

Informe
sobre la
**obesidad
infantil**
en España
2021/22



EROSKI
Consumer

EROSKI CONSUMER

DIRECTOR

Alejandro Martínez Berriochoa

REDACTORA JEFE

Rosa Cuevas

COORDINADORA DEL PROYECTO

Miren Rodríguez, periodista
y profesora e investigadora
de la UPV/EHU

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

de **EROSKI CONSUMER**
Bº San Agustín s/n. 48230
Elorrio (Bizkaia). Tel: 946 211 627
Depósito legal: TO-707-1997
ISSN: 2254-6499

EDITAN

EROSKI S.Coop.
y Fundación EROSKI
www.consumer.es

REALIZA

LA FACTORÍA/PRISA NOTICIAS

Valentín Beato, 44.
28037 Madrid, ESPAÑA.
Tel. +34 915 386 104

DIRECTORA

Virginia Lavín

SUBDIRECTOR

Javier Olivares León

DIRECTORA DE PROYECTOS

Inma Garrido

COORDINACIÓN Y EDICIÓN

Ana Lamas

COORDINACIÓN WEB

Laura Caorsi

EDICIÓN GRÁFICA

Rosa García Villarrubia

COLABORADORES

María Corisco, Irene Crespo,
Salomé García, Jesús Escudero,
Manuela García Llanos,
Verónica Palomo, Manuela
Sanoja y Ramiro Varea.

Asesor: Bittor Rodríguez,
dietista-nutricionista y profesor
investigador de la UPV-EHU.

Sumario

1	Todos somos responsables	7
	<ul style="list-style-type: none">• Un problema de mayores. Objetivos de este proyecto. 8• Entrevista a Luis Alberto Moreno, del Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN). 10	
2	¿Qué papel juega la administración?	16
	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista a Alberto Garzón, ministro de Consumo. 17• Líderes de un triste ránking. Situación de la obesidad infantil en España. 23• Entrevista a Liv Elin Torheim, vicepresidenta del Consejo Noruego de Nutrición. 29	
3	La industria alimentaria, a examen	33
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Con qué alimentamos a nuestros hijos? Analizamos quién controla la industria de la alimentación. 34• Entrevista a José María Bonmatí, director general de la Asociación española de fabricantes y distribuidores (AECOC). 41• Alimentos (poco saludables) que entran por la vista. Los riesgos de la publicidad en la población infantil. 44	
4	El sistema público de salud	50
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuánto nos cuesta la obesidad? Cuánto se gasta en tratar las patologías relacionadas con el exceso de peso y qué puede hacer el sistema sanitario. 51• Entrevista a José Serrano, pediatra y colaborador del programa Infadimed para la prevención de la obesidad infantil. 55• Entrevista a José María Capitán, miembro del Colegio Profesional de Dietistas Nutricionistas de Andalucía (CODINAN). 60	
5	La labor de las familias	61
	<ul style="list-style-type: none">• El gran desafío en el hogar. Obstáculos y retos con los que se encuentran los padres para combatir el sobrepeso y la obesidad de sus hijos. 62• Entrevista a Carlos Casabona, pediatra y divulgador. 65• Un plato equilibrado. Propuestas para preparar un menú completo para los niños. 71	

6 Cómo combatir el sedentarismo 74

- **Ejercicio físico: la mejor medicina frente a la obesidad.** Fomentar el deporte desde pequeños es la clave para que disfruten del ejercicio. 75
- **Entrevista a Idoia Labayen**, profesora de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra. 81
- **Juego de la Oca de los hábitos saludables.** 87

7 La alimentación en los colegios 89

- **Quién decide qué comen nuestros hijos en la escuela.** Cada comunidad autónoma es la encargada de decidir quién y cómo se gestiona este servicio. 90
- **La escuela: un espacio para aprender y comer.** Cómo se fomenta en las aulas y los comedores una alimentación saludable y sostenible. 100
- **Entrevista a Eduardo Cifrián**, responsable de la Escuela de Alimentación de la Fundación Eroski. 106

8 Medios de comunicación y noticias falsas 108

- **Bulos sobre alimentación: cuando a los adultos nos engañan como a niños.** Cómo funciona la información sobre nutrición y cómo puede afectar la alimentación infantil. 109
- **Entrevista a Mikel López Iturriaga**, director de El Comidista. 116
- **Redes sociales: ¿nos podemos fiar?** 119

9 ¿Hacia dónde va la ciencia? 121

- **El papel esencial de la ciencia.** La investigación es la herramienta imprescindible para conocer cómo prevenir la obesidad y cómo tratarla. 122
- **Investigaciones sobre obesidad infantil.** Grupos de investigación en España que se dedican actualmente al estudio de los problemas de sobrepeso en menores. 127
- **Entrevista a Ángel Gil**, presidente de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT). 130

10 Conclusiones. Barómetro de las comunidades autónomas 136

Editorial

Cuando hace ya algunos años analizaba con mi equipo de la Fundación EROSKI los resultados del Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE, 2014), que nos permitió poner cifras al problema del sobrepeso y la obesidad a partir del análisis de los hábitos alimentarios de 6.800 personas representativas de la realidad de nuestro país, nuestro estado de ánimo era de preocupación. No solo por los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en general –aunque con diferencias entre comunidades autónomas– y por su elevado incremento respecto de las tasas de años precedentes, sino sobre todo por la progresión del problema entre los más jóvenes.

Hoy, siete años más tarde, comprobamos cómo diferentes investigaciones y estudios confirman las cifras que obtuvimos con el estudio ENPE. El tiempo juega en contra: a medida que se asienta en la sociedad el contexto obesogénico que facilita la obesidad infantil, esta se normaliza y se da por supuesta, como algo inevitable que no se puede revertir. Si damos carta de naturaleza a la obesidad infantil y hacemos de ella parte ineludible de la normalidad estamos cayendo en una fácil y cómoda tentación fatalista, cuando lo procedente (por responsabilidad hacia los más pequeños, por salud pública, por un mejor aprovechamiento de los recursos públicos, por un imperativo ético...) es trabajar para cambiar la realidad. Debemos ocuparnos en resolver el problema, porque con una prevalencia de cerca del 40% entre sobrepeso y obesidad, es seguro que, de no revertir estas cifras, las generaciones del futuro vivirán menos y peor que las que las hemos precedido, algo inaudito, salvo en tiempos de guerra, en el mundo occidental. Pocas profecías puede haber más seguras que esta.

El exhaustivo trabajo que, a lo largo de 10 magníficos capítulos el equipo de EROSKI CONSUMER ha desarrollado en la revista este año, permite conocer con rigor y veracidad la proteica naturaleza del problema de la obesidad infantil. Invito calurosamente a su lectura, que no dejará indiferente a quien tenga sensibilidad por trabajar para un futuro mejor y descubra cuál es el estado de la investigación científica sobre el tema, cómo influyen la escuela y la educación, qué papel juegan y cuál es la responsabilidad de la industria alimentaria y de la publicidad de alimentos dirigida a los menores, cómo podemos medir el coste social y sanitario de la obesidad infantil, cuán relevante es el papel del entorno doméstico y familiar, cómo la proliferación incontrolada de bulos y creencias no rigurosas y muchas veces malintencionadas está influyendo negativamente en las familias, cuyo papel es determinante...



**Alejandro
Martínez Berriochoa**

Director General
Fundación EROSKI

Editorial

Hemos querido también comparar la realidad objetiva de cada comunidad autónoma, considerando múltiples variables para dimensionar la posible desigualdad de los entornos en que desarrollan su día a día los ciudadanos de este país, y la conclusión es clara: asistimos a un escenario de desigualdad entre unos territorios y otros, lo que debe preocupar a los ciudadanos de los entornos con peor situación (lo tienen objetivamente más difícil para enfrentarse a la obesidad de sus hijos e hijas, tanto para prevenirla como para revertirla). Análisis transversales como el que publica EROSKI CONSUMER deberían también favorecer la reflexión y la acción de las administraciones públicas.

Desde Fundación EROSKI ya estamos actuando. A la labor informativa de EROSKI CONSUMER tenemos que sumar los buenos resultados de *Energía para crecer*, un plan educativo en alimentación y hábitos saludables que, en sus pocos años de vida, ha conseguido la confianza de miles de centros escolares de Primaria, lo que ha permitido mejorar la educación de más de un millón de escolares.

Desde hace casi ya dos años vivimos envueltos en una pandemia que ha acentuado algunas características del entorno obesogénico en que se desenvuelve nuestra sociedad: empeoramiento de la calidad de los servicios de salud, que han tenido que priorizar la atención a los afectados por la pandemia; mayor sedentarismo de los más pequeños, que han pasado confinados y con menor movilidad de la habitual durante meses; empeoramiento de la salud mental de una población más tensa, preocupada y crispada, con las consecuencias que todo ello tiene sobre la calidad de la alimentación, a lo que se une la crisis económica aparejada a la crisis sanitaria, entre otros factores.

Todos esperamos que la pandemia pase pronto y miremos con esperanza la llegada de la normalidad. Mi esperanza es que esa normalidad no sea la de siempre, sino una verdadera nueva normalidad donde todas las partes implicadas (familias, escuela, servicios de salud, investigación, industria alimentaria y publicidad...) estén a la altura de lo que exige este reto, uno de los más importantes para el presente pero también para el futuro de millones de niños y niñas de nuestro país: la prevención de la obesidad infantil.

Lean lo que hemos preparado para ustedes.

Y luego piensen y actúen en consecuencia.

Nos jugamos mucho en ello.

Muchas gracias.

“Debemos resolver el problema, porque de no revertir estas cifras, las generaciones del futuro vivirán menos y vivirán peor que las que las hemos precedido”

CAPÍTULO 1

Todos somos
responsables



Obesidad infantil

UN PROBLEMA

DE MAYORES

El sobrepeso de la población infantil se ha duplicado en los últimos 35 años y representa un grave problema de salud pública. Debido a sus implicaciones y su alcance, a lo largo de los próximos números, Consumer Eroski analizará con rigor las causas de esta enfermedad y debatirá sobre cómo atajar su impacto con todos los involucrados: desde la industria y la administración pública hasta las campañas publicitarias, las familias y la escuela.

Cuatro de cada diez niños en España tienen sobrepeso u obesidad. Esta patología, que se define por la acumulación excesiva de grasa corporal, no pasa por una cuestión estética o de imagen; va mucho más allá. La obesidad dispara el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, problemas locomotores y diabetes de tipo 2. También entre los niños. Se trata de una patología que provoca dificultades respiratorias, un mayor riesgo de fracturas e hipertensión, resistencia a la insulina y marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares. La “enfermedad de enfermedades”, como es conocida, favorece que los niños padezcan dolencias de adultos.

La obesidad, por supuesto, no es nueva, pero su incidencia se ha extendido y agravado en la infancia. Si en 1985 el 15% de los niños españoles presentaba sobrepeso, hoy son casi 5 de cada 10. Según el último informe Aladino, publicado en 2020, el 40% de los pequeños de entre 6 y 9 años tiene sobrepeso, su prevalencia aumenta con la edad y afecta especialmente a los hogares con

menos recursos. Pero no solo a ellos. La evolución creciente de la obesidad infantil en nuestro país acompaña una tendencia global que se observa en casi todas las regiones del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay más de 380 millones de niños y adolescentes con este problema, y cifra en 41 millones los menores de 5 años que presentan obesidad, un dato que podría casi duplicarse para 2025 de continuar como hasta ahora.

¿Qué hacer para remediarlo? ¿Cómo se ataja y corrige un problema que ha sido catalogado por la propia OMS como “la pandemia del siglo XXI” debido a su alcance y su gravedad? ¿Se conocen estrategias que hayan dado resultado? Estas son solo algunas preguntas que nos hemos hecho y que han marcado el punto de partida de un proyecto periodístico exhaustivo en el que contaremos con la opinión de los principales expertos de todos los sectores implicados, incluso el ministro de Consumo, Alberto Garzón.

La obesidad es un problema multicausal y de gran complejidad. No se resuelve ni agota con frases hechas ni



¿Cómo ven los padres a sus hijos en edad escolar?

Durante años, el aspecto *rollizo* se ha asociado a saludable. Raro es el padre que reconoce a su hijo "gordito". Según la OMS, un 69,1% de los escolares con "exceso de peso" (88,6% con sobrepeso; 42,7% con obesidad) según sus progenitores tienen "peso normal". Otro ejemplo: el 67,1% de los niños con "obesidad severa", según sus padres, tienen "ligero sobrepeso" y el 19,1% lo considera "peso normal".

SITUACIÓN DEL ESCOLAR SEGÚN ESTÁNDARES DE LA OMS	PERCEPCIÓN DEL PROGENITOR			
	Peso demasiado bajo	Peso normal	Ligero sobrepeso	Mucho sobrepeso
Delgadez	42,2%	56,7%	1,1%	
Peso normal	8,7%	90,7%	0,5%	0,1%
Sobrepeso	0,7%	88,6%	10,5%	0,2%
Obesidad	0,2%	42,7%	52,3%	4,8%
Obesidad severa	0,4%	19,1%	67,1%	13,4%
Exceso de peso	0,6%	69,1%	28,2%	2,1%

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

con ingenuidad. La obesidad infantil es un problema de salud pública muy grave que debe abordarse como lo que es: un enorme desafío comunitario. La expresión “comer menos y andar más”, que coloca la responsabilidad en las personas –en este caso, en los niños– se antoja insuficiente para afrontar un escenario que tiene múltiples capas y actores. Todo empieza en casa: los adultos somos conscientes de la amenaza, pero no siempre aplicamos este libreto a la hora de elaborar su menú: el ritmo de vida y el engorro de decidir cómo alimentar día a día a los menores nos lleva a conformarnos con darles productos socorridos y –a veces– poco saludables.

Esa mala alimentación y la falta de ejercicio son los precursores más conocidos, pero no los únicos. El poder adquisitivo, el tiempo para cocinar, el barrio o pueblo en el que vivimos y las relaciones sociales, el acceso a especialistas en dietética y nutrición, los comedores escolares, la publicidad de alimentos insanos dirigida a los más pequeños, la oferta creciente de productos ultraprocesados, el sedentarismo, la genética,

los modelos de ocio y los ejemplos que damos los adultos son también factores que inciden en esta patología.

¿Qué dicen las últimas investigaciones? ¿Mejoraría el panorama si hubiese nutricionistas en atención primaria? ¿Es preciso erradicar la publicidad de los ultraprocesados? En plena era de noticias falsas, ¿qué se puede hacer para aumentar la información fiable y de calidad sobre alimentación? ¿Son los padres responsables de la obesidad de sus hijos? ¿Deben mejorarse las políticas públicas? Para conocer en profundidad cuáles son las catapultas de la obesidad infantil, hay que saber qué se está haciendo y, sobre todo, qué más se podría hacer.

España es uno de los países con mayor tasa de obesidad infantil. Por eso, y porque lo que está en juego es la salud presente y futura de los niños, a lo largo de 2021 descubriremos las principales causas y conoceremos cuáles podrían ser las soluciones. Como subraya Alejandro Martínez Berriochoa, director general de la Fundación Eroski y de la revista *Consumer Eroski*, “si se mantiene la tendencia actual, en 2022 el número de niños y adolescentes de entre 5 a 19 años con exceso de peso superará al de los que sufren desnutrición y presentan un peso muy bajo, advierte la OMS. En la Fundación somos conscientes del aumento de la obesidad infantil y queremos contribuir a revertir esa tendencia”.

“Si se mantiene la tendencia actual, en 2022 el número de menores con exceso de peso superará al de los que sufren desnutrición”.



Luis Alberto Moreno

Profesor de la Universidad de Zaragoza.
Miembro del Centro de Investigación
Biomédica en Red de Fisiopatología
de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN).

“Es inaceptable que el 40% de la población infantil española tenga sobrepeso u obesidad”

Las cifras siguen sin ser buenas. El último estudio realizado por el Ministerio de Consumo y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN) sobre la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad de España, el estudio Aladino 2020, confirmó que la incidencia de la obesidad infantil sigue estancada desde 2015. El 40% de los niños de entre 6 y 9 años tienen sobrepeso u obesidad. Los medios para combatirla parecen claros: alimentación saludable, actividad física y buen descanso. Pero llevar a la práctica esas rutinas parece ser lo complicado. La genética también juega un papel importante, pero no definitivo, como nos explica Luis Alberto Moreno, experto en epidemiología y prevención de los problemas nutricionales de los niños y adolescentes, que ha participado en numerosos estudios tanto en España como en Europa sobre la obesidad infantil, como el estudio Helena, impulsado por la Comisión Europea para comprender y mejorar de forma eficaz los hábitos nutricionales de los menores.

En un mundo cada vez más preocupado por la alimentación sana –como vemos en redes sociales y medios de comunicación–, ¿por qué el caso infantil no parece seguir el ejemplo? No sé si esos mensajes llegan a la gran mayoría de la población, porque uno de los aspectos a que tener en cuenta con respecto a la obesidad son las desigualdades sociales. La obesidad es bastante más frecuente en las poblaciones más desfavore-

cidas. Probablemente, toda esa información que se maneja en las redes sociales, por ejemplo, llegará más a las personas que lo necesitan menos.

