar la estrategia *Swedish Green Keyhole* en 1989 (la veremos en el apartado dedicado al etiquetado). Por su parte, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (*EFSA, European Food Safety Authority*) dio inicio al trabajo de desarrollo de los perfiles nutricionales y para el año 2006 propuso el reglamento 1924/2006 sobre declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos, que fue vinculante el 19 de enero de 2007 (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2006).

93. Definición de la OMS.

94. Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) www.finut.org

El artículo 4 de dicho reglamento obliga a que la Comisión establezca perfiles nutricionales específicos, incluyendo excepciones para aquellos alimentos o categorías de alimentos que requieren declaraciones nutricionales o de salud⁹⁵. Ello pretendía asegurar que si un alimento se publicita como sano o utiliza un gancho comercial basado en la salud (ayuda a mejorar tus defensas o ayuda a tus huesos o mejora la digestión, por poner algunos ejemplos), en realidad sea un alimento con un buen perfil nutricional. Si el producto ayuda a tus defensas pero está cargado de azúcares añadidos no podría utilizar ese gancho comercial y Danone, por ejemplo, debería retirar esa frase de sus Actimels. Naturalmente, este punto del reglamento no gustó demasiado a Danone ni a nadie en la industria alimentaria.

95. Ver informe «Mentira podrida» de VSF en www.vsf.org.es

Concretemos un poco todo esto con un ejemplo.

› El caso keko

Existe una galleta que se publicita como «Divertidamente saludable». Sin entrar en el calificativo *divertido*, lo preocupante es la declaración «saludable» que la acompaña, teniendo en cuenta que el ingrediente principal es el azúcar, que cada galletita contiene un 23% de azúcar y un 13% de grasa y que su composición es la que se especifica en la imagen.

No parece una galleta muy saludable, pero más allá de lo que parezca, la pregunta importante ahora es si este tipo de publicidad es legal.



INGREDIENTES:

- › Azúcar
- › Harina de trigo (13%)
- › Inulina
- › Huevo
- › Aceite vegetal (girasol)
- › Agua
- › Almidón modificado de maíz
- › Maltodextrina en polvo
- › Almidón de trigo
- › Humectantes (glicerina y sorbitol)
- › Cacao desgrasado en polvo (1%)
- › Dextrosa
- › Harina de arroz (0,7%)
- › Lactato de calcio
- › Gasificantes (E-500, E-450 y E-575)
- › Emulgentes (E-471, E-475)

› La publicidad de los alimentos insanos

¿Puede un alimento publicitarse como sano cuando en realidad, visto su perfil nutricional (cantidad y tipo de energía, nivel y tipo de grasas, azúcares añadidos y sal), no lo es? ¿Están utilizando el reclamo salud (o saludable) muchos productos que son objetivamente insanos cuando se consumen con excesiva frecuencia? Sí. ¿Es eso coherente con las políticas de salud pública o con las estrategias de reducción del sobrepeso y la obesidad, especialmente en la población infantil? La respuesta es que no, y se reconoce en la normativa europea que regula el uso de este tipo de publicidad⁹⁶.

Un elemento clave para poder regular la publicidad basada en reclamos **saludables** consiste en definir los llamados *perfiles nutricionales*. Recordemos que la legislación nos dice que se entenderá por «declaración de propiedades saludables» cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes, y la salud.

Por ejemplo, un yogur al que le han incorporado calcio puede indicar «fuente de calcio» (declaración o gancho nutricional) y «el calcio es necesario para el mantenimiento de los huesos en condiciones normales» (declaración o gancho de salud) y hacer publicidad de lo fuerte que se ponen tus huesos al comerlo.

La legislación indica publicidad engañosa es toda publicidad que, de una manera cualquiera, incluida su presentación, induce a error o puede inducir a error a las personas a las que se dirige o afecta y que, debido a su carácter engañoso, puede afectar su comportamiento económico. Por tanto, un alimento que se publica como saludable debería tener un perfil nutricional adecuado. De otra manera, sería legal coger un puñado de mantequilla, rebozarla, freírla, espolvorearla con azúcar y sal, incorporarle unos miligramos de aceite omega 3 y publicitarla como «ayuda a mantener tu corazón sano». Esto, por cierto, está pasando.

Por ello, la normativa europea que regula este tipo de publicidad basada en salud exige **que la Comisión Europea establezca perfiles nutricionales como criterio obligatorio para que los alimentos puedan ser objeto de alegaciones. Los perfiles nutricionales estarán basados en el dictamen científico de la EFSA** (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria). **Veinticuatro meses después de la entrada en vigor del Reglamento, la Comisión consultará a las partes interesadas y presentará propuestas de perfiles nutricionales a los expertos de los Estados miembros. Si estos apoyan los perfiles nutricionales propuestos, serán adoptados por la Comisión y utilizados como requisito para el uso de alegaciones.**

Es decir, el Reglamento sobre declaraciones nutricionales y saludables en los alimentos requiere que los alimentos que posean

alegaciones nutricionales y de salud deben cumplir con ciertos requisitos nutricionales o los llamados *perfiles nutricionales*. Estos perfiles **también ayudarán a asegurar que los consumidores que utilizan afirmaciones para guiar opciones de la dieta sana, y que pueden percibir los alimentos con reclamaciones como tener una ventaja nutricional o de salud, no se dejen engañar en cuanto a su valor nutricional general.**

Estamos hablando de 2006 y actualmente, primer tercio de 2015, los perfiles siguen sin presentarse, de manera que el descontrol en uno de los puntos más importantes del Reglamento y uno de los que más protege la salud de los consumidores sigue campando a sus anchas.

Y no solo eso, cuando aparezcan los perfiles (si aparecen algún día), obviamente existirá una moratoria para la industria alimentaria.

Para facilitar la aplicación de esta medida, se ha acordado una exención que permitirá el uso de alegaciones nutricionales si un solo nutriente está presente en niveles superiores a los fijados en el perfil. Sin embargo, los niveles elevados de este nutriente deberán figurar claramente indicados en la etiqueta, cerca de la alegación nutricional y en caracteres idénticos a los de esta. En el caso de que dos o más nutrientes rebasen el límite, no se podrá realizar alegación nutricional alguna.

Dicho de otra manera, si el producto es una bomba de azúcar, grasa y sal, no va a poder utilizar el reclamo, pero si solo es media bomba, entonces sí.

Recordemos que el término *perfil nutricional* se refiere a la composición de nutrientes de un alimento o dieta. Dado que las dietas se componen de múltiples alimentos, el equilibrio global de esta se puede lograr a través de la complementación de alimentos con diferentes perfiles nutricionales, por lo que no es necesario que los distintos alimentos coincidan con el perfil de nutrientes de una dieta «equilibrada». Sin embargo, los alimentos individuales pueden influir en el contenido de nutrientes de la dieta total, dependiendo del perfil de nutrientes del alimento en particular y su ingesta. Esta consideración se refiere en particular a los nutrientes para los que existe evidencia de un desequilibrio en la dieta de las poblaciones de la UE que podrían influir en el desarrollo de enfermedades de sobrepeso y obesidad o relacionadas con la dieta, tales como las enfermedades cardiovasculares u otros trastornos; que incluyen nutrientes que pueden ser consumidos en exceso, así como aquellos para los que la ingesta puede ser insuficiente.

Forman parte de este perfil la cantidad de grasas, grasas saturadas, azúcar y sal.

96. REGLAMENTO (CE) 1924/2006

En un estudio reciente⁹⁷ se analizaron las declaraciones nutricionales de 382 productos en Reino Unido y los resultados indicaron que dichos productos no eran más saludables que los alimentos que no presentaban declaración. Es decir, que era un fraude para el consumo, por lo que se reiteraba la necesidad de emplear los perfiles nutricionales para regular dichas declaraciones.

› ¿Dónde están los perfiles?

En un cajón. Por alguna razón misteriosa, todas las propuestas científicas y técnicas de perfiles nutricionales europeos se guardan en un cajón político. Como veremos, existe la propuesta de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), existen las propuestas de diversos países que ya aplican estos perfiles (Reino Unido, Noruega o Dinamarca), existe la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (Oficina Europa), existe la propuesta y el trabajo de la Red europea sobre la reducción de la presión de venta en la población infantil, coordinada por la Dirección Nacional de Salud noruega y la OMS en Europa, existen multitud de estudios científicos independientes publicados por toda Europa. Es difícil encontrar una cantidad mayor de papel sobre un tema y con unas recomendaciones muy parecidas cuando no idénticas. Entonces, si no es técnico, ¿dónde está el problema? Efectivamente, en la parte política.

› La EFSA

La tarea de la EFSA, en este tema en concreto, era proporcionar el asesoramiento científico necesario para que los responsables políticos de la Unión Europea establecieran los perfiles nutricionales. Uno de los paneles de la EFSA (Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies o Panel NDA) emitió los principales elementos de su asesoramiento científico en un dictamen sobre perfiles nutricionales adoptados el 31 de enero de 2008. La idea con este primer paso era informar a la Comisión Europea y a los Estados miembros sobre las distintas posibilidades y apoyarles en su decisión sobre qué sistema concreto de perfiles de nutrientes querían aplicar. Decía la EFSA que continuaría apoyando a la Comisión en sus trabajos para establecer un sistema de perfiles de nutrientes final. Con este fin, la EFSA desarrolló una nueva herramienta para ayudar a los gestores de la UE a probar diferentes escenarios del perfil de nutrientes. La base de datos fue entregada a la Comisión Europea en julio de 2008.

Para más información, en el siguiente enlace se pueden consultar sus recomendaciones: <http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/644.htm>

Debemos recordar que esos años (los años en que se debatían y decidían los perfiles) fueron los años «duros» de la EFSA, años donde más de la mitad de sus miembros tenían relaciones ilícitas con la industria alimentaria, donde los conflictos de intereses eran tales que, después de diversos escándalos, en el año 2011 se cambiaron las normas de aceptación e ingreso en la la Agencia⁹⁸.

Por ello no es de extrañar el resultado final de ese texto. ¿Qué propone la EFSA a los Gobiernos y a la Comisión? Básicamente les dice que esto de los perfiles es muy complicado, que no lo ven claro, que deberían haber excepciones (grupos de alimentos exentos de esos perfiles. ¿Cuáles? Aceites vegetales, grasas para untar, productos lácteos, cereales y productos de cereales, frutas y verduras y productos de frutas / vegetales y bebidas no alcohólicas; curiosamente, donde la industria alimentaria centra sus reclamos funcionales), que algunos de los nutrientes peligrosos, por ejemplo el azúcar, no tienen por qué utilizarse en todos los perfiles, que contenido total de azúcar se podría incluir solamente en determinados grupos de alimentos (bebidas y productos de confitería, que podrían ser consumidos con alta frecuencia). La EFSA, al igual que nosotras y nosotros, sabe que que el 80% del azúcar que consumimos está fuera de esos productos. En definitiva, unas recomendaciones con el sello y aval de la industria alimentaria. Pero increíblemente, ni aun así, ni con un documento que es un traje a medida de la industria alimentaria, tampoco la Unión Europea se ha decidido a poner en marcha ningún tipo de propuesta política de perfiles nutricionales comunes para la región.

Que la EFSA y los Estados miembros y la Comisión lleven ocho años elaborando unos perfiles nutricionales que existen ya en medio mundo no impide que, en esos otros países, sí se apliquen. Por ejemplo, Noruega, Dinamarca, Reino Unido o Irlanda. Y esto solamente en Europa.

› La OMS

Los perfiles nutricionales han sido reconocidos por la OMS como una herramienta imprescindible y fundamental para la aplicación de las regulaciones en materia de mala alimentación, y muy especialmente en la regulación de la publicidad de alimentos insanos a la población infantil. Los perfiles nutricionales proporcionan un sistema para diferenciar entre los alimentos y bebidas que son más propensos a ser parte de una dieta insana y los que no. En concreto, aquellos alimentos que pueden contribuir al exceso de consumo de energía, grasas saturadas, grasas trans, azúcar o sal.

La OMS indica que los perfiles nutricionales son una herramienta para clasificar los alimentos, no dietas, pero se pueden utilizar, a

97. <https://www.ndph.ox.ac.uk/team/asha-kaur>

98. Ver http://vsf.org.es/sites/default/files/jornadas_planeta_azucar.pdf

través de políticas, para mejorar la calidad nutricional general de las dietas. Más claro, el agua.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud se ha implicado intensamente a la hora de apoyar y exigir a los Gobiernos que aprueben y apliquen unos perfiles nutricionales. Así, en julio de 2013, los ministros de salud de la Unión Europea, a iniciativa de la OMS, adoptaron la Declaración de Viena sobre nutrición y enfermedades no transmisibles en el contexto de salud 2020. Esta Declaración reconoce la intensa problemática causada por dietas poco saludables en muchos países de la región europea y expresa una especial preocupación por el aumento del sobrepeso y la obesidad entre la población infantil.

Pero lo más interesante aparece a continuación. La Declaración de Viena incluye, también, el compromiso de tomar «medidas **decisivas** para reducir la presión de la comercialización de alimentos a la población infantil con respecto a los alimentos con alto contenido de energía, grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal» y el compromiso para desarrollar e implementar políticas basadas en el uso de los perfiles nutricionales. Además de todo lo indicado hasta ahora (que la Unión Europea se está saltando su propia reglamentación que obligaba a tener listos los perfiles nutricionales hace seis años), el Plan de acción europeo sobre alimentación y nutrición 2015-2020 ha identificado como clave el desarrollo de un modelo de perfil de nutrientes común europeo.

Además de la mencionada EFSA, este modelo de perfil de nutrientes ha sido desarrollado también por la Oficina Regional para Europa de la OMS, que ha diseñado específicamente unos perfiles nutricionales que tengan como principal uso la regulación de la publicidad de alimentos a la población infantil.

Esto, como decíamos anteriormente, no es nuevo en la UE. Un informe de 2013 realizado por la Oficina Regional para Europa de la OMS recopiló la experiencia de estos países europeos que están aplicando plenamente este tipo de regulaciones, basadas en los perfiles nutricionales propios⁹⁹. La OMS identificó que la principal razón de la falta de progreso en el desarrollo de este tipo de regulaciones para reducir el problema de la mala alimentación infantil es, justamente, la falta de un modelo de perfil de nutrientes apropiados u otros medios de clasificación de los alimentos.

La OMS ha estado trabajando para ayudar a los Estados miembros a desarrollar modelos de perfiles de nutrientes desde 2009. En su momento se elaboraron una guía de principios y un manual específicos. La OMS también ha desarrollado un catálogo de modelos de perfil nutricional para que puedan ser adoptados por cada país.

Por si todo esto fuera poco, se creó en 2009, la Red europea sobre la reducción de la presión de venta en la población infantil, coordinada por la Dirección Nacional de Salud noruega y la OMS en Europa, que involucra a veintiocho Estados miembros y que ha llevado a cabo diversos trabajos relacionados con los perfiles nutricionales. El grupo pidió a la OMS que desarrollara una propuesta de perfiles.

En diciembre de 2013, se celebró una reunión de expertos para acordar los principios y las medidas necesarias en el desarrollo de un modelo común europeo de perfiles nutricionales y para recopilar la experiencia adquirida por los países que ya han desarrollado estos perfiles con el propósito de regular la comercialización y publicidad de alimentos a la población infantil.

Tras esta reunión, la OMS Europa desarrolló una propuesta de perfiles nutricionales y realizó una serie de consultas sobre el proyecto con los Estados miembros (a nivel técnico), incluyendo las pruebas piloto en diversos países. Los siguientes países han participado activamente en las diversas etapas del proceso de consulta: Albania, Alemania, Austria, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Hungría, Israel, Noruega, Polonia, Portugal, Serbia, Eslovenia, Suiza y la ex República Yugoslava de Macedonia.

El Estado español no parece que tuviera mucho interés.

El resultado final de las pruebas piloto y las consultas fue unánime: todos los países consideraron que el modelo de perfiles nutricionales de la OMS fue muy apropiado para su contexto nacional.

La OMS consideró una serie de modelos existentes para el uso y la adaptación a nivel europeo. En última instancia, sin embargo, se seleccionaron tres modelos europeos para su consideración durante este proceso: el danés y los de Noruega y del Reino Unido. Estos son los que están actualmente en uso en Europa para restringir la comercialización a los niños y se han desarrollado ya sea por Gobiernos o (en el caso del modelo danés) respaldado por el Gobierno. Veremos los detalles más adelante, pero ahora adelantamos algunas consideraciones.

Según el modelo¹⁰⁰, no se permite la comercialización de cinco categorías de alimentos (los más insanos), lo que significa que no se requieren criterios de nutrientes, son insanos de una manera bochornosa, digámoslo así. Lo mismo se aplica a las dos categorías de alimentos para los que siempre se permite la comercialización por la razón contraria, son completamente sanos, sin necesidad de elaborar su perfil. En algunos casos, los umbrales de nutrientes más estrictos se introdujeron tras consulta con los países y estar en consonancia con las pautas de nutrición de la OMS.

99. WHO Regional Office for Europe. «Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013» (2013)

100. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-Profile-Model.pdf?ua=1

Para el resto de alimentos (la inmensa mayoría), se considera un umbral máximo la cantidad de 10 gramos de azúcar / 100 gramos de alimento (excepto los cereales de desayuno, que se eleva a 15g / 100 g), para las grasas entre un 2,5-10 g / 100 g (excepto el queso y algunas carnes, 20 g / 100 g) y para la sal entre 1 y 1,3 g / 100 g alimento.

Cualquier alimento que supere dichas cantidades (es decir, que supere una sola de esas cantidades, sea alto en azúcar, grasa, grasa saturada, azúcar, azúcar añadido o sal) no debería poder publicitarse a la población infantil. Así de simple.

Otro sistema diferente, que no diferencia entre tipo de alimentos, sino sobre su contenido en determinados nutrientes problemáticos, es el del Reino Unido. Podemos observar su sistema de categorización en las Tablas 5 y 6. Estos perfiles no solamente se utilizan para regular la publicidad infantil de este tipo de alimentos, sino que también sirven para las políticas de etiquetado de los alimentos siguiendo un código de colores conocido como *etiquetado semáforo* por su coincidencia con el código de estos. Los perfiles los ha establecido la Agencia de Normas Alimentarias del Reino Unido (FSA, por sus siglas en inglés). Al parecer, las personas expertas del Reino Unido no tienen tantas manías ni recelos como sus colegas de Bruselas. Ante la avalancha de retenciones de la EFSA que hemos enunciado, la Agencia del Reino Unido ofrece unos perfiles nutricionales muy simples y claros. La Tabla 5 es para alimentos sólidos y la 6, para bebidas.

Un ejemplo: ¿podría Actimel utilizar sus reclamos de salud si fueran vigentes estos perfiles del Reino Unido?

Actimel tiene vitamina B6 y según la normativa, puede utilizar el reclamo «ayuda a tus defensas», pero tiene también una cantidad media de grasas saturadas (1,4 gr) y muy alta de azúcares (15 gr), o sea, dos de los ingredientes rebasan lo óptimo y por tanto, según el Reglamento no lo podría utilizar o, si nos ponemos más suaves y decidimos que solamente es insano por el azúcar, podría utilizar lo de «ayuda a tus defensas» pero debería indicar claramente en su etiquetado y publicidad que es un producto alto en azúcares.

La cosa quedaría así «Actimel ayuda a tus defensas y tiene dos sobres de azúcar en cada envase». ¿Y los patés hiperricos en grasas y las demás bebidas lácteas ricas en azúcares? ¿Y las patatas fritas o las margarinas, mayonesas, cereales de desayuno, chucherías, bollería industrial? Todos son productos que se publicitan como «sanos» pero no lo son en absoluto. Así, el paté La Piara **rico en hierro** debería etiquetarse «rico en hierro y en grasas»; la margarina Flora Pro Activ, «ayuda a reducir tu colesterol y a incrementar los riesgos cardiovasculares por tener el doble de la cantidad recomendada de grasa saturada»; Cola Cao Complet, «aporta el 30% de los nutrientes esenciales y el 520% de la cantidad máxima recomendada de azúcares».

TABLA 05 Tabla de perfiles nutricionales para alimentos sólidos

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	≤ 3,0 g / 100 g	3,0 g - 17,5 g / 100 g	≥ 17,5 g / 100 g	≥ 21 g / porción
Saturadas	≤ 1,5 g / 100 g	1,5 g - 5 g / 100 g	≥ 5 g / 100 g	≥ 6 g / porción
Azúcares totales	≤ 5,0 g / 100 g	5 g - 22,5 g / 100 g	≥ 22,5 g / 100 g	≥ 27 g / porción
Sal	≤ 0,3 g / 100 g	0,3 g - 1,5 g / 100 g	≥ 1,5 g / 100 g	≥ 1,8 g / porción

TABLA 06 Tabla de perfiles nutricionales para bebidas

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	≤ 1,5 g / 100 ml	1,5 g - 8,75 g / 100 ml	≥ 8,75 g / 100 ml	≥ 10,5 g / porción
Saturadas	≤ 0,75 g / 100 ml	0,75 g - 2,5 g / 100 ml	≥ 2,5 g / 100 ml	≥ 3 g / porción
Azúcares totales	≤ 2,5 g / 100 ml	2,5 g - 11,5 g / 100 ml	≥ 11,25 g / 100 ml	≥ 13,5 g / porción
Sal	≤ 0,3 g / 100 ml	0,3 g - 0,75 g / 100 ml	≥ 0,75 g / 100 ml	≥ 0,9 g / porción

› La necesidad de la adaptación a cada país

Este elemento es importante, ya que el documento indica que el papel dietético de los nutrientes y alimentos, que pueden incluirse dentro de un sistema de perfiles nutricionales, pueden diferir entre los países, es más, debería diferir, para tener en cuenta la variabilidad de los hábitos dietéticos y las costumbres de cada uno de ellos. Las diferencias culturales alimentarias no serían, pues, un problema para la utilización de estos perfiles. La experiencia con la implementación de perfiles nutricionales ha mostrado que existe la necesidad de adaptarlos de acuerdo con las poblaciones donde serán implementados, haciéndolos compatibles con los distintos patrones de dieta de los ciudadanos de determinado país; esas características poblacionales proporcionan la información sobre cuáles son los alimentos susceptibles de ser incluidos dentro de los que serán regulados a través de perfiles nutricionales.

El reglamento europeo referido también requiere que esta variedad sea tenida en cuenta a la hora de desarrollar e implementar los perfiles nutricionales.

Todo esto lo decimos porque uno de los grandes argumentos de la industria alimentaria para oponerse a los perfiles nutricionales (a cualquier tipo) consiste en frases del tipo: «si se aplicaran esos perfiles, el aceite de oliva no tendría un buen perfil nutricional. ¿Se imaginan? Con lo sano que es». Con ello, además, buscan la complicidad de los sectores productivos, en este caso el olivero. Sin embargo, el aceite de oliva es grasa pura y su consumo debe ser moderado para conservar sus propiedades saludables. No es un alimento esencial ni básico. Pero lo importante es que nadie (y en ninguna propuesta de perfil se recoge) está diciendo que el aceite de oliva tenga que entrar dentro de la categoría de insano y, por tanto, ser un alimento candidato a verse regulado en su etiquetado, publicidad o precio. Cada país puede adoptar las excepciones que considere oportunas atendiendo, incluso, a criterios económicos si estos superan, con mucho, el beneficio social que pudiera generar su inclusión en la lista de alimentos insanos.

Nos encontramos ante el filibusterismo normativo, alargar hasta el infinito y más allá los debates previos a la toma de decisión porque la decisión no te va a gustar un pelo. Nos encontramos, en definitiva, ante el llamado **efecto Bartleby, toneladas de laberintos científicos, discusiones eternas en la búsqueda de la supuesta perfección (paralizante) que esconde la frase predilecta del escribiente y de las autoridades europeas y estatales: «¿Perfiles nutricionales? Preferiría no hacerlo».**

Toda esta retahíla histórica, centrada en Europa, pretende ilustrar cómo es posible que con todo esto que ha sucedido, con todas las recomendaciones hechas, con todos los hechos contrastados y las validaciones necesarias, con todo el trabajo técnico elaborado, con la utilidad fuera de toda duda, no existan

aún unos perfiles nutricionales activos y normativizados en la Unión Europea.

› La auténtica razón de unos perfiles fugitivos

Existe un consenso entre las organizaciones sociales, de consumidores, la ciencia y los organismos de salud independientes, bajo el paraguas de la OMS, de que las tres medidas que deben tomarse, sí o sí, para atajar el problema de la mala alimentación y sus terribles consecuencias sobre la salud humana son: regulación de la publicidad de los alimentos insanos (especialmente la dirigida al público infantil), etiquetado nutricional claro y transparente y política impositiva coherente con las políticas de salud que grave los alimentos insanos y premie a los realmente saludables. Pero piedra clave de este arco son los perfiles nutricionales. Es decir, sin perfiles nutricionales no existe regulación de publicidad, de etiquetado o de impuestos coherente. Sin poder clasificar de alguna manera los alimentos entre los que favorecen la mala alimentación y los que no, entre los alimentos sanos y los que no lo son, toda la arquitectura de regulación se desmorona.

Por esta razón, y no por otra, la industria alimentaria ha colocado los perfiles nutricionales como su Stalingrado particular, un lugar que no debe caer bajo ningún concepto. El mantra preferido y crucial de la industria alimentaria en este tema es **«no hay alimentos buenos ni malos, todo depende de la dieta y del ejercicio».** Y es cierto, de la misma manera que muchos productos cancerígenos lo son cuando la exposición es a medio y largo plazo y no con la misma prevalencia en toda la población. Pero esto no ha impedido (ni debe impedir) regular sobre ellas.

Perder la batalla de los perfiles, para la industria alimentaria, significa perder la guerra de la regulación. Porque, no nos engañemos, nos encontramos en una clásica lucha de intereses: los particulares corporativos y los generales de la población. Y no son siempre compatibles.

Esta es la auténtica razón de por qué los perfiles nutricionales europeos están encerrados a cal y canto en las mazmorras de Bruselas. Ya va siendo hora, seguramente, de liberarlos.

› ¿Realmente son útiles los perfiles? ¿Funcionan?

Pues sí, funcionan y no hay duda. Existen multitud de estudios que lo demuestran y ninguno en contra.

En el año 2006 se analizaron cuatro modelos del sistema generalizado de perfiles nutricionales y sus principios fueron comparados con su aplicación. Se realizó la evaluación a través

de la clasificación de series de 125 alimentos basándose en su composición nutricional y esas clasificaciones fueron comparadas unas con otras por un grupo de nutricionistas. De los sistemas localizados en la literatura científica, los diferentes enfoques llevaron a una distinción entre alimentos saludables y no saludables. Finalmente, se evaluaron los siguientes modelos: **Calorie for Nutrient (CFN)**, **Nutritious Food Index (NFI)**, **Ratio of Recommended to Restricted Food Components (RRR)** y **Nutrient Profile** de la FSA. Los cuatro modelos clasificaron los alimentos de forma objetiva y reproducible. En general, todos los modelos obtuvieron resultados similares y las frutas y las verduras encabezaron la escala de alimentos más saludables. Por su parte, los alimentos azucarados y grasas se encontraron entre los menos saludables. Cabe mencionar, como hemos señalado, que el modelo propuesto por la FSA fue catalogado como el más consistente y demostró ser el mejor para una validación satisfactoria en la categorización de alimentos y fue relacionado con una dieta más saludable.

El objetivo final era comprobar si los modelos funcionan en el mundo real.

En 2014, fueron validados y aprobados tres modelos de perfil nutricional para evaluar la calidad de la dieta, más allá de alimentos individuales: el modelo francés SAIN/LIM, el británico FSA-Ofcom (Rayner et al., 2009) y el índice **NRF9.3**.

Recientemente se ha realizado una validación¹⁰¹ en la que el modelo de perfil nutricional de Reino Unido ha sido satisfactoriamente aplicado en Francia y resultó en una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales.

En otro estudio, se observó que existe una elevada correlación entre la puntuación del perfil nutricional y la evaluación subjetiva del consumidor acerca de si un alimento es saludable o no¹⁰².

Y así podríamos seguir. Lo dicho: existen modelos de perfiles nutricionales a elegir, están aprobados por la comunidad científica y por la OMS Europa y está demostrada su utilidad y correcto funcionamiento. Se trata de un problema puramente político.

Para un análisis profundo sobre los diferentes modelos y sus detalles concretos, se puede consultar la revisión efectuada por la Fundación Iberoamericana de Nutrición en www.finut.org/wp-content/uploads/2016/03/Perfiles_Nutricionales_18032016_conPortadas.pdf

De ahí extraemos algunas recomendaciones prácticas que mostramos en el apartado siguiente, porque, aunque el Estado español sigue dándole la mano a la industria alimentaria, en otras

regiones y países los perfiles llevan tiempo aplicándose satisfactoriamente.

› Aplicaciones de perfiles nutricionales en diferentes regiones y países

Hemos visto que el concepto *perfil nutricional* no es novedoso y existen diversos perfiles nutricionales en la práctica, cada uno creado para cumplir diferentes objetivos.

A grandes rasgos, se propone seguir los siguientes pasos para diseñar un perfil nutricional:

1. Decidir cuál es el objetivo principal del modelo.
2. Decidir a qué grupo de población va dirigido.
3. Decidir qué tipo de sistema se va a emplear: generalizado o por categorías de alimentos¹⁰³.
4. Decidir qué nutrientes u otros componentes de los alimentos se van a incluir.
5. Decidir las unidades de referencia a utilizar (100 gramos, ración, etc.).
6. Decidir qué tipo de modelo se va a utilizar.
7. Elegir los valores umbral límite a usar a partir de los cuales el producto se considera insano.

Modelo regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud

En el mundo, numerosos Gobiernos, que incluyen Australia, Irlanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suiza, Reino Unido y los Estados Unidos, han desarrollado modelos de perfiles nutricionales, aunque la OMS Europa consideró tres modelos principales: el danés, el noruego y el anglosajón. Estos son los únicos que se están utilizando en Europa para restringir el **márquetin** a los niños y han sido además desarrollados por el Gobierno (en el caso de Dinamarca) o promovidos por los Gobiernos.

Después de estas consideraciones de países particulares, se decidió que el modelo de perfil nutricional europeo se basara solamente en dos modelos previamente utilizados: el modelo

101. <http://jn.nutrition.org/content/early/2014/10/01/jn.114.199679.abstract>

102. www.finut.org/wp-content/uploads/2016/03/Perfiles_Nutricionales_18032016_conPortadas.pdf

103. Generalizado significa que el perfil se aplica a todos los alimentos sin establecer diferencias entre grupos, mientras que la segunda opción aplica perfiles específicos en función de si son lácteos, legumbres, carnes, etc.

desarrollado por el Gobierno noruego y adaptado por la industria con leves cambios para las restricciones voluntarias de Noruega, y el modelo danés desarrollado por el **Foro danés de márquetin de alimentos responsable** y promovido por el Gobierno de dicho país (Forum of Responsible Food Marketing Communication, 2015).

Aunque los tres modelos, previamente seleccionados, se consideran relativamente estrictos y categorizan los alimentos de forma similar (por ejemplo, en la mayoría de los casos, los mismos alimentos podrían o no estar permitidos según los diferentes modelos), el fundamento para seleccionar el modelo danés y el noruego fue por el hecho de que están basados en categorías de alimentos en vez de en sistemas de puntuación. Los modelos con categorías específicas se consideran más fáciles de adaptar o modificar que los modelos basados en puntuación. Esto es una importante consideración para un modelo regional que los países pueden utilizar a nivel nacional.

El modelo final de la OMS Europa consiste en un total de 17 categorías de alimentos (con algunas subcategorías). Las categorías 1-7 y 9 del modelo de la Oficina Regional para Europa de la OMS son prácticamente iguales a las ocho categorías del modelo noruego. Las categorías 8, 11 y 13-17 están tomadas del modelo noruego. Las categorías 10 y 12 son nuevas categorías que se han añadido durante el proceso de consulta con diferentes países. Las descripciones de los productos alimenticios, incluidos o no, entre las categorías de alimentos se han tomado de ambos modelos y complementado con ejemplos posteriores. La lista no es exhaustiva y podría ser complementada cuando se utilice a nivel nacional.

Asimismo, se puede encontrar mayor información de qué alimentos entran en cada una de estas categorías utilizando los códigos arancelarios internacionales. Estos fueron utilizados por primera vez en Hungría para implementar su impuesto de salud pública y posteriormente utilizado en el modelo de perfiles nutricionales noruego. Los códigos arancelarios utilizados para los alimentos incluidos en el modelo de perfil nutricional de la Oficina Regional de la OMS se han tomado del Sistema Armonizado de Designación y Codificación de Mercancías, que se utiliza globalmente, incluida la Unión Europea. Estos códigos están provistos de dos niveles de detalle: cuatro dígitos, que son la posición en que se ubica el alimento y que normalmente está relacionado con la categoría de cada alimento, y cuando es posible, un sufijo de seis dígitos que proporciona más detalles acerca de la subcategoría específica de los productos alimenticios. A nivel nacional, los códigos arancelarios pueden ser especificados en ocho dígitos o números iguales. Cuando se adopte o adapte este modelo a nivel nacional, los países deben considerar el uso del código de ocho dígitos. La industria de alimentos está más que familiarizada con el sistema arancelario internacional.

Los valores umbral límite para el modelo se han tomado de los modelos noruego y danés. Los nutrientes que abarca el modelo

son: grasa total, azúcares totales, azúcares añadidos y sal. La energía se ha incluido en la categoría 9 (comidas preparadas, alimentos de conveniencia y platos preparados), mientras que los edulcorantes también se han incluido en la categoría 4 (específicamente para las subcategorías 4b-bebidas lácteas y 4d-otras bebidas).

De acuerdo con el modelo presentado, la publicidad no está permitida para cinco categorías de alimentos, por tanto, en ese caso no es necesario ningún criterio nutricional.

Esto mismo se aplica a las dos categorías de alimentos en las que la publicidad está siempre permitida. En algunos casos, los límites utilizados fueron más estrictos, ya que se sometieron a consulta en los países para comprobar si cumplían el criterio de las guías alimentarias de la OMS.

El objetivo inicial de los perfiles era limitar o prohibir la publicidad infantil para los alimentos insanos. En concreto, en este modelo, la publicidad se prohíbe si el producto contiene > 1 g por 100g de grasa total en productos procesados que contengan grasas **trans**, o $\geq 0.5\%$ de la energía total en forma de alcohol.

Los 17 grupos de alimentos incluidos en este modelo y la normativa para publicidad se detallan a continuación:

1. **Dulces y chocolates, barras energéticas, cubiertas dulces y postres** (la publicidad no está permitida).
2. **Pasteles, panes dulces o bollería, galletería y las mezclas para realizarlas** (publicidad no permitida).
3. **Aperitivos salados**, que incluyen todas las bolsas de productos de maíz, patata o arroz, *bretzels*, palomitas y frutos secos (publicidad permitida con criterios umbral límite).
4. **Bebidas: 4a) jugos o zumos**, que incluyen los 100% naturales y los que son reconstituidos de concentrados de frutas o vegetales (publicidad no permitida); **4b) bebidas de leche**, que incluyen las bebidas azucaradas de leche y las bebidas (a menudo denominadas «leches») de soja, avena, almendra y arroz (publicidad permitida con criterios umbral límite); **4c) bebidas energéticas** (publicidad no permitida); **4d) otras bebidas**, incluidas las de tipo cola, limonada, naranjada, bebidas refrescantes (publicidad permitida si tienen contenido cero de azúcar añadida o edulcorantes).
5. **Helados comestibles** (publicidad no permitida).
6. **Cereales de desayuno** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
7. **Yogures, leche, crema y productos similares** (publicidad permitida con criterios umbral límite).

8. **Queso** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
9. **Alimentos y platos combinados listos para comer o preparados en tiendas de conveniencia** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
10. **Mantequilla y otras grasas y aceites** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
11. **Panes y productos del pan** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
12. **Pasta, arroz y granos frescos o secos** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
13. **Carne fresca o congelada de res, pollo, huevos, pescado y similares** (publicidad siempre permitida).
14. **Carne procesada de res, pollo, pescado o similares** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
15. **Frutas, vegetales y legumbres frescos y congelados** (publicidad siempre permitida).
16. **Frutas, vegetales y legumbres procesados** (publicidad permitida con criterios umbral límite).
17. **Salsas, dips y aderezos** (publicidad permitida con criterios umbral límite).

Reino Unido

Este modelo se ha llevado a cabo por un grupo de expertos dentro de la Fundación Británica del Corazón junto con la FSA. En 2004, la FSA formó un grupo de trabajo que estaba de acuerdo con los modelos, identificaron los datos disponibles y probaron unos 50 modelos aproximadamente. Posteriormente, la misma institución construyó diferentes opciones de puntuación y las examinó, lo que les condujo a identificar un modelo mejorado. Este fue validado, comparándolo con los modelos de puntuación de varios alimentos y con las opiniones de 850 expertas nutricionistas y dietistas a través de cuestionarios en línea. Las investigadoras también compararon diferentes modelos de perfiles nutricionales usando los alimentos consumidos en Reino Unido según la encuesta nacional de alimentación; además, se evaluó la calidad de la dieta de cada participante en la encuesta.

Cuando se desarrolló el modelo, inicialmente la FSA intentó crear una lista de alimentos representativos de la dieta de Reino Unido, se empleó un cuestionario de frecuencia de consumo de

alimentos y después, se seleccionaron los grupos apropiadamente. Sin embargo, aunque se considera difícil adaptar modelos de perfil nutricional validados en una nación a otros países donde los hábitos de alimentación son diferentes, se ha utilizado y validado el modelo de la FSA en Francia con resultados favorables.

Francia

Este modelo se ha desarrollado por la antigua Agencia de Seguridad Sanitaria de los Alimentos (**AFSSA, Agence française de sécurité sanitaire des aliments**) que ha cambiado su nombre a Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria de Alimentación, del Medio Ambiente y del Trabajo (**ANSES, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail**).

El sistema SAIN-LIM propuesto por la AFSSA clasifica los alimentos basándose en los nutrientes «positivos» (por ejemplo, fibra, vitamina C y calcio) y nutrientes «negativos» (por ejemplo, grasa, azúcares y sal/sodio) para obtener una puntuación por densidad de nutrientes y una puntuación de nutrientes limitantes, para ambos se tiene en cuenta una comparación con las ingestas dietéticas de referencia.

Las dos puntuaciones se utilizan para categorizar alimentos en un sistema bidimensional que permite validar si son apropiados para declaraciones de salud.

Por tanto, este método evalúa, de forma favorable, los aspectos saludables (SAIN) y, de forma desfavorable, los menos saludables (LIM) de cada alimento, de manera que permite clasificarlos en cuatro categorías: 1) recomendado para la salud, 2) neutral, 3) recomendado en pequeñas cantidades y 4) el consumo debe estar limitado. Según la clasificación, se pueden o no solicitar declaraciones nutricionales o de salud:

- ▶ Alto-SAIM / bajo-LIM, acceso a declaraciones de salud y nutricionales.
- ▶ Bajo-SAIN / bajo-LIM, acceso a declaraciones nutricionales.
- ▶ Alto-SAIN / Alto-LIM, sin declaraciones con algunas excepciones.
- ▶ Bajo-SAIN / Alto-LIM, sin declaraciones con algunas excepciones.

Se considera necesario que haya una fórmula separada para bebidas y alimentos que estén compuestos de más de un 97% de grasa (aceite). Este sistema no está en uso, pero se desarrolló como propuesta a considerar en la regulación de declaraciones de salud de la Unión Europea.

Otros países con perfiles nutricionales activos

- › Canadá
- › Estados Unidos
- › México
- › Costa Rica
- › Caribe
- › Ecuador
- › Perú
- › Bolivia
- › Brasil
- › Argentina
- › Chile
- › Australia



04

DETERMINANTES SOCIALES DE LA ALIMENTACIÓN INSANA

De la misma manera que existe una clara y demostrada desigualdad social en salud, existe paralelamente una desigualdad social alimentaria. La alimentación insana y sus consecuencias en salud no afectan por igual a toda la sociedad, se concentran en determinados grupos sociales. Podemos identificar dos grandes determinantes sociales que explican gran parte de esa desigualdad: la clase social y el género. Intentaremos en este apartado dar alguna pincelada sobre dos cuestiones: qué diferencias existen entre distintas clases sociales por lo que respecta al tipo de dieta (es decir, ¿comemos distinto en función de la clase social y del género?) y segunda (y derivado de ello): ¿enfermamos alimentariamente distinto?

CLASES SOCIALES

Hemos visto que las tasas de morbilidad y mortalidad en las sociedades siguen un gradiente socioeconómico. Los grupos más desfavorecidos sufren mayores tasas de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, la caries dental o algunas formas de cáncer. Todas estas enfermedades tienen una relación directa con la nutrición y la dieta. También hemos visto que dentro de las clases más desfavorecidas, las mujeres acostumbra a tener peores índices de salud. La hipótesis que avala la mayor parte de estudios y datos disponibles radica en que el riesgo alimentario es mayor en estos grupos sociales y de ahí las diferencias en mortalidad y morbilidad. Dicho de otro modo: las clases sociales altas comen mejor que las medias y las bajas y esto les predispone a tener mejor salud. Y las mujeres de las clases sociales bajas comen peor que sus compañeros de grupo social. Las diferencias dietéticas, por tanto, ayudarían a explicar algunas de las desigualdades sociales observadas en salud.

Es un hecho contrastado que la calidad de la dieta se ve afectada no solo por la edad y el sexo, sino también por la ocupación, educación y niveles de ingreso (los índices convencionales de estatus socioeconómico y la clase social).

Una manera de demostrar cuantitativamente estas afirmaciones consiste en analizar como varían algunos de los índices de calidad de la dieta basados en el cumplimiento de las recomendaciones y directrices dietéticas, en función del sexo o del estatus social. Algunos de estos índices los hemos visto en el apartado anterior y se ha demostrado que los valores más altos del Índice de Alimentación Saludable, el Índice de Calidad de la Dieta, variedad y diversidad de la dieta, y otras medidas de calidad de la dieta corresponden a las personas y grupos sociales con un mayor estatus socioeconómico¹⁰⁴. Se observó la misma relación positiva con el estado socioeconómico para los patrones de la dieta. Del mismo modo, los estudios sobre las compras de alimentos del hogar, un indicador de consumo de alimentos, han encontrado una relación positiva entre estado socioeconómico del hogar y la calidad y variedad de las dietas compradas.

Varias encuestas dietéticas transversales han observado que el consumo de diferentes tipos de alimentos por los adultos se distribuye de manera desigual por las variables del estado socioeconómico¹⁰⁵.

En resumen, la evidencia disponible sugiere que el consumo de una dieta sana está consistentemente asociada a clases sociales altas; dicho de otro modo, que el consumo de productos frescos, poco procesados, diversos, con buen perfil nutricional, bajos en grasas saturadas y trans, azúcares añadidos y sal, corresponden sistemáticamente a grupos sociales altos.

104. http://www.academia.edu/23963237/Does_social_class_predict_diet_quality

105. http://www.academia.edu/23963237/Does_social_class_predict_diet_quality

Este enlace directo entre el estado socioeconómico y la calidad nutricional de las dietas se observa también entre la población infantil y juvenil. Un estudio realizado en Francia¹⁰⁶ ha demostrado que los niños y niñas de las personas trabajadoras semicualificadas y no cualificadas consumen significativamente más dulces, pan, patatas, cereales y carnes no magras que la población infantil de las clases altas. En los Estados Unidos, la población infantil y juvenil de familias de bajo estatus socioeconómico consume menos frutas y verduras y una variedad más limitada de productos. Los niños y niñas de familias con niveles de educación más bajos tenían la ingesta de frutas más bajo y el más alto consumo de bebidas azucaradas. Varios estudios europeos han informado también de baja ingesta de frutas y vegetales y una alta frecuencia de consumo de refrescos entre la población infantil y juvenil de las clases populares¹⁰⁷.

■ En el Estado español

Las asociaciones inversas entre un menor nivel socioeconómico y mayor morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y sus fenotipos intermedios (hipertensión, obesidad, diabetes tipo II, etc.), pueden explicarse por toda una serie de factores relacionados con el propio nivel socioeconómico. Entre ellos, unos hábitos de vida menos saludables, incluida la dieta, mayor consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas, etc. De entre todos los factores del estilo de vida, uno de los más importantes es la dieta. También la dieta es uno de los factores más complejos y difíciles de medir por la gran cantidad de alimentos que forman parte de la misma, su variabilidad diaria y a largo plazo y la limitada validez de los instrumentos para su medición. A pesar de estas limitaciones, existe un consenso sobre su importancia mayúscula en la desigualdad en salud observada y la complejidad en su abordaje no es excusa para no hacer nada.

Al revisar los estudios¹⁰⁸ que analizan la asociación entre estado socioeconómico y dieta saludable, tendremos que tener en cuenta que no existe un *gold standard* de dieta saludable, aunque sí que existe un cierto consenso sobre qué patrones o qué grupos de alimentos pueden ser más o menos saludables. Así, entendiéndose en general como dieta saludable aquella que permite conseguir una nutrición sana, pilar de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y que además está exenta de riesgos, se consideran saludables las dietas no hipercalóricas, equilibradas y variadas; dietas ricas en verduras y frutas, ricas en cereales integrales, con buena presencia de legumbres, frutos secos, pescado y carnes blancas; dietas con consumo bajo de grasas saturadas, embutidos, azúcares refinados, bollería indus-

106. http://www.academia.edu/23963237/Does_social_class_predict_diet_quality

107. http://www.academia.edu/23963237/Does_social_class_predict_diet_quality

108. Información tomada de <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-736.pdf>

trial, *snacks* y comidas precocinadas. Y justamente en el distinto consumo de cada uno de estos ingredientes es donde está la diferencia entre clases sociales.

Un metaanálisis realizado recientemente buscó el número de estudios que demostraban como variaba el tipo de alimentación (de algunos de los ingredientes alimentarios) y la clase social. En la tabla inferior se representan el número de estudios que identifican esta relación. Se puede observar que para el caso de la energía (más consumo en clases bajas) hay una abrumadora mayoría que lo certifica, siendo más discutible para el nivel de proteínas

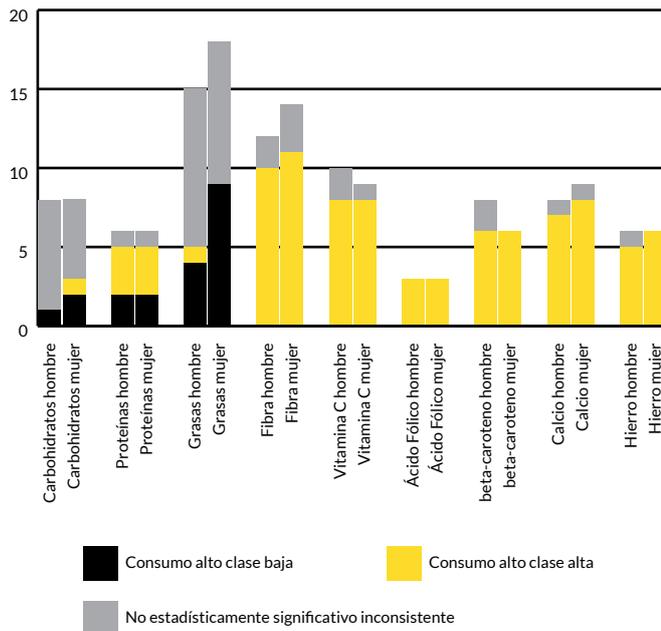
y carbohidratos (no se habría obtenido el mismo resultado si en vez de analizar carbohidratos se hubieran analizado azúcares). Y para el resto de nutrientes (fibra, vitaminas y minerales) existe prácticamente una unanimidad a nivel científico. Los estudios avalan el hecho de que las clases bajas consumen menos fibra y menos vitaminas y minerales, es decir, tienen peor calidad nutritiva que las altas y más grasa y energía. También observamos algunas diferencias por sexos, sobre todo el número de estudios (menos en mujeres) y en el tipo. En los macronutrientes, para las mujeres los estudios se han centrado en la grasa y para los hombres, en la energía.