También se habla mucho de la obesidad infantil como una pandemia. ¿Lo es? No me gustan mucho los titulares demasiado populistas; pero, sin duda, la obesidad infantil y la obesidad en general son una pandemia. No hablamos de un virus, sino de una enfermedad crónica. ¿Qué define a una epidemia? Que aumenta mucho el número de casos en un periodo corto de tiempo. Pasó sobre todo en los años ochenta y noventa, cuando se materializó el despegue que se ha mantenido y ha acabado afectando a todo el mundo. Ahora mismo, en todos los países, es más frecuente la obesidad que la malnutrición. Incluso en los más pobres.

Si hablamos de epidemia en España, y con el estudio Aladino como referencia, ¿cuáles serían los datos más alarmantes? Si hacemos caso al estudio Aladino, en España tenemos unas cifras de



obesidad inaceptables. Es inaceptable que el 40% de la población infantil tenga sobrepeso u obesidad. Pero también es verdad que puede que esté un poco sobredimensionado.

¿Por qué? Porque el *metro* que se usa para medir identifica demasiados niños que tienen sobrepeso u obesidad. Los resultados del estudio Aladino se han analizado comparando con los valores de referencia de la OMS, que dan valores más elevados que otros métodos, como el utilizado por la Federación Mundial de Obesidad, por ejemplo.

¿Cuál cree que sería un dato más real? Seguramente, que el 25% de la población infantil española tiene sobrepeso u obesidad, lo cual sigue siendo mucho.

El estudio señala que la mayoría de los progenitores cree que sus hijos tienen un peso "normal", aunque padezcan sobrepeso u obesidad. ¿Cómo pueden los padres reconocer ese problema? Los pediatras de los centros de salud en las revisiones periódicas del niño sano deberían medir siempre el peso y la talla, y calcular el índice de masa corporal (IMC). Eso sería lo mínimo indispensable, pero se pueden hacer otras cosas. El problema es que no tenemos aún un método fácil y preciso para diagnosticar la obesidad. Porque la obesidad es un exceso de grasa, no de peso. Fijémonos en Cristiano Ronaldo, por citar a alguien muy popular: si calculamos su IMC a partir de su peso y talla seguramente nos va a dar un resultado de obesidad o, al menos, de sobrepeso. Y, sin embargo, lógicamente, Ronaldo no tiene un gramo de grasa, pero sí tiene mucho músculo. No obstante, en los niños, esta medida, como una primera aproximación, puede estar bien. El problema es que hay distintos *metros* para medir la obesidad.

¿Cuáles son los más usados y fiables o eficaces? Hay unos más de investigación, como el usado en Aladino. Pero creo que en los centros de salud usan unas gráficas de la población española, que a nivel de la práctica clínica parecen perfectas. Según esas gráficas, se define sobrepeso cuando el niño está por encima del percentil 85 y obesidad cuando está por encima del 95. Si los pediatras manejan esas gráficas —que son de la Fundación Orbegozo—, identificar a los niños con sobrepeso u obesidad es sencillo.

El problema viene después. Una vez diagnosticado, ¿qué se puede hacer? Estaría bien dar unas recomendaciones al niño con sobrepeso —o insistir un poco más en unos consejos que ya se les da siempre a todos los niños— para que no lleguen a sufrir obesidad. A los menores con obesidad no hay que ponerles una dieta, pero sí marcarles unos objetivos. Y ahí surge otro problema: para perseguir y alcanzar esos objetivos se necesita tiempo, que normalmente no se tiene. Por eso, creo que sería muy importante contar con nutricionistas en los centros de salud, que ahora mismo no hay. Porque las enfermeras juegan un papel importante, pero, sin duda, un especialista en esa materia concreta en los centros de atención sanitaria sería lo ideal.

¿Qué objetivos se les podría marcar a las familias?

Inicialmente, habría que conocer la cultura alimentaria y los estilos de vida de la familia. No puedes proponer algo que sepas que no van a cumplir porque tienen, de entrada, muchas deficiencias para realizarlo y porque es mejor empezar proponiendo algo que se adapte fácilmente a lo que ellos ya hacen y reforzarlo. Decirles: “Eso que ya hacéis tres días a la semana, sería mejor si lo hicierais cinco”. Lo ideal es conocer bien los hábitos y, a partir de eso, marcar objetivos adaptados. Por ejemplo: “Tienes que comer cinco porciones de fruta y verdura al día durante los próximos meses”. Ese va a ser el objetivo para el niño y para toda la familia, porque lo ideal es que la mejora se afronte en conjunto.

Además de la mala cultura alimentaria personal o familiar, ¿la carga genética es determinante en el sobrepeso o la obesidad infantil? Sin duda, la genética influye. El 60% de lo que llamamos la variabilidad en el IMC depende de la genética. Y si nos ponemos a pensar en cada persona, esto es como una lotería: cuantos más números tengas en tu bombo personal, más fácil va a ser que te *toque* la lotería negativa. En este caso, que tengas obesidad. A más susceptibilidad genética, más facilidad para padecer obesidad. Dicho esto, no te puedes abandonar y pensar que, como te sienta bien todo lo que comes y tienes mucho apetito, no hay hacer nada más.

¿Se puede corregir, frenar o cambiar esa carga genética? Cuantos más números de la lotería tenga un niño, es más difícil. Pero se pueden hacer muchas cosas y desde muy pequeñitos. Una acción impor-

“El 60% de la variabilidad en el índice de masa corporal depende de la genética. Es como una lotería, cuantos más números se tengan, más fácil va a ser que se padezca obesidad”.



tante y factible es que los menores coman una gran variedad de alimentos; es decir, que haya una gran diversidad en su dieta. Si nos guiamos un poco por sus gustos, a los cuatro o cinco años acabarán comiendo solo pasta, hamburguesas o patatas fritas. Si al ofrecerles verduras, no les gustan y no se las volvemos a dar, damos a entender que no les van a gustar en su vida, pero no es verdad. Si se le repite un plato a cualquier niño pequeño, acaba aceptando todos los sabores y todos los alimentos, o la gran mayoría. Es una idea que los pediatras y las personas con niños a cargo deben transmitir: hay que tener paciencia, porque los menores se deben incorporar a la alimentación de la familia.

Pero cuando tienes un niño que no come o lo hace mal, se acaba la paciencia. Es decir, volvemos a esa falta de tiempo. Hay que jugar con las cosas. Muchas veces, cuando dicen "mi niño no come", lo llevan al pediatra. Allí le miden, le pesan... y está en el percentil 75. Pues algo tiene que comer, eso está claro. Lo que pasa es que no come lo que no quiere. Hay mucha casuística. Y, por supuesto, hay niños que comen menos.

En relación con los factores tempranos asociados a un mayor riesgo de obesidad, ¿hasta cuándo y cómo se recomienda empezar con la alimentación complementaria? La lactancia materna es muy positiva para prevenir la obesidad, y se debería prolongar por lo menos hasta los seis meses. Otra cosa más discutida es si debería ser exclusiva esos primeros seis meses. Parece que en las zonas más

EL DESAYUNO IDEAL

Según Aladino 2020, tres de cada 10 niños en España no desayunan todos los días. Y solo un 20,1% incluye fruta fresca en el menú. La ausencia de un desayuno sano en nuestra rutina alimentaria está asociada a un riesgo mayor de obesidad. "Lo ideal es que los niños, y también los adultos, consuman cuatro comidas al día, a ser posible cinco. Una es el desayuno", explica Luis A. Moreno. Pero no vale con unas galletas ingeridas a la carrera de camino al colegio. "Los niños tienen que irse a dormir temprano, levantarse con margen suficiente para no salir corriendo... Si les recomendamos que consuman tres tipos de alimentos en el desayuno, no es tan fácil hacerlo en ausencia de tiempo". ¿Y en qué consiste un desayuno saludable? "Debe incluir un lácteo de entrada que, en general, les gusta y se cumple. Un alimento a base de cereales integrales (como avena o pan integral). Y, por último, lo ideal sería incluir una fruta", explica Moreno. Esa es la parte más complicada y menos extendida. Para intentar cumplirla, Moreno aconseja: "Cuando se habla de las recomendaciones para un desayuno saludable se incluye el almuerzo de media mañana, y la fruta podría comerse en ese almuerzo".

desfavorecidas o en los países menos desarrollados sí debe ser exclusiva, porque es el mejor alimento que pueden tener en ese momento. Sin embargo, en los países desarrollados idealmente se debería empezar antes de los seis meses a introducir algunos alimentos. En la alimentación complementaria, que se lleva discutiendo no muchos años, se daban pautas basadas en el sentido común o la experiencia de los médicos, pero investigación ha habido poca.

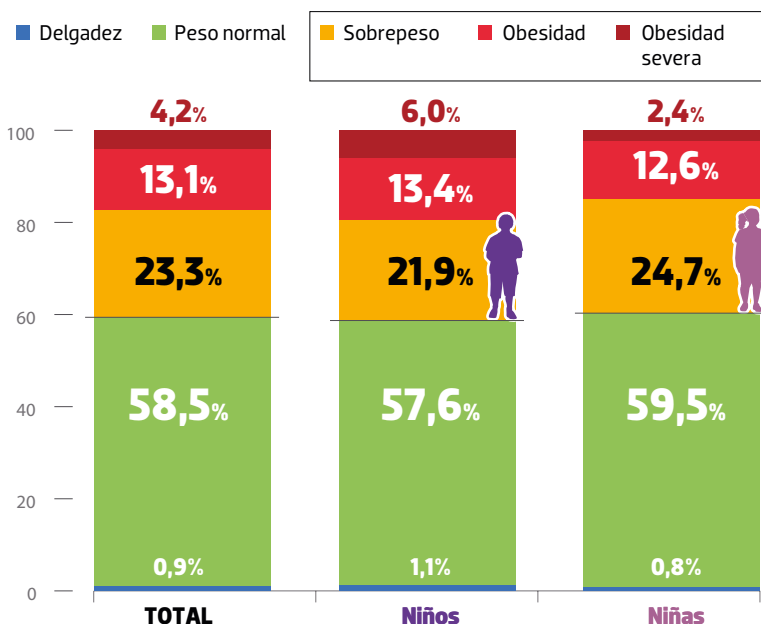
¿Por qué no existen muchos estudios? Porque se trata de una edad complicada. Es ahora cuando empieza a haber estudios bien hechos de ese periodo, de los que salen resultados. Por ejemplo, parece que lo mejor para evitar al máximo la enfermedad celiaca es introducir los cereales progresivamente entre los cuatro y los seis meses. Pero está todo en proceso de cambio, en función de esas investigaciones que se están realizando. En cualquier caso, es muy importante tener confianza en el pediatra: todas estas cosas generales que estamos hablando las conocen

perfectamente, y cuenta mucho la experiencia personal de cada médico. Así lo he hecho yo: siempre he puesto plena confianza en el pediatra que tuviera a cargo a mis hijos.

De hecho, el estudio, el tratamiento y la prevención de la obesidad infantil lleva solo unas pocas décadas. En España se originó a mediados de los ochenta. Sí, probablemente, cuando se le ha dedicado más interés y más recursos ha sido en este siglo. Es un poco corta la experiencia. De todas maneras, lo ideal es prevenir y cambiar o mejorar los comportamientos de las personas, y eso resulta complicado. Para conseguirlo tenemos que ir por muchas vías. Va a costar mucho, pero iremos mejorando. Porque, al final, todos esos mensajes de salud que comentábamos, sí van calando. Y hablamos de ali-



Prevalencia de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en España



Fuente: Informe Aladino 2019.

mentación. Pero en el campo de la actividad física, que también es muy importante, se está mejorando mucho, igualmente.

Usted no habla solo de dieta mediterránea, sino de "estilos de vida mediterráneos" en los que se incluyen dieta, actividad física y sueño. En el caso de los niños, ¿cuáles serían unos niveles de actividad física adecuados? Eso está muy claro. Desde la edad preescolar hasta la adolescencia deberían hacer 60 minutos al día, como mínimo, de actividad física moderada o intensa: correr, jugar... Y a los que tienen tendencia a ser más parados, habrá que estimularlos un poco.

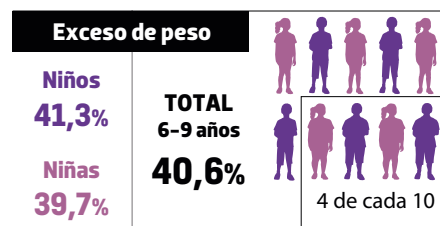
Estos meses de pandemia, en los que los niños han podido moverse menos, jugarán en contra. Sí, todo influye. Por ejemplo, hace unos meses se puso en contacto conmigo un compañero de la universidad preocupado porque sus hijos se quedaban a comer en el colegio y les ponían un vídeo que duraba todo el tiempo de la comida. Después, claro, no tenían oportunidad de moverse, enganchados a esa actividad audiovisual. Probablemente, no es lo ideal. Entiendo que dadas las circunstancias actuales es más complicado que estén jugando fuera. Pero estar al aire libre, por mucho frío que haga, es lo mejor. No tienes más que irte a Finlandia, donde hace más frío que aquí, y los menores están jugando siempre en el exterior.

Precisamente, en los países nórdicos, el índice de obesidad infantil es menor. En Noruega, por ejemplo, es del 6%. Además de con

Estudio que se viene realizando, a través de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de la AESAN, desde el año 2011 en escolares de 6 a 9 años.

16.665 escolares de 276 colegios, distribuidos de forma proporcional por comunidades y tamaño de municipio.

Obtiene datos antropométricos de los escolares por medición directa, pero también tiene información sobre diferentes factores familiares, ambientales y de estilo de vida de los escolares y de sus colegios.



los hábitos, ¿los datos tienen que ver con sus políticas públicas de prevención? Sin duda, tienen mejores políticas de prevención. Por ejemplo, cuentan con tradición de trabajo comunitario. Están muy bien organizados. Para todo lo que es salud esa tradición ayudaría mucho. Los centros de salud y los municipios deberían fomentar la participación de las personas de la comunidad en la mejora de la salud. Idealmente, identificando los problemas más importantes y buscando soluciones eficaces adaptadas a las necesidades de cada comunidad.

“Desde preescolar hasta la adolescencia deberían hacer 60 minutos al día, como mínimo, de actividad física moderada o intensa: correr, jugar...”



LA DIETA HECHA A MEDIDA

Nadie discute ya que la carga genética es decisiva en la obesidad y el sobrepeso, pero esta también puede desempeñar un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La nutrición de precisión, una de las protagonistas de la investigación en el sector durante este siglo, pretende la creación de dietas y pautas personalizadas a partir no solo del estudio del genoma humano, sino también de elementos externos (emocionales, conductuales...). La aplicación de la nutrigenética, la nutrigenómica o la epigenética podría darle un buen repaso a la sencilla y manida idea de las dietas mediterráneas. Pero aún queda mucho por hacer. "Digamos que hay algunas piezas del puzle, pero todavía queda mucho por rellenar. No va a ser sencillo que el médico o el nutricionista tenga un manual que le diga: 'como usted tiene este gen y hemos visto que le sienta mal esto, haga aquello...'", cuenta Luis A. Moreno. "Quizá en 20, 30 o 40 años sí se puedan aplicar más. Seguramente, se crearán algoritmos con inteligencia artificial que, al final, en muchas ocasiones nos van a decir lo mismo que decimos ahora, pero que también es posible sirvan para recomendar algo distinto a personas o grupos concretos".



¿Qué cree que se podría o debería hacer en España en ese sentido? Es complicado, porque tenemos costumbres que no queremos tocar: cenar tarde, salir tarde... Los niños tienen que cenar pronto y acostarse temprano, como mucho a las 10 de la noche. Un menor en edad preescolar debería dormir unas 11 horas. Y eso implica haber cenado hora y media antes, por lo menos. También influyen los programas de televisión que les gustan a cierta hora. Si, además, tienen televisor en la habitación y no estamos muy pendientes... Eso, sin culpabilizar a los padres, que es lo último que hay que hacer: bastante tenemos con trabajar y adaptarnos a la vida moderna.

¿Cómo se puede ayudar a los padres? Una acción puede ser lo que los anglosajones llaman el *parent education*, es decir, enseñar sobre la manera de educar a los hijos. Cuando tenemos hijos no vienen con manual de instrucciones, cada padre se basa en lo que ha visto en su casa, lo que le ha parecido bien o le ha parecido mal. Crear escuelas de padres ayudaría mucho. Cuando tienes el primer hijo o incluso cuando la pareja está embarazada, es el mejor momento, porque eres más receptivo. Ahí sí se podrían hacer muchas cosas desde el ámbito sanitario o el escolar. Existen distintos modelos de prácticas de crianza. Por ejemplo, el modelo "democrático", que fomenta la toma de decisiones conjunta entre padres e hijos y en el que el ejemplo positivo de los progenitores juega un papel muy importante.

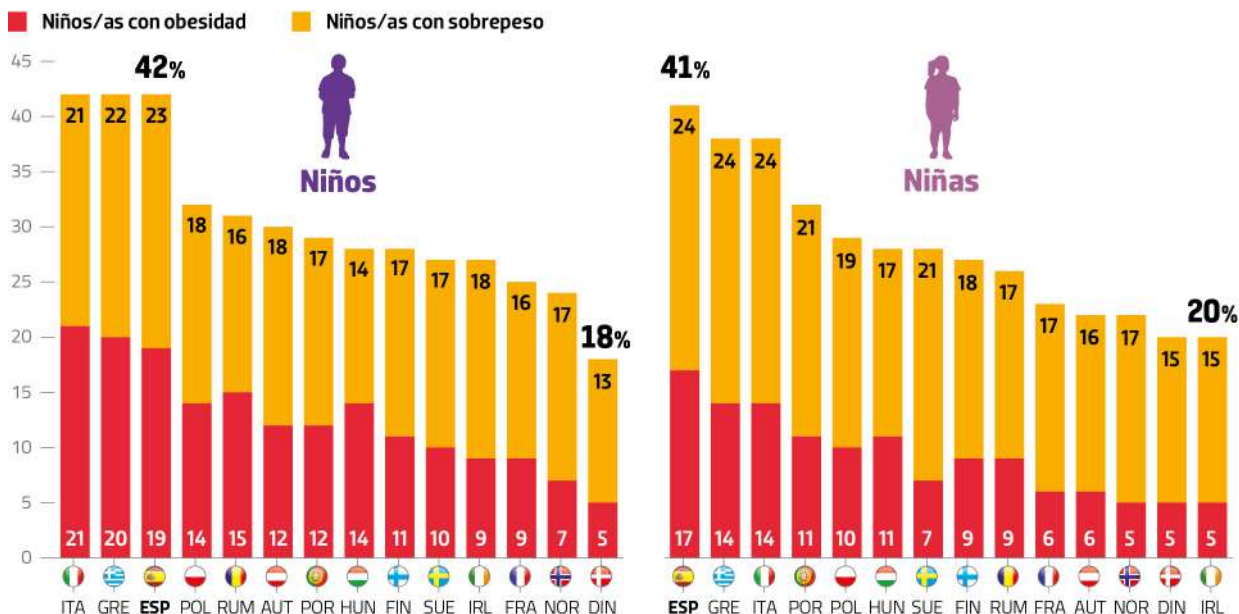
¿Qué se puede hacer desde las políticas públicas? Primero, poner más énfasis en las poblaciones

“No se puede culpabilizar a los padres. Cuando tenemos hijos no vienen con manual de instrucciones, cada uno se basa en lo que ha visto en su casa”.



Panorama de la obesidad infantil en Europa

España se encuentra entre los países con mayor número de niños y niñas con exceso de peso. Datos en % de la Organización Mundial de la Salud. Años 2015 a 2017.



Fuente: OMS.

más vulnerables. Por ejemplo, en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN) estamos haciendo un estudio en niños con riesgo de obesidad porque los padres la tienen. Que los progenitores padezcan obesidad puede venir de que tengan un componente de susceptibilidad genética o de unos hábitos o estilos de vida que les lleven a ello. O de las dos cosas. Son familias con riesgo de obesidad. Deberíamos focalizarnos en ellas. Porque, de hecho, en los programas que habíamos realizado previamente para toda la población veíamos que los que tenían un peso saludable seguían así. Mientras, los que sufrían sobrepeso, mejoraban. Pero no era un programa de tratamiento, sino de prevención.

¿Qué conclusiones se sacan de estos datos? Nos indican que al actuar por separado en aquellos que tenían sobrepeso sí podíamos ser eficaces. Hay que intensificar el trabajo en las familias con sobrepeso y en las que son más vulnerables. Ahí existen distintas estrategias. Por ejemplo, trabajamos y queremos trabajar con supermercados: cuando se llevan a cabo promociones o estrategias de marketing, los “premios” muchas veces son alimentos no precisamente saludables. Queremos intentar que se premie o se fomente la venta de alimentos más saludables y que las familias puedan hacer la cesta de la compra saludable a un precio relativamente asequible.

Volvemos al factor socio-económico, decisivo en este problema. Se conoce como vulnerabilidad social, un concepto que ya se recoge en muchos sitios, como en convocatorias de la Unión Europea. ¿Qué incluye? Lo clásico era el nivel de ocupación y el nivel de estudios: el salario, tener o no tener trabajo, la educación... Pero hay otros elementos, como ser inmigrante o no serlo, tener una red social más o menos extensa, la estructura de la familia... Muchas más cosas. Todo eso hay que considerarlo.

¿Qué consecuencias tendrá la covid-19 en esta llamada “enfermedad de enfermedades”? Probablemente en este periodo se van a incrementar las desigualdades. Las familias menos vulnerables lo han hecho igual o incluso un poco mejor, y las más vulnerables lo han hecho igual o algo peor. Como creo que va a pasar en muchas asuntos sociales, se va a incrementar la desigualdad. En cuanto a la tendencia global sobre la obesidad, las cifras probablemente seguirán estancadas o en una progresión muy lenta de disminución.

CAPÍTULO 2

¿Qué papel
juega la
administración?



ALBERTO GARZÓN

Ministro de Consumo

“La buena voluntad de la industria está bien, pero, si no funciona, hay que establecer reglas”

En España, un 40% de los menores presentan exceso de peso. A lo largo de 10 números, *Consumer Eroski* analiza las causas de este grave problema de salud pública desde el punto de vista de todos los agentes involucrados. En este segundo capítulo hablamos del papel de la administración pública. La subida del IVA a las bebidas azucaradas y la implantación voluntaria del etiquetado Nutri-Score son las dos medidas más mediáticas que el Ministerio de Consumo ha puesto en marcha para intentar frenar uno de los problemas que más preocupan: la obesidad infantil. Se trata de dos decisiones polémicas y que solas no pueden hacer frente a un fenómeno complejo. El ministro Alberto Garzón defiende que la sola existencia de la cartera que ocupa ya envía un mensaje en la buena dirección para tratar de contrarrestar la ventaja que otros países europeos le llevan a España hacia la concienciación sobre una vida y alimentación saludable o en una regulación publicitaria más estricta.

¿Cuáles son los datos del informe Aladino 2019 sobre obesidad infantil que más le preocupan? Es un trabajo tan extenso que existen múltiples perspectivas para abordarlo, pero a nosotros nos han parecido siempre especialmente dramáticos los niveles de obesidad infantil. Aunque hay una cierta estabilidad a lo largo de los años, no dejan de ser enormemente preocupantes. Estamos hablando de que cuatro de cada 10 menores de entre 6 y 9 años tienen algún tipo de exceso de peso. Además, existen muchos matices, y uno de ellos es lo que

llamamos la “correlación de clase”, que indica que la tasa de obesidad infantil es el doble entre las familias con unas rentas más humildes que en aquellas con rentas más altas. Y eso nos habla de desigualdad, de pobreza, de malos hábitos vinculados a la renta. Es una fotografía problemática que afecta al sector más vulnerable de nuestra sociedad: los menores.

¿Qué se puede hacer para paliar esa brecha, para llegar a las familias vulnerables y centrarse en ellas?

Hablamos de un fenómeno socioeconómico, no solo de hábitos. En primer lugar, tenemos que combatir la pobreza y hacer que el estado social funcione; mejorar la vida del conjunto de la población, pero especialmente de aquellos más vulnerables. Eso va a ayudar a que sea más fácil cambiar los patrones de consumo y de ejercicio físico. Nosotros vamos a promoverlo desde múltiples ámbitos. Desde el de la regulación, por supuesto: lo relativo a la fiscalidad, la sensibilización, la publicidad infantil, la información en el etiquetado... Estamos ante diferentes líneas de trabajo que atraviesan el mismo problema y deben ir parejas a reformas estructurales. La pobreza no se resume con medidas meramente regulatorias,



lo que requiere nuestro país es cambiar las estructuras, porque en los últimos 10 años hemos vivido dos crisis económicas y estas siempre afectan más a los más pobres. Y todavía no tenemos datos de cómo ha influido la pandemia a estos estratos.

De hecho, parece que la pandemia y los confinamientos jugarán en contra de la obesidad y de la desigualdad. ¿Tienen prevista alguna acción o política especial en este sentido? La pandemia, probablemente, traerá un retroceso muy importante porque los patrones de consumo van vinculados a la vida cotidiana. Un confinamiento en el que se ha retenido en casa durante tanto tiempo a la totalidad de la población, y muy particularmente a los pequeños, y que ha alterado tanto las condiciones de vida, acarrea un perjuicio muy grande. A eso se suma el impacto económico sobre las familias más vulnerables, que desde este Gobierno hemos tratado de mitigar lo máximo posible con un escudo social. Pero aún así, es evidente que, ante una crisis económica, las familias más humildes sufren más. Y disponer de menos dinero suele implicar el consumo de un tipo de productos que no son tan saludables. Después de la pandemia, tenemos que acentuar, más si cabe, toda la línea de trabajo que habíamos ya previsto desde el principio.

¿Será la subida del IVA a las bebidas azucaradas una realidad este año? Está en vigor la parte que corresponde a los Presupuestos Generales del Estado. Es una herramienta para desincentivar el consumo, no para

recaudar. De hecho, en términos cuantitativos, no sube una gran cantidad de céntimos por cada producto individual. Lo que hace es trasladar un mensaje de salud pública desde las autoridades hacia la sociedad: “Este tipo de producto no es saludable y su consumo excesivo puede tener unas consecuencias muy dramáticas en el medio y largo plazo en términos de obesidad infantil”. Como sabemos, esta tiene una correlación muy importante con la obesidad en edad adulta y, a su vez, empeora los pronósticos de muchas enfermedades. Recientes experiencias piloto en algunos lugares del mundo –podríamos poner el ejemplo de Cataluña, como modesta prueba piloto– han funcionado, las encuestas que se hacen después revelan que la gente entiende el mensaje y trata de cambiar sus hábitos. Evidentemente, esto por sí solo no resuelve todo. Hay que combinarlo, pero teníamos la oportunidad de incorporarlo de forma inmediata en los presupuestos. Vamos a estar muy atentos a la evolución, a hacer encuestas posteriormente para ver si funciona, para comprobar hasta qué punto ha sido útil y cómo se puede reforzar.

¿Por qué solo se ha decidido aumentar el gravamen de los refrescos y no el de otros productos ultraprocesados, también ricos en azúcares? Es una especie de prueba piloto. Probamos con una serie de productos, los más agresivos en términos de salud, para ver cómo funciona. Después, haremos un seguimiento, una política de control. Si vemos que funciona, tendremos que expandirlo. Estamos hablando de una preocupación que, aunque ha crecido mucho en los últimos años, es relativamente nueva. Es decir, hace 30 años nadie se preocupaba por el consumo saludable y, por eso, las políticas públicas también son nuevas. Tenemos que ver cómo hacemos políticas públicas exitosas. No buscamos titulares. De hecho, no se trata de un asunto extraordinariamente atractivo. Simplemente, creemos que es útil para el propósito de reducir la obesidad infantil. Y forma parte de un pack.

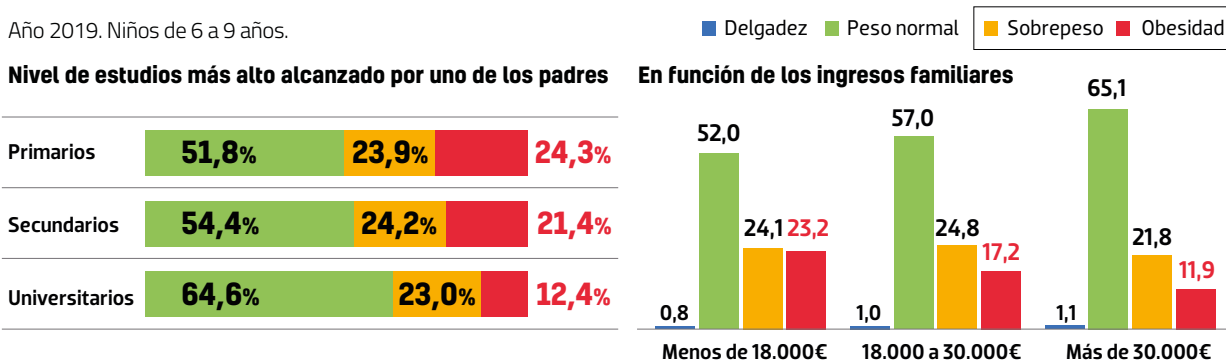
Además de aumentar el impuesto a los productos menos saludables, ¿se plantean reducciones fiscales o ayudas que incentiven el consumo de alimentos saludables? No le decimos a la gente lo que tiene que comer: puede comer lo que quiera. Pero hay que entender que el componente educativo es central y, por lo tanto, tratamos de mostrar señales que enviamos a través de la regulación, como la fiscalidad; o enseñar con campañas de información, un etiquetado más útil, más transparente. Desde luego, en casos extraordinariamente necesarios sí vamos a la regu-



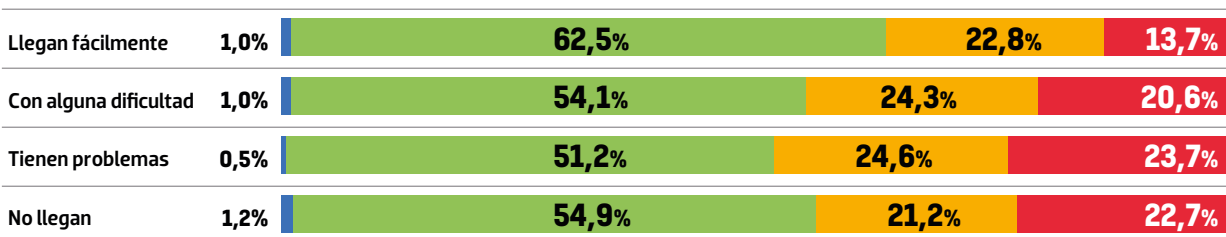
Desigualdad social y obesidad infantil

El sobrepeso y la obesidad se asocian al grado de estudios alcanzados por los padres y al nivel socioeconómico familiar.

Año 2019. Niños de 6 a 9 años.



Facilidad para llegar a fin de mes con los ingresos propios de la unidad familiar



Fuente: Informe Aladino 2019.

lación directa. Es el caso de la publicidad infantil, con la que entendemos que se ha sobrepasado la capacidad de ofrecer cualquier producto a cualquier persona, porque hablamos de sectores especialmente vulnerables como son los menores.

¿Qué formas manejan para incentivar un consumo saludable? Varias. Por ejemplo, la mayoría de los productos saludables tienen el IVA más reducido posible. Hablamos de productos que forman parte de una dieta equilibrada y que se han ido perdiendo. En nuestro país somos afortunados por tener una dieta mediterránea, pero se da la paradoja de que se pierde como hábito de consumo, y especialmente en las familias más pobres, por múltiples razones, sobre todo, socioeconómicas: hay menos tiempo, se visitan más restaurantes de comida rápida que tienen efectos más perjudiciales... Todo eso hay que abordarlo de manera conjunta, pero no es sencillo. Sobre todo, porque cuando hemos llegado al Ministerio nos hemos dado cuenta de que había una tendencia a combatir eso, pero dispersa y poco contundente. El hecho de que tengamos un Ministerio de Consumo ya es en sí mismo un mensaje. Y creo que puede ayudar en esta dirección.

¿Por qué España, que siempre ha presumido de la dieta mediterránea, tiene uno de los peores datos de obesidad infantil de Europa?

Existe numerosa bibliografía que trata de dar respuesta a por qué se ha abandonado la dieta mediterránea, de manera muy rápida,

en las últimas décadas. Algunas claves son coincidentes en los distintos estudios: la expansión de las grandes superficies en las que la mayor parte de los productos son procesados y ultraprocesados en detrimento de la compra en comercios de proximidad, el cambio en los hábitos de consumo y ocio, en el que prima la compra rápida debido a las jornadas de trabajo intensas, la publicidad, que señala la alimentación procesada como "fácil, moderna, accesible y sana" ... Hay muchos factores. Estamos trabajando para tener un buen análisis de los elementos y poder diseñar políticas adecuadas y eficaces.

La estrategia NAOS para la prevención de la obesidad existe desde hace 15 años, pero no parece muy eficaz: España es uno de los países con mayores tasas de obesidad de Europa. A la luz de los datos, ¿es razonable seguir apostando por ella? La estrategia NAOS tiene muchísimos elementos positivos y ha permitido dar un salto hacia adelante muy importante en un país que no tenía nada, pero es cierto que hay elementos cruciales, como la publicidad infantil en el código PAOS, que fallan de manera



estrepitosa: dependen de la buena voluntad de una industria cuyo criterio rector, por definición, es maximizar beneficios. Ahí hay un conflicto entre los efectos de la salud de los menores y las estrategias de marketing que se utilizan para conseguir esos beneficios.

¿Qué se puede hacer? Como padre de dos niñas, una de dos años y pico y otra de un año, soy consciente de que la mayor ya empieza a absorber una publicidad infantil dirigida, de manera muy agresiva en muchos casos, para que haga uso de un tipo de producto que sabemos no es saludable. Eso no se puede permitir. Desde el punto de vista de la salud, no podemos ir a un código tan suave. Estamos en conversaciones para reformarlo, pero el objetivo es evitar ese tipo de publicidad. No podemos permitirlo, hay espacios con los que no se puede transigir, porque tienen que ver con lo más fundamental, que es la salud. Especialmente, la de los más pequeños.

Además de la publicidad, ¿prevén controlar de algún modo las estrategias de marketing, como promociones de 2x1, descuentos, formatos XXL o la ubicación de estos productos en los supermercados? Queremos abordarlo todo. Pero cuando llegamos y nos dimos cuenta de lo que había que hacer, nos vimos algo desbordados. Cada uno de estos cambios implica negociaciones, y muchas veces no dispones de ese tiempo. La clave está en entender que los menores son un colectivo vulnerable, más sensible a la publicidad. Cuando mi hija ve sus dibujos animados preferidos en un determinado producto, tiende a cogerlo. No hablamos de una persona de 30, 40 o 50 años a la que no vamos a decirle lo que tiene que comer, sí de un colectivo especialmente vulnerable a proteger: los menores. Y ahí las reglas tienen que ser enormemente estrictas. No lo están siendo en la actualidad, porque dependen de la buena voluntad. Y la buena voluntad de la industria está bien, pero si se demuestra que no funciona, hay que establecer reglas.