TABLA 07 Número de estudios que han encontrado relación significativa entre el consumo nutrientes y la clase social

	MAYOR INGESTA EN CLASES BAJAS	MAYOR INGESTA EN CLASES ALTAS
ENERGÍA		
Hombre	√√√√√√√√	
Mujer	√√√	√√
CARBOHIDRATOS		
Hombre	√	√
Mujer	√√	
PROTEÍNAS		
Hombre	√√	√√√
Mujer	√√	√√√
GRASAS		
Hombre	√√√√	√
Mujer	√√√√√√√√√√	
FIBRA		
Hombre		√√√√√√√√√√√√
Mujer		√√√√√√√√√√√√√√
VITAMINA C		
Hombre		√√√√√√√√
Mujer		√√√√√√√√
ÁCIDO FÓLICO		
Hombre		√√√
Mujer		√√√
VITAMINA A		
Hombre		√√√√√√
Mujer		√√√√√√
CALCIO		
Hombre		√√√√√√√√
Mujer		√√√√√√√√√√
HIERRO		
Hombre		√√√√√√
Mujer		√√√√√√√√

Una manera gráfica de ver la tabla es la siguiente:

GRÁFICO 29 Diferencias de nutrientes en función de la clase social y el sexo



En uno de los estudios¹⁰⁹ más extensos realizado en la población infantil europea (incluida la española) para determinar el grado de efecto de las condiciones socioeconómicas y la dieta, se observan unos resultados interesantes. El proyecto agrupó a la población infantil (de 2 a 11 años) en tres grandes grupos: población con alimentación procesada (alta frecuencia de consumo de *snacks* y *fast food*), población con alimentación dulce (alta frecuencia de consumo de productos azucarados y refrescos) y población con alimentación sana (alta frecuencia de consumo de frutas, verduras y cereales no procesados). Lo que nos dice el estudio es:

- › Alguien que está en el grupo de la alimentación procesada tiene un 12% más de probabilidades de ser hombre que mujer, un 27% de que su padre tenga una baja educación, un 19% de que sea obeso y un 10% más de probabilidades de que su familia sea de rentas bajas. Es decir, el perfil de la alimentación procesada es: niño, de padre con bajo nivel educativo, obeso y de renta baja.
- › Alguien que esté en el grupo de la alimentación dulce tiene un 22% más de probabilidades de ser niño que niña, un

19% más de que sea obeso que normopeso, un 60% más de probabilidades de ser migrante que no, un 35% de que su madre tenga un nivel educativo bajo que alto, un 27% de que sea su padre el que tiene un nivel educativo bajo y no alto y un 23% de que pertenezca a una familia con bajos ingresos que altos. Es decir, el perfil de la alimentación azucarada es: niño, migrante, de padre y madre con bajo nivel educativo, obeso y de renta baja.

- › Alguien que esté en el grupo de la alimentación sana tiene un 16% más de probabilidades de ser niña que niño, 37% de que tenga normopeso respecto a obeso, un 61% de que su madre tenga un nivel educativo alto en vez de bajo, un 51% de que sea su padre el que tenga un nivel educativo alto respecto al bajo y un 31% de que pertenezca a una familia de renta alta que baja. Es decir, el perfil de la alimentación saludable es: niña, de padre y madre con alto nivel educativo, normopeso y de rentas altas.

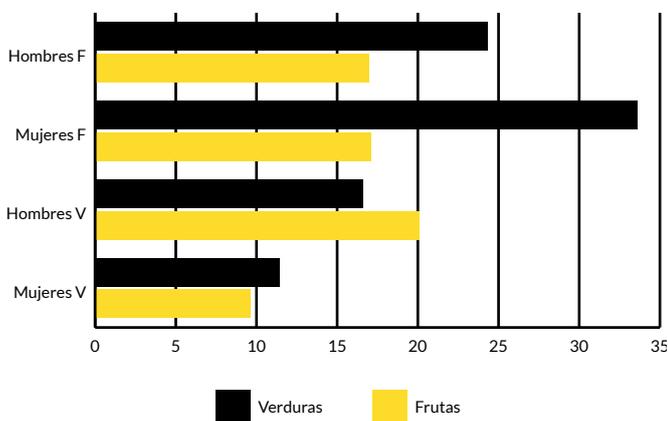
Pero el estudio fue más allá. Cuantificó si después de una intervención escolar enfocada en educar en buenos hábitos alimentarios había habido algún cambio en sus dietas. El resultado indica que alguien que había pasado del grupo procesado o azucarado al sano tenía un 18% más de probabilidades de ser niña que niño y un 51% de que el padre tuviera un nivel educativo alto que bajo. Ahora bien, también se observó que la renta familiar era un factor inamovible, es decir, que por mucha intervención educativa que se realizara en el ámbito escolar, las poblaciones con rentas bajas no pasaban a dietas saludables (las de rentas alta ya estaban ahí). Dicho de otro modo: la renta es un factor limitante a la hora de mejorar la dieta de la población infantil.

Otro interesante estudio analizó dos variables sociales (nivel de estudios del sustentador principal, en su mayoría hombres, y tipo de profesión del sustentador principal, es su mayoría, hombres) y cómo afectaban al consumo de frutas, verduras, *snacks*, comida rápida y refrescos de niños/as y adolescentes en el Estado español. Los resultados concuerdan con los otros estudios similares: el 30% de los niños y niñas y adolescentes de familias donde la persona sustentadora principal tiene un bajo nivel de estudios consumen menos de 3 frutas al día, respecto al 8,8% de las tiene nivel de estudios universitarios, un 20% más. La población infantil y adolescente de las familias con bajo nivel de estudios consumen un 20% menos de verdura 3 veces a la semana que las de estudios universitarios, un 9% más comida rápida, un 13% más *snacks* y un 30% más bebidas azucaradas. Si comparamos la profesión de la persona sustentadora principal (directiva vs manual), vemos que hay un 20% más de niños y niñas y adolescentes que consumen menos de 3 veces a la semana fruta, un 12% más que consume menos fruta, un 8% más que consume más comida rápida, un 12% más *snacks* y un 25% más bebidas azucaradas que las familias de clases altas.

109. <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-736.pdf>

Finalmente, también para el Estado español, se calculó¹¹⁰ la diferencia de consumo de frutas y verduras a través de dos variables de clase social (en función del nivel de estudios y categoría ocupacional). Con datos desagregados por sexo, observamos que: a) pasar de una clase social alta a una baja significa, en todos los casos, consumir menos fruta y verdura (en gramos/día) y b) pasar de una clase social alta a una baja significa comer menos frutas y verduras si eres hombre que mujer.

GRÁFICO 30 Diferencia de consumo frutas y verduras en función de la clase social (gramos/día)



GÉNERO

Ha sido muy difícil encontrar bibliografía concluyente sobre la desigualdad en salud alimentaria y el género. Es decir, si los hombres y las mujeres comen distinto (en términos de salud alimentaria) y eso explica parte de las diferencias observadas (estas sí ampliamente documentadas) en salud.

La investigación sobre género y salud ha sufrido varias carencias¹¹¹: a) el estudio de la influencia de la clase social en la salud de las mujeres; b) el estudio de la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres; c) las desigualdades de género en salud derivadas de la asignación de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres y, en el tema que nos ocupa, d) las desigualdades de género en el riesgo alimentario.

Que no haya gran cantidad de información concluyente no impide que no podamos plantear algunas hipótesis.

Ya hemos comentado que la conclusión prácticamente unánime de los estudios desarrollados sobre el tema indica que, aunque las mujeres viven más años, enferman más. Es decir, las mujeres padecen con mayor frecuencia que los hombres enfermedades agudas y trastornos crónicos limitantes (no mortales) así como niveles más altos de discapacidad a lo largo de su ciclo vital. Sin embargo, recientemente diversos informes han mostrado que no se puede tomar la categoría «mujer» como un todo (de la misma manera que no se toma la categoría «hombre» como un todo) y así, sin obviar el hecho de que para algunos indicadores de salud las mujeres muestran peores resultados, esta nueva perspectiva subraya la heterogeneidad de situaciones dentro del colectivo de las mujeres, derivadas de sus diferentes circunstancias en el mercado laboral y en el espacio doméstico, de su edad, etnia o clase social. Decimos todo esto porque los datos indirectos parecen mostrar que la desigualdad alimentaria y el mayor riesgo alimentario para la salud en las mujeres se acentúa en función de la clase social de estas.

Esta afirmación parte de la siguiente hipótesis:

Los roles ocupacionales (el trabajo productivo) y los familiares (el trabajo reproductivo) ocupan la mayor parte del tiempo en la vida de las personas, razón por la cual una línea importante de investigación sobre desigualdades sociales en salud se ha interesado por la influencia que estos dos factores ejercen en la salud de las personas, aunque con esquemas de análisis distintos en el caso de los hombres y de las mujeres. En ellos, su salud ha sido analizada a partir de un marco de clase social ocupacional (trabajo productivo), mientras que en el caso de las mujeres, el marco de análisis ha considerado tres roles básicos: la situación laboral

110. Agudo A., Pera G. Vegetable and fruit consumption associated with anthropometric, dietary and lifestyle factors in Spain. EPIC Group of Spain. European Prospective Investigation into Cancer. Public Health Nutrition (1999).

111. Artazcoz L., Borrell C., Benach J., Cortés I., Rohlfes I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. Soc Sci Med. (2004).

(trabajadora en el hogar o trabajadora remunerada fuera de él), el estado civil o de convivencia y la maternidad.

La hipótesis mencionada nos dice que tener un trabajo remunerado (especialmente si es a jornada completa) a la vez que criaturas en edad de ser atendidas puede dañar la salud, como consecuencia del estrés provocado por el desempeño paralelo del rol de madre y de trabajadora remunerada. Este «conflicto de roles» generaría en las mujeres la sensación de no estar cumpliendo debidamente ambas obligaciones, especialmente cuando el volumen de trabajo para poder combinar la vida familiar y laboral es elevado. Por ello, el estado civil o de convivencia, las condiciones laborales, así como los recursos materiales y personales disponibles para hacer frente a tal sobrecarga de trabajo serán factores relevantes que podrán modificar el efecto sobre la salud de tal combinación. Así, se ha documentado que los efectos positivos (para la salud) de trabajar fuera de casa se limitan a las mujeres solteras sin descendencia o las que realizan su trabajo a tiempo parcial.

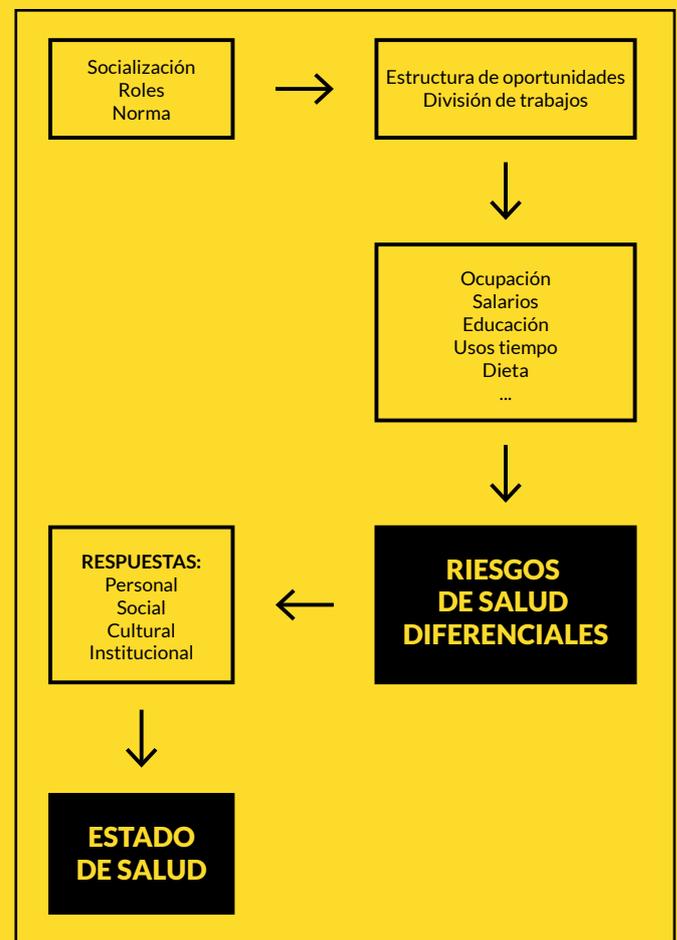
En definitiva, cruzando los datos de estado de salud y situación laboral y clase social de las mujeres, el resultado es claro: la salud de las mujeres empeora notablemente cuando accede al mercado laboral si no hay reparto equitativo de tareas domésticas dentro del hogar. Y una segunda evidencia: el reparto equitativo de tareas del ámbito reproductivo sigue un gradiente de clase social, aunque en todas ellas las mujeres dedican mucho más tiempo a estas tareas (entre las que está la alimentación) que los hombres, la ratio empeora notablemente en las clases populares. Dicho de otro modo, para las mujeres de clases populares tener un trabajo remunerado empeora sus índices de salud, no ocurre así con los hombres de esas mismas clases. Esto es el resultado del desigual reparto de tareas dentro del hogar o que tienen que ver con la esfera reproductiva¹¹².

Los estudios a nivel estatal y autonómico han demostrado que las mujeres que viven en pareja (con o sin hijos e hijas a su cargo), las que viven solas (jóvenes con criaturas a su cargo o mayores con nietos y nietas) o las que viven solas pero que se tiene que hacer cargo de parte de los cuidados de algún familiar, y tienen un trabajo remunerado, tienen una peor salud percibida, peor calidad de vida relacionada con la salud, son más sedentarias, duermen menos y son más fumadoras que aquellas que conviven en hogares en los que el reparto de las tareas es igualitario entre los miembros de la familia. Esta relación se da tanto en las mujeres de clase social no manual (más ricas) como manual (más pobres), aunque en estas últimas la desigualdad en el hogar es más frecuente y, por lo tanto, el problema les afecta en mayor medida. Es decir, sumar a la carga reproductiva la carga laboral remunerada, sin modificar la carga reproductiva interna en el grupo familiar, empeora la salud de las mujeres, especialmente la de las clases populares.

Disponemos de datos sobre el incremento de algunos riesgos en las mujeres que explicarían ese empeoramiento en la salud. Por ejemplo, el mencionado del tabaco. Un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 mostró que, independientemente del efecto de la edad y de la clase social, la prevalencia de tabaquismo era significativamente superior en las mujeres empleadas. Concretamente, fumaban el 39% de las mujeres empleadas, y solo lo hacía el 20% de las que no. Entonces parece razonable pensar que el riesgo alimentario (comer peor, para entendernos, o para ser más concretos, comer más alimentación procesada o comer más alimentos con mal perfil nutricional, alto en azúcares, sal y grasas) también se incrementa en estos grupos de población y por razones parecidas, aunque el fenómeno no sea homogéneo para todas las mujeres y haga falta tener en cuenta, por ejemplo, la variable de la clase social.

Ahondaremos en ello más adelante, en el apartado dedicado a los precios de los alimentos.

Esquema resumen de algunos elementos tratados en este apartado¹¹³:



112. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

113. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf



03

**¿POR QUÉ COMEMOS TAN
REMATADAMENTE MAL?**

LAS CAUSAS DE FONDO DEL AUGE DE LA ALIMENTACIÓN INSANA

Hasta aquí, hemos descrito una realidad: la alimentación actual, altamente procesada, que se ha convertido en la base de nuestra dieta, nos enferma, es lo que más nos enferma y lo hace cada día más. Hemos visto la vinculación entre la alimentación insana y diversas enfermedades. Hemos analizado la evolución de la dieta, los componentes críticos de la alimentación que nos enferman y hemos incidido, también, en la clase social y el género como determinantes sociales. Ahora es el momento de profundizar en las raíces causales de todo ello. ¿Por qué comemos tantos alimentos insanos? ¿Por qué la dieta se ha transformado en el principal factor de riesgo para nuestra salud?

Como decíamos al final del primer capítulo, comer no es simplemente ingerir alimentos. Es un acto profundamente sociológico. Todo eso contrasta con cierta ideología dominante, según la cual enfermar o morir prematuramente estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética, nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc.), de la misma manera que comer más o menos sano dependería, sobre todo, de cada persona, siendo la alimentación un acto puramente individual prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Comer insano, por tanto, sería fruto de una decisión individual previa (cada una de nosotras sería culpable de sus propias enfermedades por «no haberse cuidado»). En realidad, es una evidencia fuera de toda duda que la alimentación insana no es un problema individual. Se trata de una pandemia cuyas principales causas son sistémicas y estructurales. Este capítulo está dedicado a ellas.

Frente a estas causas, no sirven las medidas basadas exclusivamente en campañas educativas sobre buenos hábitos alimentarios. Como en otras problemáticas estructurales que afectan a la mayor parte de la población, las respuestas deben ser políticas y coordinadas. La necesidad de una política pública que aborde decididamente el conjunto de causas denunciadas por varios organismos internacionales independientes y asociaciones científicas y de profesionales. Tener claro que estamos ante un problema político y no individual, ante una vulneración de derechos y no ante una mala elección de consumo, es imprescindible para reivindicar una política pública fuerte que modifique los aspectos sociales, económicos y culturales que causan la alimentación insana.

■ **¿Cómo se convirtió la alimentación en un problema?**

No existe una razón única que explique la actual epidemia de alimentación insana. Es la combinación de una serie de factores, pero el más importante de todos ellos es sin duda el cambio de nuestro patrón alimentario, que ha supuesto un incremento muy significativo del consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas e hidrogenadas, azúcares añadidos y sal. En el Estado español ha aumentado el consumo de estos tres componentes críticos entre un 40-70% (en función del nutriente). El azúcar añadido, las grasas insanas o el exceso de sal no viajan en el vacío, no se teletransportan a nuestras bocas: el vehículo principal que los aloja es la alimentación procesada. Actualmente, nuestra dieta está basada principalmente en alimentos procesados. Y no estamos hablando de procesos de manipulación tradicionales como el corte en rebanadas, deshuesado, picado, pelado, trituración, corte, limpieza, desgrasado, descascarillado, molido o refrigeración, ni de otros procesados mínimos, sino de la absoluta predominancia de productos con ingredientes añadidos con el fin de alterar sus cualidades organolépticas (sabor, aspecto y textura) o sus características de conservación, transporte, almacenado o precio.

La progresiva industrialización de nuestros alimentos es un factor, pero también lo son la progresiva desconexión de la población con los alimentos, con su origen, variedad, temporalidad, cocina y cultura, combinado con cambios significativos en la producción de los mismos y un sofisticado uso constante de promoción y persuasión por parte de la industria alimentaria.

La industria alimentaria se ha convertido en un agente poderosísimo con enorme capacidad de condicionar el sistema de producción y consumo alimentario. Su enorme peso también influye de manera notable en las decisiones políticas, habiéndose convertido en uno de los principales lobbies en el mundo y también en el Estado y el resto de Administraciones. Esto a veces puede condicionar las políticas en un sentido que no siempre favorece los intereses de la población en relación con su salud. Baste con recordar su obsesión por no diferenciar alimentos con buen o mal perfil nutricional, hecho que ha llevado al bloqueo sistemático de toda iniciativa académica y política que intente aplicar los distintos modelos de perfiles nutricionales existentes en la actualidad, entre ellos, los aprobados por la oficina de la OMS en Europa o los que siguen enterrados en el cajón de la Administración europea desde 2006. Perfiles que han demostrado su utilidad para elaborar políticas públicas que intenten limitar el consumo o publicidad de los alimentos con peor perfil nutritivo. Lo mismo cabe decir de la oposición a la instauración del semáforo nutricional en el etiquetado de los alimentos.

Gracias a su acción, tenemos una ausencia casi total de políticas públicas que aborden el tema de la alimentación insana como se

merece en virtud de la gravedad de los impactos que está generando. La estrategia desarrollada por las Administraciones para combatir la obesidad, el sobrepeso, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades asociadas se ha focalizado en atribuir la responsabilidad a las decisiones individuales y no a los determinantes sociales que han llevado a que una de cada cinco personas enferme a causa de lo que comen.

El actual problema derivado de la extensión de las dietas insanas, especialmente sobre las clases populares y dentro de ellas, sobre las mujeres, debe también entenderse como resultado de un ambiente alimentario insano que, más allá de la publicidad o de la dificultad del etiquetado, tiene parte de su explicación en la parte educativa. Dentro de esta área, aunque no solamente, las escuelas públicas juegan y pueden jugar un papel clave en cambiar la situación. Incorporar elementos en el ámbito educativo, que actúen sobre el ambiente alimentario insano, actuaciones como introducir elementos de cocina y salud alimentaria en el ámbito curricular, educar críticamente acerca de los alimentos insanos, causas y consecuencias, o incorporar los comedores escolares de proximidad o los huertos escolares, entendiendo que el comedor escolar y el servicio que en él se ofrece van mucho más allá del simple hecho de «dar de comer», se trata de un espacio importante que juega un rol esencial en el proyecto educativo, ya que desarrolla una función educativa, formativa y social. El comedor escolar se convierte de esta manera, también, en una herramienta en la que trabajar la corresponsabilidad, la cooperación y unas relaciones más justas entre las y los jóvenes.

01

PUBLICIDAD

1.1 MUNDO SPOT

■ *Importancia de la publicidad*

La publicidad es un elemento cotidiano en la sociedad actual. Vivimos inmersas en ella. Desde la infancia (incluso antes de nacer a través de nuestras progenitoras) y a lo largo de toda nuestra vida, somos receptores de mensajes publicitarios.

La refinada y muy abundante mercadotecnia de la gran industria alimentaria es una poderosa fuerza sociocultural. Como decíamos antes, la capacidad real de control consciente que tenemos como consumidoras sobre nuestra alimentación es muy baja. De hecho, está ya fuera de toda duda académica que la capacidad real de decisión consciente del consumidor es mucho menor de lo que suponemos. Un simple detalle de nuestro entorno sociocultural (detalles ampliamente estudiados por la industria alimentaria) puede suponer un cambio radical en el consumo individual (la mayor parte de las veces inconsciente).

Además, esta sofisticadísima mercadotecnia de la industria y distribución alimentaria ha entrado de lleno en el terreno de lo simbólico (publicidad emocional)¹¹⁴, especialmente en la publicidad dirigida al público infantil. La correlación de fuerzas en el terreno de la publicidad es descomunal:¹¹⁵ solo la compañía PepsiCo destinó 1.700 millones de dólares en publicitar productos como las patatas fritas Lay's y los *snacks* de maíz fritos. El Ministerio de Sanidad y Consumo español destinaba en esa época 1,2 millones de euros, aproximadamente el 0,08% de la cifra anterior, a su campaña de prevención de la obesidad infantil «Prevenir la obesidad infantil tiene premio: estar sano».

Además, la mercadotecnia alimentaria genera una auténtica lluvia torrencial de impactos que refuerzan los estereotipos de género y contribuyen de manera significativa a mantener y agrandar la desigualdad. Baste con recordar las casi 400 quejas oficiales presentadas por publicidad sexista en un año a través de Internet y televisión. O las 200 empresas denunciadas, buena parte de ellas del sector alimentación (casi una de cada tres intervenciones del Observatorio de la Imagen de las Mujeres en 2014 —últimos datos disponibles— fueron hacia empresas o productos de alimentación). Podemos ejemplificar lo que estamos diciendo con la que más quejas recibió, un anuncio de El Pozo Alimentación para su gama de productos All Natural, donde hombres desmaquillan a mujeres con el lema «Cuando algo te gusta de verdad, no necesita añadidos» y que se puede ver aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=wqFGtQbdOiU>

114. La mercadotecnia simbólica de los alimentos supone que se está persuadiendo a los niños para comer determinados alimentos no sobre la base de su sabor, u otros beneficios, sino por su lugar en una matriz social de significado. http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol24_es.pdf

115. http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol24_es.pdf

De todos los medios, el televisivo es el más utilizado por la industria para difundir sus mensajes publicitarios, siendo también el medio donde más se invierte (2.000 millones de euros). La televisión ofrece a los anunciantes la posibilidad de optar por diversas formas de publicidad, como el *spot*, el patrocinio, la publicidad estática (aquella que se expone en espacios abiertos como los estadios deportivos —vallas publicitarias laterales— cuyas competiciones son emitidas en televisión. Debido a la presencia en segundo plano de este tipo de publicidad, suele mostrarse con una elevada frecuencia para conseguir impactar en el usuario), publicidad interactiva, *bumper* (formato que integra un producto o marca del anunciante en las cortinillas de la cadena de televisión, creando una vinculación entre ambos. Su duración suele oscilar entre 2 y 15 segundos), sobreimpresiones, *publirreportaje*, *product placement* (inserción de un producto o marca durante el desarrollo de un contenido audiovisual, principalmente en cine y teleseries), *televenta* o *infomercial* (son anuncios con una duración similar a la de un programa de televisión y que se emiten fuera de horario, generalmente de 2 a 6 de la mañana), *telepromoción* (utilización de un personaje destacado de la programación de la cadena para realizar una promoción de un producto. Las caras de la cadena se vinculan directamente con el producto dando notoriedad y originalidad a la acción), o el *bartering* (intercambio en el que la cadena de televisión ofrece al anunciante un espacio televisivo para que este último pueda crear su propia producción audiovisual dirigida a promocionar su marca o producto).

El objetivo de esta lista no es simplemente entender cada técnica publicitaria, sino ver la enorme diversidad de herramientas de que disponen los anunciantes, muchas de ellas muy sutiles.

También debemos destacar el propio envase de los alimentos, que, como hemos visto en el apartado anterior, son auténticos *spots* estáticos. Y aunque no forma parte del grueso de este estudio, no olvidemos otros canales de publicidad como las promociones que se realizan directamente en espectáculos, atracciones y demás eventos relacionados con el público infantil, o incluso las escuelas.

■ La inversión publicitaria en el Estado español

Según los datos del Estudio InfoAdex de la Inversión Publicitaria en España (2015), la inversión en publicidad en el Estado español era de 11.700 millones de euros, de los cuales aproximadamente el 40% corresponden a los medios convencionales (televisión, radio, prensa, Internet, exterior, cine), manteniéndose la televisión como el primer medio por volumen de inversión publicitaria.

La lista de los medios de publicidad no convencionales da una muestra, de nuevo, del abanico de estrategias y medios utilizados. Cabe destacar que los últimos datos disponibles indican que este segundo tipo de medios superan ya en tanto por ciento a los convencionales (60 % del total, las cifras de la tabla reflejan los millones de euros).

Solamente en publicidad, el conglomerado (alimentación + distribución) invierte más de 1.000 millones de euros, representando el 23% de la inversión controlada. Es decir, uno de cada 4 € gastados en publicidad en el Estado tiene que ver con los alimentos. En el último año, los dos sectores que más han incrementado su gasto en publicidad respecto al anterior han sido, justamente, el de la alimentación y el de las bebidas (13% y 10% de incremento, respectivamente).

TABLA 08 Inversión publicitaria en el Estado español en medios no convencionales

Medios no convencionales	2015 (millones €)
Actos de patrocinio, mecenazgo, RSC	476,6
Actos patrocinio deportivo	355,0
Animación punto de venta	69,9
Anuarios, guías y directorios	146,2
Buzoneo, folletos	518
Catálogos	53,3
Ferías y exposiciones	79,9
Juegos promocionados	20,9
Mailing personalizado	1.995,2
Márquetin móvil	32,3
Márquetin telefónico	1.350,1
Merchandising, rótulos	1.521,4
Publicidad de empresa: revistas, boletines, memorias	23,1
Regalos publicitarios	52,9
Tarjetas fidelización	29,9
Subtotal medios no convencionales	6.725,5

■ La inversión en máquetin por parte de la industria alimentaria

Como decíamos, la inversión que las empresas hacen en publicidad (entendida como la compra de espacios en medios de comunicación o similares) solamente es una parte de lo que destinan a máquetin. Por ejemplo, como hemos visto, la inversión en publicidad era de casi 12.000 €, pero en 2014, la inversión en máquetin en el Estado español ascendió a 27.050 millones de euros. El máquetin representa un 2,6% del PIB, porcentaje que le sitúa al mismo nivel que otros sectores de actividad como la agricultura, la ganadería y la pesca, la energía o la alimentación y bebidas.

La publicidad es una de las herramientas del máquetin, la más importante (la mayoría de los 27.050 millones de inversión en máquetin en 2014 se destinaron a actividades de publicidad,

comunicación y promoción, que en conjunto representan el 62,7% del total), pero no la única. Una buena manera de ver de qué estamos hablando consiste en ver qué partidas componen esos 27.000 millones de euros (vease Gráfico 31).

De todos los sectores, el que más invierte en máquetin en el Estado español es el alimentario, con casi 4.000 millones de euros anuales. Si le sumamos el de la distribución y el de la hostelería, nos vamos a 5.500 millones que representan el 20%. Es decir, de cada 5 € que se invierten en máquetin, uno es para la alimentación.

En concreto, por partidas, podemos sumar a la de las empresas, la correspondiente al sector de la distribución: otros 1.400 millones.¹¹⁶

GRÁFICO 31 Gasto por partidas en máquetin en el Estado español (%)

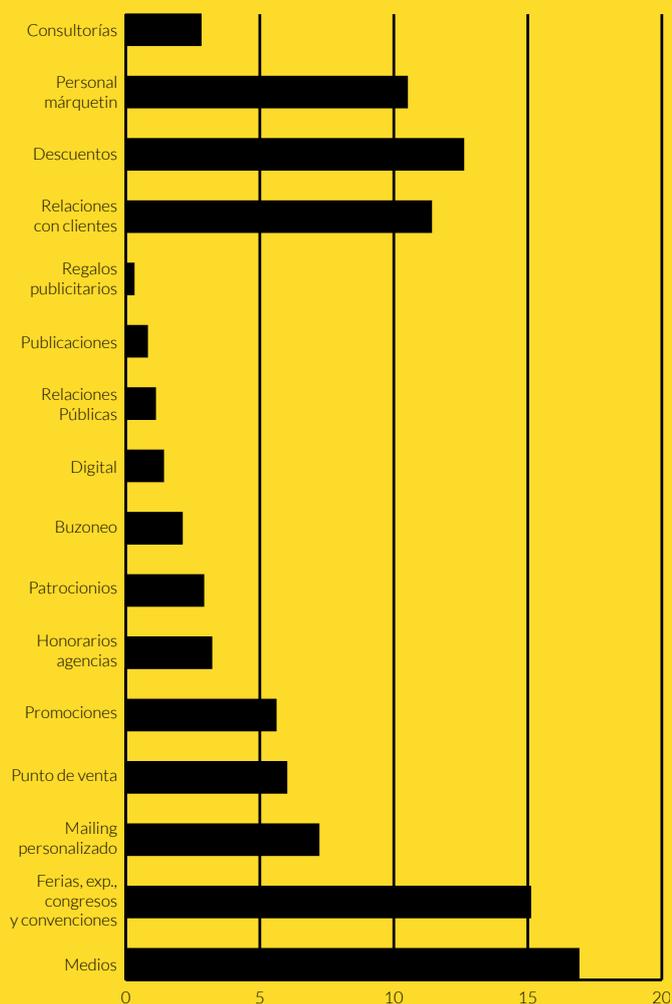
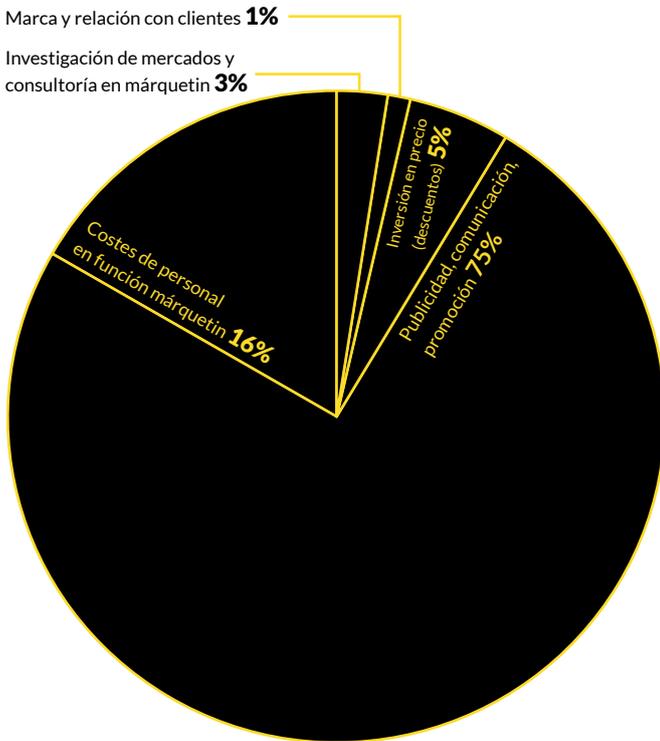


TABLA 09 Inversión en máquetin en el Estado español (datos 2011)

	Total sector gran consumo alimentos y bebidas (millones €)
Investigación de mercados y consultoría en máquetin	94,6
Marca y relación con clientes	46
Inversión en precio (descuentos)	177,2
Publicidad, comunicación y promoción	2.703,2
Costes de personal máquetin	595,8
Comunicación digital	72,5

116. <http://www.infoadex.es/infoadexinforma47.pdf>

GRÁFICO 32 Inversión márketing en alimentación



Esto supone que el gasto en marketing alimentario es el equivalente al 10% del gasto público en salud, o el doble del gasto sanitario público asociado a enfermedades vinculadas al sobrepeso (2.500 millones de euros).

Podemos comparar estas cifras con el presupuesto del organismo encargado de planificar, coordinar y desarrollar estrategias y actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición, y en particular, en la prevención de la obesidad (AECOSAN) que cuenta con un presupuesto de 30 millones de euros, y la estrategia de promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y prevención de la obesidad del Ministerio de Sanidad que no llega a los 12 millones de euros. O con el presupuesto del Instituto de la Mujer (8,5 millones) o con el destinado a la lucha contra la violencia de género en el Estado (25 millones).

Como podemos ver, la publicidad y el marketing es una poderosísima fuerza social, donde la industria alimentaria invierte enormes cantidades de dinero y esfuerzo con la lógica intención de modificar las compras y el consumo alimentario.

■ El target infantil

El término *target* (diana) se utiliza en publicidad para designar al destinatario ideal de una determinada campaña, producto, servicio o bien. Entre todos los *targets*, la población infantil son un grupo de población muy interesante para las empresas anunciantes. Se ha estimado que la población infantil ve una media de 95 anuncios al cabo del día y más de 34.000 anuncios al año¹¹⁷. En el Estado español, a lo largo de un año se crean alrededor de 5.000 campañas de distintos productos cuyo objetivo es el público infantil¹¹⁸. Resulta también ilustrativo del interés de la industria de la publicidad por la población infantil que la cadena Disney Channel® con solamente un 1,2% de *share* de audiencia en pantalla, reciba una inversión en publicidad de más de 25 millones de euros (el mayor porcentaje de *share* de audiencia). Es decir, en este caso no importa la cantidad de audiencia, para las empresas anunciantes, sino su «calidad», es decir, que sea población infantil.

Además, en el caso del público infantil, hay un considerable número de anuncios de bebidas y comidas que se construyen en torno a una promoción. El regalo se convierte así en el eje central del anuncio.

Este interés por el público infantil se ha explicado por las siguientes razones¹¹⁹:

1. La influencia de la infancia en las compras familiares, de las que también son beneficiarios a través, fundamentalmente, de la estrategia infantil de petición de compra basada en la insistencia a los padres y madres (mercado indirecto). En el sector alimentario, el 67% de la población infantil realiza peticiones específicas de alimentos cuando acompañan a sus progenitores a la tienda de comestibles.
2. La población infantil es una fuente de consumidores futuros (mercado futuro).
3. La población infantil posee, aunque pueda parecer lo contrario, capacidad de gasto propia («dinero de bolsillo»), con el que atienden a su mercado directo, constituido por productos de precio muy reducido (mercado primario o directo). Aunque el volumen de gasto directo que tiene la población infantil puede pensarse que constituye una cifra insignificante, no pasa inadvertida para las empresas alimentarias. Estas lanzan productos con un precio muy reducido que son asequibles para la población infantil.

117. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-9d151ea05e>

118. http://www.autocontrol.es/pdfs/NP%20Balance%20AUTOCONTROL%202013_13.03.2014.pdf

119. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/02/2014-a6a60b-4c7b>

4. La población infantil influye también en las compras de las personas adultas, aunque no sean beneficiarias directas o indirectas (influencia en mercados ajenos).

La población infantil representa, en el mundo, un mercado de 450.000 millones de euros. En el Estado español la población infantil mueve un total de 900 millones de euros al año y ejercen su influencia en la compra familiar sobre un volumen de 6.000 euros al año. Debemos tener en cuenta que la población infantil influye en el 43% de las compras familiares¹²⁰. Con estas cifras nos damos cuenta de hasta qué punto es importante la población infantil en el mercado y, más concretamente, en el mercado alimentario, y que la industria alimentaria ejerce una presión intensa sobre ella.

Si analizamos las compras realizadas por población infantil (de 4 a 12 años) y las catalogamos, nos encontramos con la siguiente tabla¹²¹:

- › Alimentos y bebidas: 33%
- › Juguetes: 28%
- › Ropa: 15%
- › Películas y deportes: 8%
- › Videojuegos: 6%
- › Otros: 10%

Las dos características que definen a la población infantil como consumidor son la inmediatez (el tiempo entre el deseo y el cumplimiento del deseo es corto) y la selección (ante una oferta extensa que les gusta, eligen y lo consiguen).

En su relación con las marcas, las menores con edades inferiores a los 7 u 8 años solo se detienen en los rasgos aparentes como el color o la forma.¹²² A partir de esa edad, se fijan en los atributos más abstractos, menos obvios y observables como el sabor, el significado y el estilo que transmite.

La población infantil tiene una gran confianza en la publicidad, y no siempre entienden la dimensión persuasiva de la misma. Al no tener la capacidad para detectar esta dimensión, se convierten en un sector altamente vulnerable ante ella.

En un interesante estudio¹²³, los investigadores siguieron a un grupo desde la infancia hasta la adolescencia para evaluar sus opciones de marcas comerciales. La mitad de las marcas escogidas en la adolescencia eran las mismas que habían seleccionado en la infancia, es decir, que los impactos en la infancia se arrastran durante años. De hecho, desde la edad de 10 años, un niño o niña ha aprendido de memoria de 300 a 400 marcas¹²⁴. La propia OMS nos dice que la población infantil que reconoce múltiples marcas a la edad de cuatro años es más propensa a seguir una dieta insana y a padecer sobrepeso y añade que las menores con exceso de peso responden más que los otros pequeños a la publicidad de alimentos insanos.

La OMS, presentando los resultados de una investigación sobre este tema, ha declarado que la comercialización de alimentos poco saludables contribuye a un «entorno propicio a la obesidad que hace que la elección de alimentos saludables sea más difícil, especialmente para la población infantil».

■ Características de la publicidad dirigida a la población infantil

La estrategia de márketing incluye el uso de técnicas de persuasión para aumentar la probabilidad de venta a la población. Algunas de las técnicas tradicionales utilizadas en televisión son la repetición del mensaje, identidad de marca, demostración del producto para captar atención como productos atractivos, animaciones y apoyo de rostros y celebridades, premios y regalos, apelar a la popularidad entre pares y humor.

Se han descrito tres categorías de efecto que tendría la utilización de estas técnicas: efectos cognitivos, como la recordación o reconocimiento de promociones y marcas; efectos afectivos, como el gusto por determinados anuncios y marcas y efectos comportamentales, como la compra o petición de compra de un producto o marca¹²⁵.

En una amplísima revisión sobre la naturaleza de la promoción de alimentos dirigido la población infantil, se concluye¹²⁶ que la televisión es el canal de difusión más dominante, pero que ha comenzado a disminuir cediendo espacio a Internet, correo electrónico, mensajería móvil, revistas, impresos como cómics, puntos de venta, reglas y muestras gratis, empaque, programas de fidelización, productos con licencia de personajes y programas, patrocinios y

120. Minot, Françoise. Les enfants et la publicité télévisée (2002)

121. Wootan, Margo. Pestering Parents: How Food Companies Market Obesity to Children (2003)

122. <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14444/1/978-84-7356-542-4%20Marketing%20y%20Ni%C3%B1os.pdf>

123. Minot, Françoise. Les enfants et la publicité télévisée (2002)

124. www.childhoodobesityfoundation.ca/files/files/AMore%20food%20advertising%20directed%20at%20children.pdf

125. <http://misterpeters.pbworks.com/w/file/fetch/47871911/advertising1.pdf>

126. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e14629b92e0400101650119e3.pdf>

márquetin dentro de establecimientos educacionales. Respecto a los productos más promocionados, se encontrarían los cereales de desayuno azucarados, bebidas, *snacks* saborizados, confitería y comida rápida. Finalmente, describe las estrategias creativas utilizadas en la promoción incluyendo las técnicas de entretenimiento como el uso de animaciones y ficción y las temáticas más utilizadas serían el sabor, humor, acción-aventura, fantasía y diversión.

Las estrategias publicitarias más utilizadas en televisión plantean que las técnicas no explicitan que están dirigidas a la población infantil, la mayoría utiliza mensajes indirectos para llegar al público infantil y a sus progenitores, a través de escenas de felicidad, grupos de amigas jugando y disfrutando de los alimentos que les ofrecen sus padres y madres, transmitiendo el mensaje de que la población infantil será más feliz y sana al consumir el producto. Esta complejidad característica de las técnicas de *márquetin* no permite diferenciar con claridad cuándo una publicidad está «dirigida a la población infantil» o para «audiencia primaria infantil»,

ESQUEMA 03 Naturaleza de la publicidad dirigida a población infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



ESQUEMA 04 Efectos de la promoción de alimentos hacia público infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



el uso de simbolismos y mensajes indirectos dificulta la creación de normas y regulación que efectivamente discrimine si una publicidad está dirigida a la población infantil o no.

Las estrategias de márketing en Internet dirigidas a la población infantil incluyen juegos interactivos y actividades, clubes, concursos, sitios atractivos con audaces y llamativas gráficas y oportunidades para construir comunidades en línea a través de chat, redes sociales y correo electrónico. Internet también puede ser utilizada para recoger los datos personales de la población infantil. Los sitios web de muchas compañías de alimentos están diseñados pensando en un público objetivo de la población infantil y adolescentes y van desde simples páginas informativas a sofisticados sitios interactivos con juegos y promociones.

Ese mismo estudio determina la evidencia de una relación modesta pero significativa entre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas y los conocimientos y percepciones acerca de qué es lo que constituye una dieta saludable, las preferencias alimentarias y el consumo de alimentos (referido al aumento del picoteo). Además, se establece una asociación fuerte y significativa entre la promoción de alimentos y compra y petición de compra, referente a las compras realizadas por la población infantil o la petición de compra a personas adultas y selección de marca y categoría de productos.

En un estudio¹²⁷ norteamericano se calcularon los efectos potenciales de reducir la exposición de la población infantil de 6 a 12 años a la publicidad de alimentos en televisión, y se estimó que entre uno y tres de cada siete niños y niñas obesas en los EE.UU. podrían no haber sido obesos si se eliminaba totalmente la publicidad de alimentos no saludables en la televisión.

■ **Símil con el tabaco**

Existe poca información sobre la efectividad de las medidas de restricción de la venta de alimentos en el interior de establecimientos educacionales, por tratarse de políticas bastante recientes. El caso más estudiado de los efectos de la publicidad en salud es el del tabaco, donde se han generado las primeras intervenciones de tipo regulatorio, por lo que son importantes para tener como antecedente. La gran mayoría de los estudios transversales indican una fuerte asociación entre la exposición a la publicidad de cigarrillos y el comportamiento de fumar.

127. www.researchgate.net/profile/Martin_Caraher/publication/224913736_Systematic_reviews_of_the_evidence_on_the_nature_extent_and_effects_of_food_marketing_to_children_A_retrospective_summary_httpdx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.017 (accesed January 2015)/links/0912f510ab941d48c4000000.pdf

Lennert Veerman J., Van Beeck E. F., Barendregt J. J., Mackenbach J. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health (2009)

La evidencia ha demostrado que: 1) la exposición a la publicidad sería anterior al inicio del uso de cigarrillos; 2) la exposición aumentaría el riesgo de inicio del consumo; 3) existiría una relación entre la dosis de exposición y la respuesta, es decir, a mayor exposición mayor riesgo de consumo; 4) la asociación recién planteada sería robusta; 5) existe una explicación científico-teórica acerca del mecanismo de influencia de la promoción en la conducta de consumo de cigarrillos y 6) no hay otra explicación además de la causalidad para explicar el fenómeno¹²⁸.

Algunos tipos de ganchos comerciales usados para influir en la población infantil se recogen en diversos estudios:

- ▶ Juguetes: muñecos, figuras, tatuajes, tazas.
- ▶ Artículos coleccionables: juguetes, láminas de álbum, pegatinas. Al ser coleccionables, obligan a comprar varias veces el producto para completar la colección.
- ▶ Concursos: premios en sorteos por cupones incluidos en los productos, por hacer alguna tarea encomendada por el producto (enviar un dibujo, foto, etc).
- ▶ Cupones: por ejemplo, descuento para el cine, descuentos para una pizza.
- ▶ Juegos: los juegos pueden estar incluidos en los envases, tales como puzzles, dominós, figuras para pintar, sopas de letras, elementos recortables y construibles. Si bien en esta oportunidad no se detectó, en años anteriores se ha observado el regalo de CD para ordenadores con juegos en cajas de cereales.
- ▶ Código: utilizados para acceder a aplicaciones de sitios web, habitualmente juegos, concursos o descargas de aplicaciones (por ejemplo, protectores y fondos de pantalla).

Hay que añadir que la mayoría de estos ganchos comerciales, por sus características, estaban dirigidos a la población infantil. En muchos casos, los ganchos publicitarios combinan más de una de las categorías antes mencionadas. Además, estos ganchos se refuerzan con otros recursos de *marketing mix* como el uso de personajes, ya sean propios de la marca o de licencia, colores atractivos, etc.

El uso de ganchos comerciales se concentra, justamente, en los alimentos más insanos: comida rápida, cereales para el desayuno, confites y chocolates, galletas, helados, saborizantes para leche,

128. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e14629b92e0400101650119e3.pdf>

productos lácteos, zumos y bebidas gaseosas, gelatinas, fideos, *snacks* y salsas de tomate¹²⁹.

■ **La publicidad infantil de alimentos y la calidad nutricional de los alimentos publicitados**

Una vez llegadas hasta aquí, recordemos ahora brevemente las cifras de obesidad y sobrepeso infantil del Estado español, y recordemos que nos sitúa en el primer lugar del *ranking* europeo y en el pódium del mundial. Ahora, recordado todo esto, y visto hasta qué punto la publicidad incide sobre esta población y hasta qué punto es vulnerable, entenderemos el porqué está claramente justificada la demanda de que las Administraciones competentes regulen estrictamente este tipo de publicidad.

Pero ¿tan malos son los alimentos que consume la población infantil a través de la publicidad?

Una vez visto el gran número de impactos publicitarios que recibe la población infantil, hasta qué punto son un público objetivo de la industria alimentaria y por qué representan una población vulnerable ante la publicidad, veamos qué tipo de impactos publicitarios alimentarios reciben desde el punto de vista de la salud nutricional de estos.

Empecemos con un dato ilustrativo¹³⁰. Los cereales anunciados con el público infantil como objetivo, tienen, en general, 85% más azúcar, 65% menos fibra y 60% más sal que los cereales para adultos. A ello sumemos el hecho de que la población infantil preescolar ve un promedio 642 anuncios de cereales al año solo en la televisión.

■ **Evaluación de la calidad nutricional de los alimentos y bebidas publicitados en horario infantil en el Estado español**

En el Estado español, la actual normativa no aborda la calidad nutricional de los productos publicitados, a pesar de que entre los indicadores establecidos para evaluar la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) se ha incluido un indicador que considera este aspecto (indicador

7.3.3). Sin embargo, dos canales de televisión infantiles, Cartoon Network® y Boomerang Spain®, con emisión en el Estado español pero licencia por Ofcom a Turner Entertainment Networks International Limited, en el Reino Unido, no emiten en la totalidad de su programación publicidad de alimentos y bebidas insanos de acuerdo a la normativa del Reino Unido (alimentos altos en grasa, azúcares y sal, los llamados HFSS por sus siglas en inglés). Siguiendo este patrón, se realizó **un estudio publicado recientemente y llevado a cabo en el Estado español, donde se evaluó qué porcentaje de publicidad alimentaria emitida en horario infantil sería catalogada como poco saludable en función del perfil nutricional del Reino Unido y, por tanto, su emisión sujeta a prohibición en caso de aplicar la normativa de ese país en el nuestro. Los resultados nos dicen que la mayor parte de los anuncios alimentarios emitidos, seleccionados siempre dentro del horario infantil, fueron de alimentos o bebidas poco saludables en un 59,7%. Pero la cosa no queda ahí. El porcentaje se incrementó hasta el 71,2% en horario de protección reforzada para la infancia (de lunes a viernes de 8:00 a 9:00 h. y de 17:00 a 20:00 h; sábados y domingos de 9:00 a 12:00 h). Es decir, que cuanto más protección se necesita, menos saludables son los alimentos que impactan en esta población vulnerable, la industria alimentaria intensifica su estrategia.**

Existen otras pruebas de que en nuestro país la mayoría de anuncios de alimentos y bebidas presentan un perfil nutricional poco saludable. Una investigación llevada a cabo por la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (Madrid) y publicada en julio de 2013 concluyó que **más de la mitad (61%) de los anuncios que aparecen en la televisión del Estado español son de alimentos poco saludables**, pero que la proporción se eleva a más de dos tercios en el horario de protección especial para la población infantil.

■ **La publicidad infantil es básicamente de alimentos insanos**

Se calcula que el 20% de la publicidad emitida a lo largo del día por las diferentes cadenas es de comida o bebida y que **se concentran** en las horas en que las más pequeñas están sentadas delante de televisión. Es decir, que entre las 19 a las 22 h. entre semana y de 7 a 10 h. los fines de semana, el **bombardero de anuncios** de caramelos, bollería industrial, bebidas de todo tipo, chocolate y comida rápida aumenta de forma significativa.