¿Se han planteado impulsar la educación nutricional en las escuelas? Por supuesto. En algunas comunidades autónomas esta educación nutricional ya viene recogida en los pliegos de contratación de los comedores escolares. Sin embargo, hay un amplio margen de mejora. Tenemos que avanzar hacia planes más integrales que incluyan, como señalas, a las familias, y mejorando el conocimiento tanto nutricional para dar las claves de cómo mantener una dieta sana, sostenible, accesible y que no quite tiempo. Estas claves son cruciales para introducir cambios en los hábitos que sean realistas con la sociedad actual.

¿La implantación del etiquetado Nutri-Score tendrá lugar este año? El etiquetado Nutri-Score se va a regular después del verano y será voluntario. Y, además, forma parte del acuerdo de Gobierno. Creemos que 2021 es el mejor momento. Somos conscientes de que Nutri-Score es un instrumento que ayuda, pero no es perfecto. Tiene algunos déficits importantes. Al fin y al cabo, se trata de un algoritmo, un indicador sintético que trata de resumir en una sola imagen mucha información, y eso tiene lagunas. Probablemente, es el mejor de los que podamos poner en marcha dentro de la regulación actual europea, pero tiene carencias. Trabajamos para corregirlas.

LA HOJA DE RUTA DE NUTRI-SCORE

Ya casi está aquí. El objetivo del Ministerio de Consumo es regular, después del verano, la implantación voluntaria del etiquetado frontal Nutri-Score para que las empresas lo utilicen de forma correcta. Voluntario, sí, porque las competencias para hacerlo obligatorio son de la Comisión Europea. Nutri-Score traerá consigo, además, una gran campaña de acciones formativas para explicar a los consumidores para qué sirve y cómo se utiliza esta herramienta. Pero, ¿por qué se ha elegido este sistema y no otro? Desde el ministerio reconocen que este etiquetado no es perfecto, pero cuenta con un gran respaldo dentro de la comunidad científica. Además, al estar ya implantado en algunos países de nuestro entorno, como Francia, Alemania y Bélgica, ayudará a las empresas españolas a competir en igualdad de condiciones en esos mercados. Tras su regulación, llegará el turno de la publicidad. Según fuentes del ministerio, **este etiquetado va a proporcionar perfiles nutricionales que servirán de base para abordar a finales de año la regulación de la publicidad de los productos insanos**, con especial atención a aquella dirigida a los menores.

¿Qué se quiere corregir? Por ejemplo, el caso de monoingredientes como el aceite de oliva. El algoritmo los penaliza, y no es justo, porque no es cierto, desde el punto de vista científico, considerar al aceite perjudicial para la salud. Si los monoingredientes no están bien valorados, no queremos incluirlos. No queremos trasladar ningún mensaje que no sea científico y, por lo tanto, la protección del aceite de oliva está garantizada.

¿Qué supone este sistema? Va a ayudar a que las empresas se adapten al algoritmo y modifiquen sus propios componentes, para que eso no solo sea una dinámica de buena voluntad o de adaptación a los deseos de los consumidores que, como digo, están siendo cada vez más exigentes. Nutri-Score es también una invitación a que las em-



QUÉ ES LA AGENDA DEL CONSUMIDOR

La aplicación y presentación completa de la Agenda del Consumidor, aprobada por la Comisión Europea, es uno de los objetivos de este año en el Ministerio de Consumo. Se ha retomado donde la pandemia la interrumpió, para mejorar la protección de los consumidores en el comercio digital, impulsar un consumo ecológico y sostenible con productos más duraderos y circulares y velar por los colectivos más vulnerables, como los menores. Este último punto se aprobó en enero en un Real Decreto-ley que pide a las empresas responsabilidad a la hora de dirigirse a este colectivo (menores, personas de avanzada edad, con discapacidad funcional, intelectual, cognitiva o sensorial, con bajo nivel de digitalización), trasladándoles información más clara y transparente en campañas publicitarias o en el etiquetado y facilitándoles la gestión de reclamaciones. **La Agenda del Consumidor nació, principalmente, con el objetivo de proteger a los consumidores en este momento especial de la pandemia.** Estudiará los efectos de la covid-19 en los patrones de consumo para impulsar nuevas políticas que protejan al consumidor dentro y fuera de sus fronteras, online y offline.

presas hagan los cambios oportunos para todo tipo de productos, con el fin de llegar a tener un abanico mucho más saludable. Y al hecho fundamental de que quien va a consumir sepa lo que está comprando, que no se deje guiar —o por lo menos sea mucho más difícil—, por ese tipo de informaciones erróneas que muchas veces se trasladan desde algunas empresas.

Nutri-Score levanta mucha polémica. ¿Tienen en cuenta lo que se hace en otros países de nuestro entorno? Participamos recientemente en un encuentro internacional con bastantes países que ya lo tienen implantado. En el Comité Rector de Nutri-Score en la UE están Francia, Alemania... Y España. Aunque no lo tenemos implantado todavía, estamos ya dentro. Tenemos claro que va a salir hacia adelante. Nutri-Score es el mejor de los sistemas que podemos poner en marcha dentro de la UE. Fuera existen otros etiquetados. Incluso algunos que recomienda la OMS, como el de Chile, un modelo distinto porque implica obligatoriedad. Pero la normativa europea, de momento, no lo permite. En el Comité Rector del Nutri-Score, donde nos incorporamos progresivamente, vamos a intentar avanzar y cambiar para que la industria acompañe necesariamente a los gobiernos y se tenga que ir adaptando a las normas para que, más temprano que tarde, pasemos a algo mejor que el Nutri-Score. Pero, de momento, Nutri-Score va a suponer un salto cualitativo, porque hoy en día no existe nada.

¿No cree que Nutri-Score podría crear una brecha entre las propias empresas fabricantes? Las que tienen más recursos para invertir en una reformulación de sus productos frente a otras que no los tienen. No es un riesgo real. Las inversiones que hacen falta para adaptar tu produc-

to a un consumo más saludable no son relevantes. Hay que hacer lo que no se ha hecho antes porque no había conciencia. No se trata de una cuestión moral. Antes, sencillamente, no había esa demanda por parte de la población; no había un conocimiento científico, no se conocían los impactos a medio y largo plazo de determinado tipo de producto. Todo eso está cambiando, y muchas empresas han modificado ya la mayor parte de los ingredientes de sus productos estrella, adaptando o rebajando aquellos ingredientes perjudiciales.

¿Diría que todas son conscientes? Sí, y los cambios tienen que seguir la normativa. Nosotros les empujamos a ello por un motivo de salud pública, no por ningún capricho: creemos que se tiene que hacer de forma más rápida. Es decir, no obligamos a ninguna empresa a cambiar su producción; ni lo que venden ni cómo lo distribuyen. El consumidor va a tener a su disposición un indicador que le dirá si un producto es mejor o peor. Y luego hará, naturalmente, lo que le parezca oportuno. Las empresas van a tener un incentivo para mejorar su producto, porque a nadie le gusta tener unos indicadores que el consumidor pueda detectar como peligroso.

Hablemos de otras políticas. ¿Siguen otros ejemplos, como el de Reino Unido, en su regulación de la publicidad? Seguimos todas las experiencias internacionales. En España tenemos un Ministerio de Consumo por primera vez, pero en otros países, especialmente en los anglosajones, es una competencia muy desarrollada y una preocupación desde hace tiempo. Hay líneas de trabajo de la Comisión Europea en las que ya vamos retrasados y queremos acelerarlas. Hablemos, por ejemplo, de la nueva Agenda del Consumidor, prevista para 2020-2025 y que habla de consumo ecológico, de derechos de los consumidores, de etiquetado, de mejorar la información... En otros países esto lo tienen mucho más avanzado, y sus industrias también están más adelantadas. Hoy, en los supermercados españoles ya hay productos que han incorporado el Nutri-Score como herramienta de *marketing*, pero también porque en sus países de origen ya está implantado.

Hay fabricantes y distribuidores que quieren influir positivamente en la alimentación saludable. ¿Qué camino les animaría a seguir? Hay empresas muy concienciadas con esta tarea. Es su negocio, y conocen muy bien las demandas cambiantes de la población. Hace 30 años no existían estas exigencias. Las empresas lo saben, hacen estudios de



“El código PAOS falla de manera estrepitosa: depende de la buena voluntad de una industria cuyo criterio rector, por definición, es maximizar beneficios”.

mercado y conocen perfectamente que la gente demanda productos más naturales, menos ultraprocesados. Más producto cercano, más conexión local. Todo eso lo saben y lo van adaptando. A aquellas empresas sensibilizadas con este asunto, no solo por razones de negocio, sino porque comparten como valores y principios, una situación peligrosa de obesidad infantil, las invitamos a que aceleren. Las que vayan en esa dirección, van a tener a través del etiquetado Nutri-Score una especie de premio.

¿En qué sentido? Me refiero a que la gente va a preferir comprar los productos menos nocivos. Y, en ese sentido, hay un alineamiento de intereses. Puede haber resistencias, pero vendrán de aquellas empresas cuya existencia depende en gran medida de productos malos para la salud. Es decir, dejaremos tiempo a la adaptación, pero como Gobierno no podemos permitir que haya un vector por el que los menores pongan su vida en riesgo.

¿Qué objetivos realistas, alcanzables, se ha trazado para esta legislatura? Es difícil... A mí, por deformación profesional, como economista, me gustan mucho los números. Y, además, creo que, sin materia prima, sin datos, no se puede hacer bien política pública. Pero nos ha tocado una pandemia que ha distorsionado toda la serie temporal. Es decir, había una evolución muy lenta, pero positiva, en los indicadores. Y, ahora, de repente, la epidemia y la crisis económica hacen que todo eso se distorsione. No sabemos en qué punto estamos. Mientras no haya información y datos nuevos –que no tenemos porque son indicadores complejos, requieren más tiempo–, es difícil marcarse un objetivo completo.

¿Puede un único Ministerio hacer frente a un problema como el de la obesidad infantil? La obesidad infantil requiere una aproximación multidimensional. Desde el Ministerio de Consumo tratamos humildemente de ser la palanca con más fuerza, porque tenemos mucha capacidad regulatoria. Pero hablamos de un fenómeno con muchas aristas, que abarca desde la educación en las familias a la forma de transmitir de las empresas, de los medios de comunicación... Todos estamos integrados en la cadena de mensajes que, al final, están detrás de nuestros patrones de consumo. Incluso tiene que ver con el urbanismo: ¿pueden los menores en sus barrios hacer ejercicio físico? ¿Estamos construyendo ciudades donde solo hay casas de apuestas? En el Ministerio vamos a hacer todo lo posible, y creo que lo estamos haciendo bien. Pero somos conscientes de que se necesita el trabajo de todas las administraciones y de la sociedad civil. Hay una creciente conciencia sobre estos temas, en la parte ecológica y en la de la salud. Eso hace que el consumo responsable y el saludable sean dos vectores. Pero hay muchas resistencias que tienen que ver con grandes poderes económicos que han sacado mucho beneficio con un modelo de negocio que no quieren cambiar. Vamos a hacer que se pueda cambiar.

¿Qué queda por hacer? Todavía tenemos muchos retos. Las políticas que se han ido impulsando, aunque han conseguido frenar la subida vertiginosa de los índices de obesidad infantil, no consiguen reducirlos. Fomentar la mejora de los hábitos nutricionales familiares, impulsar el ejercicio físico, establecer medidas del control de la publicidad mucho más rigurosas y redoblar esfuerzos desde las administraciones públicas para incluir en los criterios de compra de alimentos la perspectiva ambiental, cultural y nutricionalmente adecuada son algunas de ellas.

LÍDERES DE UN TRISTE 'RANKING'





España se encuentra en los primeros puestos de una clasificación con las peores consecuencias: es el tercer país de Europa, solo por detrás de Grecia e Italia, en prevalencia de obesidad infantil. ¿Por qué una de las cunas de la dieta mediterránea presenta unas cifras tan preocupantes? Repasamos qué se ha hecho y qué se puede hacer para combatir esta epidemia.

Las cifras de obesidad infantil en España continúan siendo alarmantes. Pese a que hace ya tres décadas se comenzó a tildar este fenómeno de epidemia, y a que se han ido implementando diferentes estrategias para combatirlo, aún no hemos sido capaces de atajar el problema. Por el contrario: se ha agravado. Según los últimos datos, procedentes del estudio Aladino 2019, un 40% de los niños españoles de entre 6 y 9 años tiene exceso de peso (el 23,3%, sobrepeso y el 17,3%, obesidad). Es además, una tendencia que crece. Según datos del Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), promovido por la Fundación Eroski, la prevalencia de la obesidad en menores de 25 años en España ha aumentado desde el 2000 entre un 3 y un 5% en función del grupo de edad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta prevalencia es de las más altas de Europa, solo por detrás de Grecia e Italia.

Desde el Ministerio de Sanidad se insiste en que la obesidad infantil es uno de nuestros principales problemas de salud pública y se asocia, junto con el sobrepeso, a numerosas complicaciones en la edad adulta, como la diabetes y las cardiopatías.

UN PROBLEMA ANTIGUO.

La obesidad infantil comenzó a dispararse en las décadas de los 80 y los 90 del siglo pasado. Son muchos los factores implicados: “Estilos de vida no adecuados, patrones de alimentación incorrectos, déficit de actividad física...”, resume María Puy Portillo, presidenta de la Sociedad Española de Nutrición e investigadora principal del Grupo Nutrición y Obesidad en el Instituto de Salud Carlos III. “Le unimos la escasez de tiempo para organizar planes de comida y menús diarios, la tentación que supone la oferta

alimenticia de la industria... y realmente es muy difícil cambiar esto”, explica.

Una vez que se vio la amenaza de una epidemia de obesidad infantil y que se asumió que era un problema tan complejo y multifactorial cuya responsabilidad no podía descargarse solo en las familias, fueron surgiendo numerosos proyectos y actuaciones institucionales.

LA ESTRATEGIA NAOS.

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)*. Su finalidad, decía la entonces ministra Elena Salgado, era “mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil”. Con ella se establecieron algunas medidas que se han mantenido con los años:

- **Prohibición de la presencia** de máquinas de vending en centros educativos.
- **Prohibición en centros escolares** de venta de alimentos y bebidas ricos en

ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares.

- **Creación de un código de conducta** (el código PAOS) para que la propia industria regule la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a menores de 15 años.

Apenas 15 años después, las cifras de obesidad no acompañan. ¿Qué ha fallado? “La teoría nos la sabemos, pero hay múltiples circunstancias que hacen que el éxito no sea el que deseamos. Podemos diseñar planes de nutrición excelentes, pero existen muchos factores difíciles de solucionar: ¿Cómo vencer las resistencias de comodidad, la tentación de la oferta de la industria, las diferencias sociales y educativas?”, se pregunta la doctora María Puy Portillo.

MEDIDAS QUE NO FUNCIONAN.

Por si fuera poco, nos encontramos con que cada administración cuenta con sus propios planes, estrategias y programas que, demasiadas veces, pretenden abarcarlo todo. Asimismo, otra de las críticas por parte de pediatras, dietistas y nutricionistas es el excesivo peso que tiene la

¿POR QUÉ HAY QUE ACTUAR YA?

Distintas proyecciones y estudios estiman que el 57% de los niños padecerán obesidad cuando lleguen a la edad de 35 años. Si, además, ya tienen exceso de peso en la infancia, las posibilidades aumentan claramente: **tan solo uno de cada cuatro niños con obesidad tendrá un peso saludable en la edad adulta.** Según los expertos, uno de los principales factores que fomentan esta situación es que muchos padres no ven como un problema el hecho de que su hijo presente sobrepeso; en los más pequeños, se suele asociar a un estado de “lozanía” que se irá perdiendo de forma natural con los años.

Las alarmantes cifras de obesidad infantil hacen que cada vez haya más niños con enfermedades de adultos. Los pediatras lo advierten: entre las consecuencias más inmediatas de la obesidad infantil está que cada vez hay más niños con diabetes tipo 2, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, lo que les predispone a sufrir enfermedades cardiovasculares.



industria en el diseño de estas medidas. Para el pediatra Carlos Casabona es difícil solucionar el problema de la obesidad infantil “por los intereses económicos de las grandes multinacionales de la industria alimentaria, que entran y salen con las puertas giratorias de los gobiernos”.

En este sentido, la OMS insiste en la importancia de evitar las presiones de la industria para reducir la obesidad infantil. En 2015, Margaret Chan, entonces directora de la organización, declaró que “la industria alimentaria no debe tener ni voz ni voto en la orientación técnica emitida por la OMS”. Pero, la industria está presente en muchos de los planes que se inician para combatir esta epidemia, y se suele apostar por las propuestas de carácter voluntario, que no normativo.

17 AUTONOMÍAS, 17 VISIONES.

En el campo de las administraciones, cada comunidad autónoma ha ideado, con diferentes resultados, su propia estrategia. Según datos del Ministerio de Sanidad correspondientes a 2017, la media de obesidad (IMC superior a 30) en niños de 2 a 17 años es de 10,3%. Por comunidades, la más castigada sería Murcia, con un 14,2%, y la que presenta mejores datos, Aragón: 2,5%.