Trece grupos de investigación de un total de 11 países (incluido el Estado español) recopilaron información sobre este asunto. Los resultados publicados por el *American Journal of Public Health* constatan que el **71,2% de los productos** alimentarios anunciados en horario infantil eran de «un perfil nutricional bajo

129. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e14629b92e0400101650119e3.pdf>

130. Harris et al. Priming effects of television food advertising on eating behaviour (2009). Si bien el estudio está centrado en el público norteamericano, la realidad del Estado español no está muy lejana. Pensemos que tanto las empresas como las marcas son las mismas, así como el consumo promedio (unos 5 kg) y también el número de impactos publicitarios.

o muy bajo» y «**poco recomendables** para la dieta de la población infantil».

Diversos estudios han cuantificado el número de impactos publicitarios de alimentos insanos que recibe la población infantil española a través de la televisión. De ellos se desprende que las menores españolas de entre 3 y 12 años son las segundas que más tiempo pasan frente a la televisión en toda Europa (por detrás de las italianas) con una media de **2 horas y 30 minutos**¹³¹. Y durante este tiempo, la mayoría de los impactos publicitarios que reciben son de productos alimenticios. Cada niño y niña puede llegar a visionar **54 anuncios** de televisión a lo largo del día y la mayoría son, precisamente, de alimentos y bebidas altos en calorías y azúcares. Al año eso representa 19.000 *spots*, y en esos primeros 9 años de vida le han impactado alrededor de 200.000 anuncios. Estos coinciden con otro estudio que indica que si un niño o niña ve la televisión dos horas al día (una estimación conservadora), y esas dos horas son las de la máxima audiencia infantil, estará expuesto a entre 56 y 126 anuncios de alimentos a la semana (una media de 70), y de estos entre 28 y 84 serán alimentos insanos (media de 56).

Todas estas cifras, realmente alarmantes, son refrendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En su informe *Márguetin de alimentos ricos en grasas, sal y azúcares para la población infantil*, aboga claramente por **limitar** la venta y **publicidad** de alimentos que propicien la obesidad infantil y ya ha exigido a los Gobiernos que tomen cartas en el asunto. La OMS señala que más del 50% de los anuncios de comida en televisión, a los que la población infantil se expone, promocionan productos ricos en grasas, azúcares y sal en países como el Estado español.

En un macroestudio sobre la publicidad infantil televisiva en diversos países (incluido el Estado español) se constataron diversos aspectos. Si examinamos en qué categorías de programas se inserta la publicidad de alimentos insanos, vemos que esta categoría de alimentos representa el 80% del total de los *spots* de alimentos en los programas específicamente infantiles, el 74% en las comedias, mientras que son el 71% en los deportivos y en los *realitys*. **Es decir, que 4 de cada 5 alimentos que se publicitan en los espacios infantiles son de comida insana**. Otro hallazgo fue analizar el tipo de alimentos que se publicitan durante los programas de televisión más vistos por la infancia. El grupo de alimentos insanos representa el 67% del total de anuncios televisivos. Y de nuevo, como en los estudios precedentes, la cantidad de anuncios de alimentos insanos fue mayor en las horas de protección infantil o, lo que es lo mismo, en las horas de más audiencia infantil.

131. Eurodata TV Worldwide

■ **Se anuncia lo contrario de lo que se recomienda**

Como hemos visto anteriormente, existen diversos estudios realizados en el Estado español que ponen de manifiesto tres cosas: la preponderancia de los anuncios alimentarios en la televisión, la predominancia aún mayor de estos dirigidos al público infantil y que la práctica totalidad de ellos son de alimentos insanos.

Respecto al primer punto: el 15% de todos los anuncios emitidos por televisión pertenecen al sector alimentario. En la mitad de las cadenas dos de cada diez inserciones publicitarias fueron de productos de alimentación. En el resto de las televisiones, el porcentaje de anuncios de comida sobre el total osciló entre el 10% y el 15%, cifras nada desdeñables si se tiene en cuenta que, al margen de la alimentación, los anuncios se clasificaron, en dicho estudio¹³², en casi veinte sectores más.

Los anuncios de TV están copados por productos cuyo consumo frecuente genera, sin lugar a dudas, problemas de salud. La conclusión más relevante es que **el mensaje predominante que llega al telespectador infantil y juvenil que recibe estos anuncios va justo en la dirección opuesta a una educación alimentaria basada en la dieta equilibrada y puede reducir la eficacia de las campañas institucionales en contra de la obesidad infantil y a favor de un estilo de vida sano**. Los anuncios de alimentación que más abundan en las horas en que más población infantil y jóvenes hay delante de la tele venden los productos menos recomendables para su dieta diaria, como bollería, dulces, golosinas, *snacks*, precocinados, alimentos muy grasos y refrescos. El dato¹³³ es muy elocuente: el 44% de los productos de alimentación anunciados a la hora en que la población infantil ve más la tele a diario son chocolates y derivados (9,5%), caramelos y golosinas (8%), productos de bollería y pastelería (8%), embutidos (7%), aperitivos (4,5%), salsas y mayonesas (3%) y helados (3%).

Tampoco mejoran las cosas si se analiza el otro 46% de la publicidad en horario infantil, ya que está dedicada a alimentos que, en muchos casos, pese a contar con una apariencia nutritiva más atractiva y saludable, representan un aporte de azúcares excesivo si se consumen a diario. Son los yogures y postres lácteos azucarados (16% de los 6.300 anuncios estudiados), productos lácteos (12%), cereales de desayuno (7,5%), galletas (5,5%), y quesos (4%).

Sin embargo, los alimentos especialmente indicados en la dieta infantil apenas ocupan espacio en la publicidad. Solo 123 inserciones publicitarias de las más de 6.300, es decir, un anecdótico

132. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2007/09/28/170109.php

133. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2007/09/28/170109.php

ESQUEMA 05 La pirámide inversa de la publicidad infantil



2%, correspondieron a alimentos verdes, como las frutas y las verduras, los pescados, los aceites, los arroces y las pastas. Es decir, los alimentos más sanos para la población infantil y los que deben estar presentes a diario, incluso varias veces, brillan por su ausencia entre los productos más anunciados.

■ La pirámide inversa de la publicidad infantil

Se observa que el 80% de los 15 productos más anunciados corresponde a alimentos del tercer nivel, precisamente los menos saludables por su bajo valor nutritivo. Es decir, bollería, golosinas, *snacks* y alimentos eminentemente grasos como salsas, patés y margarinas. También se incluyen alimentos cuyo consumo conviene moderar por su importante contenido en azúcares (cacao soluble o natillas). Solo el 20% de los anuncios más emitidos pertenece a alimentos con algún interés nutricional, como galletas

o las leches fermentadas, aunque eso (que tengan algún interés nutricional) es mucho decir. Además, los productos recomendados para consumir a diario, como los cereales y derivados (pasta, arroz o pan), las frutas y las verduras, brillan por su ausencia entre los 15 productos más anunciados.

El que más veces se ha repetido ha sido el Cola Cao tradicional. Por detrás, el producto que en más ocasiones se ha publicitado es el de Bollycao. Cabe mencionar que de cada cien inserciones publicitarias, casi cuatro promocionaban estos artículos. La tercera posición entre los más anunciados la ocupa la marca Haribo de golosinas. El cuarto lugar lo ocupan los *spots* de un producto muy parecido a Cola Cao: Nesquik. La campaña de paté La Piara va por detrás seguida de las galletas Tosta Rica. El 2% de los anuncios son de salsas Ligeresa y de pizzas Casa Tarradellas.

La novena y la décima posición de este *ranking* las ocupan anuncios de la marca Danone, el primero publicita natillas y el segundo, Actimel. Por detrás, el 2% de todos los anuncios de alimentación del estudio correspondió a los 'Bits cacahuetes' de

Matutano y a un *spot* de golosinas de la marca Migueláñez Las tres últimas posiciones de los 15 anuncios más repetidos pertenecen a los mensajes comerciales de margarina Flora, Actimel piña de Danone y Cola Cao Energy de Nutrexp.

■ **La publicidad sexista y hábitos de alimentación en población infantil y adolescente**

Si bien las causas de las conductas no saludables en relación a alimentación son múltiples, la investigación científica ha probado la influencia de los medios de comunicación y otros factores socioculturales. En los dos casos, el factor género actúa con contundencia¹³⁴.

La mayor parte de estudios sobre publicidad y género en alimentación se han centrado en trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia y en cómo la publicidad impacta y moldea comportamientos alimentarios vinculados a la imagen corporal. Así, se describe que el cuerpo y la imagen corporal forman parte integrante del desarrollo psicológico desde la infancia y se convierte en determinante al llegar la adolescencia. La presión de los roles de género y los cánones de belleza puede tener efectos perniciosos en estos procesos de formación, produciendo alteraciones de los hábitos alimentarios que se manifestarán, en ese momento o más adelante, en problemas de salud. También es importante destacar que la preocupación por el aspecto físico y la interiorización de los modelos estéticos corporales vigentes en nuestro contexto cultural empiezan cada vez más pronto.

Los medios de comunicación de masas tienen un creciente papel socializador en las sociedades avanzadas actuales. Esto hace que los procesos de producción y reproducción de los hábitos alimenticios estén cada vez más condicionados por instancias ajenas a la institución familiar, como por ejemplo la agroindustria transnacional, cuyas estrategias productivo-publicitarias y de venta tienen un decisivo papel en la formación social de las preferencias alimenticias de las personas. Por otra parte, la socialización alimenticia de las personas no puede entenderse al margen del hecho de que estas, en cuanto a sujetos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad, son propensas a mantener perspectivas o actitudes diversas, plurales y más o menos críticas hacia los hábitos y las predisposiciones alimentarias adquiridas¹³⁵.

Podemos añadir que, cruzándose con la masiva publicidad de alimentos insanos dirigida a la población infantil, se encuentra

la publicidad sexista dirigida a esa misma población. Al mismo tiempo que empujamos, a través de la publicidad, a la población infantil y juvenil a una alimentación insana, lo hacemos también (en muchas ocasiones en el mismo anuncio o campaña) hacia una desigualdad de género y apuntalamiento de los roles que la generan.

Por poner un ejemplo, en un estudio del Consejo Audiovisual de Andalucía (CAA) se concluía que el 77% de los anuncios de televisión destinados a la población infantil son sexistas, socialmente conservadores, inductores de hábitos de personas adultas e incumplen el código deontológico que se habían dado las propias agencias publicitarias. El estudio destaca que la publicidad sexista es la más producida y la más emitida; así, la publicidad analizada difunde el estereotipo femenino de mujer dependiente, cálida, sensible, pacífica, sumisa y poco autónoma frente al estereotipo masculino de hombre activo, fuerte, decidido, independiente, responsable y violento¹³⁶.

En otro estudio¹³⁷ que estudió una muestra de 1.287 anuncios de televisión, 833 anuncios de prensa diaria y 367 anuncios insertados en las revistas, se analizó el papel que desempeña la mujer en la publicidad. Los datos arrojaron a la luz que la mayor frecuencia de distorsión de la imagen de la mujer (estereotipo de rol) se encontraba en los anuncios de limpieza y perfumería (33,4%), pero seguidos de los anuncios de alimentación (13,3%).

134. <http://www.observatoriodelainfancia.es/oja/esp/descargar.aspx?id=4577&tipo=documento>

135. <http://revistas.ucm.es/index.php/HICS/article/viewFile/44233/41795>

136. http://elpais.com/diario/2007/01/09/andalucia/1168298526_850215.html

137. https://ciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/11928/LAURA%20MARIA%20RODRIGUEZ_TFG_NOV-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y

1.2 REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD ALIMENTARIA INSANA

Como hemos visto, la publicidad tiene un impacto determinante en las compras de la población. Si la publicidad alimentaria es, básicamente, insana, eso influye (en mayor o menor medida) en la compra de alimentos insanos y en una dieta insana. Nos hemos centrado en la población infantil y los impactos publicitarios que reciben (que son mucho más insanos, si cabe, que los de la población adulta) por la importancia del problema de la mala alimentación en ella y porque se trata de una población vulnerable que, según la OMS y demás organismos internacionales, debería ser adecuadamente protegida en materia de publicidad perniciosa. De la misma manera que no se pueden publicar según que artículos en horario infantil o dentro de la programación infantil, parecería coherente, vista la gravedad de la situación de salud pública ante la que nos encontramos, que existiera algún tipo de control y protección infantil de este tipo de alimentación. ¿Existe? Sí y no. Podríamos, de hecho, decir que no, pero es aún peor que eso. Hay una cosa peor que la ausencia de control y es que parece que lo hay. Un falso control, eso es lo que tenemos. Un engaño. Y ese engaño se llama código PAOS y Autocontrol.

■ **La urgente necesidad de una regulación estricta de la publicidad**

En 2012, la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud publicó *Márquetin de alimentos ricos en grasa, sal y azúcar para la población infantil: actualización 2012-2013*, donde declara que «por desgracia, el *márquetin* de alimentos poco saludables dirigido a la población infantil ha demostrado ser desastrosamente eficaz». Y es que **las pruebas que confirman que el *márquetin* de alimentos insanos «funciona» son indiscutibles**. Como indiscutible es el efecto devastador que ejerce el consumo frecuente de dichos «alimentos» sobre la salud en general, y sobre el riesgo de obesidad infantil en particular, tal y como acreditan las 44 páginas del citado documento.

Según la OMS, mientras que los adultos sabemos cuándo estamos ante un anuncio, la población infantil no tiene esa capacidad. El tema de la libre elección individual es uno de los caballos de batalla de la industria, pero como hemos visto repetidamente en este informe, es un hecho comprobado que los seres humanos no funcionamos así. Somos altamente vulnerables en nuestras decisiones de compra de alimentos, y la población infantil lo es muchísimo más. En su caso, son terriblemente receptivas (y vulnerables) a mensajes que les conducirán a decisiones poco saludables o a insistir a sus progenitores a que les compren determinados productos. Esta publicidad irrumpe, según la OMS, en escuelas,

guarderías, supermercados, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, televisión, Internet y «muchos otros entornos». Las técnicas de *márquetin* incluyen patrocinios, utilización de personas famosas, mascotas u otros personajes populares entre la población infantil, mensajes de correo electrónico y de texto a través del teléfono móvil, actividades filantrópicas vinculadas con la promoción de una marca y un largo etcétera que abarca «innumerables conductos y mensajes». Y en cuanto a los medios, la publicidad abunda también en las redes sociales de las que son usuarias, e incluso en las aplicaciones de teléfonos inteligentes dirigidas a la población infantil. Es la nueva amenaza del *márquetin* digital, que tiene como ventaja para la industria alimentaria un coste económico muchísimo menor.

La recomendación número 1 de la OMS en sus Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a la población infantil, dicta que la calidad nutricional de los productos publicitados debería ser un objetivo prioritario a controlar. Pero como veremos, la forma de regulación más extendida (los códigos de autorregulación) en su gran mayoría no aborda esta problemática, ocupándose únicamente de aspectos éticos de la publicidad (es el caso del código PAOS español).

Esta organización internacional no se cansa de repetir que hay que controlar la publicidad y, lo que es más importante, también dice no se está haciendo. En 2010 la OMS ya indicó que los entornos donde hay población infantil «deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal». En su nueva publicación, tras analizar los cambios que se han producido en la última década, constata que siguen sin estar libres. La mayoría de los productos que aparecen publicitados en dichos entornos, como hemos visto, son alimentos insanos. Las principales categorías de alimentos anunciados son los refrescos, los cereales azucarados, las galletas, la confitería, la bollería, los platos preparados y los restaurantes de comida rápida. Ni más ni menos que la pirámide nutricional invertida.

Para discernir qué alimentos deberían ser objeto de restricción en la publicidad, la OMS propone que los Estados apliquen directrices internas sobre calidades nutricionales establecidas por órganos científicos, así como que se usen modelos de perfiles nutricionales o se establezcan categorías específicas de alimentos más o menos recomendables. Un ejemplo de este tipo de abordaje es la normativa implantada en el Reino Unido. Por contra, veremos que el Estado español está a años luz de lo que propone la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), ya que sus organizaciones científicas más relevantes se niegan a establecer categorías de alimentos o perfiles más o menos saludables. Para la mayor parte de los estudios centrados en evaluar la calidad nutricional de los alimentos que inundan la publicidad infantil, se han utilizado las recomendaciones internacionales y las de países que sí han avanzado en este sentido.

No solamente la OMS, sino que decenas de organizaciones, alianzas y movimientos ciudadanos en todo el mundo lo están exigiendo. Uno de estos esfuerzos, que ha consistido en redactar y sistematizar las acciones que las Administraciones deberían poner en marcha para controlar la comercialización y publicidad de los alimentos dirigidos a la población infantil, ha sido desarrollado por la International Obesity Task Force (IOTF), que formuló ya en 2008 los llamados «Principios de Sydney», que exigían acciones legales para reducir la comercialización de alimentos insanos dirigida a niños. Tres años después, la Academia Americana de Pediatría (AAP) abogó por la prohibición de la publicidad de comida basura (*junk-food*) y de comida rápida en la programación televisiva específica para la población infantil y adolescentes.

A este respecto, la OMS señala: «La finalidad de cualquier medida reguladora deberá ser la de escudar a la población infantil frente al tipo de comercialización que daña su dieta, mediante la reducción sustancial del volumen y el impacto de la promoción comercial entre la población infantil de alimentos y bebidas hipercalóricos y con bajo contenido de micronutrientes. El aumento moderado de la promoción de alimentos más sanos se considera insuficiente.»

Zsuzsanna Jakab, directora regional de la OMS para Europa, declaró que «millones de niños y niñas en toda la región europea son objeto de prácticas comerciales inaceptables. La política debe ponerse al día y hacer frente a la realidad de la obesidad infantil en el siglo XXI. La población infantil está rodeada de anuncios que les instan a consumir alimentos altos en grasas, azúcar y sal». Poco más que decir.

Ciertos estudios publicados en 2009 concluyeron que se podría evitar la obesidad de uno de cada tres niños y niñas si se prohibiera la publicidad de alimentos poco equilibrados en televisión.

En 2010, la Asociación de Dietistas de Canadá publicó un documento en el que declaraba que la regulación voluntaria de los anuncios publicitarios por parte de las empresas de alimentación (o sea, el sistema que tenemos en el Estado español) no es suficiente para reducir el impacto negativo que dicha publicidad ejerce sobre la dieta de la población infantil, y que las restricciones deberían extenderse a todos los anuncios dirigidos a ella.

En marzo de 2013, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó un documento denominado *Retos y oportunidades para el cambio en el márketing de alimentos dirigido a la población infantil y jóvenes*, donde se afirma que la población infantil se expone todavía a «una enorme cantidad de publicidad comercial y de márketing relacionado con alimentos y bebidas». Según este organismo, el asunto es cada vez más preocupante debido a la imparable expansión de las redes sociales, que multiplica las puertas de entrada de dicha publicidad. Como era de esperar, el IOM ha afirmado que el márketing de alimentos y bebidas con

baja calidad nutricional está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad infantil.

Ya hemos visto que, en el Estado español, los alimentos que más se promocionan en horario de protección infantil son los poco o nada saludables. Recordemos que miembros de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (un organismo público) indican que mientras que más de la mitad de los anuncios son de alimentos poco saludables, la proporción se eleva a más de dos tercios en el horario de protección especial para la población infantil; y concluyen que la publicidad televisiva de productos de baja calidad nutricional debe ser restringida.

Realmente se hace difícil encontrar más voces, en más lugares, hablando más claro y diciendo lo mismo.

■ **Sistemas de regulación de la publicidad alimentaria**

La influencia demostrada de la publicidad en las preferencias alimenticias y las pautas de consumo de la población infantil hace que desde diversos sectores se haya venido manifestando la necesidad de regular esta área (parte de esas demandas fueron recogidas, como hemos mencionado, en los Principios de Sydney, consensuados por la International Obesity Task Force (IOTF).¹³⁸ La propia OMS hizo suyos estos objetivos en su Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a la población infantil, publicado en 2010, con el que se alienta a los Gobiernos a que instauren políticas dirigidas a reducir la promoción de alimentos ricos en grasas, azúcares o sal a la que está expuesta la población infantil. Con el propósito de aportar ayuda técnica a los Estados en la aplicación de estas Recomendaciones, la OMS publicó en 2012 un documento en el que se orienta sobre el desarrollo de políticas, implementación, supervisión, así como sobre la evaluación e investigación en esta área.

► **TIPOS DE REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD ALIMENTARIA**¹³⁹

Las regulaciones en esta área pueden dividirse en tres grandes categorías:

Normativa estatutaria

138. http://es.consumersinternational.org/media/296994/codigo_ci_alimentos_publicidad.pdf

139. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-2d151ea05e>

- › Directrices de gobierno no estatutarias
- › Autorregulación

En la normativa estatutaria, el desarrollo, la promulgación y aplicación de la normativa es responsabilidad del Gobierno o de un organismo avalado por este. Por lo general, el objetivo de la regulación es doble: por un lado, garantizar que los anunciantes cumplan con ciertas pautas, y por el otro limitar el tiempo y el contenido de la publicidad. En la tabla 1, más abajo, podemos ver algunos ejemplos de objetivos de las restricciones estatutarias.

Las directrices de gobierno no estatutarias tienen la misma finalidad que las estatutarias, pero carecen del soporte de la legislación. Son recomendaciones informativas, pero no son jurídicamente vinculantes.

Finalmente, en la autorregulación la industria juega el papel fundamental, participando activamente y responsabilizándose de su propia regulación. Normalmente se compone de dos elementos básicos. El primero, un código de práctica (un conjunto de directrices que regulan el contenido ético de las campañas de marketing), y el segundo, un proceso para el establecimiento, la revisión y aplicación del código de buenas prácticas en el que suele implicarse una organización dedicada a la autorregulación (creada por la propia industria publicitaria), los medios de comunicación y las compañías que quieren publicitar sus productos. La autorregulación puede crearse a partir de una propuesta del Gobierno a la industria, pero también puede surgir como iniciativa propia de la industria.

Como las diferentes aproximaciones no son mutuamente excluyentes, en los últimos años han proliferado las formas que combinan distintos enfoques. Por ejemplo, la legislación puede ser complementada por directrices de gobierno no estatutarias, y la autorregulación puede ser complementada por la normativa legal.

Entre las diferentes iniciativas regulatorias de la publicidad alimentaria, desde el punto de vista de la mala alimentación y la salud, las más abundantes son, con diferencia, las que abordan la publicidad infantil. Esto tiene coherencia con lo expuesto anteriormente: son un público altamente vulnerable y al mismo tiempo una diana prioritaria para la industria alimentaria.

■ **Publicidad alimentaria infantil**

› **DEFINICIÓN DE INFANCIA EN LA NORMATIVA PUBLICITARIA**

En la legislación publicitaria de algunos países hay divergencias en cuanto a la edad que comprende el término *niño* o *niña*, oscilando desde menores de 12 años a menores de 16 años según el país. En el Estado español, el código de autorregulación que analizaremos a continuación se aplica a los menores de hasta 12 años para los medios audiovisuales y escritos, y a menores de 15 años para Internet.

› **DEFINICIÓN DE PUBLICIDAD DIRIGIDA AL PÚBLICO INFANTIL**

Clarificar qué se considera dirigido a población infantil es, obviamente, un tema clave en cualquier iniciativa regulatoria. La OMS, en una revisión de 2004, propone plantearse los siguientes puntos para decidirlo:

TABLA 10 Normativa legal: ejemplos de formas de restringir el tiempo o el contenido de los anuncios publicitarios dirigidos a la población infantil

	Prohibir la interrupción de programas de televisión infantiles con publicidad.
Distribución en el tiempo (timing)	Limitar la cantidad de tiempo durante los programas infantiles que pueden dedicarse a la publicidad.
	Prohibir la publicidad durante cierto tiempo antes y después de los programas infantiles.
	Prohibir toda la publicidad dirigida a la población infantil en televisión.
Contenido	Prohibir la publicidad a la población infantil que contenga una oferta directa.
	Prohibir la aparición de la población infantil en los anuncios.
	Prohibir el uso de dibujos animados y personajes que aparezcan en los programas infantiles en anuncios para la población infantil.
	Prohibir la publicidad de determinadas categorías de productos a la población infantil.

- › El tipo de alimento publicitado (¿está destinado exclusivamente a la población infantil?, ¿es muy interesante para ella?).
- › La forma en que se presenta el máquetin (¿usa colores, voces, imágenes, música o sonidos del tipo que puede cautivar a la población infantil?, ¿se presenta con actividades, tales como coleccionar o dibujar, que son muy populares entre la población infantil?, ¿comprende personajes con los que la población infantil se identifica?).
- › El lugar y el momento de la campaña de máquetin (¿se encuentra la publicidad en un lugar donde suelen haber población infantil?, ¿está en una publicación popular entre la población infantil?, ¿se emite a unas horas en las que la población infantil es muy probable que lo vea?).
- › Un lento desarrollo de la normativa legal por parte de algunos Gobiernos, a pesar del fuerte apoyo que este tipo de regulación tiene por parte de grupos de consumidores y profesionales de la salud pública.
- › La concentración de la acción reguladora en algunos pocos países y su focalización en la publicidad televisiva, aunque con una creciente atención a otras técnicas de máquetin.
- › Una mayor atención a la supervisión y el cumplimiento de las regulaciones, aunque sigue siendo inadecuada en términos de medida del impacto de la regulación sobre la cantidad y calidad de la promoción alimentaria, y sobre las opciones alimentarias y dietéticas de la población infantil.

Otro documento interesante que aporta luz a este tema es la guía que ha elaborado el Gobierno de Quebec, en Canadá, a raíz de la aprobación de su Ley de protección al consumidor (Guía de aplicación de la publicidad destinada a la población menor de 13 años). Siguiendo el camino de la OMS, la Administración de Quebec se plantea responder las siguientes preguntas:

- › ¿La impresión general o contextual de la publicidad da la impresión de que se dirige a la población infantil?
- › ¿El bien o servicio publicitado interesa a la población infantil?
- › ¿El formato de presentación atrae a la población infantil?
- › ¿La población infantil está presente en el momento o lugar de difusión del mensaje?

Además, indica que el análisis debe realizarse globalmente, fijándose en todos los criterios.

› TENDENCIAS REGULATORIAS DE LA PUBLICIDAD INFANTIL DE ALIMENTOS A NIVEL MUNDIAL¹⁴⁰

Al analizar la evolución mundial de la regulación de la publicidad alimentaria dirigida a la población infantil, se observaron las siguientes tendencias:

- › El desarrollo de códigos de autorregulación por parte de la industria publicitaria y alimentaria (se trata de códigos desarrollados por la industria y asumidos y apoyados por los Gobiernos).

Un extenso recopilatorio de sistemas de regulación de la publicidad dirigida a la población infantil se puede encontrar aquí: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e-14629b92e0400101650119e3.pdf>

■ Situación en el Estado español

De las tres vías regulatorias que hemos descrito anteriormente, el Estado español se encuentra en el terreno de la autorregulación. Resulta cada vez más evidente que las tácticas de las industrias alimentarias y de la publicidad para oponerse con fuerza a la regulación estatal y promover la autorregulación por vía de acuerdos voluntarios son similares a las utilizadas previamente por las industrias del tabaco y el alcohol, cuya autorregulación se ha demostrado ineficaz y contraproducente para la salud pública.¹⁴¹ A estas alturas no debería sorprendernos, puesto que los intereses económicos de ambas industrias están directamente vinculados al incremento del consumo de los productos anunciados, en su mayoría altamente energéticos y pobres en nutrientes, en clara contraposición con los objetivos de la salud pública.

› CÓDIGO PAOS

El código PAOS (Publicidad, Actividad, Obesidad y Salud) es el sistema de autorregulación promovido por la industria alimentaria que afecta a la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la población infantil. Es, de hecho, el principal sistema regulatorio existente en el Estado español.

140. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-2d151ea05e>

141. Brownell K. D. y Warner K. E., 2009.

Este Código consta de una serie de principios éticos relativos a la publicidad dirigida a la infancia que las empresas firmantes se comprometen voluntariamente a respetar. Se establecen también los mecanismos de control (supervisión y sanciones) que se aplicarán. El Código se puso en marcha en 2005 en el marco de la Estrategia Nacional para el Control de la Obesidad (NAOS - Nutrición, Actividad, Obesidad y Salud), promovido por el Ministerio de Sanidad español. Esta primera versión, autodefinida como un código de autorregulación, consta de 25 normas éticas, agrupadas en principios, que debe cumplir la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la población infantil de las empresas que se adhieren al Código. La adhesión es voluntaria y la adoptaron inicialmente 36 empresas que representaban más del 90% del márketing de alimentos y bebidas en el Estado español.

El 7 de septiembre de 2009 se sumaron al Código las principales cadenas de televisión, al adherirse las cadenas agrupadas en FORTA (Federación de Organismos de Radio y Televisión Autonómicos) y en UTECA (Unión de Televisiones Comerciales Asociadas). Con esta adhesión, las cadenas se comprometían a colaborar en la vigilancia y control del cumplimiento del Código, para asegurar que sus normas éticas sean objeto de aplicación a todos los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a la población infantil, independientemente de si las compañías fabricantes se hayan adherido o no al código PAOS.

El Código de buenas intenciones se ha revisado recientemente y la nueva versión entró en funcionamiento el 1 de enero de 2013.

El código PAOS se aplica a la publicidad y promoción de alimentos y bebidas realizada por empresas adheridas al mismo y dirigida tanto a menores de hasta 12 años en medios audiovisuales e impresos (a excepción hecha del etiquetado y embalaje de estos productos, que se regirá por la legislación que le resulte de aplicación), como a menores de 15 años en Internet.

Se considerará que un mensaje publicitario va dirigido a menores de hasta 12 años (medios audiovisuales e impresos) o a menores de 15 años (Internet) atendiendo fundamentalmente a los siguientes criterios:

1. Por el tipo de producto alimenticio promocionado: se entiende dirigida a menores de hasta 12 años (o, en su caso, menores de 15 años) aquella publicidad que promociona un producto alimenticio objetivamente (*) destinado de forma mayoritaria al público de tales edades; (*) Medido por IRIHomescan o KantarWorldpanel.
2. Por el diseño del mensaje publicitario: se considera dirigida a menores de hasta 12 años (o, en su caso, menores de 15 años) aquella publicidad diseñada de tal forma que, por su contenido, lenguaje y/o imágenes resulte objetiva y mayori-

tariamente apta para atraer de forma especial la atención o interés del público de tales edades.

3. Por las circunstancias en que se lleve a cabo la difusión del mensaje publicitario: se considera dirigida a menores de hasta 12 años aquella publicidad difundida en medios audiovisuales o impresos, bien en un medio o soporte dirigido objetivamente (*) de forma mayoritaria al público de tal edad, o bien en un medio de comunicación generalista cuando se inserte en franjas horarias, bloques de programación, secciones o espacios dirigidos a menores de hasta 12 años o, en su caso, con un público mayoritario de menores de hasta 12 años. (*) Medido por Sofres.

Por su parte, se considera dirigida a menores de 15 años aquella publicidad difundida en Internet, bien en una página web o un apartado de una página web, con una audiencia de menores de 15 años superior al 50% (**). (**) Medido por Comscore u otra entidad independiente similar, designada por la Comisión de Seguimiento del presente Código.

Código ético voluntario

Si analizamos el contenido del código PAOS, nos daremos cuenta de que se trata, obviamente, de un instrumento creado y promocionado por la industria y que responde a sus intereses. Por ejemplo, en el prólogo encontramos este párrafo:

Es importante resaltar que el sedentarismo y el déficit de gasto energético, provocados por las nuevas pautas y hábitos de conducta de nuestra sociedad moderna, juegan un papel principal en el aumento de la obesidad y el sobrepeso, y no cabe responsabilizar de este problema a la industria española de alimentación y bebidas ni a productos alimenticios concretos o su publicidad.

Una afirmación que contradice todas las evidencias científicas independientes, como hemos visto, pero que es uno de los **leitmotiv** de la industria alimentaria para blindarse ante cualquier tipo de regulación, sea de etiquetado, a nivel impositivo o, como es el caso, publicitario.

Sería demasiado extenso para el objetivo de este documento transcribir aquí el análisis pormenorizado de cada uno de los principios éticos del Código. Aunque se podría resumir ese análisis diciendo que el actual código PAOS está **lleno de ambigüedades, que solamente cubre un pequeño espectro de la publicidad infantil, y que contiene numerosas y evidentes vías de escape y excepciones que puede usar la industria ali-**

TABLA 11 Diferencias entre código PAOS 2005 y 2012

ÁREAS MODIFICADAS	CÓDIGO PAOS 2005	NUEVO CÓDIGO PAOS (2012)
ÁMBITO DE APLICACIÓN	La publicidad en medios audiovisuales e impresos.	Amplía su ámbito de aplicación a Internet.
NÚMERO DE NORMAS	25 normas.	32 normas = 23 normas (iguales a 2005) + 9 normas adicionales relativas a Internet.
PUBLICIDAD ALIMENTARIA Y DE BEBIDAS OBJETO DE LA NORMATIVA	La dirigida a menores de hasta 12 años.	La dirigida a menores de hasta 12 años en la publicidad televisiva y de medios escritos. La dirigida a menores de 15 años en la publicidad difundida en Internet.
ADHESIÓN	Industrias alimentarias. Cadenas de televisión (en 2009).	Industrias alimentarias, cadenas de televisión, sectores de la distribución, la hostelería y la restauración.

metaria.¹⁴² Por si no fuera suficiente, veremos en seguida que, además, se incumple sistemáticamente.

También conviene recordar que los principios que rigen el código PAOS se basan en los Principios de la Publicidad de Alimentos y Bebidas (Principles of food and beverage product advertising) de la Confederación de Industrias AgroAlimentarias de la UE (Food-DrinkEurope), aprobados en febrero de 2004.

La supervisión del cumplimiento del código PAOS es responsabilidad de una organización privada, la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), formada por medios de comunicación, industria y sus asociaciones sectoriales. Lleva a cabo dos tipos de supervisión:

1. Antes de que se emita el mensaje publicitario (lo hace su propio Gabinete Técnico), mediante un examen confidencial (copy advice) de todos los alimentos y anuncios de bebidas en televisión dirigidos a la población infantil menores de 12 años durante la franja de «protección reforzada» (8.00 a 9.00 h y de 17.00 a 20.00 h del lunes a viernes, y de 9.00 a 12.00 h los sábados y domingos).

142. Algunos ejemplos de estas argucias que encontramos en el Código. «En la publicidad de alimentos o bebidas dirigida a menores de hasta 12 años no participarán ni aparecerán personajes especialmente próximos a este público, tales como, por ejemplo, presentadores de programas infantiles, personajes -reales o ficticios- de películas o series de ficción, u otros». Hasta aquí bien. Pero añade:

«No obstante, en los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a los menores de hasta 12 años se podrán mostrar imágenes que reproduzcan escenas de un determinado programa infantil, película o serie si esta guarda relación directa con alguna promoción que se esté llevando a cabo». Y por ahí se cuela todo. Otro ejemplo. «La publicidad de alimentos o bebidas dirigida a menores de hasta 12 años no podrá mostrar personajes conocidos o famosos entre el público en general que gocen de un alto grado de popularidad entre el público infantil», pero «Sin perjuicio de todo lo anterior, las personas o personajes reales o ficticios que gozan de un alto grado de popularidad entre el público infantil podrán participar en campañas de salud y educativas patrocinadas o promovidas por empresas de alimentación. En estas campañas podrá aparecer una referencia singular al nombre o logotipo de la compañía que patrocina o promueve dicha campaña.»

2. A posteriori (lo realiza el llamado Jurado de la Publicidad), mediante la resolución de las quejas sobre el incumplimiento del código PAOS en la publicidad de las empresas que acordaron cumplir con el Código.

El jurado

Detengámonos un momento en este Jurado de la Publicidad (nombre no escogido al azar, naturalmente, ya que da una imagen de imparcialidad asimilándolo al sistema judicial público), ya que es el órgano que resuelve las reclamaciones interpuestas tras la emisión del anuncio, una vez han pasado el filtro de otra comisión interna, la de Seguimiento. Como en otros aspectos de la vida, un elemento para discernir el grado de imparcialidad de una comisión como la llamada Jurado de la Publicidad consiste en saber quién nombra a las personas que forman ese grupo de decisión. Las personas que forman parte del jurado son designadas por la Junta Directiva de Autocontrol y por el Instituto Nacional de Consumo. La Junta Directiva está presidida por Campofrío Food Group, y entre sus vocales encontramos a Danone, Coca-Cola, Gallina Blanca, Kellogg's, Nestlé o Unilever. Por lo que respecta al Instituto Nacional de Consumo, recientemente ha sido absorbido dentro de AECOSAN (anteriormente AESAN), cuya dirección está ocupada por Ángela López de Sá, en la conocida como Operación Coca-Cola, uno de los casos más flagrantes de conflicto de intereses, dado que López de Sá fue, justo antes de entrar a dirigir la Agencia, un alto cargo directivo de Coca-Cola España y miembro destacado también de la Asociación Española de Refrescos.

» EL NUEVO CÓDIGO PAOS DE 2012

Como hemos mencionado, en diciembre de 2012 se firmó un convenio por el que se establece una nueva versión del código

PAOS, que entró en vigor el 1 de enero de 2013. El Convenio está suscrito, además de por la AESAN, FIAB y Autocontrol, por los sectores de la distribución (ANGED, ASEDAS y ACES) y los de la hostelería y la restauración (FEHR, FEHRCAREM). Las modificaciones que presenta respecto de la anterior versión del Código se recogen en la tabla 2.¹⁴³ La gran novedad es la ampliación del ámbito de aplicación de las normas a Internet, justificada por el incremento del uso de este medio entre la población infantil.

Recordemos que la directriz número 1 de la OMS dice que «la finalidad de las políticas debe ser reducir el impacto que tiene sobre la población infantil la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal». El Código de autorregulación español, por tanto, no sigue las recomendaciones dadas por la OMS en cuanto que solamente aborda la ética de la publicidad, pero no la calidad nutricional del producto publicitado ni la frecuencia de emisión de la misma.

La Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, en su artículo 46 promueve «el establecimiento de códigos de conducta que regulen las comunicaciones comerciales de alimentos y bebidas, dirigidas a la población menor de quince años», lo que supondría elevar la edad del anterior código PAOS de los 12 años a los 15 años. Esto solo se cumple en el nuevo Código para Internet, mientras que se mantiene su aplicación exclusivamente hasta los 12 años para los medios audiovisuales y escritos. La restricción de su aplicación a menores de hasta 12 años, en medios audiovisuales e impresos, contraviene lo estipulado en la ley, rebajando las exigencias de la misma y permitiendo, por ejemplo, que la publicidad alimentaria dirigida a mayores de 12 años por televisión pueda hacer uso de personajes conocidos o famosos entre el público en general que gocen de un alto grado de popularidad entre el público infantil.

Y este es un punto a recordar. Este Código es el único marco regulatorio importante existente sobre la publicidad alimentaria en el Estado español. Y el código se aplica, ahora veremos que, en teoría, solamente a la población menor de 12 años. Cualquier niño de 13, 14, 15 o 16 años queda fuera de él, excepto para el canal Internet (hasta los 15 años).

› EVALUACIONES DEL CÓDIGO PAOS

Aun con todo lo visto, nos podemos seguir preguntando si realmente el código PAOS es respetado por parte de la misma industria que lo ha escrito y se autojuza.

Un primer estudio¹⁴⁴ de valoración del Código se realizó comparando la publicidad televisiva emitida durante la programación infantil. Y lo que se encontró es que había normas éticas que, a pesar de estar recogidas en el Código, no se cumplían, especialmente la número 13, correspondiente al apartado VI del Código, sobre el apoyo y promoción a través de personajes y programas. Según el informe «esta norma sigue sin cumplirse». Concluyen que «la puesta en marcha del código PAOS no ha tenido mucha repercusión sobre la cantidad y la calidad de los anuncios de alimentos destinados al público infantil».

La primera y mejor evaluación independiente del código PAOS usando metodología cuantitativa se realizó¹⁴⁵ analizando todos los anuncios dirigidos a menores durante dos días, uno laborable y uno en fin de semana, en cuatro cadenas de televisión españolas, dos con emisión nacional y dos autonómicas. Los resultados muestran que el código PAOS es incumplido por el 49,3% de los anuncios de empresas adheridas al Código, existiendo además un 20,7% de anuncios cuya evaluación presentaba dudas respecto a su cumplimiento. En total, entre los anuncios que claramente incumplen y los muy dudosos, el porcentaje se eleva a más del 70%. Pero aún hay más. Resulta que el porcentaje de incumplimiento fue mayor entre las empresas que sí han suscrito el Código respecto a las que no. Es decir, que parece que suscribir el Código exige de cumplirlo.

En el informe de la OMS sobre márketing de alimentos 2012-2013,¹⁴⁶ podemos ver que en la página 22 se recoge que **«el incumplimiento de dicho acuerdo (se refiere al código PAOS) en el Estado español es “muy alto”, y similar tanto para las empresas que lo suscribieron como para las que no lo hicieron, lo que «pone en duda la eficacia del código y su sistema de supervisión»**. También resulta interesante la mención de un estudio que evaluó la publicidad dirigida a menores en once países, entre los que estaba el Estado español. El resultado era predecible: durante la hora de más audiencia infantil y en los canales más vistos por la población infantil, hasta tres de cada diez anuncios eran de comida, la inmensa mayoría de la cual era de baja calidad nutritiva. Los anuncios, además, utilizaban «técnicas persuasivas».

Naturalmente, la industria ha respondido realizando su propio estudio con resultados distintos a los estudios independientes. Así, en el estudio encargado por la comisión de seguimiento del código PAOS,¹⁴⁷ se empleó «una metodología *ex novo*» (que en lenguaje común significa ‘nueva o a partir de cero’ o, para entendernos aún mejor, que es propia y exclusiva de quien hace la investigación) y se creó un indicador, el Índice de Cumplimiento PAOS (ICP), con

143. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=06/11/2013-9d151ea05e>

144. Menéndez García, R. A. y Franco Díez, F. J. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia.

145. Romero-Fernández, M. M., Royo-Bordonada, M. A., y Rodríguez-Artalejo, F., (2009). Compliance with self-regulation of television food and beverage advertising aimed at children in Spain.

146. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf

147. http://www.villafane.com/conferencias_Justo-Villafane-en-la-IV%C2%AA-Convenccion-NAOS_52.html

el que se realizó «una ponderación entre la importancia de cada indicador, resultado del estudio de opinión, y los incumplimientos detectados en los periodos de muestreo». Así, en base a este indicador *ex novo*, como resultado final el informe considera que los resultados son muy satisfactorios: «la adecuación de los estándares del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos dirigida a menores PAOS ha mejorado en los últimos cinco años un 91% y las empresas adheridas al Código han reducido los incumplimientos en un 98,8% (91% en el caso de las no adheridas)». Que el estudio fuese financiado por la propia agencia promotora del Código y que sus resultados no hayan sido publicados en una revista científica son factores que contribuyen a sembrar serias dudas sobre la validez de sus conclusiones. El informe, con una pobre y vaga descripción de la metodología empleada, fue presentado durante la IV Convención NAOS.

› EL CÓDIGO PAOS ES UN ABSOLUTO FRACASO

Hemos visto anteriormente el tipo de alimentos publicitados en televisión y hasta qué punto son insanos. Por tanto, es más que evidente que el código PAOS no sirve ni forma parte alguna de la estrategia de lucha contra las enfermedades asociadas a la alimentación insana. Ni el Código dice nada sobre la calidad nutricional de los alimentos publicitados (es decir, no es su función regular esa calidad), ni es de obligado cumplimiento, ni es controlada por organismos públicos y, por si fuera poco, se incumple día sí y día también. Por eso decíamos que hay algo peor que la ausencia de control público y es la apariencia de control, cuando en realidad no hay nada de nada.

Por si hiciera falta añadir algo más, hace un tiempo se analizó la publicidad de alimentos dirigida a un público infantil, antes de la aprobación del código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (código PAOS) y después de su puesta en marcha. La conclusión era doble: la publicidad infantil estaba repleta de alimentos insanos que eran ofertados a menores en los espacios publicitarios de la programación infantil y, segunda, la puesta en marcha del código PAOS no ha tenido mucha repercusión sobre la cantidad y la calidad de los anuncios de alimentos destinados al público infantil¹⁴⁸.

Respecto a la valoración del efecto del código PAOS, sobre la publicidad dirigida especialmente al público menor de 12 años, el estudio resalta las normas éticas que, aunque aprobadas, no se están cumpliendo:

- › Punto 6 de la norma ética III, presentación de los productos: **«En los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a un público menor de edad deben adoptarse precauciones para**

no explotar la imaginación de la persona menor de edad. La fantasía, incluyendo las animaciones y los dibujos animados, es idónea tanto para la población infantil como para mayores. Sin embargo, debe evitarse que la utilización publicitaria de tales elementos cree expectativas inalcanzables o explote la ingenuidad de la población infantil a la hora de distinguir entre fantasía y realidad». Cualquier observador que encienda la televisión en horario infantil puede comprobar que más del 70% de los anuncios incluyen algún tipo de animación, cuando no es el anuncio completo. Esto es claramente destacable en los anuncios de alimentos.

- › Punto 11 de la norma ética V, presión de ventas: **«En los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a un público infantil los beneficios atribuidos al alimento o bebida deben ser inherentes a su uso. La publicidad no debe dar la impresión de que adquirir o consumir un alimento o bebida dará una mayor aceptación del niño o niña entre sus amistades. Y, al contrario, tampoco debe implicar que no adquirir o consumir un producto provocará su rechazo entre ellas».** El anuncio al que nos referíamos en 2005 como un reclamo especialmente perjudicial ha sido retirado; además, contravenía claramente este punto.
- › Punto 13 de la norma ética VI, apoyo y promoción a través de personajes y programas: **«La publicidad de alimentos o bebidas en ningún caso explotará la especial confianza de las personas menores en sus padres y madres, profesorado, o en otras personas, tales como profesionales de programas infantiles, o personajes (reales o ficticios) de películas o series de ficción, ni personajes conocidos o famosos de alto grado de aceptación entre el público infantil».** Este punto sigue sin cumplirse, ya que se utilizan deportistas famosas y personajes de dibujos animados (no creados específicamente para el producto,) para promocionar alimentos infantiles.
- › Punto 17 de la norma ética IX, promociones, sorteos, concursos y clubes infantiles: **«El mensaje publicitario que incluya una promoción deberá diseñarse de tal forma que, además de transmitir el mensaje relativo al incentivo promocional, muestre claramente el producto anunciado».** Como ya hemos dicho, hay anuncios donde apenas se ve el alimento, solo los regalos ofertados.

Además, tras un estudio realizado por el Grupo de Investigación sobre Comunicación, Sociedad y Cultura de la Universidad Juan Carlos I¹⁴⁹, para el Ministerio de la Presidencia, se demostró que las cadenas televisivas incumplen el Código del que ellas mismas han sido artífices. Y es que tras observar los contenidos, ha quedado demostrado que en las 14 semanas que duró el estudio las cadenas obviaron su propia normativa en 9.000 ocasiones.

148. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000300009#f5

149. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2007/09/28/170109.php?page=6#sthash.czV804l.q.dpuf

1.3 PUBLICIDAD ALIMENTARIA Y GÉNERO

Hemos visto en el presente estudio y en diversos apartados, que la actual sociedad patriarcal sitúa la alimentación dentro de la esfera femenina. Uno de los aspectos destacables en la publicidad alimentaria consiste en reforzar ese estereotipo. Así, en un importante estudio que analizó la publicidad diferenciada entre hombres y mujeres en temas relacionados con la salud (estudio¹⁵⁰ realizado por la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de la Mujer) concluyó:

- › Que la publicidad dirigida a los hombres es menos diversa y se centra en los deportes y el sexo, por este orden. Mientras que la dirigida a mujeres es más variada y se dedica, por orden de mayor a menor, a la alimentación, la salud, la cosmética, el cuidado de la infancia, los suplementos nutricionales, la higiene personal y las dietas.
- › De acuerdo a los textos y eslóganes publicitarios, los hombres hacen mucho deporte y **sobreesfuerzos intelectuales**; afrontan **retos y desafíos**, se procuran **energía y fuerza**, **conquistan** con su carisma; piden **comida a domicilio** y **juegan** a hacer un almuerzo **disfrutando el momento** con sus hijas e hijos; **protegen** a sus bebés, pero no lo hacen con cuidados físicos, sino evitando que les afecte la humedad comprando un deshumidificador. Las mujeres publicitarias, predominantemente, son **mamás**, que procuran cuidados físicos, alimentando y **protegiendo el culito** a sus bebés. Son **madres antes que profesionales** y **felices** si sus criaturas están seguras. La mujer en la publicidad también cose (tradición femenina), **puntada a puntada** (metáfora de la **laboriosidad y la constancia**) y **asume múltiples funciones aprovechando** el día sin malgastar un segundo y **optimizando su tiempo**. Además, ha de hacer **que las personas que la rodean se sientan mejor**, porque es **la mejor manera de sentirse bien** ella misma. Todo ello, sin dejar de estar **guapa** y joven.
- › Los cuidados de salud que han de procurarse ellos, de acuerdo a las orientaciones de la publicidad, están relacionados con el alto rendimiento corporal, el gozo sexual y la prevención de los excesos alimenticios (colesterol, azúcar y digestiones pesadas); los de ellas están asociados, fundamentalmente, a sus ciclos vitales: menstruación, menopausia y osteoporosis. El enfoque de la publicidad de los hombres es preventivo mientras que las mujeres aparecen junto a una larga relación de problemas de salud; la publicidad amenaza a las mujeres con toda clase de molestias y enfermedades, las enfermatiza.

Vemos que, de nuevo, la alimentación y la salud, a través de la publicidad, no solamente apuntala los estereotipos, sino que los vincula y relaciona con otras actividades sociales formando un todo, un *modus vivendi*, claramente diferenciado y jerarquizado entre hombre y mujer, donde la alimentación y la salud juegan un papel esencial de separación de roles. La alimentación se consolida así, especialmente en el ámbito familiar (heterosexual convencional), en un potentísimo campo donde cristalizan las desigualdades y la asignación de roles.

El análisis de contenido del mensaje mediático desde una perspectiva de género cuenta ya con una abundante bibliografía. Sin embargo, pocos estudios han analizado los contenidos de género de la publicidad relativa a productos de alimentación, a pesar de la estrecha relación entre estructuras de género y los procesos sociales de compra y preparación de alimentos. La publicidad, independientemente de la intención principal de los emisores, «transmite —lo quiera o no— estilos de vida, propuestas sobre cómo se debe ser, actuar, consumir, para tener éxito en la escala social»¹⁵¹. Es decir, la publicidad no ofrece únicamente productos, sino también modelos de actitudes, formas de vida e imágenes paradigmáticas que orientan y, en muchos casos, definen las necesidades y los deseos de las personas. Debemos tener presente que el objetivo principal de la publicidad es persuadir la venta de un producto o servicio. Para ello, las agencias de publicidad buscan que los productos anunciados se asocien a valores culturales con los cuales la persona espectadora se sienta cómoda. Es decir, para llegar al mayor número de personas y convencer de la adquisición de un producto, la publicidad emplea las imágenes «más mayoritarias, que son las más retrógradas y resistentes al cambio»¹⁵²; en definitiva, «definiciones estereotipadas de cómo han de ser hombres y mujeres»¹⁵³ Y en la alimentación y la salud alimentaria encuentra un campo enorme donde seguir afianzando esos estereotipos.

Uno de los mayores estudios¹⁵⁴ realizados sobre publicidad diferenciada de alimentos en el Estado español (publicidad televisiva), nos da los siguientes resultados y conclusiones (véase en tablas 12 y 13).

Es decir, es a las personas adultas a las que, en mayor grado, se les intenta convencer con voces femeninas; mientras que al dirigirse al público infantil se opta, unánimemente, por voces masculinas. En definitiva, las voces en *off* masculinas están especialmente asociadas al público infantil y a reclamos emocionales no directamente asociados con la explicación de los beneficios del producto.

151. Díaz Soloaga (2007)

152. Santiso (2001)

153. Díaz-Soloaga (2007)

154. <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23277/1/Separata.pdf>

150. www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Publicidadysaludmujeres.pdf

TABLA 12 Tipo de voz (en off) y protagonista del spot

	Voz en off	Protagonista
MUJER	29%	53%
HOMBRE	71%	47%

TABLA 13 En función del público objetivo

		Público objetivo		
		Infantil	Adulto	Ambos
VOZ EN OFF	Femenina	7,4%	39,3%	28,6%
	Masculina	92,6 %	60,7%	71,4%
PROTAGONISTA	Femenina	29%	63,5%	43,8%
	Masculino	71%	36,5%	56,2%

TABLA 14 En función del reclamo publicitario

		Voz off		Protagonista	
		Femenina	Masculina	Femenina	Masculino
TIPO DE RECLAMO	Mantener la línea	18,6%	2%	10,19%	2,5%
	Sano, nutricional	36,5%	29%	35,1%	25,4%
	Novedad, exclusividad	30,4%	27,8%	26,2%	23,4%
	Promociones	4,9%	23,9%	14,7%	27,7%
	Diversión	0,0%	2,7%	3,7%	8,6%
	Otros	9,8%	14,5%	10,3%	12,3%

Las diferencias por género son mínimas a la hora de ofertar el producto o alguno de sus elementos como novedoso o exclusivo (aparecen ligados a este reclamo el 30,4% de las voces en off femeninas y el 27,8% de las masculinas; así como el 26,2% de las protagonistas y el 23,4% de los protagonistas masculinos), pero estas son claras por lo que respecta a los otros tres reclamos empleados con mayor frecuencia. De esta forma, las mujeres aparecen en mayor grado asociadas al carácter saludable del producto (un 36,3% de las voces over femeninas frente al 29,0% de las masculinas; y un 35,1% de las protagonistas frente el 25,4% de los protagonistas) y, sobre todo, a la ayuda que este puede suponer a la hora de mantener un cuerpo delgado. En concreto, esta referencia estética no se trata solo de un reclamo supuestamente dirigido a mujeres, sino también presentado por mujeres (en concreto, por un 18,6% de las voces over femeninas y un 10,1% de las protagonistas; frente al 2,0% de las voces over masculinas y el 2,5% de los protagonistas).

Por otra parte, las diferencias son también claras en lo que respecta a la asociación del producto con promociones y descuentos. Así, esta categoría es más frecuente entre los caracteres masculinos: un 23,9% de las voces over masculinas frente a solo el 4,9% de las femeninas, y un 27,7% de los protagonistas masculinos frente al 14,7% de las protagonistas femeninas. Los reclamos que se emplean con mayor frecuencia son los referentes a la naturaleza saludable del producto y a sus aportaciones a la hora de mantener un cuerpo delgado. Diversos estudios han constatado la presencia de este tipo de mensajes en los anuncios de alimentos; mensajes que suelen asociarse con intereses supuestamente femeninos y que responderían a la consideración de las mujeres como las principales destinatarias de la publicidad de alimentación. Es más, no se trata únicamente de reclamos dirigidos a mujeres, sino también transmitidos por caracteres femeninos; ya que los porcentajes de voces over y protagonistas femeninos asociados a la salud y al efecto estético del producto como reclamos son considerablemente mayores que los porcentajes masculinos.

TABLA 15 Apariencia física

		Mujer	Hombre
APARIENCIA FÍSICA	Feo/a	1,7%	5,8%
	Normal	52%	51,8%
	Guapo/a	44,3%	24,9%
	No explícito	2%	17,5%

TABLA 16 Espacio

		Mujer	Hombre
ESPACIO	Espacio doméstico: cocina	29,9%	18,89%
	Espacio doméstico: otros	18,9%	16,4%
	Lugar de trabajo extra doméstico	5,7%	6,3%
	Exterior	24,7%	34,5%
	Lugar imaginario	4,9%	8,1%
	Otro	15,9%	15,9%

Las mujeres representadas en los *spots* no solo protagonizan en mayor medida reclamos relacionados con el cuidado estético, sino que claramente son en mayor grado atractivas en comparación con los personajes masculinos. Esto permite concluir que, en el caso de las mujeres, «el estándar de belleza exagerada en las mujeres es la norma en los *spots* televisivos».

Los resultados obtenidos también nos permiten hablar de diferencias de género en referencia a la ubicación de los personajes. Así, tal y como plantean estudios previos, los protagonistas masculinos aparecen en mayor medida en espacios exteriores, mientras que es más frecuente que los femeninos se sitúen en espacios domésticos. En concreto, es claramente mayor el porcentaje de protagonistas femeninas ubicadas en la cocina, en comparación con la presencia de protagonistas masculinos en dicho espacio.

Para terminar, presentamos dos ejemplos donde aparece el sexismo publicitario a través de un producto alimentario.

El primero es una campaña de infusiones Pompadour (a través de Internet y con espacios publicitarios en todas las revistas con *target* de público femenino), que pertenece a la empresa alemana Teekane. La campaña se basa en anunciar una combinación de tres infusiones con alegaciones nutricionales basadas en la salud del todo inútiles¹⁵⁵. Las infusiones prometen eliminar toxinas, eliminar

líquidos y mantener la línea. Un caso que debería estudiarse además de por publicidad sexista, por fraude y publicidad engañosa.

El segundo ejemplo parece una astracanada o una parodia pro igualdad de la mujer (a partir de caricaturizar la publicidad sexista), pero resulta que no, que es tan real como la vida misma. Abried bien los ojos y las orejas al *spot* de Burguer King que aparece en el siguiente enlace:

<https://www.youtube.com/watch?v=QpIL-Gz2zVk>



Imagen promocional de Pompadour (2016)

155. <http://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/tag/sexismo/>

Se escuchan frases como «Soy un hombre, rugiré. Estás muy ciego si no lo ves.», «Ese doble Whooper me hace feliz.», «Puedo comer esa hamburguesa doble de carne, no soy un pringao.», «Me hincharé a comer como nadie.», «No voy a cambiar, soy un hombre.», «Come como un hombre, ¡hombre!».

La verdad es que el anuncio no tiene un solo fotograma de desperdicio.

Lo grave del caso es que nos encontramos con un doble aspecto denunciado (y denunciado por el Ministerio de Sanidad, el de Igualdad no existía por aquel entonces). El sexismo desbordante y la promoción de un alimento altamente insano y de consumo compulsivo. La doble Whopper pesa 355 gramos y aporta 820 calorías (Kcal), un 41% de las necesidades diarias de un adulto medio. Además de 51 gramos de grasas, el 76% de las necesidades para un solo día.

El Ministerio de Sanidad, como decimos, ya mostró su disconformidad con la campaña de las hamburguesas XXL de la misma marca por incumplir el compromiso de la cadena de no incentivar el consumo de raciones gigantes, especialmente en niños y jóvenes, como medida contra la obesidad. La respuesta de la empresa resume buena parte de lo que hemos dicho aquí.

La empresa respondió a la crítica gubernamental defendiendo que los gustos de sus clientes estaban por encima de todo y que no solamente no iba a retirar la publicidad de la nueva hamburguesa, sino que en breve iba a lanzar otra aún peor, la triple XXL, una de las componentes de lo que la compañía ha bautizado como «la trilogía Whopper». En total, alrededor del 70% de las necesidades de energía y el doble de grasa de las recomendaciones en un solo bocado.

02

SI NO ME VES, NO EXISTO. EL ETIQUETADO

LA IMPORTANCIA DE LAS ETIQUETAS ¹⁵⁶

En la actualidad, nos encontramos inmersos en un proceso de producción de alimentos muy estandarizado y artificial que ha incrementado la distancia y (provocado) la desconexión entre la producción y el consumo. Los alimentos, incluso los que supuestamente son más frescos, son expuestos a un largo proceso industrial de procesado antes de llegar a nuestras mesas.

En este contexto, diferentes actores sociales han enfatizado la importancia de las etiquetas, que consideran una de las herramientas más importantes a la hora de visibilizar los procesos que subyacen a la producción, transformación, distribución y consumo de alimentos. Al estar físicamente vinculadas al producto, las etiquetas constituyen una interfaz directa entre la producción y el consumo.

Su importancia como herramienta de comunicación y control ha propiciado que los diferentes agentes de la cadena agroalimentaria les dediquen una mayor atención¹⁵⁷. Para las personas consumidoras, cada vez más preocupadas por la calidad de los productos que ingieren, las etiquetas se han convertido en una de las herramientas fundamentales para acceder a esta información. Para las Administraciones gubernamentales, el etiquetado se erige como uno de los principales ámbitos de regulación pública, dado que permite controlar y ofrecer información importante sobre los productos y ayuda a que las personas consumidoras puedan tomar decisiones razonadas sobre su alimentación.

Para las empresas agroalimentarias, las etiquetas son un elemento fundamental para diferenciar sus productos de los de la competencia, y se dedican enormes recursos a su elaboración y diseño, tratando de atraer siempre la atención de las personas consumidoras y conseguir persuadirlas.

Aunque lo veremos con mayor profundidad más adelante, en el capítulo anterior hemos hecho mención de que uno de los ejes argumentales de la industria alimentaria para sortear propuestas de regulación normativas más estrictas sobre los productos insanos que ofrecen consiste en trasladar toda la responsabilidad a las personas consumidoras. **Dicho de otro modo, para la industria la mala alimentación es culpa las personas consumidoras, no de sus productos.** Comer adecuadamente aparece entonces como una responsabilidad exclusivamente personal.

Pero al responsabilizar a las personas consumidoras de las consecuencias de sus decisiones, se les traslada un conjunto de tareas que, simplemente, no pueden cumplir.

156. Este apartado está fuertemente basado en <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

157. Basado en Percepciones del etiquetado alimentario entre productores y consumidores. Lozano et al. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

El modelo que mejor coincide con esta imagen (las personas consumidoras capaces de conocer y evaluar sus alternativas) es la teoría del consumo racional de la economía neoclásica. Sin embargo, este modelo ha sido cuestionado teórica y empíricamente desde hace décadas porque no describe de forma adecuada el comportamiento real del consumo.¹⁵⁸

El etiquetado responde al supuesto de que la información facilitada ayudará a la persona consumidora a elegir un producto. Ahora bien, ¿la información visible en las etiquetas ayuda o confunde? ¿Estamos capacitados para descifrar todos y cada uno de los elementos de las etiquetas? ¿Qué es lo que buscamos en ellas? ¿Qué aspectos se hacen visibles y cuáles se esconden?

Dentro de los pocos centímetros cuadrados que ocupan las etiquetas, se desarrolla una auténtica batalla de seducción y conquista por parte de las empresas alimentarias hacia sus clientes. No es conveniente olvidar, además, que la etiqueta forma parte del envase y que todo ello es un solo cuerpo comunicativo lleno de reclamos y atracción.

En el etiquetado existe, por ley, una información obligatoria y otra facultativa. El análisis de la primera revela aspectos de la evolución de la política de seguridad y de información alimentaria de los poderes públicos.¹⁵⁹ Por ejemplo, actualmente la información nutricional de los alimentos es obligatoria y ello no deja de ser un reflejo del creciente interés y preocupación social por lo que se come. El análisis de la información voluntaria, por el contrario, nos permite acceder a lo que la industria alimentaria quiere mostrar (u ocultar) y la forma de hacerlo, mostrando el público objetivo (*target*) al que va dirigido, teniendo en cuenta sus preferencias, así como su capacidad para descifrar la información.

Los envases y etiquetas se han convertido, pues, en espacios fundamentales para introducir la información publicitaria, ya que permiten que el mensaje llegue directamente a la persona consumidora e incida en su decisión de compra, y también por ser menos costosos que el desarrollo de grandes campañas de comunicación. Las empresas agroalimentarias recurren a múltiples estímulos: colores, formas, imágenes, mensajes, etc., que apelan a elementos sensoriales, geográficos o naturales para fomentar que determinados alimentos sean considerados más atractivos, sanos, sabrosos, ecológicos, tradicionales, frescos, etc.

Las personas consumidoras no actúan exclusivamente en función de la información que poseen, sino que entran en juego otros elementos como los hábitos o los aspectos emocionales. Por ello, la publicidad utiliza nombres, frases e imágenes evocadoras para influir en la percepción de las personas consumidoras sobre el producto.

Respecto a la ubicación de las etiquetas, podemos encontrarlas en el exterior del envase o en su interior, en la parte delantera, trasera o lateral. Su colocación nos permite comprender la importancia otorgada a unos elementos y a otros, qué información les interesa destacar, así como analizar qué asociaciones tratan de establecer entre los diferentes tipos de información.

La complejidad que acompaña al etiquetado de alimentos se acentúa si tenemos en cuenta que esta información diversa no se presenta de forma aislada, sino que interactúa entre sí.¹⁶⁰

158. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>
159. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

160. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

LA VISIÓN DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

Según el magnífico estudio realizado por Lozano et al., para el sector productivo las etiquetas cumplen un papel fundamental en sus estrategias de venta ya que, por un lado, son uno de los principales instrumentos para informar al consumidor acerca de las características del producto y, por otro, les permiten diferenciarse de sus competidores y atraer la atención de las personas consumidoras. El formato limitado de las etiquetas y la presencia cada vez mayor de información obligatoria les exige tener muy claro qué es lo que se quiere transmitir y cómo hacerlo. Es decir, **la industria otorga gran importancia a la información publicitaria a la hora de diseñar sus etiquetas, ya que considera que la función primaria del etiquetado es la de llamar la atención de las personas consumidoras y diferenciar al producto del resto de alimentos.** De ahí que recurran a la utilización de múltiples estímulos visuales (colores, imágenes, eslóganes) para hacer su producto más atractivo. La capacidad de lectura de las etiquetas depende del conocimiento y familiaridad que quien consume tenga con los diferentes tipos de información presente en la misma, pero también del modo en que se combinen dichos estímulos.

Los resultados de diversos estudios indican que las etiquetas a menudo aportan más opacidad que transparencia al sistema alimentario. Esto dificulta enormemente la toma de decisiones razonadas en torno al producto en cuestión. Y esto se debe no solo a las características de esos datos, en términos de formato y terminología empleada, sino también, y principalmente, por la cantidad y variedad de datos presente en las etiquetas, que tienden a desorientar más que informar a quien consume. Una situación que se acentúa especialmente cuando aparecen sellos que supuestamente garantizan las cualidades específicas de un alimento o cuando las personas consumidoras se cruzan con una potente campaña publicitaria en la que se consigue que estas les depositen buena parte de su confianza.¹⁶¹ Daremos unos ejemplos paradigmáticos de ambos casos.

ELÍGEME A MÍ

Nos encontramos ante un mercado alimentario altamente competitivo, donde las empresas (unas pocas y con gran capacidad de inversión) pelean para situar sus productos en el mercado y estimular a quien consume a que los elija.

Estamos ante un sistema de producción a gran escala cuya gran baza consiste en propagar el concepto *personalización* del producto para que las personas consumidoras se sientan atendidas a nivel individual y no como una masa consumidora. Se trata de una falsa percepción, dado que numerosos estudios indican que la base alimentaria actual es altamente homogénea. Sin embargo, la industria hace todo lo posible para que cuando entremos en un supermercado, tengamos la impresión de que nos hallamos en un gran bazar lleno de variedad y de alimentos especialmente pensados para nosotros.

Decimos todo esto porque el oxígeno actual de la industria alimentaria es la publicidad (en sus distintas formas), y el etiquetado forma parte de ella. Se trata de un mercado que, pese a la regulación existente sobre él, siempre se mueve en los límites de lo aceptable. **La persona consumidora actual, incluso la más razonadora y objetiva, en el momento de la compra no puede sustraerse de los aspectos simbólicos y psicosociales de la alimentación, y esta es una de las razones de que informar sobre el contenido nutricional de los alimentos haya sido tan bien recibido por las empresas alimentarias, ya que, a través de esta información, modelada con frases sugerentes, consiguen reforzar el concepto de salud como importante valor social.**

Los estudios sobre las percepciones del etiquetado por parte del consumidor reflejan, reiteradamente, las críticas ante un exceso de información y de mensajes comerciales, ante la presencia de información abigarrada y confusa (a veces en letra pequeña), y ante el uso de expresiones demasiado técnicas que impiden su comprensión y que, por tanto, anulan su utilidad.

Todo lo expuesto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de revisar, en el marco de la legalidad vigente, cuáles deben ser los mejores mecanismos para facilitar la información, primando lo esencial sobre lo accesorio y atendiendo a las opiniones del consumo que se han venido pronunciando, reiteradamente, desde distintos medios y foros.

161. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

INFORMACIÓN SOBRE LOS ALIMENTOS Y DERECHO A LA SALUD

Una condición necesaria para garantizar su derecho a la salud es que las personas consumidoras dispongan de información eficaz que le permita elegir adecuadamente los alimentos que va a consumir, de modo que la dieta que configure sea saludable.¹⁶²

Las variaciones en la dieta de los españoles que hemos visto anteriormente se producen al tiempo que, por un lado, crece la presión publicitaria (especialmente sobre la población infantil) y, por otro, disminuye la eficacia del etiquetado como elemento informativo orientado a contribuir a una elección racional por parte las personas consumidoras, en beneficio de su función persuasiva.¹⁶³

Según recoge un gran número de estudios, la mayoría de las personas compran a ciegas y persuadidas por la publicidad.

Dichos estudios aportan una serie de certezas:

- › Un alto porcentaje de personas no entiende la etiqueta y cree que debería cambiarse para hacerla más útil y clara.
- › Los aspectos nutricionales son muy importantes para las personas consumidoras.
- › La información nutricional (cuando se entiende) condiciona la compra de alimentos.
- › La mayoría de personas quiere reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares.

Por ejemplo:

Las grasas (91,8%), las calorías (79,4%) y los azúcares (70,5%) son los componentes más «importantes» a la hora de adquirir o descartar un producto alimentario.

El 63% de las personas intentan reducir la ingesta de azúcares. Desde finales de la década de 1980, el consumo medio de azúcar de mesa por habitante en el Estado español ha descendido a la mitad. Sin embargo, el consumo total de azúcar (y, por lo tanto, por habitante) en el Estado español creció en más de un 20% durante el mismo periodo.

Es decir, si las etiquetas fueran más claras, más útiles e informaran mejor de los aspectos nutricionales y, en concreto, del contenido en azúcares, las personas consumidoras reducirían su consumo. Esto no es para nada una buena noticia para la industria alimentaria actual que, como hemos visto, ha introducido el azúcar en casi todos sus productos. Sea como fuere, el caso es que si la mayoría de consumidoras desean reducir la compra de alimentos ricos en azúcar y no pueden, significa que el sistema de etiquetado actual está fallando.

162. <http://www.ceaccu.org/publicaciones/cuadernos/analisis-etiquetado-alimentos/>

163. <http://www.ceaccu.org/publicaciones/cuadernos/analisis-etiquetado-alimentos/>

EL PROCESO DE COMPRA Y EL ETIQUETADO

Compra compulsiva, emocional, rápida, no racional

El proceso de compra de alimentos es un campo altamente estudiado y analizado. Aunque nos pueda parecer lo contrario, la realidad es que la mayor parte de nuestras compras las realizamos a través de los canales llamados *emocionales*, en contraposición a los racionales. No ahondaremos aquí en los mecanismos sociales, culturales y neurobiológicos que intervienen en este hecho, pero es una realidad comprobada teórica y empíricamente.

Mientras que muchas personas consumidoras dedican tiempo, esfuerzo y dinero tratando de cambiar su dieta, la mayoría de nuestras conductas alimentarias se producen, en realidad, sin pensar.¹⁶⁴ Las decisiones que marcan nuestros hábitos alimentarios son en su mayoría rápidas, cognitivamente «frugales», inconscientes y automáticas.¹⁶⁵

Una persona común toma alrededor de 226 decisiones diarias directamente relacionadas con su alimentación. En cambio, cuando se le pregunta, dice que toma un promedio de 14,4. Es decir, la inmensa mayoría son inconscientes.

También está demostrado que las decisiones que tienen que ver con comer más sano siguen una ruta «racional», son decisiones más lentas y más conscientes, de tal manera que poner la presión sobre las personas consumidoras para que elijan las opciones más saludables, en la situación actual, requiere de mucho tiempo y esfuerzos cognitivos. Y la realidad es que no funcionamos así.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE TODO ESTO EN EL ETIQUETADO NUTRICIONAL?

Si cada vez nos empeñamos en dar más responsabilidad a quien compra, si la elección de los alimentos saludables sigue el esquema anterior, parecería lógico buscar un sistema de etiquetado que ayude a una toma de decisión racional ajustándola a la atención, tiempo necesario, esfuerzo, conocimientos y emoción implicados en esa toma de decisión.

En este contexto (el contexto real de la compra), la precisión y la abundancia de información modifica muy poco los comportamientos.

¿No sería más razonable dar pasos hacia un etiquetado, dentro de todo el rigor necesario, que apele algo más a las emociones?

Pensemos que nos enfrentamos a más de 300.000 referencias comerciales, que tomamos más de 200 decisiones diarias, que a cada producto le atribuimos múltiples valores que interactúan entre ellos (gusto, sabor, precio, seguridad, origen, tradición, facilidad de uso, equidad, diseño, impactos ambientales, envoltorio y salud). Existe un límite cognitivo racional para procesar todo eso. De ahí la necesidad, en la lucha contra la mala alimentación, de utilizar etiquetados simples y emotivos que muestren claramente y de un vistazo sus características nutricionales (saludables o no).

Un etiquetado coherente con el proceso de toma de decisiones de las personas consumidoras podría modificar su comportamiento (y no olvidemos que es exactamente lo que queremos).

Porque, como hemos visto al inicio de este capítulo, la industria alimentaria sí es del todo consciente del proceso real de decisión que acontece cuando sujetamos el envase de un alimento con las manos y lo observamos. Actualmente, en este campo, no hay contrapoder público.

No es casualidad que las estadísticas y las encuestas sobre el etiquetado actual digan lo que dicen: que no se entienden, que no se leen o, incluso, que aunque el consumidor haya dedicado minutos a leerla y tenga la capacidad de entenderla, siga optando por las opciones menos saludables. Por eso, tampoco es casualidad que hayan surgido iniciativas de etiquetado en Europa y en diversos países del mundo que busquen, justamente, sortear esos problemas e incidir realmente en el consumidor para que adquiera alimentos más sanos. Las dos principales iniciativas en Europa al respecto son el etiquetado semáforo y la «llave verde» nórdica. En la imagen podemos ver dos ejemplos de etiquetado semáforo y el logotipo de la llave verde nórdica.

164. Just (2011)

165. Wansink y Sobal, 2007. D. Kahneman, Rothman, A. J., Sheeran, P., & Wood, W. (2009)



¿QUÉ PENSAMOS LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DEL ETIQUETADO?

Los datos indican que un 60% de las personas que consumen se queja del exceso de información que ofrecen, y que procesarla requiere demasiado tiempo; el 53% se queja del tamaño de la letra, y un tercio apunta, además, la dificultad para comprender el mensaje. El 64% de las personas que consumen no entiende prácticamente nada de lo que lee en las etiquetas donde se detallan los valores nutricionales y los ingredientes.

Otro dato revelador indica que nos gustaría que las etiquetas de los alimentos fueran más claras (70%), que solo llevaran información útil (60%) y que no hiciera falta utilizar la lupa para leerlas (55%).

Un 60% de la población manifiesta no leer toda la información de la etiqueta, como mucho una parte de la misma. Si nos atenemos a sus respuestas en función de las variables contempladas en la muestra —social y demográfica—, se observa que los hombres leen las etiquetas menos que las mujeres.

Uno de los aspectos interesantes son los motivos por los que no se leen las etiquetas o solo se hace parcialmente. Como se ha indicado anteriormente, un 60,4% de los entrevistados señala que les falta tiempo para leer tanta información y la consideran excesiva. Las personas de sexo masculino son las que mantienen esta posición. El segundo motivo que indican es el tamaño de la letra de las etiquetas: el 53,8% dice que es muy pequeña. Un tercer factor indica que el 34% tiene dificultad para entender muchos de los términos. Si atendemos a la lectura de las etiquetas por parte de las personas consumidoras en función del sexo, se observa que quienes más las leen son las mujeres. Por edad, quienes más las leen son las personas de 30 a 59. Por nivel de estudios, las más aplicadas son las que han cursado Formación Profesional, Bachillerato o disponen de algún título universitario.

En un interesante estudio¹⁶⁶, se comprobó que las mujeres leen más etiquetas (un 10% más) y son más precavidas ante la información que ofrecen. Los hombres, por el contrario, son más extremos en los dos aspectos: o leen siempre o no leen nunca, y o creen mucho o no creen nada la información facilitada por las empresas alimentarias. Estos datos se han repetido en otros estudios¹⁶⁷.

166. Percepción acerca de la certificación y etiquetado de los alimentos, en www.uchile.cl
167. http://www.aseimesa.es/content/Consumidores_no_leen_etiquetado

GRÁFICO 33 % personas que leen etiquetado de alimentos

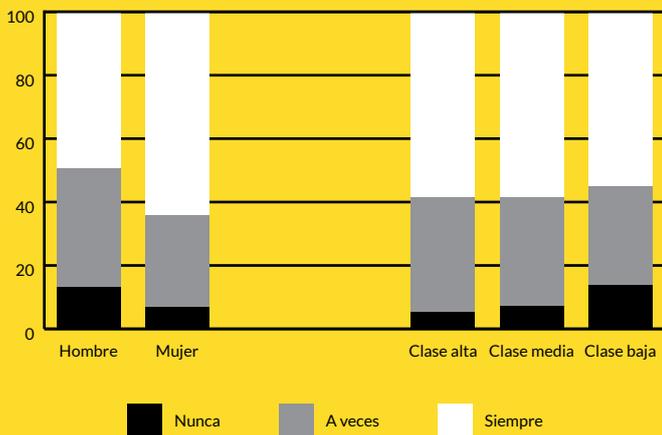
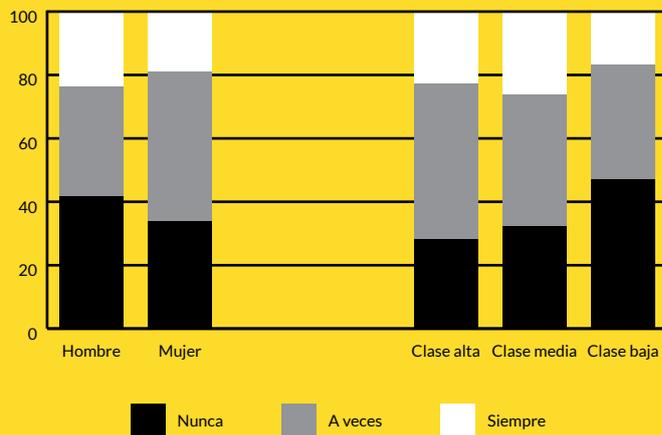


GRÁFICO 34 % personas que se creen la información



También se observaron diferencias en función de la clase social. Las clases bajas son las que menos leen las etiquetas y las más desconfiadas. Lamentablemente, no se obtuvieron datos en función de sexo y clase.

Esto también se ha confirmado en otros estudios y conviene recordar, como hemos visto antes, que buena parte de las enfermedades asociadas a una mala alimentación se concentra en las clases sociales más bajas.

Cuando se estudian los factores que hacen que las personas consumidoras no realicen la lectura de la etiqueta de forma total o parcial, el 70% de las personas universitarias (licenciadas o diplomadas) argumentan no tener tiempo; el 42% de los que tienen estudios primarios sacan a colación la dificultad de comprensión, que no anima a la lectura; y la letra pequeña es un inconveniente para el 72%, siendo las personas mayores de 60 años los que más aducen esta razón.

A pesar de su escasa comprensión, la información nutricional del producto se encuentra entre los datos que las personas consumidoras consideran más útiles de una etiqueta, después de la fecha de caducidad o de consumo preferente.

La importancia que se le concede a la información nutricional contrasta también con las dificultades que el estudio ha detectado para que las personas consumidoras identifiquen conceptos relevantes para su salud. Así, los compuestos potencialmente con más riesgo (por ejemplo, el azúcar) son los que más nos cuesta reconocer.

Otro estudio realizado en el País Vasco indicaba que el 94% de las personas consumidoras opinaba que se utilizan términos excesivamente complejos, y el 80% señalaba que deberían hacerse cambios en el etiquetado. De entre los que leen las etiquetas, el 86% se fijaba en la información nutricional.¹⁶⁸

Según un nuevo estudio elaborado por Nielsen (empresa elaboradora de informes de mercado) sobre el etiquetado de los alimentos y la alimentación saludable, el 59% de las personas consumidoras tiene dificultades para entender la información nutricional de las etiquetas.

Según los datos de la propia industria alimentaria (estudio realizado por el Centro de Referencia CDO/GDA entre más de 1.100 consumidores), el 42,3% de los españoles tiene «dificultades» para interpretar la información nutricional incluida en el etiquetado de alimentos y bebidas envasadas. Los datos revelan que, tras la lista de los ingredientes (64%), la información nutricional es la más consultada por la población en general (62%). En lo que respecta a los componentes nutricionales, las grasas, calorías y los azúcares (por este orden de importancia) aparecen como los más «importantes» a la hora de adquirir o descartar un alimento o una bebida. Sin embargo, 2 de cada 3 consumidores expresan que los datos de las tablas nutricionales «tradicionales», que muestran la cantidad diaria orientativa recomendada para cada producto, son «insuficientes».

A nivel internacional sucede exactamente lo mismo. Por poner solo un ejemplo, el reciente estudio de Health Focus International concluye que casi la mitad (45%) de los compradores de

EE.UU. opina que los fabricantes de alimentos deberían ser obligados a exponer de forma clara en las etiquetas de los envases toda aquella información relacionada con calorías, grasas saturadas, grasas trans y sodio. La principal razón que dan estos compradores es que desean contar con información adecuada para poder decidir qué productos compran en relación con sus calorías u otros componentes.

(como la Asociación Española de Pediatría, la Fundación del Corazón o la Asociación de Intolerantes a la Lactosa).

■ **¿Cómo debería ser una etiqueta según las personas consumidoras?**

Las sugerencias que hacen las personas consumidoras para que la información que aparece en las etiquetas sea más útil son las siguientes:

- › Claridad en la información
- › Utilidad de la información que aparece
- › Eliminar información no esencial
- › Presentación de fácil lectura, tamaño de letra adecuado
- › Palabras menos técnicas

Cabe destacar que hace relativamente poco se aprobó un nuevo Reglamento europeo sobre etiquetado (hablaremos en seguida de ello), donde se dicen cosas como que **«es importante que la información sobre los alimentos y su valor nutricional que figura en el etiquetado y que se utiliza para su presentación, comercialización y publicidad, sea clara, precisa y significativa»**. Visto lo visto, el resultado es totalmente insatisfactorio.

Más allá del etiquetado estricto, no debemos olvidar que este actúa coordinadamente con el resto del envase y que constituye un todo en la estrategia de márketing y seducción de la industria. Por ello, resulta significativo también el estudio que la organización de consumo de España CEACCU realizó sobre estos otros aspectos, y que pone de manifiesto la confusión sobre el efecto esperable sobre nuestra salud promocionado en el envase, la información ambigua y/o poco significativa, las declaraciones nutricionales que inducen a error sobre la naturaleza del producto, la existencia de afirmaciones genéricas que no hacen referencia a ningún beneficio concreto (**«Te va», «Te cuida»**), el hecho de que los productos se apropien de propiedades saludables sin respaldo científico y sin la autorización administrativa correspondiente (**«ayuda al desarrollo de los huesos», «estimula el sistema inmunológico», «contiene nutrientes importantes para el cerebro», «previene el deterioro cutáneo y envejecimiento de las células»**...) o que se apoyen en recomendaciones de instituciones y asociaciones

NORMATIVA

REGLAMENTO 1169/2011 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO DE 25 DE OCTUBRE DE 2011 SOBRE LA INFORMACIÓN ALIMENTARIA FACILITADA AL CONSUMIDOR

Después de dos años de duras presiones por parte de la industria alimentaria, finalmente vio la luz el nuevo Reglamento europeo de etiquetado de alimentos. Al ser un Reglamento, se trata de una norma de alcance general y directamente aplicable a los Estados miembros. Vincula a particulares y a las autoridades estatales y prevalece sobre el Derecho estatal.

Las negociaciones se realizaron durante el año 2010 y aún hoy en día es recordada como la mayor operación de presión corporativa ejercida nunca sobre el Parlamento Europeo. Las eurodiputadas recuerdan que el día de la votación aparecieron las instrucciones de voto negativo encima de sus escaños, dispuestas allí por la CIAA (Confederación de la Industria de Alimentos y Bebidas de la Unión Europea). Algunas diputadas incluso dieron por supuesto que era documentación oficial de sus partidos.

Es importante recordar, como vimos en el apartado anterior, que ese mismo año fue cuando la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA, por sus siglas en inglés) publicó su informe donde se afirmaba que la ingesta excesiva de azúcar y el sobrepeso no tienen nada que ver. Fue, sin duda, la aportación académica de la propia industria al debate.

■ Los puntos más importantes del Reglamento

A pesar de los esfuerzos de la industria alimentaria, se consiguieron algunas cosas importantes, aunque está por ver si al final han sido más bien ventajas (que no pérdidas) para la industria. Una de las cosas que se aprobó fue la obligatoriedad del etiquetado nutricional, que debe incluir los valores de energía, grasas, ácidos grasos saturados, hidratos de carbono, proteínas, azúcares y sal. Estos valores nutricionales obligatorios **deben ser expresados en 100 g/100 ml y en forma de tabla**. El tamaño mínimo de la letra **será de 1,2 mm** para envases cuya superficie sea mayor de 80 centímetros cuadrados, y de 0,9 mm para aquellos cuya superficie sea inferior a dicha área. 1,2 mm equivale a una letra de cinco puntos, esta frase tiene 8.

Pero la gran batalla no tuvo nada que ver con eso. Si existe obligación de poner la tabla de nutrientes, pues se pone. Casi nadie la mira. La parte dura de la contienda fue decidir qué era obligatorio poner en el lugar más importante del envase: el frontal. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmi-

bles, destaca la suprema importancia de que la información nutricional (y dentro de ella el contenido en azúcares) aparezca en la parte frontal del envase.

La propuesta de la industria fue que las características nutricionales obligatorias estuvieran lejos de la vista las personas consumidoras (es decir, en un lateral o escondidas en un rincón de la parte posterior del envase). Recordemos que estas características deben darse obligatoriamente en 100 g/ml, porque eso da una visión exacta del perfil nutricional de ese alimento, y que, naturalmente, es la información más valiosa para las personas consumidoras. De ahí ese empeño en alejarla de él y conseguir que no fuera obligatorio ponerla en el frontal. La postura de las organizaciones de consumo fue la contraria: información nutricional en el frontal y en 100 g/ml de producto.

Finalmente se impuso la opción de la industria.

La tabla 17 muestra la información nutricional obligatoria.

El triunfo de la industria alimentaria no se quedó ahí. Además de conseguir que la información valiosa y obligatoria quedara lejos de los ojos las personas consumidoras, consiguió que al lado de los datos absolutos de nutrientes por 100 g/ml se pudieran incorporar los de los datos de nutrientes absolutos por ración (no por 100 g/ml) y en % de CDO (Cantidad Diaria Orientativa). En la misma tabla la cosa quedaría como se ve en la tabla 18.

Y aún más, también consiguieron que tuvieran la opción de poner en el frontal las cantidades de nutrientes relativas a la CDO y por porción o ración, que es la información que más induce a confusión.

Esas cifras monocolors son las que realmente consulta la persona consumidora media al adquirir un alimento.

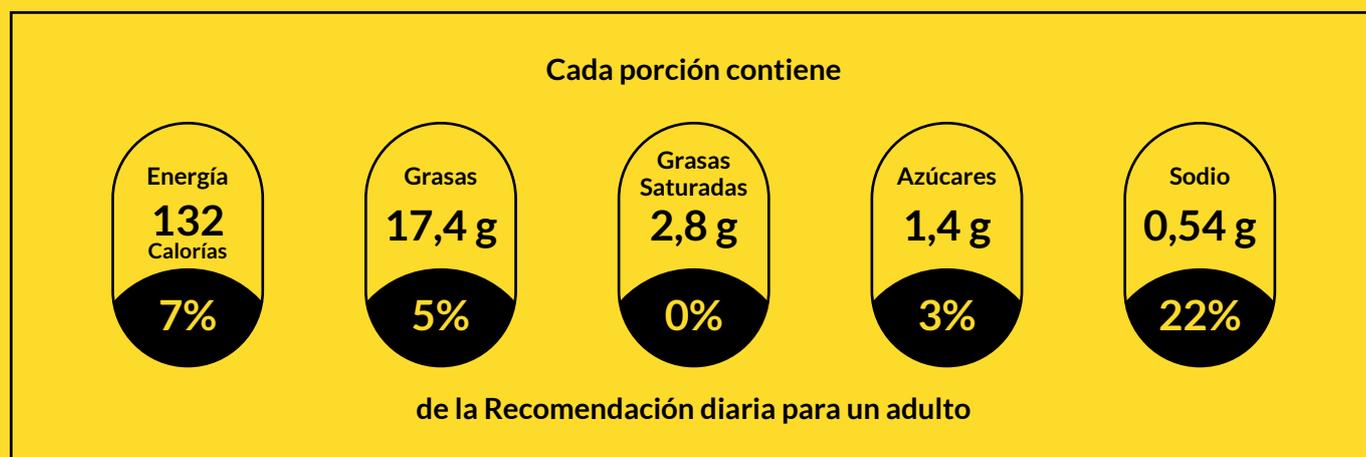
TABLA 17 Información nutricional obligatoria

Información nutricional	Por 100 g
Valor Energético	309 kJ / 74 kcal
Proteínas	1,4 g
Hidratos de carbono	9 g
de los cuales azúcares	7,4 g
Grasas	3,3 g
de las cuales saturadas	0,4 g
Fibra alimentaria	1,2 g
Sodio	0,44 g

TABLA 18 Ejemplo de tabla de la información nutricional obligatoria. Confusión final aprobada en la UE

Información Nutricional	Por 100 g	Por ración (50 g)	% CDO
Valor Energético	309 kJ / 74 kcal	157 kJ / 38 kcal	2 %
Proteínas	1,4 g	0,7 g	1 %
Hidratos de carbono	9 g	4,5 g	2%
de los cuales azúcares	7,4 g	3,7 g	4%
Grasas	3,3 g	1,7 g	2%
de las cuales saturadas	0,4 g	0,2 g	1%
Fibra alimentaria	1,2 g	0,7 g	3%
Sodio	0,44 g	0,22 g	9%

ESQUEMA 06 Cantidades de nutrientes relativas a la CDO



Por si esto fuera poco, también se permitió a la industria que pudiera optar en el frontal entre poner esas cifras de nutrientes o solamente las de la energía. Una opción que les resulta especialmente útil para los alimentos menos sanos. Por ejemplo, este producto de Danone tiene en su frontal la etiqueta de la energía por ración. La ración, según la empresa, es **un palito**, y el palito aporta 10 Kcal y < 1% de la CDO.

Si la información fuera por cada 100 g, la etiqueta indicaría en el frontal que este alimento contiene 35 g de azúcar (4 sobres), o lo que es lo mismo, casi el 40% de la cantidad máxima de azúcares totales que se pueden ingerir en un día. Por lo que respecta a la energía, del < 1% de cada palito pasamos a > 24% por 100 g, una cuarta parte de la energía recomendada para una persona adulta por día. Si en lugar de la CDO se utilizara la nueva cantidad máxima de azúcar que la OMS está intentado aprobar (25 g), la cifra que aparecería en el frontal sería la del 140% de la cantidad máxima de azúcar recomendada.

► ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL REGLAMENTO?

Este Reglamento será aplicable a partir del 13 de diciembre de 2014. Aunque en el caso del etiquetado sobre la información nutricional, no será exigible hasta el 13 de diciembre de 2016.

LOS TRUCOS DEL ETIQUETADO DE LA INDUSTRIA

CDO significa 'Cantidad Diaria Orientativa' (en inglés es GDA, Guideline Daily Amount). Este tipo de etiquetado proporciona datos numéricos sobre la cantidad de calorías, azúcares, grasas, ácidos grasos saturados y sal en una cierta porción de alimento. Los porcentajes se proporcionan para informar a quien compra sobre la parte de la CDO de algunos nutrientes contenidos en un producto.

El sistema de etiquetado CDO fue desarrollado por la industria. Muchas empresas, como Nestlé y Kellogg's, están usando este sistema como una especie de estrategia de defensa para evitar el etiquetado con código de color. Los fabricantes de alimentos aman el sistema CDO porque así las etiquetas pueden ser fácilmente manipuladas, y pueden hacer que los productos se vean mejor.

› EL TRUCO DE LAS CANTIDADES DIARIAS

Incluso los productos que han sido especialmente diseñados para el público infantil tienen CDO basadas en los requerimientos calóricos de un adulto. En un yogur como Danonino, por ejemplo, los porcentajes serían mucho mayores si se referenciaran los requerimientos calóricos reales en base a las necesidades específicas de la población infantil.

Es decir, sin importar si el alimento lo consume un niño o niña en edad preescolar, escolar o una persona adolescente, la recomendación está hecha como si la persona consumidora final fuera adulta. Esto provoca confusión y engaño, básicamente porque una persona adulta requiere alrededor de 2.000 kcal/día, mientras que un niño/a de 4 años solo requiere unas 1.200 kcal, o una adolescente escolar unas 1.700 kcal. Estas recomendaciones también varían dependiendo del sexo y de la actividad física.

› EL TRUCO DEL TAMAÑO DE LAS PORCIONES

Las cifras porcentuales CDO se calculan sobre la base del tamaño de las porciones que determina el fabricante. Por supuesto, cuanto menor sea el tamaño de la porción, menor será el porcentaje de CDO. Sin embargo, ciertos estudios realizados en Gran Bretaña han demostrado que, de promedio, las personas comen porciones más grandes que las que especifican los fabricantes. La variedad de tamaños de las porciones también hace muy difícil la comparación de productos, ya que quien compra debe convertir las grasas, azúcares y sal a los valores del tamaño de las porciones del otro producto.

› EL TRUCO DE LAS DIRECTRICES

Las CDO se basan en las pautas nutricionales establecidas por la Confederación Europea de Industrias de Alimentación y Bebidas (CIAA). Entre los expertos nutricionales, la cantidad que se utiliza en la guía para los azúcares es especialmente controvertida. «Parece que fue elegida una estimación "favorable" (arbitraria) de azúcares», escribió la Sociedad Alemana de Nutrición (DGE) en su evaluación de la cantidad para los azúcares en la guía de la CIAA.

› EL TRUCO DE LAS CDO

Otro problema añadido es que las cantidades de azúcar recomendadas no se corresponden con las establecidas por la OMS ni con las de otros organismos de salud públicos, ni siquiera coinciden con las que establecen ciertos estudios independientes, aunque esa disonancia es sutil. Mientras que la industria indica en su CDO que el consumo diario recomendado son 90 g de azúcar, la OMS señala que el consumo máximo es de 25 g de azúcar añadido (que es la mayoría).

Por ejemplo, un producto como Actimel tiene 11,5 g de azúcar por cada botecito (100 g). Con la nomenclatura CDO, nos indica que cada toma equivale al 13% de la cantidad de azúcar recomendada al día. En cambio, si siguiera la recomendación de la OMS, nos diría que hemos consumido ya el 43% del azúcar añadido del día. Casi la mitad. Con dos Actimel vamos a tope. La diferencia es más que significativa a nivel real, informativo y de condicionamiento de la compra y el consumo. Pensemos, además, que es un producto dirigido y consumido especialmente por el público infantil, con lo cual la diferencia es aún mayor.

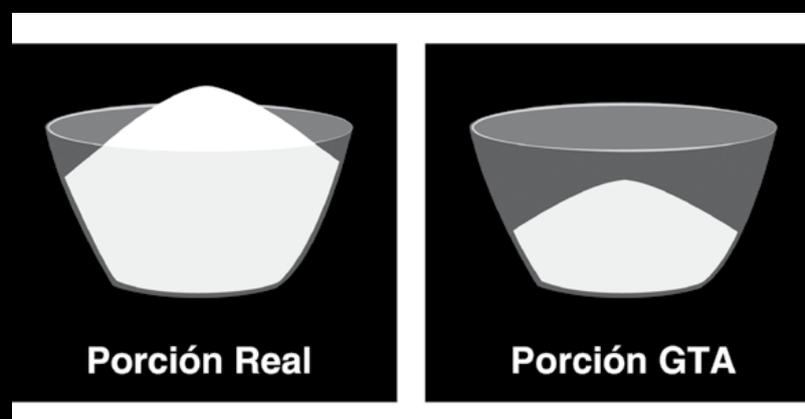


Imagen propia

SISTEMAS DE ETIQUETADO NUTRICIONAL ALTERNATIVOS

El Reglamento expone que la presentación obligatoria de información nutricional en el envase debe ayudar a actuar en el ámbito de la educación del público sobre nutrición, como parte de la política de salud pública. También en el «Libro Blanco de la Comisión», del 30 de mayo de 2007, acerca de la Estrategia Europea sobre Problemas de Salud relacionados con la Alimentación, el Sobrepeso y la Obesidad, se señaló que el etiquetado sobre propiedades nutritivas es un método importante para informar a las personas consumidoras sobre la composición de los alimentos y para ayudarles a tomar una decisión adecuada.

El Reglamento determina que esta información alimentaria debe ser precisa, clara y de fácil comprensión para permitir que quien compra tome sus decisiones con conocimiento de causa, permitiendo formas de presentación mediante símbolos gráficos.

Existen en este sentido dos iniciativas interesantes que algunos países europeos (y otros del resto del mundo) están aplicando: el Semáforo (*Traffic Light*), que consiste en un código de colores que informa sobre los niveles de ciertos nutrientes y logos saludables como el *Sweden's Green Keyhole* o el *Australian Tick Sign*.

■ Etiquetado semáforo¹⁶⁹

El llamado *etiquetado semáforo* es un sistema de etiquetado intuitivo, sencillo, riguroso y práctico avalado científicamente, aplaudido por el consumo y rechazado por la industria. Consiste en determinar la cantidad de energía, grasas, azúcares y sal que contiene un alimento, compararlo con las cantidades máximas recomendadas y otorgarle un color a cada cifra en función de si está lejos, cerca o muy cerca de ese límite. Los colores son los del semáforo por motivos obvios: verde indica que no hay problema; naranja, precaución; y rojo, mucha atención. La información sobre el contenido de nutrientes es sencilla de obtener, y la única dificultad técnica estriba en determinar qué cantidades marcan el cambio de color de uno de esos ingredientes que hay que controlar. La mayor parte del etiquetado semáforo que existe se basa en la información facilitada por los estudios de la agencia de salud pública del Reino Unido y que ha sido ampliamente avalada. La misma agencia, de la mano del Ministerio de Sanidad del Reino Unido, ha elaborado una guía técnica muy útil para quien quiera profundizar en estos aspectos.¹⁷⁰

En la tabla 19 mostramos la tabla de rangos del Reino Unido para 100 g/100 ml. Y en la tabla 20, los rangos para bebidas.