En el País Vasco y en Cataluña, donde las distintas estrategias adoptadas no habían logrado la eficacia deseada, se han implementado recientemente nuevos programas con los que se pretende ser más eficaces en la lucha contra la obesidad y se han adoptado con éxito medidas pioneras, como la subida de impuestos a las bebidas azucaradas que se ha llevado a cabo en Cataluña.

PAÍS VASCO: LOS MIL DÍAS.

“Estamos cansados de organizar planes y programas que nunca se consiguen; de poner objetivos a 30 años que se terminan olvidando”, explica Portillo. Ella ha participado en el diseño del conocido como *Plan de los mil días*, incorporado al Plan de Iniciativas Saludables del Gobierno Vasco. “Se trata de poner un plazo razonable, ni muy corto ni muy largo, para ver si se consiguen efectos.



“Podemos diseñar planes de nutrición excelentes, pero hay factores difíciles de solucionar”, comenta una experta.

Y de fijar también unos objetivos realistas”. Así, en estos mil días se pretende:

- **Aumentar en un 20%** el número de menores que consumen fruta y verdura.
- **Reducir el consumo de sal un 20%.**
- **Rebajar los azúcares libres** en la dieta en un 20%.
- **Lograr que el 50% de los agentes e iniciativas** que trabajan a favor de la alimentación saludable en el País Vasco lo hagan en red y de forma alineada.

Para cumplir estos objetivos, se han adoptado medidas como:

- **Vending inteligente y saludable:** impulsar la instalación (en empresas, universidades, en la calle...) de máquinas en las que uno de cada dos productos que se ofertan sean frutas, verduras y otros alimentos saludables.
- **Una aplicación móvil lúdico-pedagógica** para fomentar hábitos de vida saludable entre la población infantil.
- **El proyecto Puesta al día de comedores escolares** para mejorar la elaboración y

presentación de los menús, y para gestionar los tiempos dedicados a la comida.

- **Elaboración de un calendario multi-canal** de frutas y verduras de temporada para impulsar su consumo.
- **Vigilancia del etiquetado y composición nutricional** de los alimentos.

En breve se mostrarán los resultados de este plan, que se encuentra en su fase final. De momento, señala María Puy Portillo, “hemos visto que, al cabo de un año, los niños han incrementado un poquito el consumo de fruta. No podemos pretender conseguir que cumplan con las cinco raciones diarias de fruta y verdura; aspiramos a que incorporen a su rutina tomar al menos una pieza al día. Esto es una carrera de fondo”.

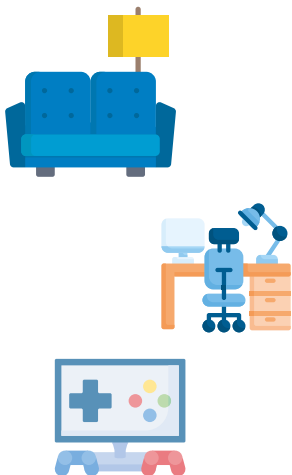
CATALUÑA: MIRADA SOCIAL.

En 2008, el Departamento de Salud de Cataluña puso en marcha el *Plan Integral para la Promoción de la Salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS)*. Una vez más, se trataba de una estrategia que englobaba



UN FENÓMENO Y MÚLTIPLES CAUSAS

La genética no es la única responsable de la actual epidemia de obesidad infantil. Tan solo el 40% del índice de masa corporal (IMC) está determinado por la herencia genética; en el 60% restante entran en juego factores culturales, sociales, económicos, de estilo de vida...



Ocio sedentario

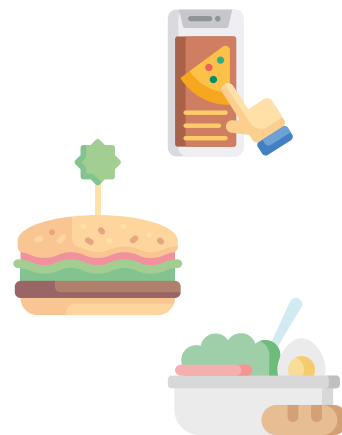
La OMS recomienda que niños y adolescentes realicen, al menos, 60 minutos diarios de ejercicio físico. En España, el 63,6% incumple esta recomendación –70,4% en el caso de las niñas y 56,5% en el de los niños–, como recogen en el Estudio Pasos, promovido por la Fundación Gasol para evaluar la actividad física y los estilos de vida de la población de entre 8 y 16 años. ¿Qué causas hay detrás de este ocio sedentario?

- **Las tardes, en casa.** Los abuelos (y muchos padres, que también fueron niños) lo recuerdan: los menores, antes, jugaban en la calle. Escondite, polis y cacos, rescate, pilla-pilla... Son muchos los motivos que han sacado a los niños de plazas y parques: inseguridad, incremento del tráfico, ausencia de zonas verdes, dificultades de los padres para acompañarlos a la calle.
- **De la bicicleta a la pantalla.** Esto se acompaña de la enorme atracción que ejercen las pantallas. Consolas, redes sociales, televisión, plataformas. El 80% de la población infantil incumple la recomendación de un uso de pantallas inferior a las dos horas diarias. El promedio entre semana es de casi tres horas, mientras que los fines de semana alcanza casi las cinco horas al día.

Cambios en la alimentación

Deberían comer mejor que nunca. Hoy tenemos acceso a información nutricional y disponemos de una enorme oferta a nuestro alcance. Pero la cesta de la compra se ha vaciado de alimentos frescos y se ha llenado de ultraprocesados. El menú diario ha cambiado.

- **Transición nutricional.** Así se denomina a la transformación que estamos experimentando en España. La tradicional dieta mediterránea se ha visto reemplazada por otras con mayor densidad energética: se incrementa la grasa de origen animal y los alimentos con azúcar añadido, y se disminuye el consumo de fibra y carbohidratos complejos.
- **Auge de los productos alimenticios de conveniencia.** El trabajo de ambos progenitores fuera de casa, con la escasez de tiempo para comprar y cocinar, "se traduce en que se consumen fundamentalmente alimentos precocinados de producción industrial y hay mucha comida lista para comer", señala el pediatra Jesús Garrido.



Causas socioeconómicas

La obesidad infantil castiga con mayor dureza a los niños de familias con bajo nivel socio-económico. El estudio Aladino hace hincapié en ello:

- **Se da un 23% de obesidad infantil en rentas bajas**, frente a un 11,9% en rentas superiores a 30.000 euros (ver gráfico de la página 25).
- **Es más barata y consume menos tiempo de preparación la comida hipercalórica y los productos ultraprocesados** que los alimentos frescos. Así, la cesta de la compra es más cara cuanto menos calóricos sean los alimentos.



PANDEMIA Y CONFINAMIENTO: ¿RIESGO U OPORTUNIDAD?

Volver a comer en casa, pasar más tiempo en familia...

¿ha tenido efecto sobre la obesidad infantil? No hay una respuesta única: los expertos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) prevén un posible aumento de peso, en promedio de un 5%. Idoia Labayen, profesora de Fisiología de la Universidad de Navarra y directora del grupo de investigación ELIKOS, ha dirigido un estudio en el que se ha visto que **"el 95% de los niños redujo durante el confinamiento su nivel de actividad física. Esta reducción se cifra en 90 minutos menos de actividad al día"**.

No obstante, en lo que respecta a la alimentación, se apunta que la cuarentena puede haber supuesto también una oportunidad para recuperar el hábito de una alimentación en familia, más cocina casera, comer sentados... Hábitos que sería aconsejable que perduraran en el tiempo.

acciones comunitarias, tanto desde la sociedad civil como desde las administraciones y la industria, y en el que se involucraba a profesionales de todos los ámbitos. Los datos, no obstante, seguían sin ser buenos. Según los últimos datos de la Generalitat, correspondientes a 2017 y 2018, el 35,6% de los niños catalanes de entre 6 y 12 años sufre exceso de peso. De ellos, el 25% presenta sobrepeso y el 10% restante, obesidad.

Estos datos han llevado a iniciar un nuevo abordaje para tratar el exceso de peso en la población infantil. "El problema comienza a edades muy tempranas y está condicionado por factores ambien-

tales. Si no jugamos bien las cartas, esta generación tendrá una salud peor de la que han tenido sus padres", analiza Joan Guix, secretario de Salud Pública.

El programa pretende actuar sobre alimentación, actividad física, sedentarismo y horas de sueño. Se ha tenido en cuenta la brecha socio-económica, que, en palabras de la consejera de Salud, Alba Vergés, "hace que el exceso de peso infantil afecte especialmente a los colectivos más vulnerables". Por ello, el proyecto piloto se ha puesto en marcha en dos de las zonas más castigadas por la obesidad infantil. Una de ellas, el barrio de La Mina de Sant Adrià del Besòs (Barcelona), tiene una tasa del 24%, nueve veces superior a la del acomodado barrio de Sarrià-Sant Gervasi. El plan se centra en las familias más desfavorecidas y plantea actuaciones progresivas para atender las necesidades infantiles.

- **En una primera etapa, se trata de actuar en prevención:** para ello, se formará a los equipos de pediatría, a las escuelas y a los centros comunitarios.
- **Posteriormente, se sumarán dietistas-nutricionistas de apoyo,** tanto para el abordaje individual como para el grupal o comunitario.
- **Se incorporarán también expertos en psicología y actividad física** y se trabajará para identificar cómo hacer llegar los mensajes clave a las familias con dificultades especiales.

Cataluña ha sido la primera comunidad en aumentar los impuestos a bebidas azucaradas: en 2017, subió 8 céntimos por litro para las que tuvieran entre 5 y 8 g de azúcar cada 100 ml, y 12 céntimos para las que lo superaran. El resultado ha sido positivo, y se ha reducido su consumo entre un 8% y un 22%, en función de la presentación del producto, según un estudio de la Universidad Pompeu Fabra.

EN BUSCA DE SOLUCIONES.

Los datos de obesidad en España no han mejorado, por lo que aún queda mucho por hacer. Entre los aspectos que más se están debatiendo en las distintas administraciones, destacan:

• **Nutrición como asignatura.** En el año 2005, Japón puso en marcha la Ley Base sobre el Shokuiku (educación nutricional), que obliga tanto a los colegios como a los escolares y a sus familias. Los centros escolares incorporan la figura del nutricionista, se les anima a conocer los productos locales y a cocinarlos, y la alimentación es una asignatura transversal. El éxito de esta iniciativa (el 74,5% de los colegios aumentó el consumo de productos locales) inspira la demanda de llevar la educación nutricional a la escuela.

• **Incorporación de dietistas y nutricionistas al Sistema Nacional de Salud.** Puede parecer insólito, pero estos profesionales no se encuentran dentro del sistema público de salud en la mayoría de las comunidades autónomas. Su incorporación es una antigua demanda de este sector: si tanto se insiste en que la obesidad infantil es multicausal y debe abordarse de forma multidisciplinar, parece evidente que este profesional titulado, experto en alimentación, nutrición y dietética, puede ser muy eficaz para combatirlo.

• **Control efectivo de la publicidad.** El 71% de los anuncios en horario infantil son de alimentos poco saludables. Es cierto que existe el código PAOS de autorregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a menores; el problema es que habla de autorregulación, es decir, la propia industria es la que se regula, por lo que no se trata de una norma vinculante. Como consecuencia, es frecuente el incumplimiento, y solo se sanciona en los casos muy llamativos o que saltan a los medios.

• **Impuestos sobre bebidas y alimentos azucarados.** La cuestión fiscal está siempre sobre la mesa. Existe la opción de seguir el ejemplo de Cataluña y gravar las bebidas azucaradas. Otra opción, que está en estos momentos en debate, es la de subir directamente el IVA, del 10 al 21% a estos productos, así como a los ultraprocesados.



Mapa de la obesidad infantil en España

Año 2017. Niños de 2 a 17 años.

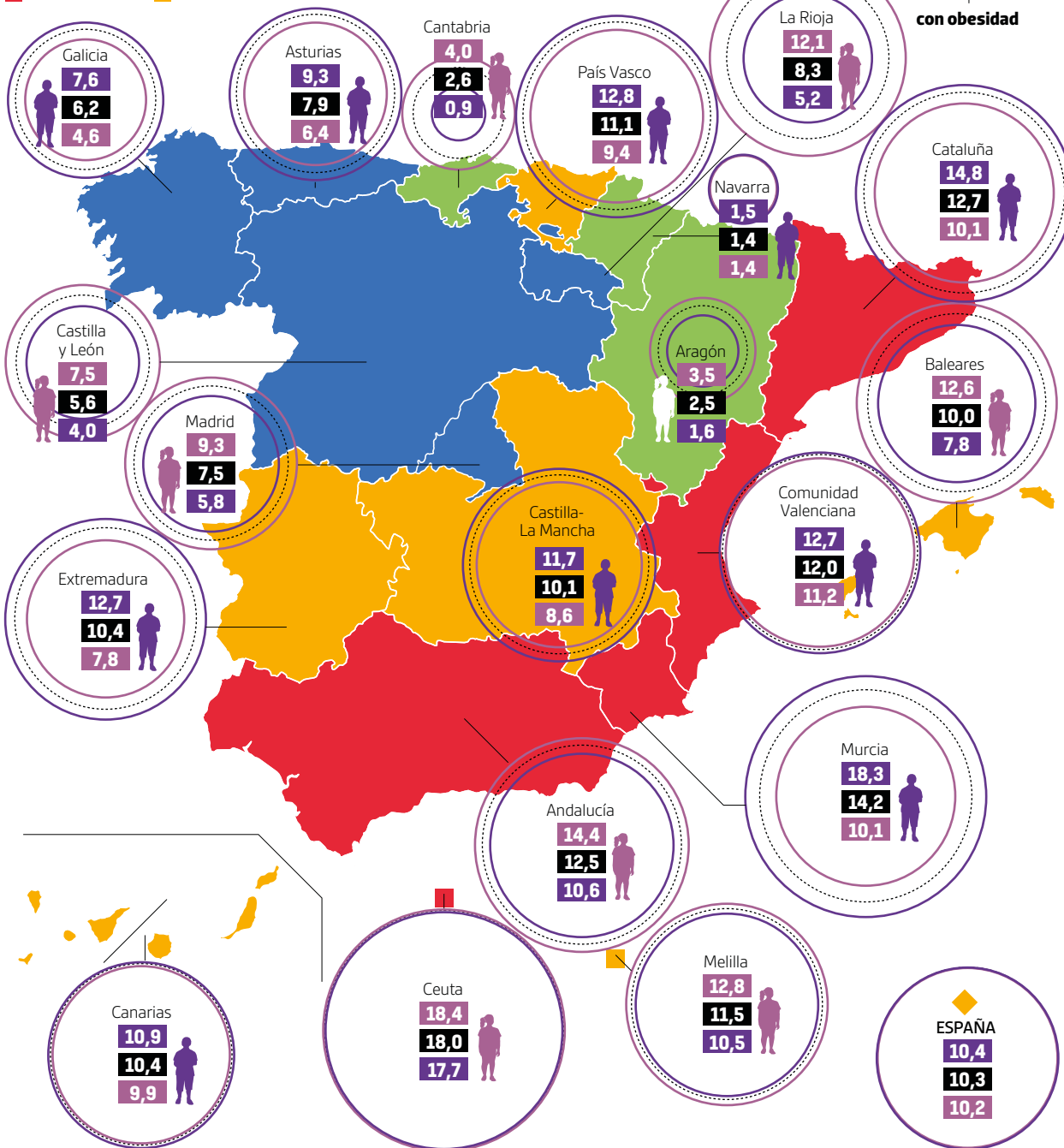
TOTAL Niños Niñas

Prevalencia de:



% del total

Más del 12% Del 10% al 12% Del 5% al 10% Menos del 5%



Para determinar la obesidad en niños de 2 a 17 años se han utilizado los puntos de corte publicados en "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", de Tim J. Cole. Fuente: Ministerio de Sanidad.



Algo diferente tiene que estar haciendo Noruega para que sus cifras sobre obesidad vayan a contracorriente del resto de Europa. El país nórdico tiene a un 25% de sus habitantes con sobrepeso, mientras que en España la cifra alcanza ya el 55%. Además, entre 2000 y 2018 ha conseguido reducir la ingesta de azúcar por habitante, pasando de los 43 kg que se consumían por año a los 23 kg. Parte de este éxito se debe a su política nutricional, basada en colaborar estrechamente con la industria alimentaria, en una dura legislación que controla la publicidad dirigida al público infantil y en el lanzamiento de potentes campañas de comunicación y educación. Con todo, la fórmula nórdica no es perfecta, y prueba de ello es la reciente bajada de impuestos en los alimentos no saludables (azúcar y refrescos) después de años consecutivos de subidas, pero sí es muy ambiciosa. Liv Elin Torheim, vicepresidenta del Consejo Noruego de Nutrición y profesora de Nutrición en Salud Pública en la Universidad Metropolitana de Oslo, ha participado en la elaboración de las medidas para continuar esa tendencia a la baja de sus índices de obesidad y sobrepeso, sobre todo entre la población infantil, que se marca el gobierno para los próximos años. Nos cuenta en qué consisten.