TABLA 19 Tabla de perfiles nutricionales para alimentos sólidos

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	≤ 3,0 g / 100 g	3,0 g - 17,5 g / 100 g	≥ 17,5 g / 100 g	≥ 21 g / porción
Saturadas	≤ 1,5 g / 100 g	1,5 g - 5 g / 100 g	≥ 5 g / 100 g	≥ 6 g / porción
Azúcares totales	≤ 5,0 g / 100 g	5 g - 22,5 g / 100 g	≥ 22,5 g / 100 g	≥ 27 g / porción
Sal	≤ 0,3 g / 100 g	0,3 g - 1,5 g / 100 g	≥ 1,5 g / 100 g	≥ 1,8 g / porción

TABLA 20 Tabla de perfiles nutricionales para bebidas

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	≤ 1,5 g / 100 ml	1,5 g - 8,75 g / 100 ml	≥ 8,75 g / 100 ml	≥ 10,5 g / porción
Saturadas	≤ 0,75 g / 100 ml	0,75 g - 2,5 g / 100 ml	≥ 2,5 g / 100 ml	≥ 3 g / porción
Azúcares totales	≤ 2,5 g / 100 ml	2,5 g - 11,5 g / 100 ml	≥ 11,25 g / 100 ml	≥ 13,5 g / porción
Sal	≤ 0,3 g / 100 ml	0,3 g - 0,75 g / 100 ml	≥ 0,75 g / 100 ml	≥ 0,9 g / porción

169. <http://www.youtube.com/watch?v=7fthixwCVo>

170. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300886/2902158_FoP_Nutrition_2014.pdf

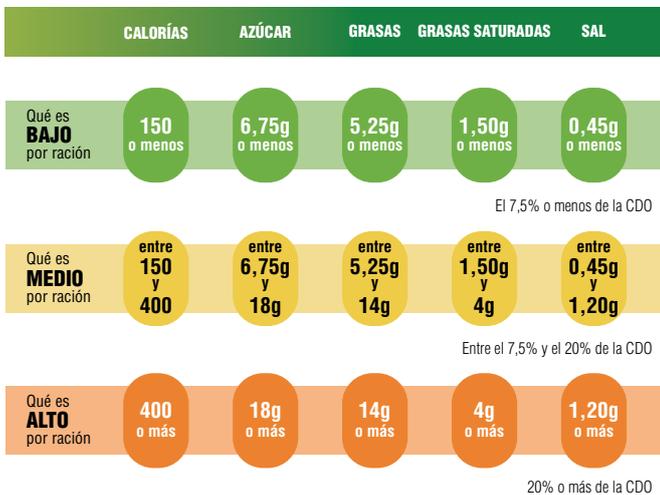


Imagen de etiqueta nutricional semáforo de Eroski.



Ejemplo visual del semáforo de Eroski.

El grupo de distribución Eroski ha adoptado también el etiquetado nutricional en semáforo para sus productos. En este caso, han realizado una adaptación (más acorde a las exigencias de la industria alimentaria) del modelo inglés, suavizando los colores y apostando por la cantidad CDO por ración en lugar de los 100 g. Con todo, estos son sus baremos, primero por % CDO y luego por cantidad total en gramos de nutriente que aporta cada porción.

Esta es la explicación que encontramos en su portal web:

Colores del semáforo

- ▶ **VERDE:** indica que la ración de consumo aporta menos del 7,5% de la Cantidad Diaria Orientativa. Es decir, la ración aporta una cantidad baja del nutriente, por lo que si ves mucho verde, significa que vas por el buen camino.
- ▶ **AMARILLO:** señala que la ración de consumo aporta entre el 7,5% y el 20% de la Cantidad Diaria Orientativa. Es decir, una cantidad media del nutriente, por lo que se debe prestar atención.
- ▶ **NARANJA:** nos dice que la ración de consumo aporta más del 20% de la Cantidad Diaria Orientativa. Es decir, una cantidad alta del nutriente, por lo que no debes abusar de ese nutriente en el resto de comidas del día y en ocasiones puede que tengas que echar el freno.

Lo ideal, por todo lo que hemos visto hasta ahora, es que esta información se facilite en el frontal del envase, de manera visible, y que las cantidades y colores estén referidas en base a los 100 g para determinar así el perfil nutricional del alimento independientemente de la ración que cada uno vaya a tomar.

▶ LOS DATOS AVALAN LA PROPUESTA

La mayoría de la ciudadanía prefiere el etiquetado semáforo. Pero ¿qué dicen los estudios? Los resultados son claros: todas las investigaciones llevadas a cabo independientemente de la industria proporcionan evidencias a favor de un sistema de código de colores de etiquetado de los alimentos. El sistema semáforo es más útil, se entiende mejor y ayuda a elegir correctamente los alimentos en función de su composición nutricional. Los únicos informes que igualan el sistema del semáforo (en ningún caso lo superan, simplemente lo igualan) son los financiados por la misma industria alimentaria, los veremos al final de este apartado.

La lista de informes que avalan el etiquetado semáforo es larguísima. A continuación, ofrecemos algunos ejemplos significativos:

- ▶ Un reciente informe¹⁷¹ elaborado por parte del equipo directivo de la FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética) concluye que el sistema de etiquetado semáforo nutricional es más comprensible de forma inmediata para las personas consumidoras y más fácil de interpretar gracias a la indicación de los colores, lo que permite elegir alimentos con menos kilocalorías, azúcar, grasas y sal en unas condiciones en las que el tiempo es limitado.
- ▶ En Australia, un importante estudio¹⁷² comprobó que las personas consumidoras que utilizaron el sistema de etique-

171. www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6254.pdf

172. Kelly, B., Hughes, C., Chapman, K., Louie, J.C., Dixon, H., Crawford, J., et al. Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market.

tado semáforo fueron entre tres y cinco veces más capaces de identificar correctamente los productos más saludables que las personas consumidoras que utilizaron el sistema monocromo. Además, los resultados del estudio proporcionaron suficientes evidencias para sugerir que el sistema de semáforo permite identificar los productos más saludables en mayor medida a las personas consumidoras con un estatus socioeconómico más bajo y, por tanto, a aquellas que tienen mayor riesgo de padecer obesidad.

- › Los formatos basados en el etiquetado semáforo dieron como resultado unos altos niveles de entendimiento y aceptación en diferentes grupos étnicos y sociales en una macroencuesta realizada en Nueva Zelanda.
- › Un estudio realizado en Alemania¹⁷³ demostró que las etiquetas con semáforo múltiple ayudan más y mejor a quien compra a distinguir entre alimentos más o menos sanos.
- › Otro interesante estudio¹⁷⁴ realizado en el Reino Unido también llegó a la conclusión de que el sistema de semáforo, comparado con una etiqueta nutricional estándar, ayudaba a dirigir la atención de las personas consumidoras a los nutrientes importantes y mejoraba la exactitud de las clasificaciones en función de la opción más saludable de las etiquetas nutricionales.
- › Un estudio sobre el etiquetado semáforo realizado por la Universidad de Münster (Alemania) concluyó que, en comparación con el modelo propuesto por la industria, la etiqueta con los colores del semáforo lleva a una estimación mejor y más exacta de la cantidad de azúcar y de otras calorías contenida, a la vez que permite alcanzar conclusiones más precisas al comparar de forma directa algunos productos entre sí. En concreto, con el sistema de la industria alimentaria (CDO) el 34% fue incapaz de determinar cuál de los productos tenía más azúcar y más calorías. Con el sistema de semáforo, solo el 5% de las personas encuestadas no pudo hallar la respuesta correcta. En general, el 75% de las personas encuestadas calificaron el sistema de etiquetado semáforo como más útil.
- › El estudio¹⁷⁵ comparativo más completo realizado hasta la fecha en la comprensión de las personas consumidoras de los distintos sistemas de etiquetado de los alimentos llegó a conclusiones muy similares. Este estudio fue encargado por la Agencia de Normas Alimentarias (FSA) del Gobierno del Reino Unido, y esto es lo que encontraron los investigadores: la combinación de los tres colores de los semáforos

TABLA 21 Diferencias de interpretación de las etiquetas con etiquetado semáforo y sin él¹⁷⁶

País	Estimación correcta de sal / azúcar /grasa SIN etiquetado	Estimación correcta de sal / azúcar /grasa CON etiquetado
Total	42	90
Brasil	28	84
Canadá	60	96
Países Bajos	43	90
Hungría	33	91
Indonesia	37	77
México	47	83
Eslovenia	35	85
Reino Unido	50	94
Zimbabue	39	94

- › con un texto que indique Alto, Medio, Bajo sobre la cantidad del nutriente son cruciales para que la persona consumidora pueda entender la información nutricional. Según el estudio británico, hay dos sistemas de etiquetado basados en las propiedades nutritivas que son significativamente más fáciles de entender que otros sistemas: o una combinación de texto (alta / media / baja) más los colores del semáforo (rojo / ámbar / verde), o una combinación de texto, colores del semáforo y los valores porcentuales de CDO. El modelo de la industria, que utiliza solamente los valores en porcentaje de ración (sistema CDO), se queda muy por debajo. El estudio de la FSA es especialmente importante por dos motivos, el primero porque es un estudio público oficial, y el segundo porque es el único estudio completo independiente realizado en condiciones de compra reales.
- › La cadena de distribución francesa Intermarché (que también ha adoptado recientemente el etiquetado semáforo, llamado en su caso Nutri-pass) ha realizado diversos estudios de opinión sobre este tema, y ha llegado a la conclusión de que el sistema de colores es el preferido y que es claramente superior en el momento de identificar las características nutricionales respecto a las versiones monocromas. En concreto, 7 de cada 10 personas prefieren la versión en semáforo. Además, curiosamente han llegado

173. www.foodwatch.org/en/what-we-do/news/the-new-british-traffic-light-label-a-case-of-foul-play/

174. Jones, G., Richardson, M. An objective examination of consumer perception of nutrition information based on healthiness ratings and eye movements.

175. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/12/02/eurpub.ckr144>

176. http://www.consumersinternational.org/media/1433958/how-to-guide-food-labeling-quiz_spanish-translation.pdf

a las mismas conclusiones que otros estudios por lo que respecta a poblaciones con menores conocimientos en materia de nutrición.

Estos resultados están también avalados por los distintos barómetros de nutrición y salud que realiza el Gobierno francés.¹⁷⁷

- › Un estudio independiente australiano¹⁷⁸ demuestra que las probabilidades de elegir productos más saludables se incrementan 5 veces con el sistema semáforo y que el consumo de azúcar se reduce un 20%.

Estudios en el Estado español.

- › La cadena de distribución Eroski realizó un estudio sobre el semáforo nutricional entre sus consumidores. El resultado fue que al 90% les pareció un sistema comprensible y útil para realizar compras más saludables, además de que les permitía identificar a primera vista de qué tipo de alimento se trata y conocer rápidamente los nutrientes que aporta.
- › En un estudio¹⁷⁹ que comparó las mismas etiquetas nutricionales con una única diferencia, en un caso seguían un código de colores y en el otro eran monocromas, se concluyó que se reducía la ingesta de azúcares y sal, dos de los nutrientes claves, en un 6,7% y 9,2% respectivamente, entre la opción más saludable y la menos saludable cuando utilizaron el sistema semáforo nutricional respecto al monocromo.

EUFIC y FLABEL: estudios con apellidos

Existen dos estudios que, sorprendentemente, ofrecen resultados parecidos entre los sistemas de etiqueta semáforo y el propuesto por la industria. Los dos fueron financiados por la propia industria alimentaria. A pesar de que estos estudios también basan sus argumentos en la evidencia científica, vale la pena echar un vistazo más de cerca a sus patrocinadores, ya que estos estudios son citados continuamente por los grupos de presión de la industria.

El primero de los estudios fue realizado por EUFIC. Esta organización se describe como sigue: «EUFIC es apoyada por las empresas de las industrias de alimentos y bebidas de Europa y

recibe financiación de proyectos de la Comisión Europea. Se rige por un consejo de administración que se elige de entre las empresas miembros. Los integrantes actuales de EUFIC son: AB azúcar, edulcorantes Ajinomoto Europa, Bunge, Cargill, Cereal Partners, Coca-Cola, Danone, DSM Nutritional Products Europe Ltd., Ferrero, Kraft Foods, Mars, McDonalds, Nestlé, PepsiCo, Pfizer Salud Animal, Südzucker y Unilever».

El segundo estudio fue realizado por FLABE, asociación que también se financia a través de EUFIC, aunque para este estudio incorporó a nuevos socios, como por ejemplo la cadena de distribución Tesco, que ha sido un feroz opositor del etiquetado semáforo en el Reino Unido desde hace muchos años.

› ¿SON LEGALES LOS ETIQUETADOS SEMÁFORO DENTRO DE LA NORMATIVA EUROPEA?

Por si acaso, no está de más preguntarse si es legal o si existe algún tipo de limitación dentro del marco normativo europeo respecto al etiquetado alternativo (sea semáforo o sea el siguiente que analizaremos). La respuesta es que no. Este etiquetado existe en el Reino Unido y también lo aplican algunos supermercados españoles como Eroski o franceses como Intermarché.

A raíz de una recomendación emitida por el Departamento de Salud del Gobierno del Reino Unido el 19 de junio de 2013, las principales empresas de distribución en el Reino Unido adoptaron el etiquetado de productos alimenticios de acuerdo a un sistema de código de colores (rojo, naranja y verde) y tomando como referencia el contenido en grasa, grasa saturada, sal y azúcar. Esta recomendación fue adoptada con carácter voluntario, de conformidad con el artículo 35 (2) del Reglamento (UE) n.º 1169/2011.

El 23 de septiembre de 2013 se realizaron algunas preguntas en ese sentido en el Parlamento Europeo.

1. *¿La Comisión verificó que la mencionada recomendación del Gobierno del Reino Unido estuviera conforme con el artículo 35 del Reglamento (UE) n.º 1169/2011? Es decir, ¿que las etiquetas de los alimentos son objetivas y no discriminatorias, y que su aplicación no crea obstáculos a la libre circulación de mercancías?*
2. *¿No cree la Comisión que es necesario que el Gobierno del Reino Unido notifique a la Comisión la recomendación antes mencionada, de conformidad con la Directiva 98/34/CE?*

Las respuestas fueron las siguientes:

1. Debido a su carácter voluntario, el sistema de etiquetado nutricional basado en el código de color recomendado por

177. Baromètre Santé Nutrition 2008, bajo la dirección de Hélène Escalon, Claire Bossard y François Beck, ed. INPES, 2009.

178. <http://scienceblog.com/20910/consumers-more-likely-to-identify-healthy-food-using-traffic-light-nutrition-labels/>

179. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100024

las autoridades del Reino Unido no crea una barrera de iure al comercio. Que algunas empresas del Reino Unido anunciaran públicamente que utilizarían el esquema, mientras que otras anunciaron que no, demuestra que el sistema no puede ser considerado obligatorio. La Comisión, al no haber recibido los detalles del régimen en cuestión, no puede verificar su conformidad con los demás criterios del artículo 35 (1) del Reglamento (UE) n.º 1169/2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor (1).

2. La Comisión considera que la recomendación de este sistema de etiquetado por las autoridades del Reino Unido no exige la notificación prevista en la Directiva 98/34/CE, ya que, sobre la base de la información disponible, no se considera ni de iure ni de facto obligatorio. La Comisión se mantendrá vigilante de que la medida no cree obstáculos a la libre circulación de mercancías conforme a lo dispuesto por las disposiciones pertinentes del Tratado, en particular los artículos 34 a 36, y en el artículo 35 (1) (g) del Reglamento (UE) n.º 1169/2011.

Pero la batalla continúa. Hace pocos días, el Parlamento Europeo aprobó (escondido dentro de una resolución más amplia) un nuevo golpe sobre el etiquetado semáforo. Parece que incluso la débil normativa sobre etiquetado que tenemos en la UE es demasiado para la industria y están a punto de cargarse un punto central de la reivindicación para un etiquetado más claro y transparente, así como lo poquito que había avanzado la UE en el tema.

Se trata del párrafo 47 del informe que se puede consultar en <http://www.greens-efa.eu/no-refit-on-consumers-right-to-know-15413.html>

En él, el Parlamento, «pide a la Comisión que, en vista de los graves y persistentes problemas derivados de la aplicación del Reglamento (CE) n.º 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, en particular los problemas de distorsión de la competencia, revise el fundamento científico, la utilidad y el realismo de dicho Reglamento y, si procede, elimine el concepto de “perfil nutricional”; considera que los objetivos del Reglamento (CE) n.º 1924/2006, como la veracidad de las declaraciones sobre alimentos y las indicaciones específicas relativas al contenido de grasa, azúcar y sal, han sido alcanzados, entretanto, mediante el Reglamento (UE) n.º 1169/2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor».

Más claro, el agua. El único y débil clavo (repetimos, el único) que se ha salvado de la quema del lobby industrial y que permite sujetar (normativamente) la reivindicación de los perfiles nutricionales está a punto de ser dinamitado.

► ¿Y EL ESTADO ESPAÑOL QUÉ OPINA DEL ETIQUETADO SEMÁFORO?

Pues lo mismo que la industria alimentaria. Que no es una buena idea. Sus argumentos son realmente sorprendentes. En una de sus últimas declaraciones sobre el tema (marzo 2016)¹⁸⁰, la ministra de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, Isabel García Tejerina, muestra su desacuerdo con este tipo de semáforos, que clasifican con un color rojo, amarillo o verde los alimentos, por ser más o menos saludables, en función de su contenido en grasa, azúcar o sal, ya que «ese instrumento puede llevar a la paradoja de que el aceite de oliva, por ejemplo, que es aceite y por lo tanto el contenido de grasas es importante, tenga una etiqueta que no le corresponde, cuando están científicamente probadas sus bondades para la salud». Sin duda, la solución es tan fácil como dejar fuera del etiquetado a ese producto. Todos los países que han implementado sistemas de etiquetados alternativos y coherentes con las políticas de salud, no con los intereses de la industria alimentaria, han tenido en cuenta excepciones que tienen que ver con la cultura gastronómica de cada país o región. O sea, que esgrimir que el aceite de oliva llevará un semáforo rojo y eso no puede ser de ninguna manera, por tanto, el etiquetado no sirve, parece una excusa bastante pobre. Otra excusa de la industria en boca de la ministra algo más elaborada (solamente un poco) es esta: «También puede llevar a un etiquetado erróneo del vino que también contiene azúcares». El etiquetado no sería erróneo, los vinos semidulces y dulces efectivamente llevan azúcar. Aunque si tanto interés hay en defender el consumo de vino, también se puede incorporar el producto a la lista de excepciones. Tercera excusa: «Por este contenido de azúcares puede ser etiquetado como más saludable un refresco, por ejemplo, que un zumo natural». Pues no. Si se siguen las recomendaciones del Reino Unido o de las OMS, no. Los zumos por ley (y ella debería saberlo) no pueden llevar azúcares añadidos, los refrescos sí, y la normativa sobre perfiles nutricionales en que se basa la mayoría de reglamentación de etiquetados alternativos tienen en cuenta los azúcares añadidos, no los naturales, por esa misma razón la fruta (que tiene azúcares naturales) obviamente tampoco sería etiquetada con colores rojos.

180. www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2016-03-14/espana-rechaza-el-semaforo-nutricional-porque-puede-inducir-a-confusion_852601/

■ Sistema Key Hole

Además del etiquetado semáforo que acabamos de analizar, existe también el sistema llamado «ojo de cerradura» o Key Hole, creado por la Agencia Nacional de Alimentos de Suecia y que se ha extendido al resto de la comunidad escandinava de un modo incuestionable.

Se trata de incorporar un logotipo a las opciones más saludables dentro de los distintos tipos de alimentos, por categorías.

Según las Administraciones que han implantado este sistema, «elegir alimentos con el símbolo Key Hole hace que sea más fácil y se necesite menos tiempo para encontrar los productos más saludables. Los alimentos etiquetados con dicho símbolo contienen menos grasas, azúcares y sal y más fibra que los alimentos del mismo tipo que no llevan el símbolo». Así de simple. «Los alimentos que llevan el símbolo Key Hole no son “alimentos dietéticos”, sino que están destinados a todo el mundo que quiera comer siguiendo una dieta saludable».

Como decíamos, el símbolo Key Hole fue creado en Suecia en 1989, pero en la actualidad se ha convertido en una etiqueta común para los productos alimenticios de Dinamarca, Noruega y Suecia. El sistema de etiquetado tiene una regulación común en estos tres países.

Detrás del mensaje de que «este alimento es más saludable que los alimentos de la misma categoría sin el símbolo» existe un complejo proceso de catalogación y sistematización tanto de alimentos como de nutrientes, lo que lo convierte (aunque visualmente pueda parecer lo contrario) en un sistema mucho más sofisticado que el del etiquetado semáforo. Actualmente, el sistema trabaja con un conjunto de criterios para 25 categorías distintas de alimentos.

› ¿QUÉ ALIMENTOS PUEDEN ETIQUETARSE CON EL SÍMBOLO KEY HOLE?

Los alimentos que deseen llevar este logotipo saludable deben cumplir unos requisitos especificados por las autoridades de Dinamarca, Noruega y Suecia en cuanto a la cantidad de su contenido en grasa, azúcares, sal y fibra dietética. Estos criterios se basan en las recomendaciones nutricionales públicas, y estas, a su vez, en la evidencia científica.

La parte más importante del sistema es que los criterios son distintos para cada grupo de alimentos. No son los mismos para las mantequillas, los zumos, los cereales o el pescado, por poner algún ejemplo. La idea subyacente es que cualquiera que elija un producto alimenticio con el símbolo Key Hole sabe que es la opción más saludable respecto a otro producto parecido que no



Imagen del símbolo Key Hole

lo lleva. Por ejemplo, un queso con este símbolo contiene menos grasa y sal que otro queso que no lo lleva. Naturalmente, la presencia del Key Hole no exime de que el alimento vaya acompañado de la información nutricional completa.

Otra peculiaridad interesante es que existen ciertos tipos de alimentos que no pueden llevar este logotipo, como los sándwiches, pizzas y demás alimentos conocidos popularmente como *fast food*, por ejemplo.

› ALIMENTOS CON EL SÍMBOLO KEY HOLE

Antes de seguir, hay que aclarar que este símbolo es una etiqueta voluntaria. A continuación, se muestra una lista de ejemplos de diferentes productos que pueden ser etiquetados con el símbolo Key Hole.¹⁸¹

Productos lácteos

Los productos lácteos con el símbolo Key Hole contienen menos grasa, grasa saturada, sal y azúcares que los productos no etiquetados con dicho símbolo.

Entre los productos lácteos que llevan el símbolo Key Hole podemos encontrar: leche desnatada (máximo 0,7% grasa), yogur natural (grasa máxima 0,7 % y el 9% de azúcares), nata (grasa máxima del 5%, 5% de azúcares y 0,1 g de sodio), queso fresco (máximo del 5% de grasa y 0,35 g/100 g de sodio), otros quesos,

181. Para más información sobre los reglamentos sobre los diferentes alimentos, véase la Directiva 2009:6 LIVSFS.



Imagen de productos Key Hole



Imagen de productos Key Hole

como por ejemplo el queso curado (grasa máxima del 17% y 0,5 g/100 g de sodio).

El yogur aromatizado que contenga edulcorantes, por ejemplo, no puede llevar el Key Hole.

Grasa para untar, margarina y aceites

La grasa para untar (tipo manteca, por ejemplo) puede llevar el símbolo si contiene una cantidad limitada de sal (no más de 0,5 g por cada 100 g de producto) y un máximo del 41% de grasa (y nunca más de 1/3 de grasa saturada).

Los aceites y margarinas aptos para llevar el Key Hole no pueden contener más de un 20% de grasa saturada respecto al contenido total de grasa. Los productos de esta categoría deben contener menos de 0,5 g de sodio por cada 100 g de producto.

La carne y los productos transformados

La carne entera y la carne picada con el distintivo Key Hole contienen menos de un 10% de grasa. Este límite se aplica también a los productos cárnicos elaborados, con o sin salsas, tales como salchichas, albóndigas, hamburguesas, embutidos, paté de hígado o morcillas, entre otros. Estos productos cárnicos procesados no pueden contener más de un 5% de azúcares, y en una próxima revisión de los criterios también está previsto que se fije un nivel máximo de sodio.

Pescados y mariscos

Cualquier tipo de pescado fresco o congelado puede llevar el

símbolo Key Hole, aunque a nadie se le escapa que, aunque naturalmente el pescado es un alimento en principio sano, el hecho de que sea el producto nacional escandinavo puede tener algo que ver con esta decisión tan generosa con este producto.

Los productos elaborados con pescado y marisco no deberán superar el 10% de grasa ni el 5% de azúcares. En una próxima revisión de los criterios también está previsto que se fije un nivel máximo de sodio.

Productos vegetarianos

Algunas alternativas vegetarianas a la leche, como las elaboradas por ejemplo con avena, soja o arroz, no deberán superar el 1,5% de grasa ni el 5% de azúcares. Se permite que un máximo de 1/3 de la grasa pueda ser saturada. Por otro lado, ningún producto podrá llevar edulcorantes.

En el caso de productos parecidos a la carne, el pescado o el marisco que están elaborados con productos vegetales, por ejemplo las hamburguesas de soja, no pueden contener más de un 10% de grasa ni más de un 5% de azúcares.

Pan, cereales para el desayuno

El pan debe contener menos del 7% de grasa y del 5% de azúcares. Tampoco puede contener más de 0,5 g de sodio por cada 100 g de producto.

Los cereales para el desayuno deben contener cierta cantidad de fibra y granos enteros, un máximo de un 13% de azúcares y un 7% de grasa, y una cantidad limitada de sal.

Platos precocinados

Los platos preparados, destinados a constituir una comida completa por sí mismos, deben contener entre 400 y 750 kcal por porción, además de tener limitada a un máximo del 30% la energía obtenida a partir de grasas. La cantidad de azúcares (un máximo de 3 g por cada 100 g de producto) y la sal (un máximo de 0,4 g de sodio por cada 100 g) están también limitadas. Estas comidas deben contener al menos 25 g de hortalizas (excepto patatas), legumbres u otras verduras y/o frutas por cada 100 g de producto.

Las frutas y bayas

Todas las frutas y bayas (ya sean frescas, refrigeradas o congeladas) que no contengan azúcares añadidos pueden llevar el símbolo Key Hole.

La ley de etiquetado fue aprobada por el Parlamento en 2011, pero el reglamento que permite su aplicación fue terminado en 2015 y se estableció que sería aplicado de manera parcelada, para estar completamente vigente en 2019. Bajo una intensísima campaña de lobby y contrainformación por parte de la industria alimentaria, finalmente el Reglamento ha entrado en vigor en junio de 2016¹⁸³. Organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, respaldan esta iniciativa legal y reglamentaria.

■ Chile

Otra opción es la que ha adoptado Chile con su Ley de Rotulado y Publicidad de Alimentos (Ley 20.606). En ella se establece que los alimentos que superen cierta cantidad de azúcares¹⁸², sal y grasas saturadas, deberán llevar en el envase un *disco pare* en negro con letras blancas permitiendo identificarlos. En la señal se lee «Alto en calorías» o «Alto en azúcares» o «Alto en sodio» o «Alto en grasas saturadas», y lo que, seguramente, es más importante, debajo de la advertencia aparece «Ministerio de Salud».

ESQUEMA 07 Etiquetado de advertencia aprobado en Chile



182. En el apartado de publicidad de este informe, se pueden ver las cantidades de las que estamos hablando, y además se puede consultar el Reglamento aquí: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

183. www.mediabanco.com/2016/03/21/girardi-pide-clausurar-empresas-no-cumplan-ley-etiquetado/

03

EL INSOPORTABLE PRECIO DE LA ALIMENTACIÓN SANA

Hay consenso entre la comunidad científica de que las causas de la epidemia de enfermedades asociadas a la mala alimentación que estamos sufriendo hay que buscarlas en dos áreas: en el llamado *entorno alimentario insano* y en el acceso físico a una dieta sana. En la primera área tenemos aspectos tratados hasta ahora como la publicidad, el etiquetado o la educación. En el segundo, nos hallamos ante el precio de la alimentación sana respecto a la insana y la posibilidad real de compra de estos alimentos, ya sea por precio o por presencia de lugares donde estos se ofrecen. En el primer punto nos centramos, pues, en los precios de los alimentos y en el segundo, en la distribución alimentaria y sus distintos canales y formatos. Además de ello, el consenso también abarca otro aspecto clave para este informe: el gradiente social y la desigualdad de género. Ni la publicidad descontrolada de los alimentos insanos (especialmente dirigida al público infantil), ni el etiquetado nutricional deficiente y complejo, ni la falta de políticas educativas reales afectan por igual a las distintas clases sociales ni a mujeres y hombres. Tampoco lo hace el factor precio ni la presencia o ausencia de lugares donde comprar alimentación sana y a precios asequibles en determinados barrios populares, castigando especialmente a las mujeres dentro de ellos.

Este análisis causal (tanto de los factores como de su gradiente social y de género) es trascendental para poder elaborar las propuestas políticas necesarias y efectivas que reviertan los problemas de salud (e inequidad de salud) que hemos visto al principio. Son los clavos sobre los que debemos golpear desde la acción política si queremos una sociedad más sana y con menos diferencias en salud. Sin actuar sobre ellas (sobre todas ellas, de hecho) no hay solución posible.

En este apartado veremos si el precio de la alimentación sana es una barrera para que las clases populares puedan acceder a una dieta sana y, si esto es así, de qué herramientas políticas disponemos para corregir esta situación. También veremos cómo el precio de la alimentación sana puede ser un obstáculo especial (y agregado a los otros que hemos ido viendo) para las mujeres. Ello es, en parte, debido a su menor capacidad adquisitiva respecto a los hombres debido a la desigualdad de salarios y remuneraciones, y en parte a la diferente disponibilidad de tiempos y movilidad que alteran sobre manera las oportunidades reales de adquirir una dieta sana (por precio y por la desigualdad en los usos del tiempo), elementos todos ellos vinculados a la espera reproductiva y de cuidados que recae de manera casi exclusiva en las mujeres (especialmente las de las clases populares), por lo que los dos elementos (clase y género) se potencian y empujan a estas mujeres hacia una significativa menor capacidad de comer sano, aunque quieran y sepan cómo hacerlo.

3.1 ANÁLISIS GLOBAL

La disponibilidad y los costes son bastante más importantes que otros aspectos a la hora de adquirir un alimento u otro, a la hora de conseguir una dieta sana o insana.

Aconsejar a las personas que coman alimentos sanos y nutritivos (que es la base de todas las acciones políticas de las Administraciones estatales y autonómicas) es inútil si las personas no tienen suficientes ingresos para comprar dichos alimentos, o si los alimentos no son fáciles de conseguir.

Antes de pasar a ver los datos para el Estado español, es interesante ver lo que está pasando en el resto del mundo.

Calcular el precio de los alimentos no es un proceso sencillo. Se puede argumentar que las frutas y verduras son relativamente baratas y, si lo calculamos al peso, es cierto: son más baratas que la repostería y los aperitivos salados y quizá aún más baratas que los refrescos. Pero, en base a la energía alimentaria que ofrecen, son muy caras si las comparamos con los alimentos procesados ricos en grasas, aceites y azúcares.

Si asumimos que, por término medio, una persona necesita alrededor de 2.000 kcal al día para satisfacer su apetito, una dieta compuesta por alimentos ricos en grasas y azúcares podría aportar dichas calorías por tan solo entre 2 y 4 € al día; las mismas calorías, si proceden de la fruta fresca, la verdura y las carnes magras, costarían entre 10 y 15 €, o más.¹⁸⁴

Aún con todo, hay diversas investigaciones interesantes sobre el tema.

Existen muchos análisis que han estudiado la evolución de los precios de las materias primas alimentarias y su posición relativa. La pregunta a responder era: ¿los alimentos sanos (con un buen perfil nutricional, los que forman parte de la base dietética considerada sana) han ido encareciéndose a lo largo del tiempo? ¿Y los alimentos insanos, se han ido abaratando? Si esto fuera así, algo habría que hacer con estos precios para asegurar que las clases populares no están siendo expulsadas de la alimentación sana debido a su alto coste. El problema con este tipo de estudios es que son poco realistas respecto a lo que realmente comemos. Como hemos dicho anteriormente, no comemos apenas materias primas alimentarias, sino alimentos procesados. Entonces, la pregunta sería sobre estos últimos y sobre ellos no hay tantos estudios como con las materias primas alimentarias, aunque sí algunos.

En uno de ellos¹⁸⁵ se analizó la evolución de precios relativa entre dos grupos de alimentos: aceites/grasas/azúcares y alimentos

altamente procesados vs frutas y verduras. La hipótesis de partida era que, si se confirma que los precios de aceites, grasas, azúcares y alimentos procesados han ido cayendo con respecto al de las frutas y verduras, esto sería un motivo de preocupación, ya que sería un estímulo económico para que (especialmente las clases populares) seleccionaran alimentos menos saludables en las dietas. Se trata de un estudio que analiza EE. UU., Reino Unido, Brasil, México y República de Corea. El resultado es que los precios de frutas y verduras han aumentado considerablemente desde 1990 (entre un 2% y un 3% al año en promedio, o un 55-91% entre 1990 y 2012), al mismo tiempo, la mayoría de los alimentos procesados estudiados son más baratos ahora que en 1990.

Pero, sin duda, uno de los estudios más completos¹⁸⁶, fue un metaanálisis que sistematizó las investigaciones existentes hasta la fecha con el fin de encontrar si realmente las opciones alimentarias sanas son más caras que las insanas. Su respuesta es, claramente, sí. Dentro de esos estudios analizados también se tienen en cuenta datos del Estado español. Según ellos, la diferencia de precio entre una dieta sana¹⁸⁷ y otra insana fue de 1,4 € por persona y día. O lo que es lo mismo, 3,6 € por familia, 110 € por semana y más de 1.200 € al año. 110 € por semana de gasto extra si una familia quiere una dieta sana (según el estudio, una parecida al patrón mediterráneo) puede no parecer mucho, pero para las clases populares constituye, sin lugar a dudas, un vector de decisión altamente importante que puede hacer que la opción escogida finalmente, cuando la mano se dirige al lineal de compra del supermercado, sea menos sana que si el vector de precio apuntara en la otra dirección, es decir, si las opciones no saludables fueran 110 € más caras. El estudio concluye que, para muchas familias de bajos ingresos, este costo adicional representa un auténtico obstáculo para una alimentación más saludable. Aún con todo, esta diferencia de precio diario es menor, nos dice el estudio, en comparación con los gastos derivados de las enfermedades asociadas a esa mala alimentación. Por ejemplo, una dieta insana es la responsable, en los EE. UU., de un 14% de todos los años de vida ajustados por discapacidad; si se traduce a dinero, esto corresponde a más de 1150 € / año, mientras que el coste extra de una alimentación sana hubiera significado, para esa persona, 550 € al año.

186. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e004277.short>

187. Tomando como dieta sana la ajustada al patrón de dieta mediterránea y la insana la rica en alimentos procesados, carnes y refinados.

184. https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_315_es.pdf

185. www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9580.pdf

3.2 ESTADO ESPAÑOL

■ ¿Comer sano es demasiado caro?

Para empezar a responder a esa pregunta hemos realizado el siguiente cálculo: ¿cuánto cuesta, de promedio, el patrón de dieta comúnmente aceptado como saludable? (la famosa pirámide nutricional). Para ello se han tomado las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)¹⁸⁸ y los precios medios de cada grupo de alimentos del Ministerio de Agricultura.

Los datos arrojan que para consumir los alimentos en las raciones recomendadas se necesitan 1.477 € por persona y año (podemos tomar la cifra redonda 1.500, ya que varía ligeramente de un año a otro). Esa cifra es, simplemente, el presupuesto necesario para seguir las recomendaciones nutricionales en raciones y producto alimentario.

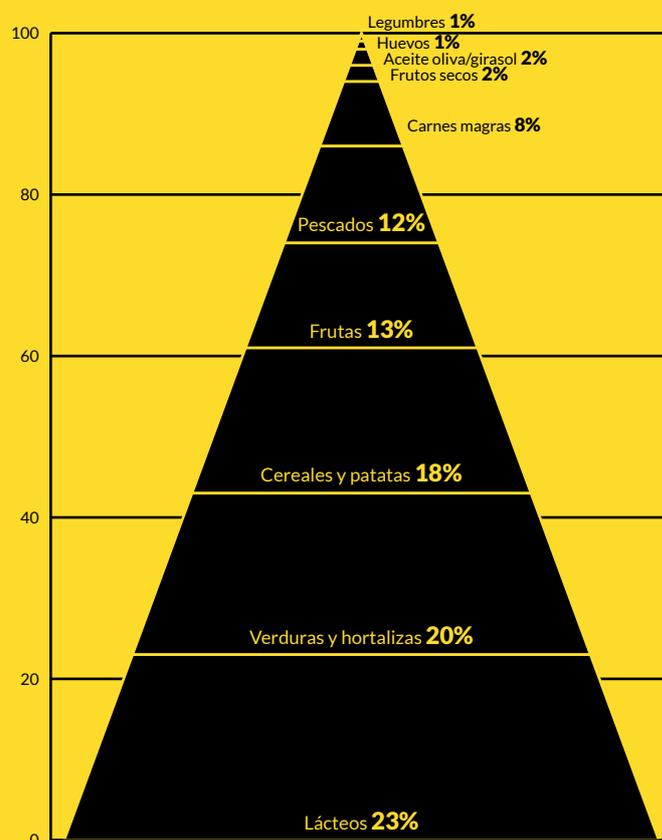
TABLA 22 Recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

CONSUMO OCASIONAL
Grasas (margarina, mantequilla)
Dulces, bollería, caramelos, pasteles
Bebidas refrescantes, helados
Carnes grasas, embutidos
CONSUMO DIARIO
Pescados y mariscos 3-4 raciones semana
Carnes magras 3-4 raciones semana
Huevos 3-4 raciones semana
Legumbres 2-4 raciones semana
Frutos secos 3-7 raciones semana
Leche, yogur, queso 2-4 raciones día
Aceite de oliva 3-6 raciones día
Verduras y hortalizas ≥ 2 raciones día
Frutas ≥ 3 raciones día
Pan, cereales, cereales integrales, arroz, pasta, patatas 4-6 raciones día

Un aspecto interesante, en lo referente al aspecto económico, consiste en ver el desglose de gasto de la pirámide nutricional. Normalmente, esta aparece en forma de cantidad (gramos o raciones por tipo de alimento), no tanto en forma de precio. Si hacemos ese ejercicio (es decir, qué es lo más caro, lo que más gasto genera, si se quieren seguir las recomendaciones), podemos ver que el máximo esfuerzo financiero de la hipotética dieta sana corresponde a los lácteos, las verduras y hortalizas, los cereales y patatas y las frutas y pescados. De manera que las variaciones de precios de estos productos pueden generar desviaciones de la dieta por causas monetarias. Lo veremos más adelante.

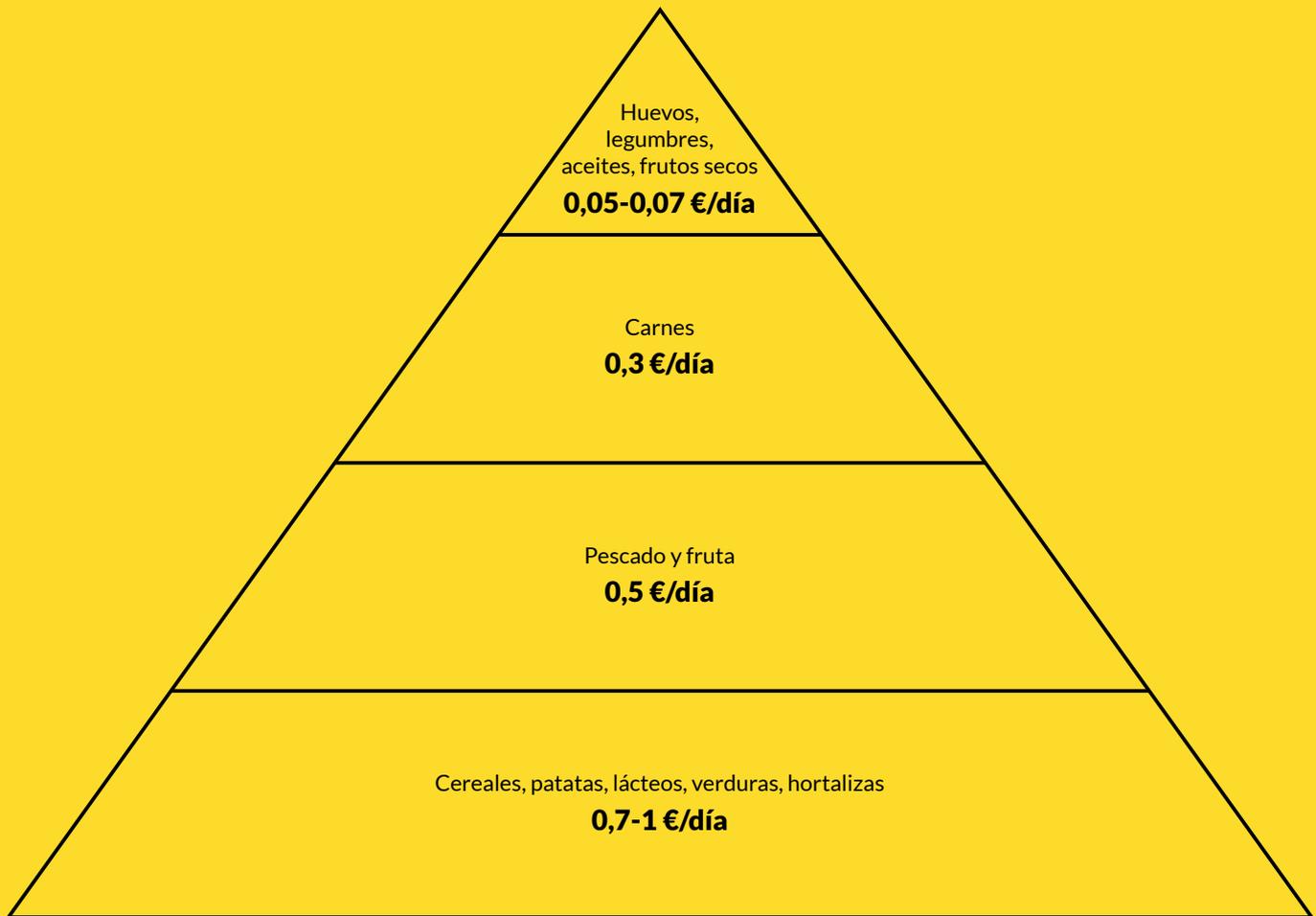
Otra manera gráfica de ver lo mismo, pero por grupos de alimentos, es utilizar la misma pirámide nutricional de la alimentación sana recomendada, pero en formato gasto por alimento.

GRÁFICO 35 % gasto dieta saludable recomendada



188. <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/19>

ESQUEMA 08 La pirámide nutricional monetaria



Una vez tenemos lo que cuesta en euros seguir las recomendaciones nutricionales por tipo de alimentos, la siguiente pregunta es si esa cantidad es mucho o poco, es decir, ¿el precio de la alimentación sana supone una barrera para su consumo?

El gasto promedio de alimentación en el Estado (últimos datos disponibles) es de 1.482 €/persona/año, lo cual es, casi exactamente, el precio de la dieta recomendada. Pero, naturalmente, estamos hablando de medias. Si la media es el precio de la dieta recomendada, significa que hay una fracción importante de la población que está gastando menos en alimentación, es decir, que si quisiera seguir las recomendaciones nutricionales, debería incrementar su gasto alimentario.

Lo siguiente que hemos hecho ha sido descomponer los datos¹⁸⁹ de gasto alimentario en función de distintas variables sociales con el objetivo de identificar los estratos y tipos sociales que

están por debajo de la cifra de gasto alimentario «saludable». Si se identifica, al mismo tiempo, que buena parte de esos grupos sociales no pueden incrementar ese gasto, nos encontraríamos con grupos de población que, aunque quisieran, no podrían consumir una dieta saludable basada en las recomendaciones de la pirámide nutricional y, por tanto, serían grupos de población para los que el precio de la dieta sana sería un limitante y el precio sería uno de los elementos que forman el conjunto de factores que explican las desigualdades en salud y en alimentación que hemos visto en capítulos anteriores. Significaría también que las Administraciones competentes deberían, de alguna manera, intervenir en esos precios o en la capacidad de incrementar el gasto alimentario de ese familiar para que puedan seguir las recomendaciones de salud alimentaria.

189. Todos los datos están tomados del INE y MAGRAMA.

1. ESTRUCTURA DEL CONSUMO SEGÚN EL SEXO DE LAS PERSONAS SUSTENTADORAS PRINCIPALES

Existen diferencias entre el gasto por hogar y por persona destinado a la alimentación en función de si en el hogar la persona sustentadora principal es un hombre o una mujer. En concreto, en la parte que nos interesa, en el caso de que sea una mujer, el gasto en alimentación por persona es superior a si es un hombre (un 6%). No obstante, en los dos casos se supera la cifra de alimentación saludable, es decir, en promedio se está gastando suficiente como para seguir la dieta saludable. Pero hay algún matiz.

Vamos a detenernos un segundo en esta diferencia relativa de gasto alimentario entre hombres y mujeres, dicho de otra manera, por qué las mujeres perciben la alimentación como más importante y están dispuestas (aun teniendo menos dinero como promedio) a dedicarle más presupuesto. La explicación que se ha dado a este fenómeno consiste en las claras diferencias de rol basadas en el género respecto a la esfera de los cuidados y de la alimentación, multiplicando sus efectos en el tema que nos ocupa. La presencia de mujeres en el ámbito del cuidado es un hecho conocido y de fácil constatación, por ejemplo, los cuidados informales son asumidos en porcentajes muy elevados (más del 90%) por mujeres¹⁹⁰. Por cuidados informales se entiende aquellos desarrollados por personas, normalmente pertenecientes al ámbito familiar y/o relacional próximo de quien precisa ser cuidado. Incluye también aquellas tareas que desde un punto de vista socioprofesional se denomina *educación para la salud*, es decir, la transmisión y educación para el desarrollo de unos hábitos de vida orientados al desarrollo sano y saludable de la prole (en referencia a la asimilación de hábitos de descanso, alimentación, aseo).

En referencia explícita al ámbito privado, las mujeres asumen y desarrollan tareas tanto de prevención como de cuidado respecto a la salud familiar.

No se trata de una tarea desarrollada en exclusividad por mujeres, también existen, aunque pocos, hombres cuidadores (o que realizan tareas de cuidado), pero existe una diferente valoración y/o sanción social de estas tareas, cuando son asumidas y realizadas por una mujer o por un hombre. En un caso es normal y se invisibiliza, en el otro es destacado, aplaudido y valorado. Del mismo modo, si por cualquier circunstancia quien asumía tareas de cuidado deja de hacerlo, la respuesta social que desencadena es diferente cuando se trata de un hombre o una mujer. Existe por tanto una presión social para que esto sea así, se mantenga y se reproduzca. Este hecho explicaría la diferencia que observamos en el presupuesto asignado a alimentación (en función de la renta) entre hombres y mujeres. Aunque solamente hemos apuntado algunas ideas de un problema más profundo y complejo.

Uno de los rasgos más destacados en la evolución reciente de la estructura familiar en el Estado español es el progresivo aumento de los hogares sustentados principalmente por mujeres, que ha pasado de representar el 18% en 1998 hasta más de un cuarto en 2010. Más allá de su interés demográfico, este dato tiene un vínculo directo con la evolución de las pautas de consumo, ya que tanto el volumen como la estructura del gasto de los hogares varían. Hemos visto que los hogares sustentados principalmente por mujeres gastan más en alimentación, pero es que tienen un gasto total mucho menor que en el caso de los hogares sustentados principalmente por hombres, en concreto, un 33% menos de gasto.

La explicación de esta diferencia debe buscarse en el hecho de que una importante proporción de mujeres cabeza de familia ha adquirido esta condición al enviudar o tras una ruptura de la pareja y las dos circunstancias se encuentran generalmente asociadas a una pérdida de poder adquisitivo. Debemos recordar que el 90% de los hogares monoparentales y con hijos/as están sustentados por una mujer y son más pobres¹⁹¹, y que las mujeres españolas deben trabajar 84 días más que un hombre para cobrar lo mismo. Comentamos esto porque en el caso de que el hogar sustentado por mujeres esté formado por uno o más hijos, sí que nos encontramos en una zona en la que el coste de la dieta recomendada es limitante. **En concreto, esa familia sustentada principalmente por una mujer debería incrementar en un 12% su gasto en alimentación para seguir las recomendaciones dietéticas con los precios medios del año 2015.**

Recordar también que los hogares monoparentales están formados, en su mayoría (un 85%), por la madre con sus hijos/as. Es decir, no estamos hablando de casos aislados, al contrario.

2. ESTRUCTURA DEL CONSUMO SEGÚN LA EDAD DE LA SUSTENTADORA PRINCIPAL

También existen diferencias en el gasto de alimentación en función de la edad de la persona sustentadora principal y, a su vez, de si es un hombre o una mujer.

Atendiendo a la estructura del gasto, los datos ponen de manifiesto que, dada su menor capacidad de ingresos, los hogares encabezados por personas jóvenes despliegan pautas con una escasa proporción de dinero dedicada a la alimentación (12%), un menor gasto proporcional en vivienda y un abundante empleo de recursos en gastos de transporte, comunicaciones y hostelería. En el otro extremo de la estructura de edades, los hogares

190. <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/vasconia/vas35/35373385.pdf>

191. <http://www.rtve.es/noticias/20130218/mujeres-ganan-225-menos-tienen-trabajar-82-dias-mas-para-cobrar-como-hombre/609079.shtml>

cuyos sustentadores superan los 65 años despliegan pautas de consumo muy diferentes. Así, el 18,2 % se destina a productos de alimentación, aunque ello no sea suficiente en el caso de hogares con mujeres como sustentadoras principales y con alguien a su cargo para conseguir una dieta saludable.

Los grupos que ahora mismo están por debajo del gasto de una dieta saludable recomendada son aquellos hogares y personas por debajo de 30 años, tanto hombres como mujeres, los hogares donde la persona sustentadora principal es una mujer de entre 30-45 años o, como hemos mencionado, de más de 65 años, en el caso de que esa mujer tenga a alguien a su cargo. También están por debajo los hogares donde el sustentador principal es un hombre de entre 30-45 años en el caso de que sea un hogar con pareja y, al menos, un hijo/a.

TABLA 23 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función categorías persona sustentadora principal)

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Incremento de alimentación necesario por persona (en hogares sustentador principal hombre menor de 30 años)	3%
Incremento de alimentación necesario por hogar (en hogares sustentador principal hombre menor de 30 años)	5%
Incremento de alimentación necesario por persona (en hogares sustentador principal hombre de entre 30-45 años)	12%
Incremento de alimentación necesario por persona (en hogares sustentador principal mujer menor de 30 años)	9%
Incremento de alimentación necesario por hogar (en hogares sustentador principal mujer menor de 30 años)	30%
Incremento de alimentación necesario por persona (en hogares sustentador principal mujer de más de 65 años)	28%

3. ESTRUCTURA DEL CONSUMO SEGÚN LA COMPOSICIÓN HOGAR

Si observamos los hogares en función del número de personas que viven en él, vemos que (como era esperable) aquellos en los que habitan 4 o más personas (las familias numerosas, para entendernos, en el formato que sean) son las que deberían incrementar su gasto alimentario para acercarse al perfil recomendado.

Otra forma de ver la composición del hogar nos muestra que los hogares constituidos por una pareja sin hijos (cruzándolo con datos anteriores podríamos añadir que, además, son jóvenes) o por una pareja con dos o más hijos, deberían incrementar su gasto alimentario para acercarse al perfil recomendado.

TABLA 24 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función número integrantes de los hogares)

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Hogares con 4 integrantes	6%
Hogares con 5 integrantes	15%
Hogares con 6 o más integrantes	39%

TABLA 25 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función número hijos/as)

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Hogares integrados por pareja sin hijos	1%
Hogares integrados por pareja con 2 hijos/as	5%
Hogares integrados por pareja con 3 hijos/as	18%

4. ESTRUCTURA DEL CONSUMO SEGÚN NIVEL ESTUDIOS PERSONA SUSTENTADORA PRINCIPAL

Uno de los datos más usados para determinar el tipo de clase social al que pertenece una persona u hogar es el nivel de estudios. Obviamente, no es un dato infalible, ni mucho menos, especialmente en las generaciones más jóvenes donde un alto nivel de estudios cada vez indica menos sobre la posición social de esa persona, pero aún con todo, especialmente en personas de mediana y mayor edad, si parece existir una relación estrecha. Los efectos del nivel educativo de la persona sustentadora principal sobre la estructura de consumo son considerables tal y como podría esperarse de los diferentes niveles de ingreso que, en general, están asociados a cada nivel educativo. Utilizando este dato observamos que las personas sin estudios o aquellas que han completado hasta la educación secundaria deberían incrementar su gasto alimentario para acercarse al perfil recomendado o están justo en el límite de ese gasto, es decir, que un ligero aumento de alguno de los productos hace que ya no se puedan adquirir sin incrementar el gasto.

TABLA 26 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función tipo estudios)

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Sin estudios o con estudios de primer grado	1%
Estudios segundo grado	0,5%

5. ESTRUCTURA SEGÚN NIVEL DE INGRESOS MENSUALES NETOS REGULARES DEL HOGAR Y SEGÚN PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DEL HOGAR

Finalmente, el indicador más usado para determinar la posición social consiste en el nivel de renta. En este caso, hemos utilizado el nivel de ingresos netos del hogar y la fuente principal de esos ingresos.

Los hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.500 € no pueden seguir las recomendaciones nutricionales basadas en la pirámide nutricional sin incrementar su gasto, cosa que, como veremos, no pueden hacer.

TABLA 27 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función nivel de ingresos)

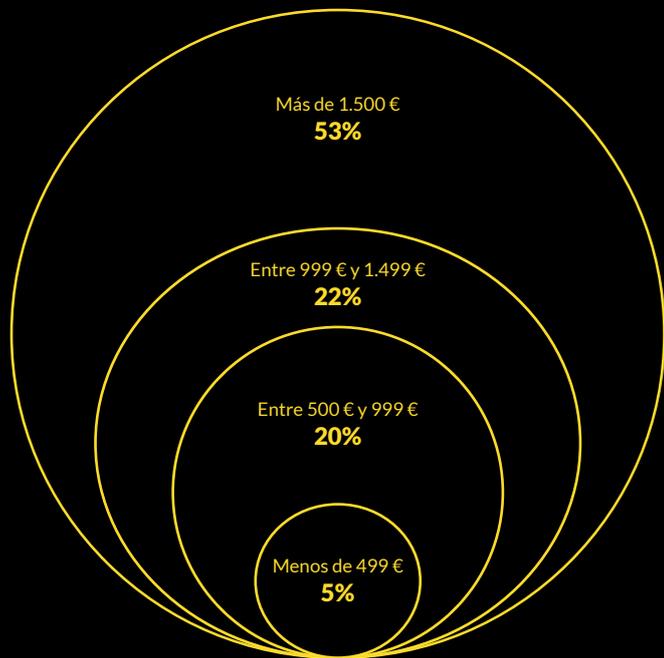
Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 499 €	51%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 500-999 €	36%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.000-1.499 €	7%

¿De cuánta gente estamos hablando? Es decir, ¿cuántos hogares con este tipo de ingresos hay en el Estado español?

Pues el 45% de los hogares están por debajo de esa cifra, dicho de otro modo, casi la mitad de la población estatal, aunque quisiera, no puede seguir las recomendaciones nutricionales sin incrementar su gasto en alimentación, cosa que (por otra parte) no pueden hacer. El precio de la alimentación saludable es, por tanto, un claro limitante para las clases populares.

A la misma conclusión llegamos si filtramos los datos en función de la principal fuente de esos ingresos, básicamente porque los hogares con menos ingresos corresponden a aquellos donde la fuente principal de ingresos son las prestaciones por desempleo y demás subsidios sociales. A ello hay que sumar el grupo de personas con ingresos de trabajo por cuenta ajena.

ESQUEMA 09 % de hogares en función de ingresos netos mensuales



ESQUEMA 10 % de hogares en función de tipo de ingreso principal

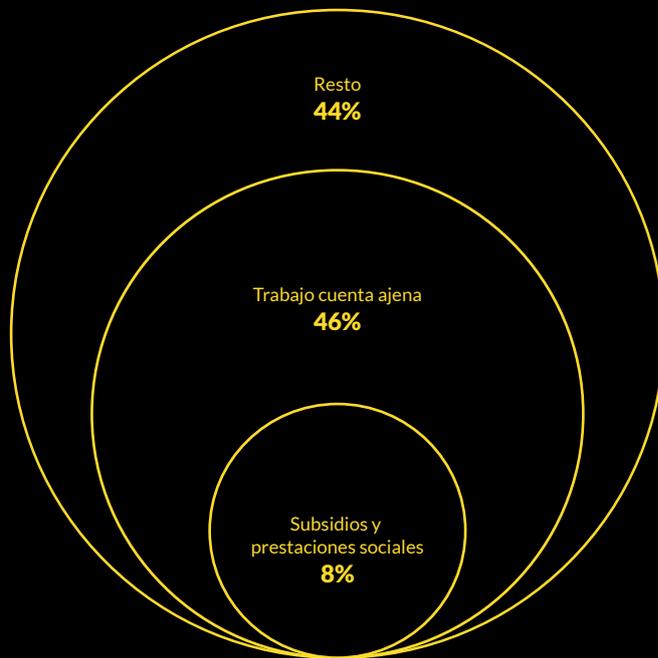


TABLA 28 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional (en función nivel ingresos)

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación
Hogares con ingresos principales procedentes de subsidios y prestaciones por desempleo y otros subsidios y prestaciones sociales regulares	70%
Hogares con ingresos principales procedentes de trabajo por cuenta ajena	33%

TABLA 29 Calidad de vida de los hogares

Indicador calidad vida hogares	% hogares
Tiene mucha dificultad para llegar a final de mes	13,5%
No tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos	41,4%

En los dos casos, se sitúan en un gasto claramente inferior al que deberían tener si quieren seguir las recomendaciones.

Como vemos, en el primer caso casi debería doblar lo que ahora mismo están destinando a comprar alimentos. Al igual que en el caso anterior, ¿de qué cantidad de personas estamos hablando? ¿Cuánta población representa estas dos categorías? Pues el 56%.

Hasta aquí hemos visto que las clases populares no pueden consumir según las recomendaciones dietéticas a menos que incrementen (en algunos casos de manera muy significativa) su gasto en la compra de alimentos. Pero ¿eso es posible?

Pues parece difícil. Los datos¹⁹² nos dicen que esas mismas clases populares llegan a fin de mes con mucha dificultad o no tienen capacidad de afrontar gastos extras, como sería el caso.

192. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4639712>

■ **La dificultad de la dificultad, mujeres y clases populares**

Si la conclusión que hemos enunciado en el párrafo anterior es válida en general y para los hombres, en el caso de las mujeres las cifras empeoran debido, en buena medida, a la llamada *brecha salarial* entre unos y otras. En el Estado español el salario medio bruto de las mujeres es un 73% del de los hombres¹⁹³, un porcentaje que baja hasta poco más del 60% en trabajos menos cualificados (es decir, a los que optan, en general, las mujeres de clases populares). Es decir, cuanto menos cualificado es el trabajo, menos cobran las mujeres respecto a los hombres. Tampoco conviene olvidar el llamado *techo de cristal salarial*, es decir, que las diferencias salariales se reducen a medida que el estatus laboral sube hasta un tope. A partir de ahí, el sueldo de las mujeres se estanca y el de los hombres sigue subiendo. En definitiva, las mujeres tienen, por el simple hecho de serlas, menos capacidad adquisitiva y aunque, como hemos visto en apartados anteriores, dedican mayor porcentaje de ese menor sueldo a la alimentación, la barrera del precio de la alimentación saludable es más alta para ellas que para ellos, especialmente, en las clases populares.

Pero no solamente se trata de un tema de salarios, también de tener o no trabajo y, en caso de obtenerlo, del tipo de contratos laborales y su temporalidad. En el primer punto hay un sesgo de género claro en las mujeres con estudios primarios o secundarios, pero no superiores. Así, por ejemplo, si comparamos el Estado español con Suecia (comparativa muy usada en estos temas, cierto, pero igualmente válida), en el segmento de mujeres con educación universitaria entre los 25 y 65 años, el 80% o está trabajando o está buscando trabajo en el Estado español; en Suecia, un 85%, más o menos igual. Sin embargo, si miramos a las mujeres con estudios inferiores a los superiores, encontramos 20 puntos de diferencia (50% en el Estado español y 70% en Suecia). O por ejemplo, la **dificultad de las mujeres para encontrar trabajo** es muy alta en el Estado español. **La tasa de paro femenina** es del 25,4%, lo que nos convierte en las segundas con el dato más alto, solo superadas por Grecia. Además, la tasa estatal española supera dos veces y media a la de Europa. En 2015, 5.568.100 hombres tenían un **contrato indefinido**, por 5.188.975 mujeres. Además, 398.750 hombres tenían un contrato temporal, mientras que el mismo modelo empleaba a 406.725 mujeres. Es decir, hay 379.125 hombres más que mujeres con empleo indefinido. **El trabajo temporal no es una elección para la mayoría de las mujeres**, sino la única posibilidad. Un 60% de las mujeres que trabajan a tiempo parcial, lo que supone 1.212.025 trabajadoras, dicen no haber podido encontrar un trabajo a tiempo completo. Esa queja la tiene el 70% de los hombres que trabajan a tiempo parcial, pero, al ser un total menor, quienes querrían tener un trabajo a jornada completa son 541.375 hombres. El 51,28% de las **pensiones** del país corresponden a mujeres, pero de estas

solo un 36,91% son pensiones por jubilación. Además, las pensiones más bajas son en su mayoría para las mujeres y, cuanto más alta es la cuantía, el porcentaje de mujeres que acceden a ellas es menor. Por ejemplo, cuando hablamos de pensiones que van desde los 350 a los 400 euros, sus destinatarios son mujeres en el 81,04%. Pero, si vamos al tramo mayor, a partir de 2.567,49 euros, encontramos que solo el 18,8% son mujeres. Solo el 17,71% de las paradas demandantes de empleo, perciben una prestación por desempleo contributivo, frente al 22,74% de los hombres¹⁹⁴.

Es decir, la absoluta desigualdad entre hombres y mujeres en el mercado laboral y de las prestaciones como las pensiones o el desempleo, impactan de manera negativa en la capacidad de las mujeres (y de los hogares en las que ellas ejercen mayoritariamente la función de alimentarse y alimentar) para, por precio y tiempo, obtener una dieta saludable.

■ **Barrio rico, barrio pobre**

También podemos observar el efecto del gradiente social en la posibilidad o imposibilidad de seguir las recomendaciones de dieta saludable entre barrios dentro de una ciudad o entre distintas ciudades con diferencias de renta significativas. Pongamos dos ejemplos:

Pozuelo de Alarcón (Madrid) es la ciudad con más renta neta por hogar del Estado, más de 70.000 €. Utilizando los ratios de consumo alimentario en función de la renta que aporta el INE, obtenemos que, de media, cada hogar destina 6.700 € en comprar alimentos al año y ello es el doble de lo que es necesario para seguir la «dieta piramidal». Ningún problema en Pozuelo. Vayamos ahora a Parla, ciudad del cinturón sur de Madrid, a pocos kilómetros de Pozuelo, pero con un tercio de su renta (24.000 €). En este caso (y también utilizando los ratios de gasto alimentario en función de la renta) el gasto medio en alimentación por hogar en Parla está un 5% por debajo de lo necesario para seguir una dieta saludable. Si hacemos el mismo ejercicio en la otra gran aglomeración urbana del Estado (Barcelona), y comparamos la ciudad con más renta (Sant Cugat del Vallés, con casi 53.000 € de renta media por hogar) con una de las más bajas (Santa Coloma de Gramanet, con poco más de 24.000 €), vemos que mientras en Sant Cugat, de media, los hogares compran alimentos por valor de 6.300 € (un 42% más de lo que cuesta, de mínimo, la dieta saludable), en Santa Coloma lo hacen por valor de 3.500 €, un 2% menos de lo necesario para seguir esa misma dieta. Obviamente son aproximaciones, no son datos exactos del consumo alimentario de esas ciudades, pero sí que permiten hacer una fotografía aproximada de la situación.

193. www.ine.es

194. <http://www.elplural.com/2016/03/07/los-14-gr%C3%A1ficos-que-demuestran-la-desigualdad-laboral-entre-hombres-y-mujeres>

■ Alimentación Premium ¿Ecológico? ¿Alimentación de proximidad?

Todos estos datos hacen referencia, exclusivamente, a la dieta saludable basada en las recomendaciones de cantidades y tipo de alimento no procesado (legumbres, frutas, verduras, carne, lácteos, etc.). La idea es ver cómo las clases populares (y dentro de esa categoría hemos visto distintos tipos de grupos sociales, especialmente las mujeres como grupo especialmente vulnerable), no pueden seguir esas recomendaciones sin incrementar su gasto alimentario, cosa que, para la mayoría de ellas, no es posible. Es decir, el precio es un *driver* o limitante claro para seguir una dieta saludable. Ahora bien, los precios utilizados serían muy distintos si, además, queremos potenciar la agricultura y alimentación de proximidad o la ecológica. Podemos hacer el mismo ejercicio anterior usando los precios de los mismos alimentos, pero adquiridos no en los supermercados (en su mayoría) y en una parte en tiendas convencionales, sino en los formatos que más posibilidades tienen de ofertar alimentos basados en sistemas alimentarios de proximidad, esto es: venta directa y mercados municipales. De media, los alimentos comprados directamente a la producción son un 25% más caros que en el supermercado. De media, los alimentos comprados en los mercados municipales son un 35% más caros que en el supermercado¹⁹⁵. Por tanto, en la situación actual,

TABLA 30 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional en ecológico

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación si fuera ecológica
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 499 €	68%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 500-999 €	37%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.000-1.499 €	32%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.500-1.999 €	25%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 2.000-2.499 €	23%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 2.500-2.999 €	22%

195. Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Agricultura.

si queremos que las clases populares tengan una dieta saludable y, además, basada en la alimentación de proximidad, tenemos un problema considerable con el precio. Este tipo de alimentación es absolutamente prohibitiva para ellas.

Ocurre exactamente lo mismo con los alimentos ecológicos. De promedio, en el Estado, la alimentación ecológica es un 35% más cara que la convencional¹⁹⁶ (aunque varía de producto a producto; por ejemplo, las verduras son más asequibles que los quesos o las carnes. Podemos tomar ese dato como válido, ya que la dieta se compone de esa variedad de precios y alimentos). Si calculamos el gasto alimentario de la pirámide nutricional ecológica, con los precios medios en el Estado, vemos que las «clases populares» que no pueden permitírsela en realidad representarían el 85% de la población, aquella con ingresos netos mensuales iguales o inferiores a 3.000 €. De entre ellas, alguna (las que más ingresan) podría incrementar algo su gasto para comprar parte de los alimentos en ecológico, pero no el resto. Podemos decirlo a la inversa: solamente un 15% de la población en el Estado podría permitirse seguir una dieta saludable con productos ecológicos.

La renta neta mensual no es la misma en función del sexo de la persona sustentadora principal y en función de la edad de la misma. Con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) tenemos que, de media, **la diferencia entre la renta neta media por**

TABLA 31 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional de alimentos locales

Incremento medio del precio en los alimentos ecológicos respecto a sus homólogos convencionales	
Yogures	92%
Huevos	78%
Pastas alimenticias	68%
Caldos	55%
Aceite de oliva	43%
Mantequilla	42%
Pan	36%
Postres lácteos	36%
Leche	32%
Mermeladas	30%
Quesos	26%
Conservas vegetales	24%
Verduras y hortalizas	12%

196. Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Agricultura.

hogar entre aquellos donde la persona de referencia es mujer respecto a si es hombre es de un 20% (menor en la mujer, obviamente). Diferencia que se eleva hasta el 39% en el caso de hogares donde la persona de referencia tiene 65 años o más y es mujer, respecto a si es hombre.

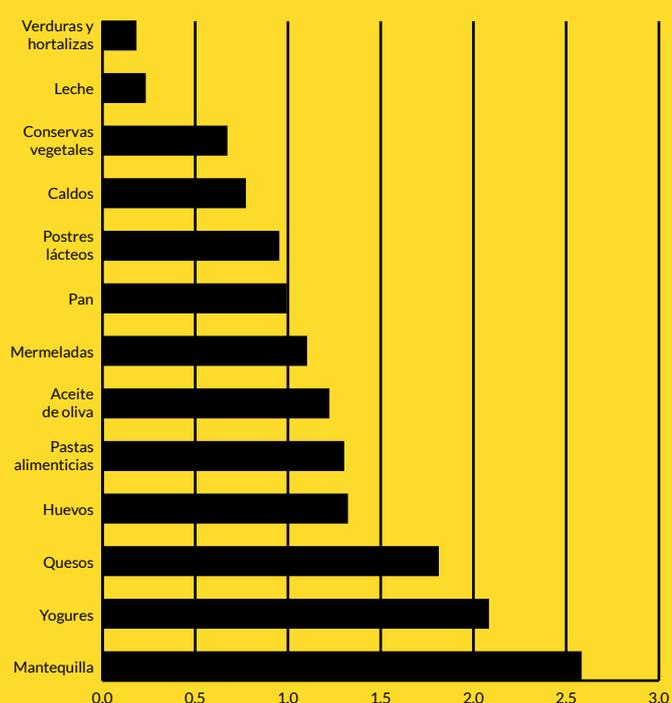
Los alimentos ecológicos son más caros y no todo el mundo (y con desigual acceso entre hombres y mujeres) puede permitírselos, esa es una evidencia si observamos los datos.

Además del tanto por ciento de incremento, podemos ver el incremento real en euros (por kilo, litro o docena en función del producto) que representa, en promedio, comprar un alimento ecológico respecto a uno convencional.

Es cierto que los alimentos ecológicos son más caros, pero hay tres consideraciones importantes a tener en cuenta.

La primera es ver hasta qué punto estos alimentos son caros porque deben serlo o porque la industria alimentaria aprovecha el *target* actual de la alimentación ecológica para meterles un sobreprecio. ¿Quién se queda ese sobreprecio? ¿El sector productivo o los actores que existen entre esa producción y el consumo? El sector de la alimentación ecológica no escapa a la lógica imperante de la convencional.

GRÁFICO 36 Diferencia en euros entre ecológico y convencional (kg/l/docena)



■ ¿Quién determina el precio de los alimentos?

Hace unos meses, Danone lanzó su línea de yogures ecológicos bajo el nombre «Las dos vacas» en medio de una intensa campaña publicitaria (aunque tienes que tener muy buena vista para detectar el logo de Danone en ella). En ella se dice que «Desgraciadamente, desarrollar productos ecológicos es más caro. Esto se debe a que los ingredientes ecológicos pueden costar hasta un 200% más». Por ingredientes, imaginamos, se debe referir a la leche (un yogur es leche y fermentos). Ese yogur en concreto nos cuesta el doble (0,5 €) que el convencional de Danone (0,25€), pero ¿cuánto se paga de más a una ganadería de leche ecológica respecto a la convencional? Unos 10-15 céntimos por litro. Esto quiere decir que cada yogur se puede encarecer 0,0125 € por el hecho de ser eco. Si se ha encarecido 0,25€, ¿dónde están los 0,2375€ restantes? Es decir, el 91% de lo que pagamos de más. Pues entre la persona que ordeña la vaca eco y yo que me he comido ese yogur. Y en ese tramo solo hay dos cosas: Danone y el supermercado donde lo he comprado. Ahí está el negocio, no solo de los yogures supuestamente ecológicos¹⁹⁷, sino de la alimentación, en general.

La industria alimentaria y la gran distribución son, literalmente, el negocio alimentario. Pero hay más y peor: son estos dos actores los que ostentan el poder de determinar qué se produce, dónde, cómo y a qué precio, y también, qué se come, dónde, cómo y a qué precio. El binomio gran industria alimentaria y gran distribución tiene el monopolio de la alimentación (y si no que se lo digan a la empresa matriz de las dos felices vacas normandas).

Remitimos a un artículo publicado por VSF que se puede encontrar en el siguiente enlace y que intenta responder la pregunta inicial: <http://vsf.org.es/actualidad/dos-menos-uno-dos-quien-decide-el-precio-de-los-alimentos>

La idea central de estas páginas es la siguiente: **¿existe alguna relación entre el precio que pagamos por un alimento y lo que recibe la persona que lo ha producido en el campo?** La respuesta es: entre muy poca o nula. Y no es una opinión, es lo que dicen los datos y su análisis. Y lo que es válido para la alimentación convencional, se aumenta para la ecológica normativa.

La segunda pregunta es:

¿Cómo se podría reducir lo que pagamos actualmente por los alimentos ecológicos?

Hay diversas maneras de conseguirlo, pero aquí destacaremos una que está contrastada, consensuada y debería ser uno de los

197. Los yogures eco de Danone que se venden en el Estado español se fabrican en Normandía, a más de 2.000 km de Madrid, por ejemplo.

primeros puntos a considerar por parte de las Administraciones que quieran popularizar la alimentación ecológica y abandonar su elitismo actual. Nos estamos refiriendo al tema de la logística y la distribución organizada y centralizada a pequeña y media escala. Según el MAGRAMA¹⁹⁸, si se mejorara la logística entre la producción y el consumo, el precio de los productos ecológicos se reduciría entre un 30 y un 50%.

Y la tercera:

Todo lo analizado aquí es realmente eco desde un punto de vista normativo, sí, pero ¿lo es desde un punto de vista real, ideológico y holístico?

Quien defiende la alimentación ecológica (no solamente la producción, sino toda la cadena) desde un punto de vista ideológico y global no puede sentirse a gusto con muchos (la mayoría) de los alimentos etiquetados como tal que se encuentran en la mayor parte de supermercados y demás canales de distribución masivos. La agricultura orgánica que cumple con los reglamentos europeos es un paso en la buena dirección respecto a la convencional, desde este punto de vista, pero no siempre respeta los principios de la agroecología y no hay que confundirlas. Que el 80% de la producción ecológica española sea de exportación y viajes miles de kilómetros hasta llenar los lineales del centro de Europa no tiene sentido ecológico. Tampoco el hecho de que para obtener piensos ecológicos se usen soja o maíz (ecológico a nivel normativa, eso sí) que viene directamente de Argentina o Brasil o Estados Unidos. Tampoco encaja en la idea de cambio de paradigma alimentario que promueve la agroecología que las producciones ecológicas sean realizadas por grandes corporaciones agroalimentarias, en grandes explotaciones agrarias, que solamente buscan ocupar un nicho de mercado creciente. La agroecología busca dinamitar el actual sistema alimentario capitalista y empujar en favor del paradigma de la soberanía alimentaria donde cambian no solamente los métodos de producción agroganaderos, sino sino toda la cadena y las relaciones existentes entre los distintos actores que la forman, dando mayor protagonismo decisor a la agricultura familiar y al consumo. En realidad, se trata de un proceso de democratización (reapropiación) de la alimentación por parte de la ciudadanía y no toda la producción ecológica normativa encaja en este marco de acción.

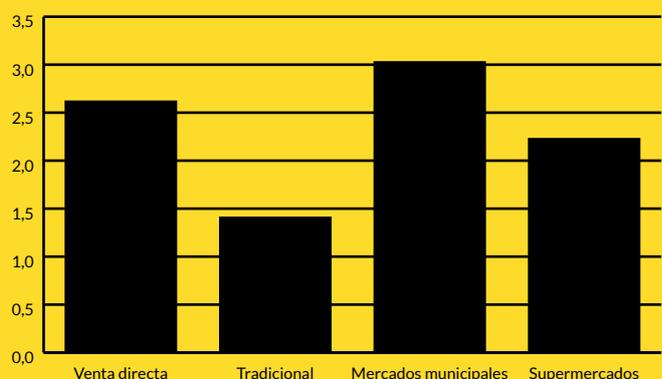
■ **La proximidad es cara, sí.**

De la misma manera que el precio de los alimentos varía considerablemente en función de si tienen el sello ecológico o no, también varía igual de significativamente en función del lugar de compra: supermercados, tiendas tradicionales, mercados municipales o directamente a la producción. Si defendemos (y la defendemos) una alimentación basada en los circuitos cortos alimentarios, con alimentos procedentes de sistemas de producción agroecológicos, tenemos un problema. Y el problema se llama acceso a este tipo de alimentación por parte de las clases populares porque, según los datos, y más allá de consideraciones sobre lo que debería costar un alimento u otro, o si el precio es justo o no, en definitiva, más allá de las disquisiciones teóricas, la realidad es que el sistema alimentario alternativo basado en sistemas alimentarios locales es, hoy en día, accesible solamente a una pequeña parte de la población y el precio es uno de los factores claramente limitante.

Si analizamos producto a producto, vemos que en algunos casos no hay diferencias significativas, pero en otros sí.

Curiosamente, patatas, frutas y hortalizas frescas son más caras en los supermercados y altamente competitivas en precio en el resto de formatos; en el caso de la fruta fresca, es la compra directa el formato más económico. El problema para las clases populares no estaría, por tanto, en este tipo de alimentos, sino en el resto (lácteos, carnes, legumbres) que constituyen (como hemos visto) una parte importante del gasto alimentario saludable.

GRÁFICO 37 Precio medio alimentación (€/kg) en función del formato de compra



198. www.magrama.gob.es/es/alimentacion/publicaciones/INFORME_Caracterizaci%C3%B3n_de_canales_especialistas_de_venta_de_producto_ecol%C3%B3gico_tcm7-202140.pdf

TABLA 32 Precios medios de grupos de alimentos en función del lugar de compra

	Compra directa al productor	Supermercado + autoservicio	Tienda tradicional	Mercados y plazas
Huevos	2,85	2,05	2,22	2,74
Leche líquida	0,9	0,73	0,89	0,92
Carne certificada	9,24	9,53	9,43	10,77
Carne fresca	7,1	5,41	5,89	6,85
Carne de vacuno	9,6	8,81	8,41	10,16
Carne de pollo	4,88	3,95	4,08	4,42
Carne de cerdo	6,53	5,55	6,35	6,57
Derivados lácteos	9,17	3,42	6,42	9,45
Yogur	3,39	1,83	2,6	2,35
Yogur natural	5,15	1,41	3,43	1,86
Queso	9,41	7,35	9,48	10,28
Queso fresco	7,43	4,98	7,9	8,54
Arroz	2,01	1,44	1,53	1,85
Legumbres	2,85	1,52	2,91	3,59
Patatas	0,68	0,85	0,6	0,66
Hortalizas frescas	1,54	1,76	1,43	1,51
Frutas frescas	1,04	1,37	1,28	1,33
Frutas y hortalizas transform.	3,09	2,07	2,78	3,69

■ El problema de la libre elección cuando no es libre

La principal política gubernamental para promover una dieta sana se ha basado en las campañas educativas. Esta estrategia sitúa al individuo (a la persona consumidora) como el centro absoluto de la toma de decisiones, suponiéndole un mejor grado de información gracias a las susodichas campañas. Una vez informada, la persona tomará decisiones de compra alimentaria más saludables. Es el enfoque liberal, de mercado libre, no intervencionista o, lo que es lo mismo, intervenido solamente por la industria. Hemos reiterado que el problema de la mala alimentación es estructural, es un hecho demostrado, y que ni el etiquetado ni el impacto de la publicidad permiten a esa supuesta persona informada consumir una dieta sana, aunque la conozca al dedillo. En este apartado hemos intentado demostrar que, además de los aspectos de ambiente alimentario insano descrito, nos encontra-

mos con el limitante del precio para la mayor parte de las clases populares de este país. La libre elección no existe.

Diversos estudios apuntan¹⁹⁹ a que esta situación conduciría a la frustración de los grupos más desfavorecidos, que no verían viable adoptar patrones de alimentación saludable promovidos desde salud pública para, finalmente, adherirse a otros patrones más accesibles y asequibles, que determinarían su salud. De entre estos grupos más desfavorecidos, de nuevo, las mujeres ocupan un lugar preponderante, dado que se les otorga el rol de cuidados, donde la alimentación ocupa un lugar destacado, rol que una vez asumido, genera un sentimiento de frustración aún mayor en ellas (y en la sociedad que las mira), si por las razones que hemos ido viendo no puede satisfacerlo adecuadamente.

199. <http://www.ukhealthforum.org.uk/prevention/pie/?entryid43=41560&cid=547076&p=113>

3.3 OPCIONES PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS ALIMENTOS SALUDABLES A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS PRECIOS

Visto lo visto, resulta tentador proponer que las Administraciones competentes utilicen una política de ajuste de precios con el fin de incentivar una mejor opción alimentaria. ¿Cómo debería un Gobierno ajustar los precios relativos? Se han realizado varias propuestas y algunas ya se han puesto en práctica. Analizaremos aquí algunas de ellas. Ante de ello, conviene recordar una cosa, para las personas susceptibles al tema (a veces tabú) de la intervención pública sobre el precio de las cosas, aunque sean elementos constitutivos de un derecho básico como es la alimentación. La manipulación gubernamental de los precios ha sido rutinaria desde hace décadas y está basada en la indiscutible evidencia de que los hábitos de compra pueden verse influidos por cambios importantes en los precios de los alimentos. Baste con recordar el precio del tabaco o los combustibles, por ejemplo. En el caso alimentario, las ayudas públicas a determinados cultivos o formas de producción, transformación o comercialización también son una manera clara de actuar sobre los precios y la producción y el consumo, conduciendo el mercado hacia áreas que a la Administración le pueda interesar. Lamentablemente, la inmensa mayoría de estas ayudas (directas o indirectas) no van en el sentido de promocionar los sistemas alimentarios locales y las producciones agroecológicas, sino todo lo contrario, pero este sería otro tema.

La justificación primaria para intervenir públicamente en los precios de los alimentos se basa en dos elementos:

- › Una manera de modificar el consumo consiste en desincentivar el consumo de los alimentos insanos encareciéndolos, e incentivar el de los sanos abaratándolos.
- › Las clases populares tienen dificultades económicas dado el alto precio relativo (relativo a sus ingresos, se entiende) de la dieta saludable. En aras de reducir la desigualdad en materia de salud y de los riesgos sanitarios (como lo es la dieta insana), se interviene abaratando los alimentos básicos, haciéndolos más accesibles.

› EN RESUMEN

Podemos incrementar el precio de algunos alimentos (los insanos) y/o abaratar otros (los sanos). Sin embargo, buena parte de la discusión académica (y las medidas políticas implementadas por algunas Administraciones) se ha centrado en el incremento de los precios a través de diferentes tipos de tasas, no tanto en

la reducción. En las líneas que siguen pasará lo mismo (más extensión dedicada a las tasas que a la reducción de precios), pero los dos elementos son igualmente interesantes (especialmente cuando se combinan).

Para quien necesite datos académicos, aquí exponemos algunos:

El Centro Común de Investigación (Joint Research Center, JRC por sus siglas en inglés) de la Comisión Europea, en su estudio predictivo sobre *La sociedad saludable del mañana: prioridades en la investigación sobre alimentos y dieta*, recoge en su fundamento cómo el acceso a los alimentos saludables no solo depende de su disponibilidad física en el lugar de compra o consumo, sino también de lo asequible que sean en términos de precios. Esta situación hace que se creen verdaderos desiertos alimentarios en zonas donde el poder adquisitivo es bajo o muy bajo, tanto en el tipo y presencia de establecimientos como en la densidad energética o nutricional de los alimentos disponibles, inclinando las decisiones de compra hacia opciones más económicas y de menor calidad nutricional. El resultado final de todo ello es, como hemos visto en apartados anteriores, el gradiente social y de género de las enfermedades asociadas a la alimentación insana y la diferencia sustancial de prevalencia de las mismas en función del barrio de residencia y del género asignado.

Diversos estudios²⁰⁰ han mostrado que la disminución de los precios en ciertos alimentos tiene un efecto directo sobre su adquisición, especialmente en los grupos de población de menos ingresos. Por ejemplo, en Estado Unidos se estima que una reducción del 1% en el precio de frutas y hortalizas podría incrementar su consumo en 1/2 ración diaria evitando en la población estadounidense hasta 7.000 casos de enfermedad coronaria y 3.000 ictus, con un ahorro sanitario de cerca de 1.000 millones de euros. También existen evidencias robustas que relacionan el aumento de la incidencia del sobrepeso y obesidad con el precio relativo entre alimentos de alta densidad energética y otros de perfiles menos saludables; acciones fiscales sobre el precio de alimentos como el gravamen y/o los subsidios podrían disminuir un 2% y el 1% el sobrepeso y la obesidad, respectivamente. En los EE. UU. (uno de los países que más literatura científica ha elaborado de este tema) se ha llegado a la conclusión de que el fácil acceso y los precios asequibles de alimentos insanos en combinación con una menor disponibilidad y precios más altos en frutas y verduras, pescados y carnes bajas en grasa, podrían haber sido factores determinantes en la alarmante prevalencia de obesidad que sufre el país, especialmente en los grupos de menos ingresos.

200. <https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc-study-tomorrow-healthy-society.pdf>

En uno de los mayores metaanálisis realizados hasta la fecha sobre el tema²⁰¹, auspiciado por la OMS, se concluye que:

- › Efectos sobre el consumo: los estudios revisados sobre el efecto de las medidas fiscales sobre consumo de alimentos encontraron, en todos los casos, que el consumo se modificó en la dirección esperada. Por ejemplo, en un estudio irlandés²⁰², se observó que una reducción del 20% en un impuesto sobre los refrescos significó un incremento del 6,8% en el consumo promedio. Y, cuando la reducción fiscal terminó, el consumo volvió a aumentar en un 15%. También se ha encontrado que los grupos de personas consumidoras más jóvenes y los grupos de menores ingresos fueron los que cambiaron su consumo de manera más significativa en respuesta a los impuestos.
- › Efectos sobre la salud: diversos estudios han analizado el efecto de las políticas fiscales alimentarias sobre las enfermedades cardiovasculares. Así se puede ver cómo, en el Reino Unido, al incrementar el IVA al 17,5% para los productos alimenticios que son las principales fuentes de grasa saturada se obtiene una reducción de consumo suficiente para reducir las muertes por enfermedad isquémica del corazón entre un 1,8%-2,6% o 1.800-2.500 muertes al año en el país.

Otro estudio consideró un impuesto similar sobre el IVA pero que afectara a toda la dieta, extendiendo el IVA a los productos no saludables, identificados a partir de los perfiles nutricionales aprobados en ese país. Se obtuvo una reducción esperada de las muertes por enfermedades cardiovasculares en torno al 1,2% anual. Un estudio similar predijo que la estrategia más efectiva sería la tributación de los alimentos menos saludables, acompañados de bonificaciones de frutas y hortalizas.

Así, diversos análisis modelan una subvención de frutas y verduras que daría lugar a una reducción de sus precios y que impediría (en este caso en los EE. UU.) 6.733 casos de enfermedad coronaria y 2.946 casos de accidente cerebrovascular isquémico.

Y así podríamos seguir páginas y páginas, enumerando estudios que avalan la tesis de que intervenir en los precios de los alimentos es una estrategia útil para mejorar la salud de la población, además del efecto en el precio en sí, también por el demostrado efecto educacional sobre la población.

Además de todo esto, el Plan Europeo de la Alimentación y Nutrición de Acción 2015-2020 para la región europea de la OMS, contempla como línea de acción prioritaria la aplicación de políticas fiscales y de precios que influyan sobre la elección de alimentos por parte del consumo.

La idea central es trabajar en el siguiente objetivo doble: ¿cómo abaratar la alimentación sana, ecológica y de proximidad? ¿cómo encarecer la alimentación insana?

■ **Las distintas estrategias de modificación de precios de alimentos por razones de salud pública**

Hablar de impuestos (*food tax*) es empezar el partido perdiendo 2 a 0 frente a la opinión pública. Los impuestos no tienen, en general, buena fama y las Administraciones se andan con mucho cuidado a la hora de pronunciar esta especie de palabra maldita (dicho sea de paso, la demonización de los impuestos necesarios para pagar los servicios sociales básicos ha sido una de las grandes victorias en el terreno de los marcos conceptuales del capitalismo actual). Baste con recordar como George W. Bush acuñó la expresión *alivio fiscal* para sortear las espinas de la palabra, anteponiéndole otra que transmite valores positivos (alivio después de un sufrimiento). Decimos esto porque la industria alimentaria y sus acólitos, conocedores de este hecho, utilizan una y otra vez el marco conceptual negativo de los impuestos en este tema para atraer emocionalmente a la población hacia sus posiciones.

No vamos a entrar aquí en defender la absoluta necesidad de los impuestos (cosa distinta sería quién paga cuánto y si eso es justo), pero sí en las posibilidades que ofrece ajustar los precios de los alimentos sanos e insanos y, de alguna manera, conseguir que las políticas sanitarias y las impositivas sean coherentes y no, como ocurre hoy en día, contradictorias.

A la hora de plantearse una intervención en los precios de los alimentos, existen diferentes posibles objetivos (no excluyentes entre sí):

1. Abaratar los precios de los alimentos con buen perfil nutricional (alimentos sanos) y encarecer los alimentos con mal perfil nutricional (alimentos insanos), para a su vez
2. Modificar el consumo, favoreciendo el acceso a alimentos sanos de las clases populares y dificultando el de los insanos.

201. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-070987/en/>

202. <http://medcraveonline.com/AOWMC/AOWMC-02-00017.pdf>

3. Internalizar los costes sanitarios derivados de la alimentación insana en los productos cuyo consumo excesivo los generan.
4. Actuar sobre el ambiente o entorno alimentario, mandando una señal clara, desde las Administraciones, sobre que existen alimentos con buen perfil nutricional y otros que no. Esto, a otras medidas, por ejemplo, un etiquetado claro y una limitación de la publicidad de determinados alimentos claramente insanos para poblaciones vulnerables, es una medida sociocultural altamente efectiva.
5. Conseguir recaudar fondos que se puedan destinar a otros aspectos de lucha contra la epidemia de la alimentación insana (impulsar los sistemas alimentarios locales, campañas educativas, costear parte de los gastos sanitarios, etc.).

Cuando se analizan las propuestas de intervención en los precios, se deben tener en cuenta todos estos posibles objetivos. En parte, esto nos ayudará a escoger el mejor sistema (en función del objetivo que queramos priorizar) y en parte, ayuda a entender que es una medida global que va más allá de multiplicar por X el precio de algunos alimentos esperando que se reduzca drásticamente su consumo, simplemente por ese hecho. Se puede conseguir reducir el consumo, también, por otras vías indirectas (como es el potente aspecto simbólico de penalizar algunos perfiles nutricionales, cuando la Administración nos dice «esto es malo y por eso le pongo un sobreprecio», se manda una señal contundente hacia el consumo que no es, en absoluto, inocua respecto a nuestro comportamiento consumidor).

Como resumen podemos referirnos a las palabras de Tim Lohstein en el sentido de que los impuestos sobre ciertos tipos de alimentos suelen estar por debajo del 5% del precio de compra, y en esas magnitudes no suelen ser lo suficientemente altos como para afectar a la persona consumidora a la hora de elegir. Añadir unos pocos céntimos de euro al precio de un aperitivo salado o una chocolatina o un refresco podría tener un impacto muy bajo sobre las ventas.

Estos impuestos pueden significar un incremento en la recaudación, sí, y este dinero extra puede canalizarse en campañas de promoción de la salud y educación pública o en intervenir en los barrios de clases populares para mejorar el acceso a la alimentación sana o para potenciar, ahora sí, los sistemas alimentarios locales.

También es conveniente recordar otro tipo de medidas impositivas que pueden tener impacto sobre el sistema alimentario pero que **no afectan directamente a los alimentos, como los impuestos ambientales o al máquetin de determinados productos.**

Lo dicho, hay que valorar bien todos estos aspectos antes de comenzar el diseño de una política de precios acorde con las políticas de salud.

■ Consideraciones importantes para el diseño de las políticas de precios

La evidencia científica nos indica que las políticas de precios tienen el potencial claro e inequívoco de influir en los patrones de consumo, en la dirección deseada.

Existen, sin embargo, una serie de consideraciones adicionales que deben tenerse en cuenta en la acción para maximizar el beneficio potencial para la salud pública:

- › La elasticidad del precio de la demanda
- › Los efectos de sustitución potenciales
- › Los impactos diferenciados en función del género o la clase social
- › La repercusión del impuesto a lo largo de la cadena, con especial atención en cómo la tasa se traspaasa al consumo
- › La elección del mecanismo impositivo

› LA ELASTICIDAD DE LA DEMANDA

No todos los alimentos se comportan de la misma manera a nivel de consumo cuando varían sus precios. La elasticidad de la demanda calcula la diferencia en la cantidad de producto consumido cuando su precio cambia un 1%. Si a ese 1% de incremento de precio, el producto (el alimento en este caso) reduce mucho su consumo, hablamos de que ese alimento tiene una elasticidad alta, si por el contrario, apenas varía su consumo, diremos que ese alimento es poco elástico; es decir, que aunque le subamos el precio vía impuestos, su consumo no se verá alterado.

La elasticidad no es una cifra estática ni universal. Depende de diversos factores (grupos sociales, hábitos de consumo, preferencias, alternativas existentes, etc.) En general, se considera que la mayoría de alimentos son inelásticos (la proporción de disminución de su consumo es menor a la proporción de aumento de precio, o a la inversa), pero también es cierto que si existen alternativas (alimentos sustitutos) al alimento en cuestión, la elasticidad aumenta. Es decir, algunos alimentos específicos pueden tener mayores elasticidades si el consumo es capaz de sustituirlos por otros.

La elasticidad de los alimentos en un país o región y en un momento dado es clave a la hora de diseñar una política impositiva. En general, la revisión bibliográfica nos indica que son necesarios incrementos considerables de precio (alrededor de un 10-20%) para conseguir reducciones igualmente significativas de consumo y, por tanto, mejorar la salud de la población por esa vía (también es cierto que ya hemos visto que esa mejora de salud puede venir por otros canales usando la política fiscal más allá de bajar o subir su consumo directamente por el precio de más o de menos que genera el impuesto o la rebaja). La evidencia académica nos indica que grandes efectos se consiguen a través de grandes impuestos o rebajas. La inmensa mayoría de casos actuales utilizan tasas relativamente bajas (alrededor de un 5%).

Aquí mostramos un ejemplo de elasticidades de algunos grupos de alimentos. Se trata de un cálculo de la elasticidad del consumo en casa (demanda final) en Estados Unidos en el periodo de 1938-2007²⁰³.

TABLA 33 Elasticidades medias de consumo en Estados Unidos

Tipo de alimento	Elasticidad en valor absoluto medio
Comida para llevar	0,81
Refrescos	0,79
Zumos	0,76
Carne de ternera	0,75
Carne de cerdo	0,72
Frutas	0,70
Carne de pollo	0,68
Derivados lácteos	0,65
Cereales	0,60
Leche	0,59
Hortalizas	0,58
Pescado	0,50
Aceites y grasas	0,48
Quesos	0,44
Dulces y azúcares	0,34
Huevos	0,27

203. <https://www.odi.org/rising-cost-healthy-diet>

› EFECTOS DE LA SUSTITUCIÓN

Los hallazgos de los estudios disponibles también marcan que el impacto de la política impositiva alimentaria es altamente dependiente de la tasa de sustitución. La posibilidad de que el consumo pueda sustituir los productos tasados por otros no tasados o más baratos, pero igualmente perniciosos en materia de salud, debe tenerse muy en cuenta a la hora de diseñar la política impositiva en cuestión. Por ejemplo, en algún caso se ha documentado que la tasación de las grasas saturadas puede llevar a una compra mayor de productos con alto contenido en sal o azúcares añadidos, con lo que la política fiscal no habrá ayudado a la sanitaria.

Es por ello que productos altos en sal, azúcares y grasas que puedan ser fácilmente sustituidos por otros de perfil nutricional saludable son (en principio) objetivos prioritarios de estas políticas.

Los efectos no deseados de sustitución pueden ser evitados gracias al buen diseño de las políticas, pero hay que tener siempre clara la idea de que la ingesta de nutrientes saludables libres de impuestos aumente, a costa de los insanos. Los impuestos aplicados en base a los perfiles nutricionales y aquellos que se aplican a una amplia gama de nutrientes son menos propensos a tener consecuencias no deseadas o para aplicar al núcleo alimentos, igual que el caso de elegir grupos de alimentos concretos, más que impuestos basados en un solo nutriente insano.

› DESIGUALDAD SOCIAL

La regresividad de la política debe ser también una preocupación central en el diseño de una política fiscal. Desde el momento en que las tasas (en general) aplicadas son las mismas, independientemente de los ingresos de la persona y de su posición social, y por tanto va a afectar con la misma cantidad absoluta si se compra la misma cantidad de alimento, en realidad la carga (en %) sobre las clases populares puede ser mayor que sobre las élites. El efecto de la política impositiva sobre las clases populares debe ser tenido en cuenta de manera muy específica.

Existe coincidencia en que el mayor impacto potencial sobre las clases populares se produce cuando los impuestos se dirigen hacia grupos de alimentos que contienen productos básicos (por ejemplo, los lácteos) en lugar de centrarse en grupos de alimentos situados fuera de las recomendaciones nutricionales (por ejemplo, los refrescos).

La evidencia parece indicar que el aumento de la sensibilidad al precio entre los grupos socioeconómicos bajos significa que pueden ser más sensibles a los impuestos y, como consecuencia, más propensos a reducir su consumo. Este hecho es particularmente claro en los casos donde el impuesto es muy específico (por ejemplo, en las bebidas endulzadas con azúcar) y los sustitutos más saludables libres de impuestos están disponibles.