Las primeras intervenciones para luchar contra el sobrepeso y la obesidad infantil en los países nórdicos se iniciaron en los años 70. ¿Cómo han cambiado desde entonces las políticas y acciones para tratar y prevenir este problema de salud? Noruega fue uno de los primeros países del mundo en adoptar una política alimentaria en 1974. Pero en la década de los 70 la atención se centraba en la dieta saludable en general y en la autosuficiencia alimentaria (en generar un sistema alimentario propio en el país). A lo largo de los 80 se fue prestando cada vez más atención a la promoción de una dieta saludable que específicamente aconsejaba una reducción en la ingesta de ácidos grasos saturados, azúcar y sal; así como el aumento del consumo de frutas, verduras, cereales integrales y pescado. Pero la atención no se centraba específicamente en la obesidad, un problema que no se puso en evidencia hasta 2000.

¿En qué se basaron esas primeras iniciativas contra la obesidad? En 2002 se elaboró un libro blanco sobre la salud pública cuando el sobrepeso y la obesidad – así como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes – fueron señalados como los principales retos sanitarios de Noruega. Unos años más tarde se definió una estra-

LIV ELIN TORHEIM

Vicepresidenta del Consejo Noruego de Nutrición

“La mejor acción que ha llevado a cabo Noruega es prohibir la publicidad destinada a los menores”

tegia más completa, para 2007-2011, que incluía objetivos, medidas y responsabilidades concretas. Esta estrategia, que fue evaluada por la OMS en Europa, ha resultado fundamental a la hora de llevar a cabo las políticas y acciones de prevención de la obesidad que están contribuyendo a reducir el sobrepeso en el país.

¿Cuáles fueron exactamente esos objetivos sobre los que se centró aquella estrategia? Se centró fundamentalmente en los niños y en los jóvenes. Ellos fueron el principal grupo de interés, junto con la reducción de las desigualdades sociales en materia de salud. Pero además de poner la atención en medidas estructurales, el plan también puso el foco en la comunicación, en la información que había que transmitir a los consumidores.

¿Qué promocionaban? La lactancia materna, el aumento de la ingesta de frutas, verduras, horta-



lizas y alimentos integrales. Se fomentaba el agua como bebida principal y la reducción de grasas, productos lácteos y cárnicos grasos, sal y azúcar (bebidas azucaradas, dulces y aperitivos). Los resultados desde entonces han sido positivos, pero la estrategia ha sido sustituida por una nueva que plantea mejorar la alimentación para 2017-2023, el *Plan de Acción Nacional para una Dieta más Saludable*.

Los expertos suelen hacer similitudes entre la dieta nórdica y la mediterránea. ¿En qué se basa este tipo de alimentación? En el consumo de alimentos vegetales y cereales enteros que se cultivan localmente. Se centra en las bayas del bosque [alimentos silvestres], en el pan de centeno, el aceite de colza, el nabo, la col y el bacalao, productos que se cultivan y producen localmente y han demostrado que aportan beneficios para la salud. En general esta dieta se basa en un patrón saludable, pero también en la sostenibilidad.

La obesidad infantil sigue siendo un problema en la región escandinava, pero Noruega se cita como ejemplo de éxito. ¿Cuáles han sido los avances más relevantes en este sentido?

Recientemente he dirigido un proyecto en el que hemos evaluado las políticas nutricionales noruegas para reducir la obesidad y las enfermedades ENT [siglas de “no transmisibles”: cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes] utilizando el método Food-EPI. Se trata de una herramienta internacional que usan los gobiernos para crear un ambiente nutricional más saludable, y que forma parte de un proyecto más amplio de la Unión Europea (WPI de la Red de Evaluación de Políticas). Un grupo de expertos ha revisado estas políticas y, comparándolas con las mejores prácticas internacionales, concluyó que las de Noruega son bastante mejores que otras que se llevan a cabo satisfactoriamente en otros países.

De todas esas medidas, ¿cuál cree que es la más exitosa?

Como parte de este éxito destacaría que el gobierno noruego restringe toda la publicidad dirigida específicamente a los niños a través de la Ley de Radiodifusión de 1992. Esta norma se considera muy importante a la hora de proteger a los menores de la publicidad en general y, en particular, de la de los alimentos y bebidas poco saludables. En el 2013 se fue más allá,

y la industria alimentaria acordó una prohibición autorregulada del *marketing* en alimentos y bebidas azucaradas dirigido a niños menores de 13 años. Algunos expertos en nutrición consideraron que esta normativa podría incluso mejorarse (por ejemplo, subiendo el límite de edad a los 18 años y extendiendo la regulación al *marketing* de los envases), pero aún así ha tenido un fuerte impacto y, como consecuencia, la reducción de la comercialización de alimentos y bebidas poco saludables para los niños.

¿Este tipo de campañas fueron las empleadas para reducir la ingesta de azúcar entre la población?

Sí. Cuando las encuestas dietéticas de principios de 2000 mostraron que los niños noruegos tenían un alto consumo de azúcar, se tomaron medidas. Se realizaron campañas para informar a los padres y al personal sanitario sobre la importancia de reducir la ingesta de azúcar, las guarderías se centraron en ello con campañas como *Celebra el cumpleaños sin azúcar*. Además, la industria de alimentos para bebés redujo el contenido de este compuesto en las papillas. Padres y madres comenzaron a ser mucho más conscientes de la importancia de reducir el consumo de, por ejemplo, refrescos con azúcar. El resultado fue que la ingesta de azúcar en niños menores de 4 años es ahora



“Habrá que ver si nuestro modelo de colaboración estrecha con la industria acaba funcionando o si es demasiado ingenuo”.

muy baja. Es cierto que aumenta con la edad, pero al menos la mayoría de los menores empiezan sus primeros años de vida ingiriendo menos azúcar.

¿En su país la nutrición tiene un papel importante en la sanidad pública y en la educación? En Noruega, todos los niños desde el nacimiento acuden al centro de salud infantil para que un profesional de la sanidad pública les haga un seguimiento y les aconseje. Se mide a los niños (peso, altura) regularmente durante los primeros años y se da consejos a los progenitores sobre la lactancia materna y la alimentación de los bebés y niños pequeños. Además, casi todos los menores van a la guardería, donde en general se lleva prestando desde hace años más atención a la alimentación sana. Todo puede mejorarse, pero esta fórmula funciona y tiene un papel muy importante a la hora de comenzar con buen pie la educación nutricional de los niños. Actualmente no tenemos una política general para servir comidas escolares en Noruega, pero algunas escuelas ofrecen en sus desayunos o almuerzos la posibilidad de comprar leche, frutas y/o verduras a un económico precio.

Otro ámbito en el que el Gobierno noruego está actuando es el de la colaboración con la industria alimentaria. Sí. El ministro de Sanidad ha establecido una colaboración con los principales agentes de la industria alimentaria del país, que se han comprometido a reducir el contenido de azúcar, sal y grasas saturadas en sus productos, contribuyendo así a una mayor ingesta de alimentos saludables por parte de los pequeños. Las autoridades sanitarias, además, tienen que contribuir con campañas de información. En general, las políticas noruegas combinan las medidas estructurales con información a la población.

En 2018, Noruega aumentó los impuestos sobre los alimentos y bebidas azucarados. ¿Ha funcionado esta medida? Este aumento de impuestos trajo una fuerte presión por parte de la industria alimentaria, que se quejaba de una pérdida de negocio al incrementarse aún más las compras que realizan los noruegos en la frontera: los ciudadanos se pasaban a la vecina Suecia a adquirir refrescos, chocolates y alcohol baratos, ya que allí no tienen esa tasa. Por esa presión, este año el impuesto se ha reducido casi un 50%, en el caso de los refrescos, y se ha eliminado por completo en algunos alimentos poco saludables. Además, la industria se opuso también a una regulación más estricta sobre la comercialización de alimentos y bebidas poco saludables



dirigida a los niños. Por todo ello, aunque la salud pública tiene una posición fuerte en Noruega, podría ser aún mejor, ya que no siempre la salud pública prima sobre las decisiones políticas. A menudo vemos que los políticos la ponen en una balanza frente a otros intereses.

¿Es mucha la presión de la industria alimentaria? La industria lucha contra las medidas con las que no está de acuerdo. Con el impuesto, dio un paso atrás, rompió esa colaboración que existía con el gobierno para reducir el azúcar de sus productos. Ahora, con la reducción reciente de la tasa, vuelven a colaborar. Les gusta ser socios, pero no que les digan lo que tienen que hacer. Creo que habrá que ver si el modelo noruego de colaborar estrechamente con la industria alimentaria acaba funcionando o si es demasiado ingenuo.

¿Cree que la reducción en el consumo de azúcar entre la población se ha producido principalmente gracias a ese impuesto? Ha sido una combinación de factores, ya que se han lanzado campañas de información a la población y también se han realizado acciones por parte de la industria para reducir el contenido de azúcar en los alimentos. Por ejemplo, en el yogur, ha disminuido mucho.

Puede haber influido el incremento de impuestos. Quizá, pero como esta tasa se ha reducido recientemente, el precio de –por ejemplo– una tableta de chocolate ha bajado. A partir de ahora esto podría tener un efecto negativo para la población con menos recursos y es algo que me preocupa. Los noruegos beben gran cantidad de refrescos, y muchos de ellos se han pasado de los endulzados con azúcar a los endulzados artificialmente. Ello ha contribuido bastante a reducir el consumo de azúcar. En general, los noruegos son conscientes de que el consumo de azúcar debe ser bajo y tratan de reducirlo.

La obesidad infantil se suele relacionar con la situación socio-económica de las familias. ¿Ocorre lo mismo en Noruega? Sí, hay una clara relación entre pobreza y obesidad. Los niños de familias con menos recursos sufren en mayor medida el sobrepeso. Son menores que toman más bebidas



'FISKEPRELL' UN EJEMPLO DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LAS AULAS

Traducido sería algo similar a "Diversión con el pescado". Se trata de un programa dietético nacional destinado a aumentar la ingesta de marisco entre niños y adolescentes noruegos. Es uno de los planes

que fomenta el gobierno, a través de cada región, para educar a los más pequeños y fomentar la alimentación saludable desde una temprana edad. Con Fiskeprell, los profesores de las escuelas y jardines de infancia intentan promover el pescado y el marisco (producto del que Noruega es un gran exportador) como opción natural en las comidas. Para ello, el gobierno ofrece gratuitamente recursos didácticos y cursos al personal de estos centros educativos sobre nutrición infantil. Con ingredientes frescos y métodos de cocina variados, se les enseña a preparar platos sencillos de marisco que gusten a los niños y que se adapten a la vida cotidiana en el jardín de infancia.

azucaradas, comen menos frutas y verduras y participan menos en actividades de ocio y deportes.

Como en el resto de países, en términos de gasto social, ¿en Noruega sale más rentable invertir en prevención que en curar? Sin duda, la prevención y la promoción de la salud siempre serán más baratas que financiar el tratamiento de las enfermedades que provoca la obesidad.

A pesar de estos buenos datos, ¿cree qué todavía existen aspectos que deberían mejorarse? Centrándonos en los niños más pequeños, parece que la industria alimentaria se está apostando ahora en la comercialización de productos dulces a base de fruta, como esas bolsitas con purés de fruta o fruta deshidratada, que no son mejores que las golosinas. A menudo se comercializan como alimentos saludables y sustitutos de las frutas y verduras frescas, pero apenas contienen vitaminas, minerales o fitoquímicos, son muy dulces y nada saludables. Espero que Noruega tome cartas en el asunto y adopte medidas más estrictas.

¿Cuál es entonces la asignatura pendiente en materia de obesidad infantil en Noruega? Los expertos del proyecto Food-EPI, una evaluación reciente realizada en 11 países de los cinco continentes, recomendaron acciones concretas, como reducir el precio de los alimentos saludables y aumentar el de los no saludables. Por desgracia, el gobierno noruego ha hecho justo lo contrario y ha reducido el impuesto sobre las bebidas azucaradas, el alcohol y los dulces. El grupo de expertos también recomendó introducir frutas y verduras gratuitas para los niños en el colegio y, al menos, una comida escolar gratuita, que no tenemos en Noruega. Además, también aconsejaron reforzar la labor en materia de nutrición en los municipios y en los entornos públicos. Hay muchas directrices que aún no se siguen debido a la falta de capacidad y competencia de los diferentes municipios.

CAPÍTULO 3

La industria alimentaria, a examen



¿CON QUÉ ALIMENTAMOS A NUESTROS HIJOS?

Cerca de la mitad de los menores españoles presenta sobrepeso u obesidad. El origen es multifactorial, pero *no puede obviarse el papel de una alimentación poco saludable. ¿Es responsabilidad de los fabricantes?* Representantes de la industria, nutricionistas y expertos en seguridad alimentaria analizan las causas y apuntan posibles soluciones.

Casi uno de cada dos niños españoles entre tres y ocho años presenta obesidad o sobrepeso. Son las preocupantes cifras que revela el Estudio Nutricional y de Hábitos Alimentarios de la Población Española (ENPE), promovido por la Fundación Eroski. Un problema multifactorial en el que confluyen condicionantes genéticos, el entorno obesogénico del menor, el creciente sedentarismo y, por supuesto, una inadecuada selección de los alimentos que componen su dieta.

10 EMPRESAS CONTROLAN EL MERCADO MUNDIAL.

Cuando el consumidor empuja el carrito en el supermercado rara vez es consciente de que buena parte de los alimentos procesados que elige proceden de una decena de grandes multi-

nacionales. Oxfam los rebautizó como los *Big Ten* (los 10 grandes): enormes conglomerados que no solo concentran marcas de alimentación, también distribuyen droguería y hasta productos para animales. Estas 10 compañías son:

- **Nestlé (Suiza)**. Es la primera empresa alimentaria mundial. Además de lácteos y derivados, también produce galletas y alimentos infantiles.
- **PepsiCo (EE UU)**. Conocida por sus refrescos, tiene una amplia presencia en la categoría de aperitivos con marcas como Lays, Cheetos, Doritos o Ruffles.
- **Unilever (EE UU)**. De origen británico-holandés, tiene un hueco en la alimentación con marcas como Frigo, Knorr, Hellmann's o Flora.
- **Coca-Cola (EE UU)**. Es la reina de las bebidas azucaradas con marcas como Coca-Cola, Sprite, Fanta, Nestea, Powerade o Aquarius.







- **Mars (EE UU).** Los chocolates son los protagonistas de esta empresa, que aglutina marcas como Twix, M&M's, Mars o Bounty.
- **Mondelez (EE UU).** Destaca por sus productos de picoteo, con chocolates y galletas como marcas más conocidas: Oreo, Milka, Príncipe, Suchard o Lu.
- **Danone (Francia).** Es el líder del sector de los lácteos (con productos como Actimel, Activia o Danone), aunque también tiene presencia en el mercado de la alimentación para bebés.
- **Associated British Foods (Reino Unido).** En alimentación, se dedica mayoritariamente a la bollería y panadería.
- **General Mills (EE UU).** Su oferta es muy variada y va desde los helados Häagen-Dazs hasta marcas como Gigante Verde, Old El Paso y Nature Valley.
- **Kellogg's (EE UU).** La reina de los desayunos infantiles, con una gran variedad de cereales azucarados, también es la dueña de la marca Pringles.

Como se ve, en el catálogo de estas empresas hay absolutamente de todo (ver despiece en la página 22), pero sobresalen las galletas, los chocolates, los refrescos, las salsas, los aperitivos y los precocinados. Precisamente, los favoritos de los niños. En muchos casos, su presencia es tan abrumadora que la mitad del lineal procede de una sola empresa, con marcas diferentes que compiten entre sí (Lays, Ruffles, Churrería Santa Ana o Doritos; todas ellas de la misma empresa, PepsiCo). Aparentemente se trata de una diversificación de la oferta, pero también es una política de *marketing* que elimina espacio para otros competidores. De esta forma, la decisión de modificar las fórmulas de los productos más conflictivos pasa de ser una respuesta al mercado a una estrategia de negocio voluntaria.

Paralelamente, crean nuevas marcas para extender su cuota a lineales menos masivos y con mensajes o etiquetas mejor valorados por el consumidor: alimentos *light*, ecológicos, de comercio justo, sin gluten,

veganos... Es el caso de las galletas con carbohidratos de “liberación lenta” BelVita (Mondelez), los bizcochitos altos en fibra y bajos en calorías Fibre One (General Mills) o las bebidas de avena AdeS y los cafés ecológicos Honest (ambos de Coca-Cola).

ESPAÑA: MÁS FIAMBRE.

Pese a ser colosos a escala mundial, no todas las multinacionales tienen la misma penetración en España. Nuestro país presenta una peculiaridad: se consumen menos *snacks*, pero más fiambre y muchos lácteos. Sobre todo, de producción local. Esto hace que el retrato de las 10 marcas (no empresas) con mayor peso en la cesta de la compra de los hogares españoles sea algo diferente. Según el último informe *Brand Footprint de Kantar (2020)*, Coca-Cola es la marca más elegida en España. Está presente en el 74,5% de los hogares. Le siguen El Pozo, Campofrío (en ambos casos, con una presencia superior al 70%), Central Lechera Asturiana, Gallo, Danone, Activia, Pescanova, Bimbo y Puleva.

De nuevo se trata de marcas habituales en el menú infantil: muy apetecibles para los pequeños, asequibles y con una imagen familiar. Pero, sobre todo, fáciles de consumir y sin discusiones con los pequeños. En tiempos de prisas o, simplemente, con pocas

ganancias de conflictos, los productos frescos ceden posiciones frente a los listos para abrir y tomar (yogures bebibles, fiambre loncheado y envasado al vacío o varitas de merluza como opción de pescado “rico y sin espinas”). Los padres delegan parte del menú en la industria alimentaria y esta determina qué y cómo comen los niños.