En tales situaciones, se observaron mayores efectos positivos en la dieta de los consumidores de bajos ingresos.

Las revisiones sistemáticas, de hecho, han evidenciado que los impuestos tienen el potencial de reducir las desigualdades en materia de salud alimentaria. Tales mejoras en la salud son medibles y cuantificables y pueden ser monetizadas.

Todo esto más allá de que buena parte de los ingresos generados por los impuestos pueden, de una manera u otra, revertir en las clases populares y mejorar su alimentación vía subsidios, reordenación urbanística de los barrios, mejora de los comedores escolares, etc.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha llegado a la conclusión de que, de todas las medidas para prevenir la obesidad, las medidas fiscales eran «la única intervención que produce beneficios para la salud consistentemente mayores en las clases con menos renta» en todos los países estudiados.

› TRANSMISIÓN DE LOS PRECIOS A LO LARGO DE LA CADENA ALIMENTARIA

Si uno de los objetivos de la política de impuestos es actuar sobre el consumo, para que sean efectivos (tanto los impuestos como los subsidios) deben aumentar o disminuir los precios en el punto de venta. Dependiendo de cómo se articule y administre la cadena alimentaria, algunos eslabones de la misma (básicamente la industria alimentaria y la gran distribución) pueden optar por no alterar (parcial o totalmente) sus precios debido al impuesto, por razones comerciales. Las decisiones relativas a la transmisión de precios en este caso (como en casi todos) están estrechamente vinculadas a la estructura competitiva del mercado, así como con las características de la demanda del producto de que se trate. Las empresas afectadas pueden tomar la decisión de transmitir solamente una parte del impuesto (reduciendo su beneficio por unidad) por diversas razones comerciales (ganar menos por unidad, pero mantener las ventas totales, reducir el beneficio de una gama de productos aumentando el de otros, etc.). A veces, ocurre lo contrario y el incremento de los precios de consumo es mayor que el impuesto. Todo ello es bueno que se tenga en consideración en el diseño y evaluación de este tipo de medidas.

› MECANISMO A ELEGIR

Además del objetivo u objetivos concretos en los que queremos centrarnos (ver apartado anterior), el segundo elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar una medida de este tipo es el alcance (base) del impuesto. Se puede distinguir entre los impuestos

sobre los productos y los impuestos sobre los ingredientes. Por ejemplo, se puede impulsar una tasa a las bebidas con azúcar añadido (refrescos) o se puede impulsar una tasa sobre el azúcar añadido, como ingrediente. Los principales elementos a considerar para escoger una u otra es la búsqueda de un compromiso entre la facilidad de implementación, de administración y su eficacia.

Así, en general, la opción de tasar grupos de alimentos acostumbra a ser más fácil de implementar y administrar, pero a cambio dejará una gran cantidad de productos con alto contenido en azúcares añadidos fuera, y el trasvase de consumo de productos gravados a otros no gravados pero igualmente insanos es muy probable. Por el contrario, la tasa sobre el azúcar como ingrediente podría tener una significativa carga administrativa, ya que afecta a una gran gama de productos, pero su efecto puede ser mayor.

Una vez definidos los objetivos y si lo vamos a aplicar a un grupo de alimentos o a un (o un grupo) de ingredientes, la siguiente consideración es el tipo de impuestos que vamos a utilizar.

Existen diferentes caminos para diseñar e implementar una política impositiva que permita promover una alimentación más saludable, especialmente entre las clases populares, las más afectadas por la dieta insana.

En general, el objetivo público de las intervenciones nutricionales de salud es influir en el consumo de alimentos (cantidad y calidad), y dentro de ellas, una de las usadas es la modificación pública de los precios, esencialmente a través de cambiar los impuestos que afectan a los alimentos. A pesar de que estos impuestos se pueden percibir en cualquier punto de la cadena de suministro, en general cuanto más cerca está la variación de precio del consumidor, es más probable que esta tenga efecto.

Podemos distinguir tres tipos de impuestos que afectan (o pueden afectar) a los alimentos. El IVA (impuesto al valor agregado o impuesto sobre el valor añadido), que se paga como porcentaje del valor de todos los alimentos o bebidas que se venden; los aranceles de importación (que se aplican a los alimentos o las bebidas que se importan de fuera de la Unión Europea; y los impuestos especiales (tasas impositivas especiales aplicadas a diferentes tipos de alimentos o bebidas de manera exclusiva, como es el caso del tabaco o el alcohol). Vamos a centrarnos en el primero y el tercero.

El IVA es proporcional al precio del producto, lo que significa que el valor del impuesto es más pequeño si el precio del producto es menor. El impuesto especial es típicamente un impuesto «por unidad», cuesta una cantidad específica por unidad de volumen o unidad del artículo comprado. Este tipo de impuesto se utiliza comúnmente para aumentar los ingresos del Gobierno y gravar los productos para los cuales la demanda es relativamente menos sensible a los cambios de precios y para el que existen pocos sustitutos. Por ejemplo, el tabaco, el combustible y el alcohol

están gravados a través de los impuestos especiales, además del IVA. Otro argumento a favor de los impuestos especiales es la necesidad de corregir las externalidades negativas (en salud, en este caso) que genera el producto o ingrediente. Esto es, el daño causado por su consumo y que se paga por otras vías con dinero público (en este caso, el sistema público de salud) o con repercusiones negativas privadas (absentismo laboral, etc.).

Los impuestos especiales son, por definición, propensos a tener un mayor impacto en el consumo, ya que afectan a una unidad de producto (por ejemplo, por litro de refrescos, golosinas, bollería industrial) y con la misma ratio independientemente de su precio final (por ejemplo, las bebidas de marca fabricante o marca blanca serían gravados por igual). Por el contrario, dado que el IVA actúa sobre la base del precio del producto, el impuesto en base a IVA puede incentivar las compras de mayores cantidades del mismo (por ejemplo, precio por litro es menor para la botella de 1 litro en comparación con la de 0,33 l).

Ambos tipos de impuestos son regresivos (afectan más, proporcionalmente, a las clases con menos renta) pero los impuestos en base al volumen de consumo, en lugar de a su precio, han demostrado tener una menor carga tributaria.

Por último, se tiene que considerar si la tasa de impuestos va a cambiar con el tiempo. La ventaja del impuesto basado en el IVA es que ya está vinculado a la inflación. En el caso de los impuestos especiales, vinculados a la unidad de consumo, esto no es necesariamente así. Por otra parte, los impuestos especiales se pueden introducir gradualmente (como se hizo y se hace aún con el tabaco y el alcohol). Esa gradualidad ofrece algunas ventajas, por ejemplo, da tiempo para que los consumidores cambien sus hábitos y suavizar el impacto en los hogares y las empresas.

El último punto a considerar es la cantidad o volumen de la tasa.

Cabe señalar que los mecanismos no se excluyen mutuamente y pueden ser combinados de varias maneras. Por ejemplo, en la mayoría de los países donde los impuestos especiales se aplican a determinadas mercancías, también pagan el IVA y los derechos de importación.

Mientras que los impuestos especiales específicos son fáciles de administrar y generan ingresos predecibles, como contrapartida requieren evaluación periódica y el ajuste para mantenerse al día con la inflación, y potencialmente puede incentivar a la industria alimentaria a alterar las características de un producto (por ejem-

TABLA 34 Diferentes posibles medidas impositivas sobre alimentos

Tipo de impuesto	Descripción	Fortalezas	Debilidades
Impuesto específico	Una cantidad fija de impuesto se cobra en una cantidad determinada del producto (por ejemplo, 1 € por kg o 1 € por unidad) o por ingredientes específicos.	Ingresos potencialmente predecibles. Aumentan todos los precios de los productos en una cantidad fija.	La inflación puede reducir el impacto si no se ajusta regularmente. Los cambios en las características del producto (como el tamaño o la composición del paquete) pueden reducir el impacto (más en el caso de impuesto por unidad de alimento que en el que afecte a cada kg de producto o ingrediente).
Impuesto específico sobre el valor	Un impuesto que grava la venta de un producto, determinado como un porcentaje del valor bruto o el costo del producto en el punto de venta (por ejemplo, 30% del precio pagado por consumidoras).	Se ajusta automáticamente a la inflación. Reduce el margen de beneficios de la industria y predispone a la reducción de ventas del alimento.	Los ingresos son menos predecibles. Genera diferenciales de precio entre productos baratos y productos caros (efecto de sustitución no siempre beneficioso para la salud).
IVA	Impuesto sobre cada etapa de la producción que añade un precio extra a un producto o proceso, con el reembolso de los impuestos pagados al anterior proveedor de la cadena.	Eficiente, ya que solo grava el valor añadido y evita efectos en cascada.	Generalmente se aplica en un incremento fijo para todos los alimentos, y no se generan, por tanto, diferenciales relativos entre productos y el cambio en el consumo puede ser menor.

plo, aumentando el tamaño de barras de chocolate si el impuesto se aplica por cada tableta de chocolate vendido) para diluir el importe del impuesto.

Por otra parte, los impuestos al consumo sobre el precio de un determinado producto o grupo de productos se ajustan automáticamente con la inflación y tienen un mayor impacto negativo en las ganancias de la industria (con lo que se desincentiva, en principio, su venta), pero generan ingresos menos predecibles para la Administración, son más difícil de implementar y pueden incentivar a los fabricantes a recortar sus precios para mantener el volumen, poniendo grandes diferencias entre productos baratos y caros (podría, por ejemplo, alentar a las personas consumidoras

a cambiar a productos más baratos que podrían ser tan o más perjudiciales que los afectados por el impuesto).

Otro objetivo de las Administraciones puede ser no aumentar la carga administrativa. Así se puede tener en consideración que, por ejemplo, los impuestos sobre las bebidas con azúcar añadido y subsidios dirigidos a frutas y hortalizas sean menos costosos de poner en marcha (teniendo en cuenta que la definición de los alimentos afectados es sencillo), mientras que impuestos sobre ingredientes particulares (el azúcar, por ejemplo) generarían más complejidad administrativa y mayores costes, ya que será necesario comprobar la composición nutricional de una amplia gama de productos alimenticios.

TABLA 35 Países que aplican impuestos sobre alimentación

País	Año	Qué se tasa	Debilidades	Objetivo declarado de la tasa	Ingresos obtenidos (últimos datos disponibles)
Hungría	2011	Los alimentos altos en azúcar, grasa o sal y las bebidas azucaradas	Refrescos: 0,02 €/l Jarabes o concentrados: 0,6 €/l Bebidas energéticas: 0,76 €/l Productos azucarados: 0,04€/kg Aperitivos salados (sal > 1 g / 100g): 0,76 €/kg	Impuesto especial/ Salud pública/ Ingresos para los servicios de salud	2011: 9 M € 2012: 56,4 M € 2013: 55,2 M €
Dinamarca	De 2011-2013	Los productos con más de 2,3% de grasas saturadas (carne, lácteos, grasas animales y aceites)	Grasas saturadas: 2,1 €/kg	Impuesto especial/ Salud pública Recaudación para aliviar recortes en otros sectores públicos	138 M € Cosas administrativas estimados: 5-22 M €
Francia	2012	Bebidas que contienen azúcar o edulcorante	2012: 0,68 €/l 2013: 0,69 €/l 2014: 0,71 €/l Bebidas energéticas: 0,95€/L	Impuestos especiales, ajustados anualmente a la inflación / Salud pública e ingresos	320 M €
Finlandia	2011	Dulces, helados y refrescos	2011: 0,072 €/l; 0,72 €/kg 2012: 0,1 €/l; 0,85 €/kg 2014: 0,2 €/l; 0,86 €/kg	Impuestos especiales con incremento gradual; la recaudación de impuestos/salud pública.	2011: 114 M € 2012: 155 M € 2013: 164 M €
México	2014	Bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido calórico (por ejemplo, patatas fritas, dulces, cereales de desayuno)	Bebidas azucaradas: 0,05 €/l Alimentos ricos en calorías: aumento del 8% en IVA	Impuesto especial / IVA; salud	2014: 1.500 M € (el 58% del impuesto sobre refrescos y el 42% del IVA de los alimentos hipercalóricos)
California (EEUU)	2014	Bebidas azucaradas	0,3 €/l	Impuesto especial / salud	Sin datos

■ Ejemplos de otros países

Ofrecemos a continuación algunos ejemplos de algunas medidas impositivas sobre los alimentos relacionados con la salud, introducidas en varios países.

Los argumentos a favor de la implementación de cada uno de estos impuestos ha sido una combinación de dos: por un lado, hacer frente a la creciente obesidad y la prevalencia de las enfermedades asociadas a la alimentación insana y el aumento de los ingresos para la Administración.

Finlandia es el único país en el que se declara que la recaudación (para financiar parte del sistema sanitario público) es el objetivo principal.

Todos los impuestos implementados son los impuestos especiales con la excepción de México, donde se utiliza la fórmula del IVA para tasar al alza los alimentos poco saludables. Hungría y México tienen los impuestos sobre los alimentos altos en sal, azúcar o grasas y las bebidas azucaradas / refrescos / bebidas con azúcar añadido.

Finlandia tiene un impuesto sobre los dulces, helados y refrescos, y Francia y Berkley (California, EE. UU.) han gravado solo refrescos.

Las tasas de los impuestos aplicados varían de un país a otro. Hungría tiene el impuesto más bajo (tasa sobre los refrescos) y Finlandia tiene los más altos (y progresivos). Los ingresos también se ven afectados por el ámbito de aplicación de la base tributaria (por ejemplo, en Francia el impuesto cubre también bebidas azucaradas con edulcorantes artificiales) y por el consumo y los niveles de precios en cada uno de los países. En valores absolutos, el impuesto en México ha dado los mayores ingresos superando las expectativas en un 116%.

■ Tipos de impuestos

› IVA

Uno de los informes más vinculantes que hay en el Estado español sobre este tema lo ofrece la Federación Española de Sociedades de Nutrición y Dietética (FESNAD) en su propuesta «Fiscalidad en los alimentos, una oportunidad para la salud»²⁰⁴. En el documento se dice que el gravamen del consumo de alimentos ha sido un recurso fiscal muy utilizado y en la actualidad, el Impuesto al Valor Añadido (IVA) es el más representativo. La aplicación a un alimento de un tipo impositivo alto o bajo influye de forma directa en su precio final afectando al grado de consumo, así

como al nivel de compra en determinados grupos de población atendiendo a su poder adquisitivo.

Actualmente existen muchas diferencias entre los tipos impositivos aplicados en los países de nuestro entorno. Esta disparidad también afecta a la motivación por la que se seleccionan los tipos y los bienes gravados, que van desde mejorar el empleo en determinados sectores, dinamizar el consumo de algunos bienes con un impacto social, cultural o de salud, hasta mejorar la competitividad de sectores productivos de interés para el país.

En Europa, los tipos reducidos se pueden aplicar a la lista de operaciones y bienes, justificados por razones sociales, culturales o sanitarias, y limitados únicamente a los incluidos en el anexo III de la directiva consolidada del IVA; que entre otros bienes incluye a «los productos alimenticios (incluidas las bebidas, pero con exclusión de las bebidas alcohólicas) para consumo humano o animal, los animales vivos, las semillas, las plantas y los ingredientes utilizados normalmente en la preparación de productos alimenticios; los productos utilizados normalmente como complemento o sucedáneo de productos alimenticios».

El sistema fiscal español aplica tres tramos impositivos al IVA: general, reducido y superreducido y a diferencia de otros países no aplica el tipo 0%. El superreducido es del 4% y se aplica al pan común, harinas panificables, leche (leche pasteurizada, evaporada, en polvo) y quesos, huevos, frutas y hortalizas, legumbres, tubérculos y cereales, que tengan la condición de productos naturales según el Código Alimentario Español (CAE). En enero de 2013 se incluyó el pan común fabricado con ingredientes a los que se les haya extraído el gluten y que se comercialicen como «pan de contenido muy reducido o exento de gluten», excluyendo los panes especiales que cumplan con esta condición. Por otra parte, el tramo reducido es actualmente del 10%, y se aplica a los derivados de los alimentos gravados con el 4%, además de carnes y pescados y sus derivados, aguas minerales y otras bebidas sin alcohol, y a los alimentos servidos en restaurantes, *caterings* y hoteles (canal HORECA); el tipo general del 21% se aplica a bebidas con alcohol.

Dicho de otro modo, en el Estado español los alimentos tienen dos tipos de IVA, el 4% y el 10%.

El 4% se aplica a «el pan común; harinas panificables; leche natural, certificada, pasterizada, concentrada, desnatada, esterilizada, UHT, evaporada y en polvo; los quesos, los huevos, las frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos y cereales, que tengan la condición de productos naturales según el Código Alimentario».

El 10% al resto.

204. www.researchgate.net/publication/245022212_Fiscalidad_en_alimentos_una_opor-tunidad_para_la_salud

La aplicación de los tipos de IVA reducidos y superreducidos que la Dirección General de Tributos aplica a los alimentos, se basa fundamentalmente en las definiciones que el Código Alimentario hace de los grupos de alimentos considerados como básicos.

No se tienen en cuenta otros factores como el impacto sobre la salud o la asequibilidad de ciertos alimentos para determinados grupos de población. Es un caso realmente peculiar dentro de la UE, donde en la inmensa mayoría de países los alimentos de perfil nutricional claramente insano tienen un IVA superior al de los alimentos básicos o los que presentan un mejor perfil nutricional. Que tenga el mismo IVA una Coca-cola, un Kit Kat o una manzana no tiene ninguna lógica desde el punto de vista sanitario.

Así, en Francia los alimentos frescos y elaborados tributan a un IVA reducido que no llega al 6%, situación similar a la de Portugal, mientras que, en Reino Unido, Irlanda y Malta, el IVA para alimentos es del 0%. En todos los casos existen excepciones que tributan al tipo normal, como por ejemplo, aperitivos salados y en algunos como Portugal, gravan a este tipo los refrescos o las

grasas excepto el aceite de oliva, que también es del 6% (en EEs-tado español, paradójicamente, es del 10%, mientras que en Italia o Bélgica también es del 6%).

El sistema impositivo español refleja inconsistencias profundas con las actuales realidades de consumo y con las propias políticas de promoción y protección de la salud de las Administraciones estatales y autonómicas.

La Comisión Europea encargó en 2007 a un grupo de expertos en economía, un estudio sobre la aplicación de tasas de IVA reducidas en los países europeos, que puso de manifiesto que en los países donde existen diferencias significativas y estables entre las rentas altas y bajas, habría argumentos válidos para aplicar tipos reducidos del IVA, así como otras medidas de subvención, a bienes que contribuyeran a mitigar la desigualdad. Esta estrategia ha sido aplicada por algunos países que han sido capaces de reducir la desigualdad a través de la aplicación de tipos a sectores como alimentos y servicios públicos.

TABLA 36 IVA alimentarios aplicados en diferentes países

	España	Portugal	Italia	Irlanda	Reino Unido
Alimentos frescos	4%	6%	4%	0%	0%
Alimentos elaborados	10%	6%	10%	0%	0%
Verduras	10%	23%	10%	0%	0%
Pan blanco	4%	6%	4%	0%	0%
Pan enriquecido fibra	10%	6%	4%	0%	0%
Pastas	10%	6%	4%	0%	0%
Pastas sin gluten	10%	6%	4%	0%	0%
Pescado	10%	6%	10%	0%	0%
Legumbres crudas	4%	6%	10%	0%	0%
Legumbres cocidas	10%	6%	10%	0%	0%
Frutos secos crudos	4%	6%	10%	0%	0%
Frutos secos crudos y tostados	10%	23%	-	21%	21%
Aceite de oliva	10%	6%	6%	0%	0%
Grasas y aceites	10%	23%	6%	0%	0%
Aperitivos, <i>snacks</i>	10%	23%	10%	21%	20%
Refrescos	10%	23%	10%	21%	20%

GRÁFICO 38 % de riesgo de pobreza y/o exclusión social por grupos de edad y periodo 2014

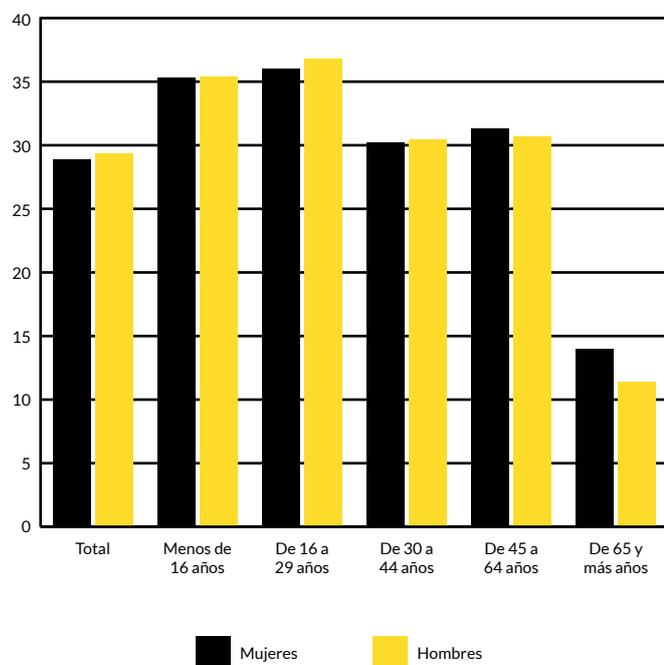
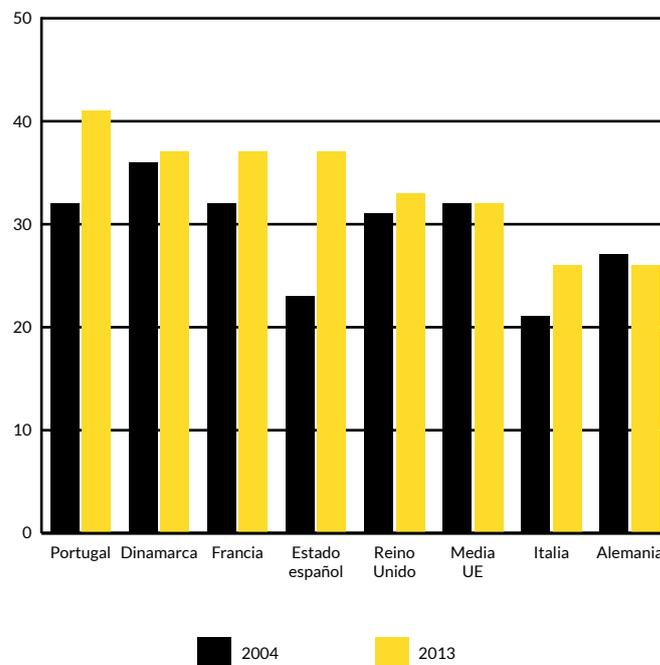


GRÁFICO 39 Evolución de los hogares sustentados por mujeres



Debe recordarse que el Estado español es uno de los países de la UE donde la brecha socioeconómica es más acusada²⁰⁵.

- › El Estado español es el país de la OCDE en el que más ha crecido la desigualdad desde el inicio de la crisis.
- › La pobreza y la exclusión en el Estado español han aumentado de manera alarmante en los últimos años, con 13,4 millones de personas en riesgo de exclusión en el año 2014 (el 29,2 % de la población española). Esta es la distribución por edad y sexo.
- › La distancia entre personas ricas y pobres ha crecido y en 2015, el 1 % de la población concentró tanta riqueza como el 80 % de las más desfavorecidas.
- › El Estado español es el segundo país de la Unión Europea en el que más ha crecido la distancia entre rentas altas y bajas, solo por detrás de Estonia, y entre 2007 y 2014 el salario medio español se desplomó un 22,2 %.
- › Según la Estrategia Europa 2020 se consideran personas en riesgo de pobreza o exclusión social aquellas que se encuentran en alguna de estas tres situaciones: personas que viven con bajos ingresos (60% de la media del ingreso equivalente o por unidad de consumo), personas que sufren

privación material severa y personas que viven en hogares con una intensidad de empleo muy bajo (por debajo del 20%). Así, en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) publicada por el INE, en el Estado español, en el año 2012, la tasa de pobreza relativa de los hogares unipersonales sustentados por una mujer era de 20,5% y de 19,1% en el caso de los hombres. Hay que tener en cuenta que el 90% de familias monoparentales están sustentadas por mujeres.

- › La tasa de riesgo de pobreza persistente en el Estado español, siempre según los datos del INE, era mayor en las mujeres (13,1%) que en los hombres (10,5%), destacando la situación de las mujeres entre 25 y 49 años, con un valor de 11,3%, y de las mujeres mayores de 65 años, con un 15,9%.
- › El estudio *¿Quién gana el pan en Europa?* realizado recientemente define como mujeres sustentadoras a aquellas que aportan el 50% o más de los presupuestos del hogar. Los datos indican que el Estado español es el país de la UE donde de forma más rápida han crecido los hogares en que las mujeres sostienen la economía familiar, dato que, lejos de reflejar un escenario de avances en la igualdad entre hombres y mujeres, lo que hace es mostrar una fotografía de la feminización de la pobreza, como uno de los efectos de la ruptura de la pareja, según afirma el estudio.

205. www.oxfam.org/es/informes/una-economia-al-servicio-del-1

- Además de los recursos monetarios (salarios y beneficios empresariales, prestaciones públicas, créditos privados, etc.), no podemos olvidar los bienes y servicios no monetarios —en especial el trabajo doméstico y de cuidados— que constituyen, sin embargo, un componente esencial del bienestar de las personas. Dicho trabajo suponía en 2010 un 23% más, en horas de dedicación, que el empleo remunerado (12% más en 2003, antes de la crisis) y sigue siendo una actividad hiperconcentrada en las mujeres.

En definitiva, las mujeres siguen siendo el rostro más visible de las situaciones de pobreza y exclusión, fruto de un modelo de participación social y laboral que perpetúa su falta de independencia económica y el menor acceso a las prestaciones sociales²⁰⁶.

En esta línea argumental, cabe destacar que Irlanda o Reino Unido, con índices de desigualdad inferiores, aplican un IVA del 0% a la mayoría de los alimentos.

Así, Irlanda contempla 89 subgrupos dentro de la categoría general de alimentos básicos, a los que aplica un IVA del 0%. En Reino Unido, los alimentos básicos también están gravados un 0%, incluyendo una gran variedad de grupos: carnes, pescados, cereales, frutas y hortalizas, entre otros, o alimentos con contenido bajo en calorías o especiales para diabéticos o alérgicos.

Existen algunas excepciones generalmente coherentes con las políticas de salud pública, en Reino Unido. Por ejemplo, están gravados con el 20% los aperitivos salados, zumos de frutas, refrescos o golosinas.

El informe sobre el IVA también pone en evidencia que las exenciones de IVA o la aplicación de sus modalidades reducidas o superreducidas conduciría a la bajada de precios de los bienes o servicios a los que se aplica, promoviendo su consumo. El grado de modificación del consumo dependería de la elasticidad de los precios inherente a esos bienes o servicios, de modo que en el caso de los alimentos que cuentan con una elasticidad baja, el descenso de un 1% vería incrementado el consumo un 0,5%.

Toda esta estrategia tiene la oposición frontal, en el Estado español, de la industria alimentaria y de refrescos, en parte por el aumento de precios que ello significaría a sus productos insanos pero, sobre todo, porque por fin se conseguiría diferenciar los alimentos en términos de «saludables» o «menos saludables», y eso podría ser una oportunidad para equilibrar el acceso y la asequibilidad a alimentos básicos en nuestra coyuntura socioeconómica y sanitaria.

La reducción del IVA a productos básicos como frutas y verduras podría significar un descenso en la recaudación impositiva, pero esta podría verse perfectamente compensada por el incremento del IVA a determinados alimentos de perfil nutricional claramente insano. Este argumento está defendido por multitud de organizaciones médicas y algunos Gobiernos que lo han aplicado. Sin ir más lejos, el JRC²⁰⁷ (centro de investigación asociado a la Comisión Europea) cuando indica que las medidas fiscales son herramientas muy sensibles para actuar sobre el consumo, especialmente cuando se combinan las subidas de precios de algunos alimentos con la bajada de aquellos que son alternativas más saludables.

La conclusión de la Federación de Sociedades de Nutrición en España²⁰⁸ hace las siguientes recomendaciones:

«Aunque lo deseable sería aplicar los tipos [impositivos] según perfiles nutricionales promovidos desde las Administraciones estatales y autonómicas, [y añadimos: mientras estos sigan bloqueados por la industria alimentaria], asignar tipos superreducidos a una serie de alimentos podría mejorar su acceso y asequibilidad en grupos donde la obesidad y las enfermedades no transmisibles tienen mayor incidencia.» Se puede completar esta afirmación indicando que se puede hacer exactamente lo mismo que se defiende aquí (esto es bajar el IVA del 4% o del 10% al 0% en algunos alimentos), pero, al contrario, con los alimentos con peor perfil nutricional (es decir, subir el IVA reducido del 10% al general del 21%).

La FESNAD concluye que:

- La aplicación de estos tipos [impositivos] a los alimentos propuestos no entra en conflicto con la directiva 2006/112/CE del IVA.*
- Los alimentos propuestos forman parte del patrón típico de la dieta mediterránea cuya adherencia ha demostrado disminuir hasta un 30% el riesgo de padecer un evento cardiovascular.*
- Facilitar el acceso y la asequibilidad a alimentos propios de este patrón es una acción coste eficiente en términos de salud con el consiguiente impacto en la reducción de gasto sanitario.*
- La obesidad y las enfermedades crónicas van estrechamente ligadas a los grupos de menos recursos sociales, económicos y*

207. El Centro Común de Investigación (JRC por sus siglas en inglés) es el servicio de la ciencia y el conocimiento de la Comisión Europea, que emplea a los científicos para llevar a cabo la investigación con el fin de proporcionar asesoramiento científico independiente y el apoyo a la política de la UE. <http://ec.europa.eu/dgs/jrc/index.cfm>. Tomorrow's healthy society – research priorities for food and diets. Background document V3 08/10/2012

208. Dicho sea de paso, una federación que habitualmente se alinea con los intereses de la industria alimentaria, por lo que este informe y su petición a las Administraciones competentes cobra mayor valor.

educativos. En este contexto, los grupos de menos renta serían los más beneficiados con la bajada de precios de los alimentos.

- › El perfil de salud de la población española requiere que las acciones desarrolladas para su prevención y control sean coste eficiente y las políticas fiscales han demostrado serlo.
- › Los alimentos propuestos se sitúan en un ámbito de incoherencia similar al que movió a la Dirección General de Tributos a incorporar el pan común apto para celíacos a la lista de productos con un tipo impositivo superreducido en cuanto que ocasiona un perjuicio a los grupos que tienen menos capacidad de adquirirlos.
- › La aplicación de tipos reducidos del IVA, así como otras medidas de subvención, pueden contribuir a mitigar la desigualdad en el acceso de alimentos básicos en el sentido más amplio del término, especialmente en el Estado español, con índices altos de desigualdad.
- › Existe una interpretación demasiado literal del Código Alimentario Español, en cuanto a la identificación de alimentos básicos para aplicar el tipo superreducido de IVA, que se aleja de la realidad actual de consumo y del estado nutricional y de salud de la población española.
- › Los nuevos alimentos categorizados de acuerdo a su perfil nutricional serían coherentes con las políticas de salud pública, en las que tantos recursos humanos y económicos se invierten cada año. De este modo, dentro de cada categoría podría ser objeto de tipos más elevados, tal y como hacen otros países, los que estuvieran no alineados con las guías alimentarias.

■ Efectividad de las tasas o la reducción de precio

› LA IMPORTANCIA DEL PRECIO

Según un estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) sobre los hábitos de consumo, a la hora de elegir un establecimiento para hacer la compra, el 70% de las personas encuestadas afirma elegir un comercio en función de los precios de los artículos que van a adquirir.

En segundo lugar, un 66% aseguran basarse en la proximidad del establecimiento. Otros condicionantes son la variedad de productos (59%), la higiene (41%), la frescura de los productos (37%), las marcas más económicas (36%)y, por último, la calidad del producto (23%).

La crisis económica ha modificado aún más (y ha profundizado) el precio como elemento decisor de la compra alimentaria. El 44% de la población declara que «calcula hasta el último céntimo» al planificar las compras, cifra que se ha incrementado un 20,6% desde 2003.

Ya en el establecimiento, nos cuesta cada vez menos decidir qué queremos comprar pese a la vasta oferta. Buscamos las promociones y las ofertas, tal y como apuntan el 63% de las personas encuestadas, y los productos con precios más bajos, opción seleccionada por el 48,3% de la población.²⁰⁹

Según datos oficiales del MAGRAMA:

TABLA 37 Principales factores que afectan a la compra alimentaria

Factores que determinan la elección (%)	
Calidad	66%
Precios	65%
Proximidad del establecimiento	48%

²⁰⁹ www.aimc.es/Planificacion-calidad-y-precio.html, lo datos disponibles no están desagregados

› MEDIDA DEL IMPACTO

Para evaluar la eficacia de los impuestos, el objetivo con el que se implementaron tiene que estar claro. Normalmente, se han evaluado estas medidas fiscales en función de la reducción del consumo o la reducción del gasto en los productos gravados y en función de los ingresos fiscales recaudados. Los informes y estudios sobre el impacto de los impuestos de alimentos y bebidas existentes están aumentando. Ahora bien, para medir los cambios resultantes en los resultados de salud (por ejemplo, el IMC, la prevalencia de la obesidad, la prevalencia de las ENT, es decir, los años de vida ganados) que permiten inferir la causalidad entre los impuestos y los cambios en la salud, se necesitan evaluaciones a largo plazo y con diseños de estudio apropiados. Hay también que destacar un aspecto importante:

Dado que el impuesto afecta generalmente a la industria alimentaria, la eficacia del gravamen depende también de si el sobreprecio (o su reducción) se traspasa a las personas consumidoras o no. Los impuestos pueden ser transmitidos por completo, sobretransmitidos o subtransmitidos. Los estudios de impacto generalmente asumen que el impuesto es totalmente transmitido al consumo, y eso no siempre es así.

Tipos de pruebas disponibles

Hemos visto en apartados anteriores parte de los resultados de las investigaciones publicadas en este ámbito, especialmente en los últimos años. Este corpus académico se diferencia en función de los métodos de investigación empleados, en función de los objetivos de la política aplicada, del tipo y nivel de impuesto o subvención, y el tipo de nutriente o grupo de alimentos diana. Todo ello da como resultado una diversidad de resultados que es, en parte, lo que permite a la industria alimentaria tomar aquellas partes de la evidencia científica que le interesa sin entrar en los detalles de la misma. Existe el desafío de interpretar correctamente los resultados, el desafío para vincular los datos sobre los cambios en el consumo a los efectos de una política de precios.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, es posible hacer algunos juicios sobre la base de la evidencia actual, tal y como recoge la OMS en sus diversos informes sobre el tema.

- › Si se consideran conjuntamente, estas pruebas demuestran (sobradamente) que tanto personas consumidoras individuales como grupos de población responden exactamente a como predijeron los impuestos o los subsidios focalizados, y que estos tienen el potencial de influir en las decisiones del consumo y que se pueden utilizar para incentivar alimentación saludable a nivel de población.
- › El tamaño y la naturaleza del efecto varía significativamente, cierto, dependiendo de todos los factores enunciados

anteriormente. La propuesta más común estudiada es la de los impuestos sobre las bebidas azucaradas (refrescos), ya que son una categoría fácil de definir y con muy pocos sustitutos más saludables. Las propuestas sobre otros grupos de alimentos demuestran también que las personas consumidoras pueden ser muy sensibles a los precios de los alimentos y que los impuestos y los subsidios son un medio eficaz de influir en el consumo de alimentos específicos.

- › La manipulación de los precios de los alimentos en diferentes ambientes de compra (por ejemplo, supermercados, cafeterías o máquinas de *vending*) o en entornos de laboratorio ha demostrado resultar en cambios significativos del consumo hacia las opciones más saludables en el punto de compra. Esta evidencia es útil para demostrar el efecto directo de los impuestos y subvenciones sobre el comportamiento de la persona consumidora en los puntos indicados, pero está limitada por el entorno en el que los estudios se llevan a cabo, no proporciona una visión de impacto en el consumo global y no se puede predecir si el efecto se mantendrá.

Aun con todo, las estimaciones de la magnitud del efecto sugieren que los beneficios (aunque solamente se modificaran en bajos porcentajes, cosa que está por demostrar en la vida real) pueden generar beneficios significativos. Aun cuando los cambios en la compra de alimentos fueran pequeños, estos podrían todavía conducir a cambios significativos en los factores de riesgo importantes en toda la población y en consecuencia en beneficios sustanciales para la salud. Además, cambios supuestamente modestos como media, pueden ocultar cambios mucho más importantes entre ciertas subpoblaciones: algunos estudios han encontrado que la población más joven y la que dispone de menos cambia su consumo de manera mucho más abrupta en respuesta a las medidas fiscales.

Las pruebas que están empezando a salir que analizan, no ya experimentos, sino la reacción real a medidas reales que son aplicadas en determinados países, indican que funcionan. Veámoslo.

› LA EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA EFICACIA DE LOS IMPUESTOS

El estudio más completo de los efectos de los impuestos existentes en Europa, basado en datos de Euromonitor Passport Database, arroja las siguientes conclusiones:

- › Muestra que (efectivamente) aparece una reducción en el consumo (compras) como resultado de los aumentos de precios debido a los impuestos. Para los refrescos, las

tasas se han traducido en un aumento en el precio de entre el 3 y 10% y en una reducción en el consumo de entre un 4 y un 10% en los cuatro países estudiados. En los países europeos no se encontró evidencia de un impacto significativo en otros indicadores de competitividad investigadas (margen al por menor, al por menor de acciones, de empleo, de productividad, valor económico añadido, inversión y comercio).

- › El impacto de los impuestos sobre los alimentos parece ser menos pronunciado que en las bebidas.
- › En Dinamarca, el aumento en el precio de las grasas, mantequilla, margarina y aceites debido al impuesto condujo a una reducción en el consumo, aunque relativamente pequeño. Una **sobretransmisión** del impuesto se observó en las tiendas de descuento y una subtransmisión en los supermercados. En Hungría, el consumo de aperitivos salados también disminuyó a pesar de que el impuesto era notablemente bajo y de que los precios aumentaron menos de lo esperado. Sin embargo, para confitería, no se observaron cambios en la demanda, a pesar de que los precios sí aumentaron debido al impuesto. En Finlandia, el impuesto se transmitió en pastelería y helados, pero aun con ese mayor incremento de precio que el esperado, solo se encontró una pequeña reducción en el consumo. Informes del efecto del impuesto mexicano, más recientemente, sugieren la reducción de la demanda de productos de confitería y *snacks*. También se han notificado algunos efectos de sustitución importantes. En Finlandia, la demanda de productos libres de impuestos, tales como postres helados, barras de desayuno, postres a base de leche y yogures aumentó en un 2-10%.

Impactos en bebidas

Finlandia (refrescos)

- › El precio de los productos aumentó un 7,3% en 2011, un 7,3% en 2012 y un 2,7% en 2013.
- › El aumento de precios condujo a una reducción de la demanda en un 0,7% en 2011, un 3,1% en 2012 y un 0,9% en 2013.
- › Casi ningún cambio en las tendencias de los indicadores de competitividad a las que siempre aluden, como efecto negativo, la industria alimentaria.

Francia (refrescos)

- › El precio aumentó en un 5% en 2012 y un 3,1% en 2013, un 4,5% en 2012. En 2013 solo se ajustó a la inflación.
- › La demanda se redujo en un 3,3% en 2012 y 3,4% en 2013.
- › Aumento de los márgenes de venta al por menor para los refrescos bajos en calorías.
- › Sobre la base de los datos disponibles no se observaron cambios en los indicadores de competitividad.

Hungría (refrescos)

- › El precio aumentó un 3,4% en 2011, 1,2% en 2012 y 0,7% en 2013.
- › La demanda se redujo en un 2,7% en 2011, un 7,5% en 2012 y un 6% en 2013.

México (refrescos)

- › El impuesto sobre el consumo de bebidas azucaradas redujo su consumo en un 10% y el consumo de otros alimentos líquidos de mejor perfil nutricional y libres de impuestos (leche y agua embotellada) aumentó en un 7%. La encuesta de consumo oficial informó de que más de la mitad de la población redujo el consumo de bebidas azucaradas debido a la introducción de la tasa.
- › En el primer semestre de 2014, el mayor embotellador de refrescos reportó la reducción de 6,4% en las ventas, mientras que, en la segunda mitad de 2014, la reducción se desaceleró hasta el 0,3%.
- › Las embotelladoras de refrescos han registrado una caída general en el volumen de ventas.

Impactos en alimentos sólidos

Finlandia (confitería y helados)

- › El precio de los productos de confitería se incrementó en un 14,8% en 2011, un 6% en 2012 y el 3% en 2013.
- › El precio de los helados se incrementó en un 15,7% en 2011, 4,9% en 2012 y un 2,9% en 2013.

- › Los precios aumentaron dos veces más de lo que puede atribuirse al impuesto.
- › La demanda de productos de confitería cayó un 2,6% en 2011, 1,4% en 2012 y un 0,1% en 2013.
- › La demanda de helados cayó un 1,6% en 2011, 0,9% en 2012 y aumentó un 1,4% en 2013.
- › Aumentó la demanda de productos libres de impuestos (por ejemplo, postres congelados, barras de desayuno) en un 2-10%.
- › Se registra un pequeño aumento en el empleo en la producción de confitería, pero disminución de la productividad en torno a los productos tasados. Existe un continuo aumento de inversiones de la industria alimentaria y no hay cambios aparentes en sus márgenes.

Dinamarca (mantequilla, margarina, aceites)

- › El aumento alcanzó el 12-17% de la mantequilla, la margarina y las grasas para cocinar y 4-9% para los aceites menos gravados (por ejemplo, de oliva y aceites vegetales).
- › La demanda de mantequilla y margarina disminuyó en un 5-8% y aumentó en un 3-6% para los aceites menos gravados.
- › Aumento de la cuota de mercado de los aceites menos gravados.

Hungría (confitería y aperitivos salados)

Confitería:

- › El precio de artículos de confitería y chocolates aumentó en un 9,9% y 10,6%, respectivamente, en 2010-2012.
- › Se esperaba, por el impuesto, incrementos menores, un 5,4% y 4,9%, respectivamente.
- › No se observaron cambios en la demanda de productos de confitería; la demanda de chocolates aumentó después de los impuestos, pero a un ritmo más lento que en el periodo antes de impuestos estudiados.
- › No hay cambios en los márgenes de comercialización.

- › El impuesto coincidió con una ligera disminución del empleo en la industria.

Aperitivos salados:

- › Los precios aumentaron un 6,3% en 2011, un 5,4% en 2012 y un 3,3% en 2013.
- › Se esperaban incrementos mayores por el gravamen (un 18%, 2011 y 2012 combinados).
- › La demanda disminuyó un 7,6% en 2011, 6,2% en 2012 y 0,6% en 2013.

México (aperitivos salados y azucarados, alimentos hipercalóricos)

- › Los informes iniciales no mostraron ningún efecto sobre las ventas.
- › La demanda de aperitivos se estima que se ha reducido en un 5% como respuesta al aumento del 12% de su precio.
- › Los ingresos de uno de los mayores productores de pan y bocadillos en México cayeron un 1,5% en 2014.

Conclusiones de los impactos

- a. Los cambios en el consumo de productos gravados tendrá lugar en la dirección deseada.
- b. El impacto sobre el consumo total de energía varía debido a los efectos de sustitución.
- c. Las tasas se traducen en un aumento de los ingresos del Gobierno, cuyo nivel depende del nivel de los impuestos, el precio del producto gravado, el nivel de consumo y la capacidad de respuesta del consumo a los cambios en los precios.
- d. Ningún estudio ha intentado medir el impacto de los impuestos graduales, tal como se aplica en Finlandia, que son propensos a conducir a una respuesta más significativa de las personas consumidoras, produciendo también un mayor impacto en la salud.

■ **Contraargumentos al discurso de la industria alimentaria para oponerse a la intervención en los precios de los alimentos para mejorar la salud de la población**

La industria alimentaria alega en todos los casos las siguientes razones para oponerse a las medidas fiscales con vocación de mejorar la salud de la población.

› **NO HAY SUFICIENTES EVIDENCIAS COMO PARA AFIRMAR QUE LA APLICACIÓN DE LAS TASAS AFECTA DE MANERA NEGATIVA AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS GRAVADOS**

Como siempre, se trata de llevar una decisión política al laberinto de los informes científicos, a ver quién es capaz de poner más toneladas de papel sobre la mesa. Hay que admitir que en toneladas de papel siempre va a ganar la industria. Su capacidad de influencia, presión y financiación de la academia es mucho más potente que las organizaciones de la sociedad civil y las Administraciones juntas. De todos modos:

- › Por cada supuesta evidencia en contra, se puede poner una a favor. *Paper* a *paper*, podemos estar eternamente discutiendo quién tiene más estudios académicos, mientras la alimentación insana sigue galopando, creciendo y generando cada vez más enfermedades.
- › Si hay que hacer caso a alguien, mejor hacerlo a organismos como la OMS o, en nuestro país, a las Sociedades de Nutrición y Dietética y los institutos de salud pública, y todos ellos dicen que las políticas fiscales son una buena herramienta.
- › La magnitud del problema de salud es tan mayúsculo que la inacción es, en realidad, una acción para seguir como hasta ahora y por tanto, dado que hay muchísimas evidencias que indican que el mecanismo fiscal puede ayudar a mejorar la salud de la población, debería ser un deber de las Administraciones intentarlo.

› **SE VAN A GENERAR IMPACTOS NEGATIVOS SOBRE LA ECONOMÍA**

- › No hay ningún informe independiente que apoye dicha afirmación y que pueda concluir definitivamente que eso ha ocurrido, ocurre o vaya a ocurrir.
- › Si hay informes que dicen que, allí donde se han aplicado estas políticas, no ha habido impactos negativos sobre la economía.
- › En el caso de que, efectivamente, algunas empresas de la industria alimentaria vieran reducido su margen de beneficios en algunos productos claramente insanos, la salud de la población debería pasar por encima de ese factor. El derecho a una alimentación saludable es más importante que el beneficio empresarial de algunas corporaciones.

› **EL CASO DE DINAMARCA**

Cuando se plantea, en cualquier lugar de Europa, la posibilidad de aplicar algún tipo de gravamen a los alimentos insanos, por parte de la industria alimentaria aparece en seguida el caso de Dinamarca como supuesto ejemplo de que este tipo de medidas no funcionan. Veamos el caso en detalle.

En octubre de 2011, Dinamarca fue el primer país en el mundo en introducir un «impuesto sobre la grasa», un impuesto de 16 coronas danesas (2,5 €) por kg de grasa saturada. El impuesto era aplicable a todos los alimentos que contuvieran grasas saturadas. Se excluyeron solamente los productos con menos de 2,3 g/100 g (como la mayoría de los tipos de leche), al igual que los alimentos para la exportación y los artículos no alimentarios. El impuesto recibió atención mundial cuando se promulgó, y generó una batalla considerable por parte de la industria, justamente, por su valor simbólico. Desde el minuto 1 se inició la campaña en contra afirmando que el impuesto era ineficiente, ineficaz y generaría numerosas consecuencias negativas.

El impuesto no fue un invento improvisado del Gobierno o de las organizaciones de consumo, tiene su origen en la llamada Comisión Danesa de Prevención (organismo interdisciplinar que tenía entre sus objetivos mejorar el estado de salud de la población), que ya en 2009 dio a conocer un conjunto de 52 recomendaciones relativas a la mejora de la esperanza de vida y estado de salud. Entre ellas destacaba la recomendación de introducir un impuesto sobre las grasas saturadas y sobre otros productos como el azúcar y los refrescos. Esta recomendación fue revisada posteriormente por parte del departamento fiscal danés.

En concreto, la Comisión propuso:

- › Un aumento en el impuesto sobre el consumo de dulces, helados y chocolate del 25%.
- › Un nuevo impuesto sobre los refrescos azucarados proporcional a su contenido en azúcar.
- › Un nuevo impuesto sobre las grasas saturadas.

Finalmente, el impuesto vio la luz. La reacción de la industria fue inmediata. Se pidió el abandono del impuesto, ya que (según ella) estaban entrando alimentos de países vecinos (sin tasa aplicada), y eso estaba teniendo un impacto muy negativo en el mercado laboral y en la economía. Además, la Cámara de Comercio afirmó en base a una encuesta propia, que el 80% de las personas encuestadas consideraban que el impuesto no iba a alterar sus hábitos de compra y que, efectivamente, compraban más alimento en el extranjero. Se afirmó, además, que detrás de esa compra «foránea» estaba el lobby de tiendas alemanas en Dinamarca que, entre otras cosas, había enviado folletos a los hogares daneses atrayéndolos a sus tiendas. Además, según su propio análisis, el impuesto había ya costado 1.300 puestos de trabajo desde su introducción. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha proporcionado ni la metodología, ni los datos, ni la muestra ni ningún aspecto técnico de la misma. Tampoco existe, a día de hoy, ninguna evidencia académica publicada que valide dichas afirmaciones. En noviembre de 2012 se anunció que el impuesto se abandonaba. Esta decisión se tomó en ausencia de cualquier evidencia en cuanto a la efectividad del impuesto, y sin realizar ningún tipo de análisis ni sistematización, aspecto muy criticado por la comunidad médica y de salud pública. Se anunció también que se anulaban el resto de medidas propuestas por la Comisión Danesa de Prevención, entre ellas, el impuesto sobre el azúcar y sobre los refrescos.