LA VOZ DE LOS FABRICANTES.

Pero, ¿qué opina la industria? Hemos preguntado a las 10 empresas que controlan el mercado mundial de la alimentación sobre su responsabilidad en la obesidad infantil y si, como compañías, están implicadas en el impulso de una dieta saludable entre los más pequeños. “Está claro que nuestra sociedad se enfrenta a retos de gran impacto social y sanitario, que van a estar directamente vinculados a la actuación de las empresas de alimentación”, cuentan desde Nestlé, una de las dos compañías que accedieron a responder. La multinacional suiza dispone de una red privada mundial de I+D dedicada a la nutrición, con 23 centros de investigación distribuidos por todo el mundo. “En uno de estos centros, el Nestlé Research Center, en Lausana (Suiza), se hacen avances científicos en el área de azúcares, sal y grasas y sus efectos en la salud, y se investiga acerca de innovaciones tecnológicas que permitirán reducir los que añadimos en nuestra cartera de productos sin comprometer la seguridad, la calidad y el sabor”, explican los responsables.

Desde Nestlé inciden en los cambios de sus productos infantiles. “Ponemos especial foco en los productos destinados a niños; por ejemplo, hemos reducido en un 40% de azúcar en algunas variedades de cereales de desayuno como Chocapic o Fitness”, cuentan. En cuanto a la publicidad, desde Nestlé aseguran que no hacen publicidad directa a menores de seis años. “No publicitamos chocolates, bebidas azucaradas, galletas ni helados dirigidos a niños de entre seis y 12 años. Tampoco realizamos comunicaciones en escuelas de educación primaria”, concluyen.

“Los acuerdos voluntarios solo serán efectivos si las autoridades los supervisan y cuentan con sanciones”, dice Urrialde.



Para Unilever, la segunda empresa en responder, “la obesidad infantil es una enfermedad multifactorial que debe abordarse desde todos los ámbitos: sanitario, educacional, familiar y comunitario, y empresarial (entre ellos, la industria alimentaria, como ya está haciendo)”. Entre las medidas que ha puesto en marcha la multinacional estadounidense, destaca el Plan Unilever para una Vida Sostenible. “En 10 años, redujimos más de 15.000 toneladas de azúcar de nuestros helados. En nuestros refrescos a base de té, disminuimos el azúcar en un 23%”, enumeran. En cuanto a la publicidad, opinan que “el Código PAOS está funcionando bien”.

¿QUÉ HACEN MAL?

Con las cifras de sobrepeso y obesidad infantil en la mano cabe plantearse cuánta responsabilidad tiene la indus-

tria alimentaria. Sin perder de vista que estamos ante un problema con otros actores involucrados: los padres y las madres, el menú escolar, la hostelería y el sistema público de salud.

“En el caso de la industria alimentaria, tanto de la transformación como de la distribución, toca reformular y desarrollar productos alimenticios con composiciones adecuadas a los requerimientos poblacionales”, explica Rafael Urrialde, profesor de microbiología en la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid y experto en Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutrición.

En el último medio siglo las necesidades calóricas se han reducido como consecuencia de la automoción, los ascensores o el ocio sedentario. Sin embargo, la industria sigue lanzando propuestas muy energéticas, desde bo-

llería alta en grasas y azúcares a bolsas de aperitivos salados en los famosos tamaños familiares que distorsionan la idea de ración.

Por si fuera poco, la puesta en escena es implacable. Se busca embelesar a los pequeños y convencer a los adultos. “Debería eliminarse la comunicación dirigida a niños de productos con excesivos nutrientes críticos (grasas, sal y azúcar, fundamentalmente)”, señala Urrialde. Se apunta a los anuncios convencionales y a la poca conveniencia de regalar juguetes con este tipo de alimentos (el ya habitual regalo dirigido a los más pequeños que se encuentra en los formatos grandes de ColaCao o el propio huevo Kinder). Pero también se cuestionan los crecientes patrocinios de famosos (el chef Daviz Muñoz con Donuts o *youtubers* confesando que desayunan Red Bull para estar más despiertos).

Tampoco se salvan los reclamos en la parte delantera de los propios envases: el “enriquecido con vitaminas y calcio”, “mejora el rendimiento intelectual”, “recomendado por pediatras” o “patrocinador del equipo olímpico” inducen a pensar en *súper alimentos* o en elementos habituales en la dieta de los deportistas, camuflando la realidad de productos de bajo interés nutricional y altos en calorías.

AUTOCONTROL, REGULACIÓN O SANCIONES, ¿QUÉ FUNCIONA?

En 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo ponía en marcha la estrategia NAOS para revertir la obesidad infantil. 16 años después, industria y nutricionistas coinciden: fue una oportunidad perdida ya que no se acompañó de una campaña de educación nutricional para la población general. Cuando los padres no saben interpretar una etiqueta de nutrientes difícilmente harán elecciones acertadas en la cesta de la compra.

Aun así, la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB) se alineó al plan elaborando el Código Autorregulación de la Publicidad de Alimentos (PAOS), una serie de guías para atemperar los mensajes publi-



10 MULTINACIONALES CONTROLAN TODO LO QUE COMEMOS

Nuestra cesta de la compra está en manos de muy pocas empresas. Un informe de la ONG Oxfam, *Behind the Brands* (Detrás de las marcas), señala cómo están de conectadas las marcas más populares del mercado.

Mondelēz International [formerly Kraft Foods]



PEPSICO



Coca-Cola



GENERAL MILLS



Nestlé



Unilever



Kellogg's



DANONE



MARS



Associated British Foods plc





tarios destinados a niños menores de 12 años. “Los acuerdos voluntarios o de autocontrol funcionan muy bien para recortar los ingredientes críticos o moderar los mensajes en la publicidad, pero solo serán efectivos si las autoridades los supervisan y cuentan con sanciones. Habría que establecer una regulación específica para los productos dirigidos a menores de 16 años, como ya hacen en Portugal”, recalca Rafael Urrialde.

Entre 2017 y 2020 el sector se comprometió a mejorar los perfiles nutricionales de muchos alimentos. En la práctica, significaba eliminar un 10% de azúcar a los néctares de fruta, un 5% de grasas saturadas a las galletas o un 13,8% de sal a las patatas fritas. Para Enrico Frabetti, director de Política Alimentaria, Nutrición y Salud de FIAB, “hay alternativas tecnológicas que permitirían reducir aún más esos porcentajes, incluso eliminarlos sin poner en riesgo la seguridad alimentaria. Pero el sabor o la textura se modificarían de forma notable. Lo más probable es que el paladar del consumidor los rechazara. Los cambios deben ser graduales”.

MENSAJES POCO COHERENTES.

Para los más críticos, la industria peca de hipocresía. En especial cuando recuerdan la necesidad de llevar una dieta equilibrada, comer cinco piezas de frutas y verdura al día y realizar actividad física en las propias cajas de galletas con alto contenido en azúcar o en las bolsas de snacks, por ejemplo. “Es cierto que practicar deporte no compensa una dieta desordenada, pero no se puede prohibir todo ni modificar todo en un instante. He llegado a leer que se deberían incorporar advertencias respecto al azúcar similares a las de las cajetillas de tabaco. Es un disparate que no se sostiene a nivel científico. Todo depende del gasto calórico de cada niño, de la cantidad y de la frecuencia. No demonicemos alimentos, eduquemos al ciudadano sobre nutrición”, se defiende Frabetti. “Saber qué aporta cada alimento permitiría a los padres decidir si se puede o no consumir a diario o si en vez de una

ración entera, deben dar al niño solo la mitad. Mientras tanto, el paquete le recuerda que realizar ejercicio es mejor para la salud que pasar toda la tarde enganchado a un videojuego y que no está de más incorporar algo de ensalada en la cena”, añade. Una ecuación compleja para los padres que deberían calcular el gasto calórico real de cada uno de sus hijos según su edad y actividad física y suministrar los porcentajes adecuados de alimento en cada situación.

MÁS PROPUESTAS SALUDABLES EN EL SÚPER.

Desde la Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas destacan los cambios que ha llevado a cambio la industria. “En los últimos

años hemos aumentado la oferta de refrigerados y congelados fáciles de consumir con una mayor presencia de ingredientes saludables”, cuenta Enrico Frabetti. Tarrinas de palitos de zanahoria, ensaladas con pollo aliñado listas para consumir o bolsas de frutas troceadas y congeladas son algunas de esas propuestas. “Implica un reto para los padres: tomarse un tiempo para hacer la compra, descubrir esos nuevos productos e incorporarlos a la cesta”, añade. Después queda un reto aún mayor: incorporarlos de forma habitual a la dieta de toda la familia y no solo a la de los pequeños. De nada sirve que el niño tome un picoteo de vegetales si los padres se sientan en el sofá con un bol de ganchitos.



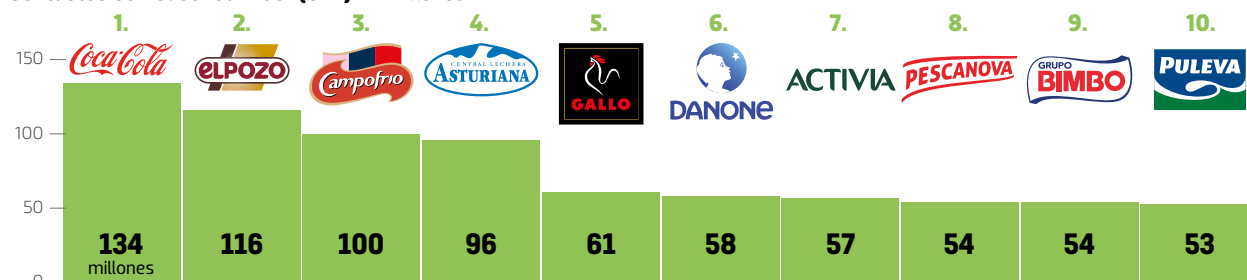
El dilema de las raciones

Es una costumbre muy mediterránea poner comida de más, no sea que el niño o la niña se quede con hambre y no crezca. Pero mientras la población infantil cada vez se mueve menos, las raciones medias no han parado de aumentar. Y no hay una tabla oficial realizada con metodología científica, contrastable, específica y repetible con la porción de referencia de cada alimento para cada edad. “Las que hay son inventadas por la industria con mejor o peor criterio. Y deberían ser las instituciones públicas de salud conjuntamente con nutricionistas quienes las establecieran, como ya sucede en EE UU y Portugal”, cuentan desde la Academia Española de Nutrición y Dietética. El etiquetado tampoco ayuda a determinar qué cantidad servir. **La legislación europea solo obliga a desglosar el aporte nutricional por cada 100 g o 100 ml. Sin embargo, rara vez la unidad o la ración que indican los fabricantes se ajusta a esa medida.** Puede que la ración sean varias unidades (en el caso de las galletas) o que la unidad supere ese peso (un yogur son 125 g). Leer el listado de ingredientes por 100 g induce a equívocos y a creer que la comida será bastante menos energética de lo que realmente es.



Las marcas de gran consumo más elegidas en España

Contactos con el consumidor (CRP) En millones



Contactos con el consumidor (CRP)



POBLACIÓN
Número de hogares

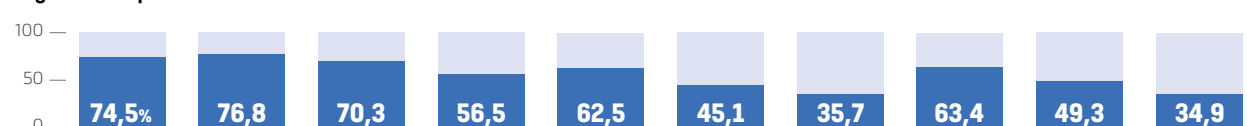


PENETRACIÓN
% de hogares que compran la marca al menos una vez al año



OCASIONES
Número de veces que cada hogar compra la marca anualmente

Hogares compradores En %



Frecuencia de compra Compras anuales



Fuente: "Brand Footprint 2020" Kantar. Estudio realizado sobre 22.900 marcas en los cinco continentes (52 países) con una cobertura del 74% de la población mundial.

EL ACTUAL ESTILO DE VIDA.

Quedan otros escollos. El primero, los menús escolares, en los que la presencia de fruta, verduras y legumbres aún sigue siendo baja y abundan los fritos y los postres lácteos azucarados. También las máquinas de *vending* que fascinan a los más pequeños. Aunque se han hecho intentos de incorporar alimentos frescos (desde frutas cortadas a tarrinas de humus), la propia inminencia de la caducidad y la baja demanda los convierte en productos caros en comparación con los industriales y con escasa presencia. Finalmente, es hora de que la restauración revise el concepto de menú infantil, casi siempre integrado por boloñesas, croquetas, empanados y patatas fritas. Un simple filete a la plancha con unos tomates cherry es una opción más nutritiva.

En casa también hay que incorporar cambios. Hace apenas medio siglo las

familias se reunían al menos una vez al día en torno a la mesa. Y se cocinaba a diario. En la actualidad, las jornadas laborales y el enorme tiempo empleado en los desplazamientos en las grandes ciudades complica la conciliación. Y hace mella en la dieta. Padres y madres llegan a casa agotados y estresados, tienen que ponerse con la cena de los pequeños. Para acelerarlo, se recurre a soluciones inmediatas: platos precocinados, fritos ultracongelados, patatas fritas, salchichas y postres dulces. Manjares a ojos de los niños, cada vez en raciones más grandes, que han hecho que, en apenas cuatro décadas, el sobrepeso y la obesidad infantil aumenten en un 400%.

COMER BIEN DESDE LOS PRIMEROS PURÉS.

Para el doctor Ángel Gil, presidente de la Fundación Iberoamericana de Nutrición, el problema nace ya en los pri-

meros meses de vida del niño. "Desde el destete, deberían establecerse buenos patrones nutricionales. Pero vemos un consumo excesivo de cereales refinados y de proteínas en detrimento de las leguminosas o la fruta", explica este experto. Este desequilibrio provoca carencias de algunas vitaminas, como los folatos o la vitamina D. "Un niño gordito no es un niño sano. Tampoco todos se estilizan al dar el estirón. Unos, sí; otros, se convierten en adolescentes y adultos con problemas de peso. La obesidad es una forma de malnutrición por exceso que en muchos casos se prolonga también en la edad adulta. Ya tenemos casos de niños con síndrome metabólico o colesterol. Esto supone adelantar entre 20 y 30 años la aparición de una posible enfermedad cardiovascular", advierte Gil.

Una buena estrategia para implementar unas mejoras en la dieta sin sacrificar tiempo a diario es planificar



JOSÉ MARÍA BONMATÍ

Director general de AECOC [Asociación española de fabricantes y distribuidores]

“La mejor manera de avanzar en materia de salud no es a través de la fiscalidad”

¿Qué opinan fabricantes y distribuidores de las medidas para frenar la obesidad infantil? El director general de AECOC, José María Bonmatí, valora las medidas lanzadas desde el Gobierno, como como la subida del IVA en las bebidas azucaradas, y repasa el papel que tienen como industria en atajar este problema.



¿Es un objetivo prioritario para los miembros de AECOC participar activamente en el intento de revertir el problema de la obesidad infantil? Se trata de un problema multifactorial que exige de colaboración en la búsqueda de soluciones y en el que, lógicamente, la alimentación tiene un papel importante, pero también hay que considerar elementos como el sedentarismo o la predisposición genética. La cadena de valor del gran consumo está muy comprometida con el impulso de una dieta alimenticia saludable y con frenar la obesidad, especialmente entre los menores.

Desde el Gobierno se han aprobado medidas para frenar estas cifras como la subida del IVA a bebidas azucaradas, ¿qué les parece? En AECOC consideramos que la mejor manera de avanzar en materia de salud no es a través de la fiscalidad. No hay evidencias de que este tipo de medidas conlleven una mejora en la salud de la población. Países que habían optado por estas políticas, como Dinamarca y Eslovenia, dieron marcha atrás poco después por el nulo efecto que tenían sobre la salud y por el impacto negativo que suponía sobre el consumo y la competitividad de las empresas afectadas.

La publicidad es otra de las patas fundamentales de la estrategia NAOS a través del Código PAOS, que depende de la buena voluntad de sus partes, ¿choca esa buena voluntad con la rentabilidad de las empresas? El debate sobre la conveniencia de publicitar o no determinados tipos de productos también genera controversia, si bien, la mayor dificultad consiste en determinar qué productos y en base a qué deben estar en el punto de mira, cuáles no y, sobre todo, hacerlo según la evidencia científica.

¿Están los distribuidores dispuestos a quitar de las zonas calientes de las cajas los productos poco o menos saludables a los que pueden acceder los niños? Este tipo de planteamientos parte de la base de catalogar los productos en buenos y malos, cuando seguir una dieta sana y equilibrada no está, en absoluto, reñida con ciertos momentos de indulgencia que, además, el consumidor aprecia y demanda. En cualquier caso, este tipo de decisiones están relacionadas con el posicionamiento estratégico de cada compañía, por lo que no hay una visión unánime.