Con posterioridad al abandono, un análisis demostró que el consumo de grasas saturadas en Dinamarca disminuyó entre un 10% y 15%, como consecuencia del impuesto. Además, se observaron algunos efectos indirectos deseables. Por ejemplo, el impuesto influyó también en el precio de una gama de productos alimenticios que no estaban tasados, como alimentos procesados (alimentos listos para consumo, pan, pasteles o bollería), ya que se basan en ingredientes que sí estaban sujetos al impuesto. Esto amplificó el efecto del impuesto actuando sobre una gama mayor de alimentos insanos.

Otro efecto rebote fue el resultado del desplazamiento (este sí demostrado con datos) de las tiendas y supermercados de altos precios hacia los de descuento, que viendo incrementar la clientela subieron los precios más allá de lo que hubiera subido por el impuesto.

Finalmente, se observó un efecto adicional interesante del impuesto sobre la grasa saturada en relación con el tamaño del paquete. Los envases y los tamaños de las porciones de mantequilla y chocolate, por ejemplo, disminuyeron, lo que también amplificó los efectos de reducción de su consumo.

En resumen, el análisis del proceso danés en relación a la introducción y derogación del impuesto sobre las grasas saturadas llega a la conclusión de que la voluntad política real de la Administración danesa era escasa y que cambiaron de opinión rápida y sorpresivamente ante las críticas (más que esperadas, por otro lado) de la industria alimentaria, y todo ello sin esperar a los estudios de impactos, tanto en la demanda como en los temas sanitarios. La decisión de revocación se centró en los ingresos y los supuestos efectos económicos, mientras que en ningún momento se abordaron los efectos de salud pública, elemento que fue la gran razón esgrimida para su introducción. También se puede concluir que la tasa tenía, realmente, pocos partidarios que creyeran realmente en la medida, y en cambio sí muchos detractores que creían realmente en su abolición, incluyendo (cómo no) a algunas personas expertas en nutrición. Del caso danés se puede extraer la conclusión de que este tipo de medidas tienen que ser apoyadas políticamente de manera real e inequívoca (donde el tema sanitario sea un argumento importante) y es importante contar con el beneplácito de los colectivos médicos y de salud pública.

- › **EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA ALIMENTACIÓN INSANA NO SE DEBE AL CONSUMO DE ALIMENTOS INDIVIDUALES, SINO A LA DIETA EN SU CONJUNTO. NO HAY ALIMENTOS BUENOS O MALOS.**

Uno de los objetivos de este informe ha sido, justamente, demostrar que sí, que efectivamente alimentos con buen perfil nutricional que se consumen poco y otros con mal perfil nutricional que se consumen en exceso. Y los precios influyen en la compra de los dos. Eso la industria alimentaria lo sabe mejor que nadie.



04

**ALIMENTACIÓN INSANA EN
EL MUNDO. LA HORA DE TOMAR
LAS DECISIONES CORRECTAS**

Todo lo que hemos escrito hasta aquí hacía, básicamente, referencia al Estado español. Pero el incremento de las enfermedades asociadas a la alimentación insana es un fenómeno global. Podríamos distinguir dos velocidades en las sociedades actuales. La primera corresponde a los países de capitalismo maduro, el llamado Norte Global, donde la prevalencia de estas enfermedades y la extensión de la alimentación procesada insana son muy elevadas. La segunda corresponde al Sur Global, países donde el capitalismo (también el alimentario) está creciendo a un ritmo acelerado. En estos países (a menudo mal llamados *en transición* o *en vías de desarrollo*), la epidemia de la alimentación excesivamente alta en azúcares, grasas y sal, vehiculadas a través de los alimentos procesados, está experimentando un crecimiento exponencial, y con un gradiente social aún más acentuado que en el contexto europeo (tanto a nivel de clase social, como a nivel de género, como a nivel de afectación de la población infantil). Al comparar los textos e informes de los organismos de salud internacionales (por ejemplo, los de la OMS Europa y los de la Organización Panamericana de la Salud), nos damos cuenta de que están diciendo exactamente lo mismo, pero en el caso de la OPS lo hace más crudamente, más desesperadamente y con mucha más beligerancia hacia la alimentación procesada, la agricultura industrial y las grandes corporaciones agroalimentarias. No es casual. En el caso de los países latinoamericanos, la mala alimentación no es una lluvia constante, como en el caso europeo, es un tsunami.

En las páginas que siguen veremos brevemente algunos de los datos que lo confirman, centrándonos justamente en esa parte del mundo, ya que es donde más movimientos se están produciendo (mucho más que en Europa o en el Estado español, por ejemplo) a nivel de políticas públicas para revertir esta situación antes de que sea demasiado tarde.



Imagen tomada de Global Nutrition Report²¹⁰

210. http://globalnutritionreport.org/files/2015/10/Basic-GNR-2015-presentation_102815.pdf

01

VINCULACIÓN ENTRE MALA ALIMENTACIÓN Y MALA AGRICULTURA

La famosa frase «del campo a la mesa» no tiene mucho sentido actualmente (más allá de temas mercadotécnicos). En realidad, poco de lo que pasa en el campo tiene que ver con lo que ponemos en nuestra mesa. Ni los productos ni los precios, por ejemplo. Sería mejor la frase «de la industria al súper y del súper a la mesa». Lo que pasa antes de la industria alimentaria no es más que la producción de componentes que esta ensambla de la misma manera que un reloj Swatch o un coche. Conviene no perder esto de vista: la conexión (o desconexión) entre una agricultura de proximidad, de temporada, basada en explotaciones familiares (la que nos suministra o puede suministrar la llamada *dieta saludable*) y la alimentación sana. Del mismo modo, su desaparición comporta su ocupación por alimentos altamente procesados que han demostrado su implicación en la epidemia que estamos describiendo. No hay alimentación sana sin agricultura «sana». Y a la inversa.

Actualmente, cuando se habla de malnutrición, se habla de tres vertientes del problema: la más conocida es la llamada *subnutrición*, que básicamente se entiende como un déficit de energía y proteínas. Pero existen al menos otras dos dimensiones: la carencia de micronutrientes y las enfermedades asociadas al consumo excesivo de sal, grasas insalubres y azúcares añadidos.

El caso es que, por primera vez en la historia, las otras dos dimensiones de la malnutrición superan de largo a la primera. Hoy en día existen más personas afectadas de mala alimentación en el mundo que de hambre y subnutrición.

Con datos de 2014, 1.900 millones de personas en el mundo padecen sobrepeso, de las cuales 641 millones correspondían a obesidad (266 millones de hombres y 375 millones de mujeres), y este trastorno alimenticio se cobra la vida de 3,4 millones de personas por año (OMS), respecto a los 900 millones que, oficialmente, sufren subnutrición. Los datos apuntan que, en 40 años, la cifra mundial de personas obesas se incrementó de 105 millones de personas (en 1975) a 641 millones (en 2014). Las estadísticas muestran, también, que la cifra en hombres se disparó del 3,2% al 10,8% (tres veces más), y en las mujeres se duplicó, y sigue superando a la de los hombres: en 1975 un 6,4% de las mujeres en el mundo eran obesas, y en 2014 había un 14,9%.

Y la obesidad y el sobrepeso solamente son una parte visible del gran iceberg que supone la alimentación insana para la salud humana. El problema de la mala alimentación (del que la obesidad y el sobrepeso es uno de los indicadores más analizados) es un problema global, en palabras de la OMS y la FAO, la pandemia más grave del siglo XXI. Por poner unos ejemplos, en Costa Rica el sobrepeso afecta al 62% de las mujeres y al 58% de los hombres, en Perú al 61% de las mujeres y al 54% de los hombres, en Chile solamente la obesidad afecta al 32% de los hombres y al 20% de las mujeres, en México al 35% de los hombres y al 25% de las

mujeres, o en Colombia al 20% (hombres) y al 15% (mujeres)²¹¹. En Guatemala el sobrepeso afecta al 29% de la población infantil, y la obesidad al 8,4%. O sea, casi 4 de cada 10 niños y niñas. En República Dominicana la obesidad o el sobrepeso afectan casi al 40% de la población. En Bolivia la cifra es muy parecida, el 41%.

Sirva como muestra de la uniformización, no solo del problema de la alimentación insana, sino también de sus causas, el reciente estudio publicado en Argentina sobre publicidad infantil, donde se concluye que el 85% de los anuncios que ven los niños y niñas en televisión corresponden a alimentos con exceso de sal, azúcar y grasas²¹², que están expuestas a más de 60 anuncios diarios de comida claramente insana, que el 65% de los anuncios son de refrescos, comida rápida, *snacks* y postres lácteos, que uno de cada tres usa regalos para promocionar la compra, que uno de cada dos usa personajes famosos. Recordar que en Argentina el sobrepeso infantil ha aumentado del 24% al 30% en solo 5 años.

CAUSAS

Una comprensión más precisa de la naturaleza del desafío alimentario en el mundo exige cierta reconsideración de las premisas predominantes actuales. Es decir, la desnutrición fue vista más como un simple problema de personas con bajos ingresos, de economías excesivamente agrarizadas, de poca producción agrícola. La respuesta-excusa perfecta fue: incrementemos la productividad (de ahí la Revolución Verde), incrementemos los intercambios comerciales internacionales (de ahí la entrada de la agricultura en los tratados de libre comercio), urbanicemos la sociedad (de ahí el abandono masivo de la actividad agraria); y demás medidas neoliberales. El resultado, casi 50 años después, es obviamente un desastre, y no solamente no se ha conseguido reducir significativamente el número de personas en situación de hambre y subnutrición, sino que, además, se han incrementado exponencialmente las otras formas de mala alimentación.

Debido a este contexto internacional y en el marco de la II Conferencia Internacional de Nutrición organizada conjuntamente por la FAO y la OMS realizada en Roma a finales de 2014, ambas organizaciones internacionales señalaron como la principal causa de la situación alimentaria del mundo y la vulneración constante del derecho humano a una alimentación adecuada, al fracaso del actual sistema agroalimentario, generador no solamente del alarmante estado alimentario del mundo, sino también de otros efectos altamente negativos:

- › Vulneración del Derecho a la Alimentación (DA) e indirectamente a otros derechos como el de educación o sanidad.
- › Impacto social con la generación de hambre afectando de manera grave a las poblaciones rurales en países del Sur (principales productoras de alimentos) y especialmente a las mujeres, al ser las principiantes garantes de la alimentación en el mundo.
- › Impactos ambientales debido a la emisión de gases CO₂ causada por la producción de alimentos que se desperdician y por los kilómetros que recorren. También contaminación de aguas, erosión de suelos o pérdida de biodiversidad debido a sistemas de producción insostenibles.
- › Desequilibrios territoriales (despoblación del medio rural).
- › Impacto de género limitando a las mujeres el acceso y control a recursos productivos y mercados forzando su migración y éxodo rural, la valoración insuficiente de su trabajo tanto en tareas reproductivas como productivas y la invisibilización de su aporte a la economía.
- › Impactos sobre la cultura de las sociedades.

211. <http://iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/libros/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>

212. http://www.ficargentina.org/images/stories/Documentos/150814_publicidad_infantil_alimentos.pdf

De ahí que ambos organismos, conjuntamente con el Relator Internacional para el Derecho a la Alimentación de Naciones Unidas, hicieran un llamamiento a los Estados y Administraciones de todo el mundo a que reconozcan el papel clave de la agricultura familiar campesina y los mercados alimentarios locales como pieza crucial en la lucha contra el hambre y la mala nutrición. Estas peticiones vienen recogidas en las conclusiones de la II Conferencia Internacional de Nutrición y en los dos últimos informes sobre el estado mundial de la agricultura y la alimentación, donde uno de ellos se titula «Sistemas alimentarios para una mejor nutrición», mostrando claramente la estrategia que se debe seguir para conseguir mejorar el estado de este derecho humano básico.

La vinculación entre el desarrollo del sistema alimentario industrializado y la progresión de la mala alimentación, junto con el papel de los sistemas alimentarios locales como elementos centrales de la lucha contra la mala alimentación, es uno de los ejes de trabajo e investigación de diversos centros de referencia a nivel europeo y mundial.

La mayor parte de las estrategias puestas en marcha hasta ahora para luchar contra la vulneración del Derecho a una Alimentación Adecuada parten de una realidad socioeconómica y cultural que existía en los años 80 y 90 pero que han cambiado significativamente. Algunas diferencias claves son: la población es cada vez más urbana (en los 80 era el 26% y actualmente es del 51%, el año pasado, primera vez en la historia, el mundo era más urbano que agrícola). Además, la división entre las dos poblaciones (rural y urbana) es cada vez más difusa, entre otras cosas porque, y esta es la segunda diferencia importante, cada vez hay menos población agrícola. En los 80 la población que producía alimentos era del 69% y actualmente es de menos de un 45%. Finalmente, el sistema de distribución y comercio de los alimentos también ha sufrido cambios trascendentales, entre los que destaca la reducción de los circuitos cortos y los mercados locales, extendiéndose de manera creciente los sistemas de distribución moderna (supermercados) y del comercio a larga distancia.

Así, en uno de los extremos de la cadena encontramos una creciente población urbana o semiurbana que demanda una alimentación sana, nutritiva, segura y culturalmente apropiada; en el otro extremo, la población campesina con claras dificultades en todo el mundo para mantener su actividad de forma digna y conseguir unos precios remunerativos por su trabajo.

Ante esta coyuntura, aparece la necesidad de poner en marcha estrategias para la reconexión de esas dos realidades, formas de comercialización como los mercados municipales, la venta directa de alimentos por parte del campesinado y la innovación en mercados alimentarios son alternativas con un claro potencial de contribuir de manera eficaz a la reducción no solamente del hambre y la subnutrición, sino también, y especialmente, de la mala alimentación que está erosionando cada vez más el Derecho a

una Alimentación Adecuada. De ahí nace el llamamiento de los organismos internacionales antes citados.

Las Administraciones públicas juegan un rol central dentro de este contexto, así como las organizaciones de personas productoras, consumidoras, y los diversos actores implicados en la comercialización y distribución alimentaria. Existe además un claro componente de género tanto en las formas actuales de compra como en el consumo alimentario, que deben tenerse en cuenta además de las intrínsecas y propias de la producción campesina.

Utilizar el enfoque de la mala alimentación creciente y los problemas de salud asociados, para informar, formar, sensibilizar y actuar sobre la importancia crucial de los sistemas alimentarios locales, diversos, de temporada y cercanos al lugar de consumo, en la consecución del Derecho a la Alimentación aparece como una gran oportunidad teniendo en cuenta las dinámicas sociales, culturales y económicas actuales. Esto, además, conecta con las múltiples iniciativas en todo el mundo vinculadas a la agricultura urbana y periurbana y diversos sistemas de mercados locales.

Por otro lado, los sistemas alimentarios de base campesina están siendo borrados del planeta y esas dos realidades (la mala alimentación y la pérdida de los sistemas alimentarios locales) están íntimamente conectadas.

En el estudio sobre las principales causas generadoras de mala alimentación, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) concluye que la mayor parte de las estrategias puestas en marcha para luchar contra la vulneración del Derecho a la Alimentación (ya sea subnutrición o alimentación insana) parten de una realidad socioeconómica y cultural que existía en los años 80 y 90 pero que ha cambiado significativamente. Algunas diferencias claves son:

- a. La población es cada vez más urbana (en los 80 era el 26% y actualmente es del 51%); y esta distribución no es homogénea en términos de sexo. En muchos países, el índice de masculinidad²¹³ en las áreas rurales es superior a 100, mientras que en las áreas urbanas es menor que esta cifra; por ejemplo, en Bolivia, los índices más altos de masculinidad se encuentran en la zona rural, llegando a extremos máximos en el departamento de Pando, donde se registran 132,4 hombres por cada 100 mujeres, mientras que, en el sector urbano de La Paz, se registran solamente 94,88 hombres por cada 100 mujeres.
- b. La división entre las dos poblaciones (rural y urbana) es cada vez más difusa, y cada vez hay menos población agrícola (en los 80 la población que producía alimentos era

213. El índice de masculinidad, también llamado *razón de sexo*, es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, expresada en tanto por ciento, tasas mayores de un 100% indican mayoría masculina.

del 69% y actualmente es de menos de un 45%, y dentro de ella, hay que recordar que son las mujeres las que producen entre el 60 y el 80 por ciento de los alimentos de los países en vías de desarrollo y la mitad de los de todo el mundo.²¹⁴).

- c. El sistema de distribución y comercio de los alimentos también ha sufrido cambios trascendentales, entre los que destaca la reducción del consumo basado en productos que provienen de mercados locales, extendiéndose de manera creciente los sistemas de distribución de larga distancia.

Tanto la FAO como la OMS han realizado diversos llamamientos a los Estados y Administraciones de todo el mundo a que reconozcan el papel clave de la agricultura familiar campesina y los mercados alimentarios locales como pieza crucial en la lucha contra el hambre y la mala nutrición. También solicitan medidas para promover cambios de comportamiento en consumidores y consumidoras a través de la educación e información sobre las repercusiones de nuestro consumo alimentario en la degradación ambiental, generación de pobreza y hambre.

Vemos, por tanto, que durante las dos últimas décadas se han acelerado los cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados.

Los alimentos y los productos alimenticios se han convertido en productos básicos fabricados y comercializados en un mercado que se ha ampliado desde una base esencialmente local a otra cada vez más mundial. Son las palabras exactas de la OMS. Los cambios de la economía alimentaria mundial se han reflejado en los hábitos alimentarios; por ejemplo, hay mayor consumo de alimentos muy energéticos con alto contenido de grasas, en particular grasas saturadas, y bajos en carbohidratos no refinados.

La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida. Lo que es más importante, los ajustes alimentarios no solo influyen en la salud del momento, sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, estas ideas no han llevado a modificar las políticas o la práctica. En muchos países en vías de desarrollo las políticas alimentarias siguen concentrándose solo en la desnutrición y no consideran la prevención de las enfermedades crónicas.

Se ha previsto que para 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones, y el 71% de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares y el 70% de las defunciones por diabetes ocurrirán en los llamados *países en vías de desarrollo*. El número de personas con diabetes en el Sur Global se multiplicará por más de 2,5 y pasará de 84 millones en 1995 a 228 millones en 2025. Ya desde 1980 hasta 2008, la prevalencia de la diabetes en la población adulta se incrementó de 8,3% a 9,8% para hombres (un crecimiento de un 18%) y de 7,5% a 9,2% para mujeres (un 23% más), y actualmente ya casi la mitad de los casos de diabetes se dan en el Sur²¹⁵. A nivel mundial, el 60% de la carga de enfermedades crónicas corresponderá a los países del Sur Global. De hecho, aun ahora las enfermedades cardiovasculares son más numerosas en la India y China que en el conjunto de todos los países del Norte Global. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, no solo la prevalencia actual ha alcanzado niveles sin precedentes, sino que la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las regiones del Sur Global. Las implicaciones de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes.

La rapidez de la transición en los países en vías de desarrollo es tal, que a menudo estos sufren una carga doble de morbilidad. La India, por ejemplo, afronta hoy una combinación de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas, y la carga de enfermedades crónicas supera ligeramente a la de enfermedades transmisibles. Otro ejemplo destacado es la obesidad, que está convirtiéndose en un problema serio en toda Asia, América Latina y partes de África, a pesar de lo extendido de la desnutrición. En algunos países la prevalencia de obesidad se ha duplicado o triplicado durante el último decenio. Un dato revelador: en China, aunque la obesidad y el sobrepeso afectan «solo» al 25% de la población, en cantidad absoluta supera en 50 millones de personas a las del Reino Unido y EE. UU. juntas.

Conviene recordar que estas enfermedades son en gran medida enfermedades prevenibles.

Los costos médicos de este exceso de peso son extremadamente altos, y más teniendo las menores rentas de la mayoría de ellos. Un ejemplo: en Brasil el coste anual de la enfermedad relacionada con el exceso de peso se estima prácticamente 2 mil millones de euros²¹⁶.

214. www.fao.org/FOCUS/S/Women/Sustin-s.htm

215. <http://www.agenciasinc.es/Noticias/Hay-347-millones-de-diabeticos-en-el-mundo-mas-del-doble-que-en-1980>

216. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-440>

02

LA ALIMENTACIÓN INSANA EN EL MUNDO

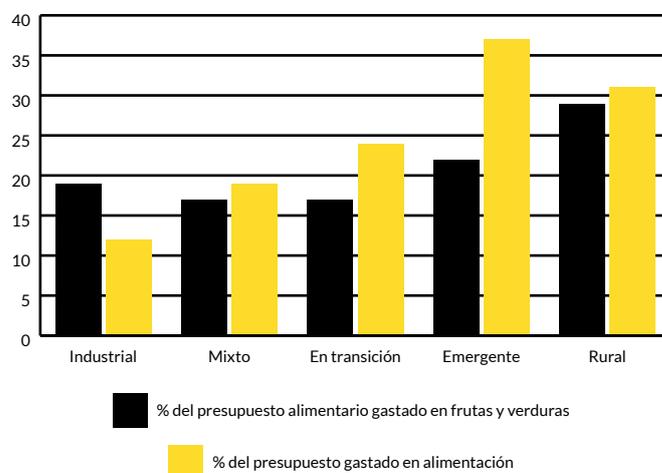
Una de cada tres personas en el mundo sigue una dieta insana que compromete su estado de salud a corto y/o largo plazo²¹⁷. Además, se constata que el mundo vive, cada vez más, inmerso en un ambiente alimentario que determina finalmente la prevalencia creciente de las dietas insanas. Como ejemplo, las cifras de obesidad en el mundo no paran de crecer, especialmente en los países con menos renta y, dentro de los países, con un gradiente de clase social muy claro. La diabetes tipo II tampoco deja de crecer. Ni el resto de enfermedades asociadas a la alimentación insana.

Desde el punto de vista económico, la carga que estas enfermedades suponen para el sistema sanitario público es, en algunos casos, insostenible; por ejemplo, la obesidad ya supone entre un 2% y un 20% del presupuesto sanitario en los distintos países.

Y un dato más que alarmante. **Ningún país del mundo ha revertido sus cifras de obesidad o sobrepeso. Ni uno solo.**²¹⁸

La relación entre alimentación insana y grado de industrialización del sistema alimentario aparece con claridad en el siguiente gráfico. Dejando de lado la nomenclatura (más o menos afortunada) utilizada en el estudio²¹⁹ para designar cada sistema, se observa que a medida que se industrializa la alimentación el tanto por ciento de gasto destinado a ella disminuye (eso puede ser significativo de que destinan menos recursos financieros a adquirir alimentos, o no, ya que el monto total es distinto en cada caso), pero lo más llamativo es que el porcentaje dedicado a frutas y verduras respecto al total alimentario se reduce más del 10% al pasar de un sistema alimentario de base rural a otro industrial.²²⁰

GRÁFICO 40 Gasto de los hogares en alimentos, frutas y verduras por tipo de sistema alimentario dominante



217. <http://globalnutritionreport.org/the-report/>

218. <http://globalnutritionreport.org/the-data/dataset-and-metadata/>

219. <http://globalnutritionreport.org/the-report/>

220. Como ejemplos de cada caso, tenemos que Dinamarca sería un sistema alimentario industrial, Bulgaria uno mixto, Brasil uno en transición, Filipinas uno emergente y Senegal uno rural.

03

LA ALIMENTACIÓN PROCESADA EN EL MUNDO

Prácticamente todos los alimentos que se consumen en la actualidad se procesan de alguna manera. No es que los alimentos sean saludables o no sencillamente por el hecho de estar «procesados». Muchos tipos de procesamiento son indispensables, beneficiosos o inocuos. En cambio, otros son perjudiciales, tanto para la salud humana como para otros aspectos socioculturales y ambientales. Estos son los que realmente nos importan.

Uno de los sistemas más usados es el sistema NOVA de clasificación de alimentos.

El sistema NOVA agrupa los alimentos según la naturaleza, la finalidad y el grado de procesamiento. Comprende cuatro grupos:

1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados
2. Ingredientes culinarios procesados
3. Alimentos procesados
4. Productos ultraprocesados

El sistema NOVA permite estudiar el suministro de alimentos y los patrones de alimentación en su conjunto, en cada país a lo largo del tiempo y entre países. También permite estudiar los grupos de alimentos individuales dentro del sistema. Es el sistema utilizado por la OPS en sus informes en los que se basa este apartado.

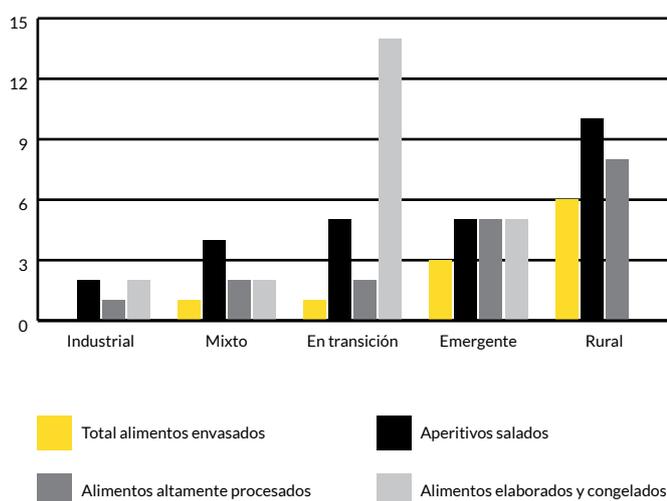
Los dos que nos interesan aquí son las dos últimas categorías, ya que es en ellas donde se incorporan los ingredientes críticos.

Los sistemas alimentarios mixtos e industriales proporcionan alimentos diversos, asequibles, abundantes y de calidad variable, pero también fomentan dietas menos saludables²²¹. Mientras la población de los países con sistemas alimentarios mixtos e industriales consume al año entre 80 y 90 kilogramos por persona de alimentos ultraprocesados²²² de gran densidad energética, altas cantidades de grasas insalubres, sal añadida, azúcares refinados y bajas cantidades de micronutrientes esenciales, la población de sistemas alimentarios rurales y emergentes, en cambio, consume entre 20 y 30 kilogramos de estos alimentos ultraprocesados por persona por año. No obstante, la tendencia de consumo de estos alimentos se está disparando en estos países y sociedades y las enfermedades asociadas a su consumo excesivo empiezan a ser ya muy importantes.

221. Imamura et al. 2015; Popkin y Nielsen 2003; Mozaffarian et al. 2014

222. Según definición de la OMS en América www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1774:nota2sept

GRÁFICO 41 % incremento de venta en minoristas de tipos de alimento en función del tipo de sistema alimentario



Los sistemas alimentarios de transición, mixtos e industriales dependen en menor medida de los productos básicos. Existe evidencia de que este patrón dietético tiene consecuencias negativas, tanto para la salud como para el medio ambiente. En cambio, las poblaciones de sistemas alimentarios rurales y emergentes consumen, aún, una proporción baja de alimentación altamente procesada.

Así podemos tomar un ejemplo de cada uno de estos países (siguiendo la clasificación propuesta por el Global Nutrition Report)²²³ y ver que:

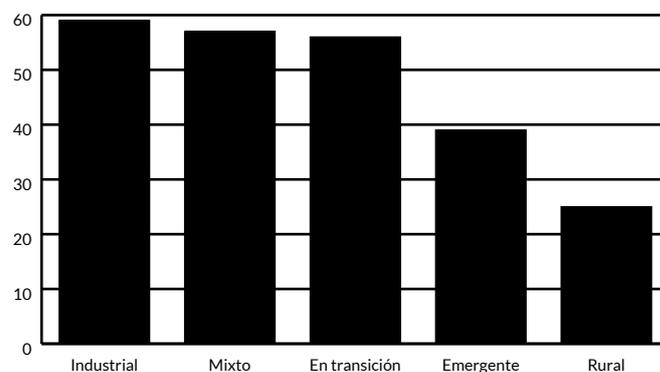
- › Dinamarca (sistema industrial) solamente tiene un 29% de su alimentación basada en productos básicos.
- › Bulgaria (sistema mixto), un 43%.
- › Brasil (sistema en transición), un 34%.
- › Filipinas (sistema emergente) un 60%.
- › Senegal (sistema rural) un 65%.

Visualizemos ahora el porcentaje de obesidad en la población adulta por tipo de sistema alimentario en el Gráfico 42.

Diversos estudios indican que diversas características nutricionales y metabólicas de los productos procesados son problemáti-

223. <http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/129500/filename/129711.pdf>

GRÁFICO 42 % personas adultas con sobrepeso



cas, al igual que sus repercusiones sociales, culturales, económicas y ambientales, en especial cuando representan una proporción sustancial y cada vez mayor del suministro de alimentos y de la alimentación en los países. La OPS advierte que además de su «pésima calidad nutricional», imitan los alimentos sin procesar «y se los ve erróneamente como saludables, se anuncian y comercializan de manera agresiva; y son cultural, social, económica y ambientalmente destructivos».

La vinculación entre un consumo elevado de alimentos procesados y enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes o factores de alto riesgo como la obesidad y el sobrepeso está ampliamente documentada. Por poner un ejemplo, el análisis de la OPS muestra una correlación estrecha entre los cambios en las ventas de productos ultraprocesados y los cambios en la masa corporal. Se ha observado una correlación positiva, significativa y estrecha después de los ajustes para el tamaño de la población, la población urbana y el nivel de ingresos (para descartar posibles interferencias), en concreto, cada aumento de 20 unidades en las ventas anuales promedio per cápita de productos ultraprocesados se ha asociado con un aumento de 0,28 kg/m² en los puntajes de índice de masa corporal (IMC) estandarizados según la edad²²⁴.

Veamos ahora hasta qué punto estos alimentos han colonizado las dietas de los países del Sur Global, centrándonos, más adelante, en los países latinoamericanos.

224. http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1774:nota2sept

GRÁFICO 43 Crecimiento ventas alimentos ultraprocesados 2000-13

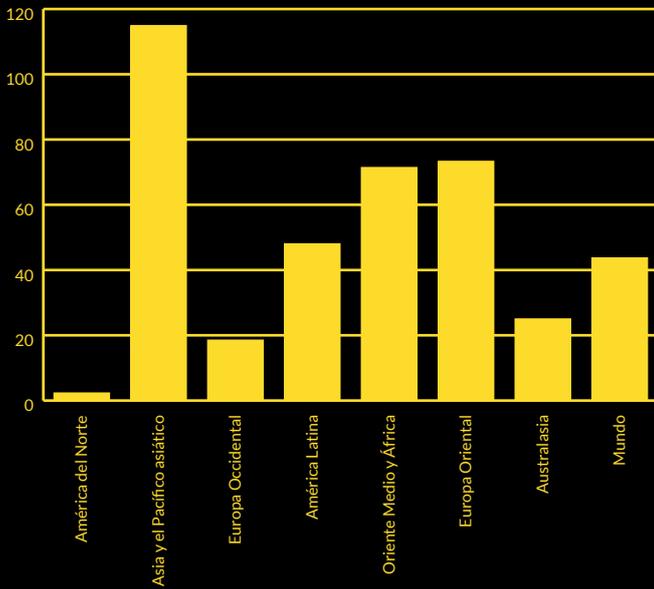
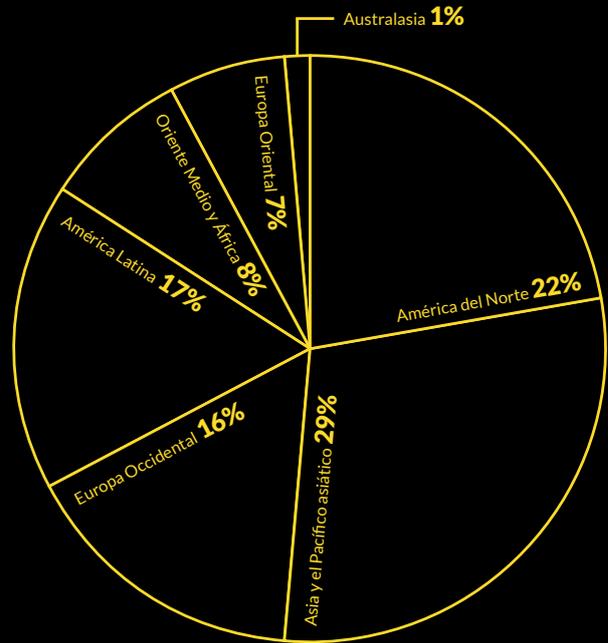


GRÁFICO 44 Ventas mundiales AUP por región



VENTAS DE PRODUCTOS PROCESADOS Y ULTRAPROCESADOS²²⁵

A nivel mundial, las ventas de productos ultraprocesados han aumentado un 43,7% en solamente trece años (de 2000 a 2013), con diferencias importantes entre las regiones.

Una primera conclusión es lo que anunciábamos anteriormente, pero que ahora podemos comprobar con los datos. Algunos mercados (Europa Occidental y Norteamérica) están ya absolutamente invadidos por este tipo de alimentos, mientras que en el resto está creciendo de manera alarmante. Así vemos que en los últimos años, la venta de productos ultraprocesados (sin tener en cuenta los procesados, cosa que, en realidad, subestima el volumen de la alimentación procesada) ha crecido un 120% en Asia, más de un 70% en Oriente Medio y África, y Europa Oriental y se ha doblado en América Latina. Hasta tal punto que hoy en día, casi 2 de cada 3 alimentos procesados que se venden en el mundo lo hacen en el llamado *Sur Global*.

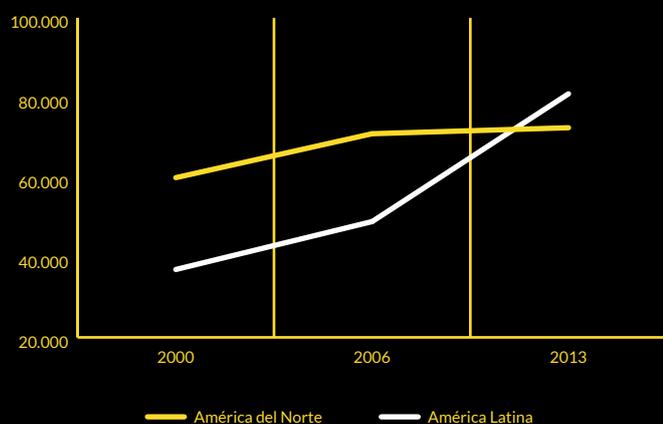
225. Los alimentos y bebidas ultraprocesados referidos son: bebidas gaseosas, *snacks*, cereales para el desayuno, dulces y caramelos, helados, galletas, zumos de frutas y verduras, bebidas deportivas y energizantes, té o café listos para beber, productos para untar, salsas y comidas preparadas.

Otro buen ejemplo de que algo (algo malo) está pasando en el sistema alimentario de los países de capitalismo neoliberal más reciente, consiste en ver la evolución de las ventas de refrescos entre América Latina y América del Norte. En el año 2012 se produjo el **sorpasso** latinoamericano, y actualmente se venden más refrescos del Río Grande hacia abajo que hacia arriba.

O el dato de que entre los 15 primeros países del mundo con mayor venta de alimentos ultraprocesados per cápita ya hay tres del Sur Global, alumnos aventajados del neoliberalismo como son México (4.º país del mundo que más consumo per cápita de alimentos ultraprocesados tiene), Chile (7.º) y Argentina (14.º)²²⁶.

Si ponemos el foco en el subcontinente, y nos fijamos en las ventas de alimentos procesados y su crecimiento, vemos que ocurre el mismo fenómeno que a nivel global, algunos países están ya en cifras norteamericanas y europeas, mientras que el resto avanza al galope hacia ellas, a destacar el gran cambio alimentario que está sufriendo Bolivia, Perú y Uruguay.

226. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27545&Itemid=270&lang=es

GRÁFICO 45 Ventas de refrescos (miles de millones USD)**TABLA 38** Alimentos y bebidas ultraprocesados (ventas/kg)

	2000	2013	% crecimiento
Argentina	194,1	185,6	-4,4
Bolivia	44,6	102,5	129,8
Brasil	86	112,3	30,6
Chile	125,5	200,6	59,8
Colombia	73,7	92,2	25,1
Costa Rica	107,8	119,7	11
Ecuador	73,4	87,9	19,8
Guatemala	90,7	113,5	25,1
México	164,3	212,2	29,2
Perú	40,2	83,2	107
República Dominicana	70,3	96,6	37,4
Uruguay	60,6	149,3	146,4
Venezuela	92	99,4	8

VENTAS DE FAST FOOD

Todas estas cifras, como decíamos, no incorporan ni los alimentos procesados (más abundantes que los ultraprocesados) ni las compras de la llamada *comida rápida* realizadas directamente en establecimientos de *fast food* (solo la realizada en supermercados o tiendas tradicionales). También resulta interesante ver estos datos para observar el problema en su globalidad.

En América Latina, el número per cápita de compras de comida rápida aumentó un 38,9% durante el periodo de estudio (de 13,6 en 2000 a 18,9 en 2013). Las compras latinoamericanas de comida rápida per cápita crecieron de manera continua en todos los países. Aumentaron al doble o más en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y República Dominicana. El crecimiento más rápido, con cifras realmente mareantes, se observó en Perú (265%), donde el número de compras creció de 8,7 en 2000 a 31,8 en 2013, y en Bolivia (275%), que creció de una cifra inicial mucho menor, de 0,8 hasta 3,0. El crecimiento de las ventas se ubicó entre 40% y 75% en Guatemala, México, Uruguay y Venezuela, y fue de 25% en Brasil. En Argentina hubo una caída del 36% (de 19,4 a 12,5) entre 2000 y 2002, durante la crisis financiera. Después, las ventas aumentaron un 23% (de 12,5 a 15,4) entre 2002 y 2013.

En 2013, en América Latina, la población brasileña y la peruana fueron de lejos las mayores consumidoras de comida rápida, consumen 10 veces más que, por ejemplo, Bolivia.

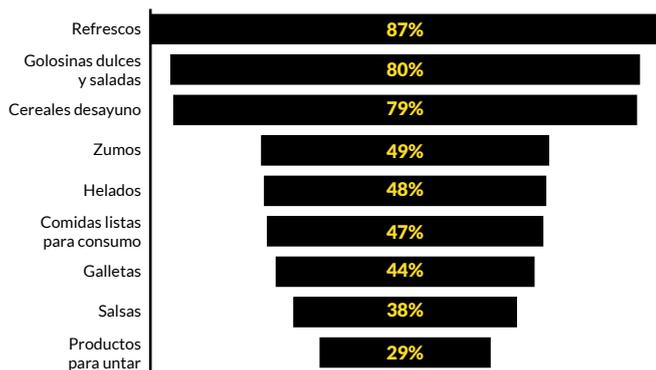
LUGAR DE COMPRA

A diferencia de los países donde el régimen alimentario industrial ya se ha consolidado, en la mayor parte de países latinoamericanos los canales de distribución alimentario no son únicamente la gran distribución (los supermercados, para entendernos). Sigue habiendo un porcentaje relativamente alto (entre un 40-60%) de ventas alimentarias en tiendas tradicionales. Esto lo señalamos porque mientras en el primer grupo de países, la alimentación ultraprocesada se vende casi exclusivamente (90%) en supermercados, en el segundo grupo se reparte casi al 50% entre el supermercado y la tienda tradicional.

CONCENTRACIÓN DEL MERCADO ALIMENTARIO

La presencia de oligopolios en la alimentación también es un fenómeno creciente en los países latinoamericanos y tiene diversas implicaciones, entre ellas, la fuerza y presión de lobby para mantener sus productos alejados de las regulaciones públicas (tanto en publicidad como en etiquetado y medidas impositivas), o la capacidad de márketing o la alteración del mercado y la libre competencia, entre otras.

GRÁFICO 46 Cuota de mercado del Top 4



FACTORES QUE EXPLICAN EL CRECIMIENTO DE LA VENTA Y CONSUMO DE LA ALIMENTACIÓN ULTRAPROCESADA INSANA

En el Plan de acción de la OPS para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, aprobado por los Estados miembros a finales de 2014, se reconoce la influencia de los factores sociales, económicos y ambientales sobre los comportamientos alimentarios, al declarar lo siguiente: «el precio, la mercadotecnia, la disponibilidad y la asequibilidad determinan las preferencias alimentarias de la persona, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios. A su vez, las políticas y los reglamentos relativos al comercio y a la actividad agropecuaria establecidos previamente influyen en estos factores». Derivado de ello, las recomendaciones del plan de acción comprenden la aplicación de reglamentos diseñados específicamente para abordar los factores que contribuyen a la obesidad, como los ambientes obesogénicos.

En la formulación futura de políticas públicas deben identificarse y especificarse dichos factores, y también analizarse y abordarse sus repercusiones, incluidas las de los productos ultraprocesados.

Algunos de los factores sociales y económicos que influyen sobre la oferta y la demanda de alimentos procesados en el sur mundial son la urbanización y el aumento en los ingresos, los cambios en el sector de las ventas al menudeo (48-50), y las políticas de comercio y desregulación de los mercados. Podemos cuantificar algunos de ellos.

■ La urbanización

El grado de urbanización (se puede obtener a partir de los indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial) conlleva una correlación positiva, moderada y significativa con el consumo de alimentos ultraprocesados, lo cual demuestra que las ventas de productos ultraprocesados son mayores en los países más urbanizados. Ahora bien, la correlación entre la urbanización y las ventas de productos ultraprocesados es imperfecta. Por ejemplo, las ventas anuales per cápita son tres veces menores en Corea del Sur que en Estados Unidos (82,5 kg y 308,4 kg, respectivamente), pese a que ambos países tienen tasas de urbanización altas (82,2% y 81,3% respectivamente). En Suiza, con una urbanización de 73,8%, las ventas anuales per cápita son altas (193,9 kg), mientras que, en Italia, que tiene una tasa similar de urbani-

zación (68,7%), las ventas anuales per cápita son mucho menores (113,3 kg). Estos números indican que la urbanización por sí sola no explica del todo el grado de penetración de los productos ultraprocesados.

■ Países con mayores ingresos

Como hemos visto, las ventas de productos ultraprocesados son más altas en los países de ingresos altos, pero están aumentando con rapidez en los países de menores ingresos. Si comparamos las ventas anuales per cápita de productos ultraprocesados en función del Ingreso Nacional Bruto (INB) en los 74 países que aportaron datos al Euromonitor, en 2013, obtenemos una correlación positiva significativa y relativamente estrecha. Así, un aumento de 9.000 € en los ingresos per cápita anuales incrementa las ventas de alimentos ultraprocesados el triple. Al mismo tiempo, se puede calcular la velocidad del crecimiento anual de las ventas per cápita de productos ultraprocesados en función del INB en los 74 países. Se observa una correlación negativa moderada y significativa, la cual confirma que las ventas de productos ultraprocesados están aumentando con mayor rapidez en los países de menores ingresos.

■ Desregulación de los mercados

Una razón destacada para la penetración de los productos ultraprocesados en el sur mundial son las políticas públicas neoliberales, tanto en lo político como en lo económico, que desde los años ochenta han promovido el flujo internacional de capitales y comercio, la entrada extranjera en los mercados nacionales y la desregulación de los mercados²²⁷. Tales políticas han permitido el rápido ascenso de las empresas multinacionales que fabrican, distribuyen, abastecen y venden al por menor. Cuando los Gobiernos estatales adoptan políticas de desregulación de mercados y medidas fiscales que favorecen a las grandes industrias alimentarias, la producción, las ventas y el consumo de productos ultraprocesados tienden a aumentar. Los datos indican una correlación positiva y significativa entre las ventas per cápita de productos ultraprocesados y el grado de desregulación de los países (según el índice de libertad económica del Banco Mundial, curioso nombre, por cierto), lo cual indica que, a mayor grado de desregulación, mayores son las ventas de productos ultraprocesados.

227. http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1774:nota2sept

■ Cambios en el sector de la distribución alimentaria y la venta al por menor

Las cadenas nacionales y transnacionales de supermercados están creciendo y desplazando a la tienda tradicional e independiente. Al mismo tiempo, las cadenas de comida rápida están desplazando a los restaurantes y otros establecimientos tradicionales de alimentos que sirven platos y comidas recién preparados. Este fenómeno, que empezó en el norte mundial, ahora es prevalente en todo el mundo, incluidas la mayor parte de Asia, las zonas de mayores ingresos de África y toda América Latina²²⁸. En los países y entornos de menores ingresos, las empresas multinacionales también comercializan sus productos mediante pequeños negocios al por menor, como las tiendas independientes y los quioscos de periódicos, o contratan a vendedoras de puerta en puerta que llevan los llamados *productos de marcas populares* a las comunidades empobrecidas²²⁹.

228. Ver Reardon T., Timmer C. P., Minten B. Supermarket revolution in Asia and emerging development strategies to include small farmers. Reardon T., Timmer C. P., Barrett C. B., Berdegue J. The rise of supermarkets in Africa, Asia, and Latin America. Reardon T., Berdegue J. A. The rapid rise of supermarkets in Latin America: challenges and opportunities for development.

229. Monteiro C. A., Cannon G. The impact of transnational "Big Food" companies on the South: a view from Brazil.



05

CONCLUSIÓN

Si tuviéramos que resumir en una frase lo que hemos intentado exponer en este informe, seguramente sería esta: el consumo excesivo de alimentos procesados (cargados de sal, azúcares y grasas insalubres) nos está enfermando.

De hecho, es lo que más nos enferma. Es más, cada vez nos enferma más.

Y es perfectamente evitable.

Hemos abandonado una agricultura sostenible, de base campesina y familiar, centrada en una producción cercana, diversa y de temporada. Hemos abandonado los circuitos cortos de producción, comercialización y consumo alimentario. Hemos perdido la cultura alimentaria. Con la desaparición del bosque se nos van los árboles; es decir, con la pérdida de esa agricultura, se nos va una dieta basada en alimentos frescos y sana, que sabemos de memoria a base de verla en forma de pirámide nutricional. Pero no comemos apenas nada de lo que aparece en esas recomendaciones. Comemos otra cosa. Y esa otra cosa es la alimentación procesada con un perfil nutricional nefasto. Nos alimenta la industria alimentaria, no el campo. Y no es un cambio baladí, es trascendental.

Tomemos el índice que tomemos, no hay ni un solo país en el mundo que no esté empeorando en salud alimentaria, y no hay ni uno solo que haya mejorado la prevalencia de las principales enfermedades asociadas a esta.

Enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y sobrepeso, depresión, rechazo social, centenares de millones de euros de gasto público sanitario, son algunos de los efectos de la alimentación insana. Pero el riesgo alimentario no afecta a todo el mundo por igual. Como los pararrayos, esos riesgos se concentran en ciertas capas sociales. Las clases populares son las que, realmente, están enfermando y muriendo por el consumo excesivo de alimentos procesados con un perfil nutricional catastrófico. Y las clases populares, actualmente en el Estado español, son la inmensa mayoría.

Tampoco afecta igual a hombres que a mujeres. El patriarcado es como una manta densa y pesada que lo cubre todo. También esto. Las mujeres enferman distinto, comen distinto (y no nos estamos refiriendo, obviamente, a las diferencias por razones biológicas), y actúan sobre ellas de manera distinta la publicidad o el precio de los alimentos. Hay una clase popular dentro de la clase popular, una desigualdad dentro de la desigualdad, una brecha en el centro mismo de la brecha, y son las mujeres de las clases medias y bajas.

Por un lado, nos se encontramos con problema mayúsculo (siguiendo con los símiles, una especie de Armagedón alimentario) y con la mayor parte de la sociedad que habita en este planeta afectada (la mayoría de índices de enfermedades directamente

influidas por una mala alimentación superan el 50% de morbilidad²³⁰); y por el otro, con la gran industria alimentaria que fabrica, vende y gana mucho dinero con unos productos claramente insanos y que hace todo lo posible (con buena lógica) para mantener el statu quo. Y en el centro, con la mayoría de Administraciones en un estado de parálisis en materia de política pública efectiva.

Todo parece indicar que nos encontramos en un equilibrio inestable. Esto es, por definición, cuando un objeto está en equilibrio debido a que las fuerzas que actúan sobre él se compensan de tal manera que la suma total de fuerzas es nula y el objeto no se mueve, aunque esté sometido a mucha presión. El objeto son las políticas públicas que tienen que mejorar la salud alimentaria de la población. Las fuerzas que intentan evitar que el objeto se mueva es el agronegocio que vive (entre otras cosas) de la alimentación insana. Pero nos falta la fuerza que empuja para que esas políticas sean efectivas. Y existe, porque de otra manera el equilibrio sería tan estable como lo era hace 20 años, cuando nadie (a nivel generalista y de *mass media*, para entendernos) hablaba del tema de la alimentación insana y sus efectos en nuestra salud. Esa fuerza es la de las centenares de organizaciones, sociedad civil organizada, academia o instituciones internacionales (entre otras) que están alertando, ofreciendo datos rigurosos, propuestas realistas y haciendo presión para que las políticas públicas necesarias sean finalmente puesta en marcha.

Este informe y esta campaña quieren contribuir a esa lucha. *Game over*. Se acabó el tiempo. Ha llegado el momento de tomar las decisiones correctas porque, como dice la canción, se nos va la vida en ello.

230. **Morbilidad** es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.



DAME VENENO

comunicacion@vsf.org.es

vsf.org.es/dame-veneno