En esta dicotomía entre salud e "indulgencia", ¿dónde se sitúan fabricantes y distribuidores? Según datos de AECOC, dos de cada tres consumidores buscan una alimentación más saludable. No obstante, esto es compatible con momentos de indulgencia que, si se llevan a cabo ocasionalmente, no tienen por qué estar reñidos con una buena dieta. De acuerdo a nuestros estudios, el 32% de los consumidores reconoce que con la pandemia picotea más entre horas, pero también confirma que el concepto de "premiarse" va de la mano, en numerosas ocasiones, del consumo de productos *premium* que pueden encajar en ese eje de salud. Por tanto, existe una tendencia clara a apostar por la salud combinada con ocasiones especiales de indulgencia que el sector ha sabido interpretar correctamente.



la compra y el menú semanal, cocinar del tirón un día y congelar de domingo a domingo. E incorporar guarniciones con verduras y hortalizas y postres con frutas. Nunca es tarde para invitar a los pequeños a probar sabores y productos nuevos. “No es cierto que los niños por sistema rechacen los vegetales. La primera vez que le damos a un bebé un puré de verduras pone cara rara. La segunda vez, ya no tanto. Y a partir de la tercera, lo acepta sin problemas. El paladar se hace a la diversidad de sabores si se le ofrecen esos alimentos. Otra cuestión es que sean más caros en el punto de venta, pero no en origen. Ahí quizás toca analizar el papel del sector de la distribución”, continúa Gil.

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

No hay alimentos malos. Tampoco hay que prohibir. Así lo recalcan los nutricionistas: todo depende de las cantidades y la frecuencia. No hay que sentirse culpable por dar al niño pizza un día, ni por que coma tarta en un cumpleaños o una hamburguesa en un día especial. Pero deben ser momentos puntuales dentro de una dieta variada y rica en nutrientes de calidad.

La industria y la restauración aportan tanto propuestas saludables como tentaciones golosas. Los padres tienen la última palabra sobre qué ponen en

Los progenitores tienen la última palabra sobre qué poner en el plato. Lo que necesitan es conocimiento para elegir correctamente.

el plato de sus hijos. Lo que necesitan es conocimiento para elegir correctamente. También, ayuda para abordar la obesidad de sus hijos en edades tempranas. “Es necesario un gran esfuerzo desde las instituciones públicas a nivel nacional. La estrategia NAOS estaba muy bien sobre el papel, pero no se dotó de recursos. Y hace falta invertir en formación nutricional para la población general y financiar programas de investigación y abordaje de la obesidad infantil, tanto en atención primaria como en hospitales. Con equipos multidisciplinares que integren también a nutricionistas, incluso a profesionales de la actividad física para combatir el sedentarismo”, propone Ángel Gil.

En la actualidad, cuando se detecta un problema de obesidad infantil, se trata desde pediatría. “Tenemos unos pediatras excelentes, pero cuentan con poco tiempo en la consulta para tratar el problema en profundidad. Al final, se queda en unas recomendaciones aisladas cuando hacen falta medidas de conjunto”, destaca el doctor Gil. Considera la obesidad infantil como una auténtica ‘pandemia’. “Si no se previene ahora, en unos años se multiplicarán las enfermedades cardiovasculares. Y eso tiene un coste económico para el sistema sanitario y humano para toda la sociedad”, añade.

Los sistemas de semáforos, como Nutri-Score, ayudan a padres y madres a detectar los alimentos nutricionalmente más beneficiosos para sus hijos. “En cambio, los impuestos sobre los productos azucarados, si no se acompañan de más medidas, se quedan en meras medidas recaudatorias. Y lo pagan los bolsillos de los consumidores”, denuncia el doctor Gil. Aun así, lo cierto es que muchos de los alimentos más aseQUIBLES presentan perfiles nutricionales muy cuestionables. Una situación que, unida a la actual crisis económica, hace que la obesidad se cebe con especial crudeza en los hogares con menos recursos. Es uno de los puntos clave de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas: garantizar el acceso a alimentos de calidad, nutritivos y aseQUIBLES a toda la población.

¿QUÉ HAY DETRÁS DE LOS FAVORITOS DE LOS PEQUEÑOS?

Los niños tienen de forma natural una mayor predisposición al dulce. La naturaleza se asegura así que no le harán ascos a la leche materna, cuyo contenido en lactosa es el doble que en la de vaca. Este azúcar naturalmente presente en la leche materna asegura el correcto desarrollo del cerebro y el sistema nervioso en las primeras semanas de vida. El dulce gusta y reconforta. La industria no crea esa necesidad en los pequeños, pero la aprovecha y amplifica añadiendo azúcares. También abusa del sabor fácil de lo salado o de las texturas jugosas que aportan los alimentos grasos. Desde la Academia de Nutrición y Dietética repasan algunos de los alimentos que más triunfan entre los menores y explica por qué deben tomarse con moderación.



GALLETAS Y BOLLERÍA

No todas son iguales. Mientras una María aporta 23 kcal y 1,5 g de azúcar, una Oreo se dispara a 53 kcal y 4,10 g de azúcar. La Organización Mundial de la Salud aconseja que los azúcares libres no superen el 10% de la ingesta calórica total. En niños serían 30-35 g,



tanto mejor si no se pasa de 15-20 g. Una cantidad que ya se alcanza solo con dos Oreo de chocolate blanco (210 kcal y 20 g de azúcar).

Incorporar el reclamo "de la abuela" o "receta tradicional" en el envoltorio de un bizcocho funciona siempre a los ojos de los padres.

Sugiere una elaboración más natural y evoca recuerdos de la infancia, pero no deja de ser un gancho más en un producto industrial.

Otra estrategia habitual es reducir el tamaño, pero ofrecer más cantidad. Es el caso de los Donettes o las mini galletas.

Consejo nutricional.

Tanto la bollería como las galletas ultraprocesadas y con un elevado aporte de azúcares libres deberían tomarse, como mucho, 2-3 veces al mes. Si queremos dulces, mejor hacerlos en casa moderando el azúcar. También hay que tener cuidado con las raciones: parece que van a comer menos, pero al final se acaban el paquete.



REFRESCOS Y ZUMOS

Las bebidas de cola y los refrescos de sabores tienen entre 90 y 106 g de azúcar por litro. Aunque hay alternativas *light* con edulcorantes, su potente sabor dulce condiciona el paladar para preferir ese tipo de sabores, que es el que se quiere controlar. La cantidad de azúcar en los zumos y néctares es similar a la de los refrescos.

Consejo nutricional. Los niños no deberían tomar de forma asidua ni unos ni otros. La mejor bebida es un vaso de agua fresca. Ni refrescos *light*, ni sin cafeína. Tampoco se debe dar bebidas a base de té, tanto por su contenido en teína como por los azúcares.



YOGURES

Raro es hogar o el menú escolar donde no hay yogures de sabores azucarados. Cada vasito de 125 g puede tener entre 15 y 20 g de azúcar: con un solo yogur ya superan la cantidad de azúcar diaria recomendada. No se nota el dulzor porque está enmascarado por otros ingredientes, pero equivaldría a disolver 3-4 terrones de azúcar en un vaso de agua y beberse.

Consejo nutricional.

La alternativa para no renunciar a los beneficios de este lácteo son los yogures naturales, enteros o desnatados. La regla se extiende a los yogures o postres de soja: solo si no llevan azúcar añadido. Los postres lácteos (natillas, copas de vainilla o chocolate) deben proponerse siempre de forma excepcional.



CEREALES DE DESAYUNO

Llevar copos de trigo u otro cereal, normalmente,

azucarado y con algún tipo de cobertura grasa para preservar la textura crujiente al mojarlos en leche. Algunos incluyen además pepitas de chocolate o chips azucarados de fruta.

Consejo nutricional. Llevan mucho azúcar y, aunque no lo parezca, bastante sal (0,83 gramos/100 g). Deberían tomarse de forma muy esporádica, máximo 2-3 veces al mes. Incluso una tostada de pan integral con mermelada o aceite es mejor porque no lleva tanta sal. Los fabricantes recomiendan una ración de 30-40 gramos para los niños (según el tipo de cereales, suele equivaler a 5-6 cucharadas soperas). La realidad es que se suele servir bastante más.



PRECOCINADOS

Abrir, calentar y servir. Es el secreto de las lasañas congeladas, el puré de patatas en copos, los tallarines instantáneos y todos los empanados y rebozados listos para freír. Contienen un alto porcentaje de grasas saturadas, sodio, azúcar, fosfatos... Y escasean los fitoquímicos y compuestos bioactivos del mundo vegetal que tienen un papel protector frente al cáncer, la obesidad o la enfermedad cardiovascular.

Consejo nutricional.

Resuelven una situación de prisas, pero no deben

formar parte del menú diario de los más pequeños.



APERITIVOS SALADOS

Cerca de la tercera parte de una bolsa de patatas fritas son grasas (normalmente, aceite de girasol, maíz u oliva). Y mucha sal (1,2 g por 100 g). Fabricantes como PepsiCo sugieren una ración de 30 g, sin embargo, es difícil de calibrar cuánto se toma cuando las bolsas llevan 160-170 g. Pese a que puedan parecer más saludables, el perfil de grasas y sal de las chips de verduras o legumbres es similar. Y no cuentan ni como legumbre ni como verdura.

Consejo nutricional. Ese aperitivo es innecesario y solo aporta un extra de calorías. Si queremos dar un picoteo, vayamos a alternativas naturales más saludables, como una pieza de fruta, palitos de zanahoria o un puñado de frutos secos (ni fritos ni salados).



CHOCOLATE

Da igual que sea con leche o blanco, solo mejora el perfil nutricional si nos vamos al negro con un 80% mínimo de cacao.

Consejo nutricional. Para merendar, puestos a elegir entre bollería industrial y el clásico pan con unas onzas de chocolate, mejor lo segundo. Y siempre que el pan sea integral.



ALIMENTOS (POCO SALUDABLES) QUE ENTRAN POR LA VISTA

Colores chillones que llaman la atención, dibujos animados que engatusan a los niños, desayunos y meriendas con mensajes divertidos, ingredientes con propiedades casi milagrosas... La industria de la alimentación emplea el *marketing* para atraer el interés de grandes y pequeños, ***sin que muchos de los anuncios de productos poco saludables cumplan con la normativa publicitaria***. Algo que parece no preocupar a los anunciantes, que aplican técnicas de *neuromarketing* en sus estrategias comerciales para triunfar entre el público infantil.

Galletas que ayudan a aprender idiomas. Desayunos repletos de aventuras. Un queso con poderes sobrenaturales. Personajes de fantasía que ayudan a comer a los niños al sentarse en la mesa. Estos ejemplos reales demuestran el enorme poder que tiene la publicidad para influir en la alimentación de los menores. La industria despliega toda su artillería para que sus mensajes, muchas veces engañosos, lleguen a los más pequeños de la casa. Para conseguirlo, recurre a todas las técnicas de mercadotecnia posibles a su alcance con el fin de atraer la atención del público infantil y de sus padres, los encargados de efectuar la compra. Trucos y recursos que, en principio, están regulados por la ley.

Desde 2005, el Código PAOS se encarga de corregular en España la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de 15 años para prevenir la obesidad, promover hábitos saludables y evitar la presión de los anuncios sobre este colectivo. La realidad es que, pese a las buenas intenciones, casi nueve de cada 10 inserciones publicitarias lo ignoran. El verdadero problema radica en lo que oculta esa publicidad con la que se bombardea a los menores en televisión y en internet, sobre todo a través de YouTube: en torno

a dos tercios de los anuncios corresponden a productos no saludables por sus altos contenidos en grasas saturadas, azúcares o sal.

Galletas, bollería, cereales de desayuno azucarados, golosinas, comida rápida, batidos o refrescos están entre los más típicos. Lo sabe bien el investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III, Miguel Ángel Royo-Bordonada, quien ha dirigido distintos estudios sobre esta cuestión. “Cuanto más expuestos están los menores a la publicidad, peores hábitos alimentarios tienen: consumen más ultraprocesados y menos productos frescos”, advierte este especialista. Recuerda, por ejemplo, que un niño o adolescente ve de media unos 20 anuncios de bebidas y alimentos al día, la mayoría de ellos no recomendables.

Un estudio de 2019 de la Universitat Oberta de Catalunya y publicado en la revista *Nutrients* demuestra que los productos de desayuno que se





CÓDIGO PAOS UNA SIMPLE DECLARACIÓN DE BUENAS INTENCIONES

Aprobado en 2005 y ampliado en 2012, el Código PAOS regula en España el control de la publicidad sobre alimentos y bebidas dirigida a menores. Esta normativa se fundamenta en la supuesta "mejora de la calidad de los mensajes publicitarios dirigidos a menores, siguiendo las recomendaciones sobre *marketing* de alimentos dirigidos a niños de la OMS". Esta institución establece que "el objetivo general de las políticas debe ser reducir tanto la exposición de los niños como el poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal".

Sin embargo, **el Código PAOS no regula la frecuencia de exposición ni el perfil nutricional de los productos anunciados.** "Es puro efectismo de cara a la galería para dar la impresión de que la industria colabora para regular la publicidad. Ni siquiera es de obligado cumplimiento porque es voluntario y se limita a regular ciertas normas éticas, que además ya están recogidas en la Ley General de Publicidad", denuncia el investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III, Miguel Ángel Royo-Bordonada.

Y, ¿quién vela por su cumplimiento? La encargada de estimar si las empresas cumplen o no este código es la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), compuesta por empresas anunciantes, agencias de publicidad, medios de comunicación y asociaciones profesionales. Es decir, es la propia industria la que se juzga a sí misma.

El Código PAOS prevé sanciones a los anunciantes que van desde 6.000 a 180.000 euros. Oficialmente, desde 2005, Autocontrol solo ha recibido 30 reclamaciones, de las cuales 20 se han solventado con el cese o rectificación del anuncio. En cambio, un estudio de la Universidad Complutense demostró que **nueve de cada 10 anuncios de alimentación y bebidas incumplen una de las normas del Código PAOS, y un tercio vulnera tres a la vez.**

"Hay intereses encontrados entre salud pública y la industria", comenta el doctor Royo-Bordonada, quien apunta una solución: impedir que se emita publicidad de productos que no son saludables a los menores, "ya que se vulneran derechos como el de la protección de la salud, entre otros".

ven en la publicidad infantil triplican el contenido en azúcar a los dirigidos al público en general. La media de azúcares en este tipo de alimentos para niños es de un 36,20% frente al 10,25% de los enfocados a los adultos. Es decir, los más pequeños corren el riesgo de tomar comida menos saludable que sus padres, algo que puede tener consecuencias en su salud. Con el problema añadido de que una vez que los niños se enganchan a estos sabores, ya va a ser muy difícil olvidarlos.

"Al contener potenciadores del sabor, tienen una gran capacidad de adicción. Los menores se habitúan a ellos, además, en un momento en el que deben consumir todo tipo de alimentos con diferentes gustos y texturas", avisa el doctor Royo-Bordonada. Él es el coautor del mayor estudio realizado en España sobre la publicidad televisiva de alimentos dirigidos a los niños. Tras analizar 169 anuncios emitidos durante una semana en tres canales infantiles (Boing, Disney Channel y Neox) y en el horario infantil de dos cadenas generalistas (Antena 3 y Telecinco), su conclusión es clara: más de la mitad utilizó reclamos nutricionales y de salud como "rico en vitaminas y minerales", "bajo en grasas", "bajo en sal"... "Son productos no saludables que han hecho un uso generalizado de técnicas de *marketing* nutricional y persuasivo", resume el trabajo. "Tres de cada cuatro infringen el Código PAOS vigente en España, que se revela ineficaz. Es recomendable sustituirlo por una regulación que proteja de verdad a los menores de esta publicidad", insiste.

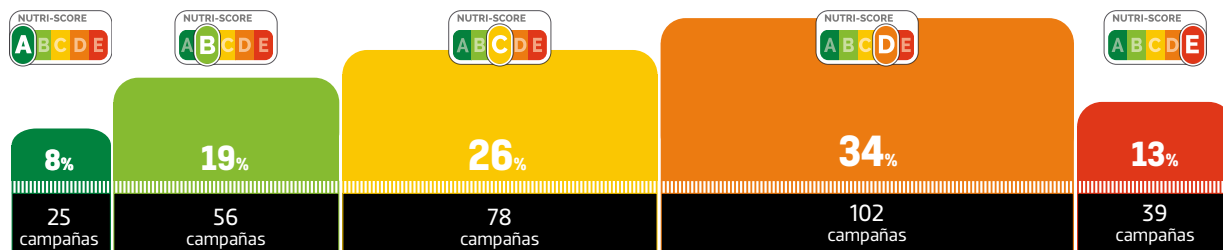
LOS TRUCOS DE LA INDUSTRIA.

Para aumentar sus ventas y ganarse a este público, la industria utiliza todas las estrategias posibles. Desde recurrir a ganchos comerciales, como balones, juguetes o adhesivos de regalo, a promociones, descuentos y alegaciones nutricionales como "fresco", "natural", "bueno para los huesos", "ayuda al crecimiento de los niños"... Estos mensajes hacen que los consumidores –los padres, en este caso– perciban erróneamente esos productos como más saludables o nutritivos de lo que en realidad son. "Y no solo eso. Además, pueden llevar avales de sociedades científico-sanitarias, y esto lo permite la ley. Si un padre ve que un producto tiene el sello de la Sociedad Española de Pediatría, pensará que es bueno para sus hijos", sostiene Royo-Bordonada.

No son las únicas técnicas de *marketing* a las que acuden las marcas. También es muy habitual enseñar imágenes o grafismos de carac-

Cómo son los anuncios de comida que ven los menores en la televisión

Análisis de las 300 campañas publicitarias más vistas por los niños españoles de entre 4 y 12 años. Periodo analizado: 2016-2018.



Fuente: Food Advertising and Prevention of Childhood Obesity in Spain: Analysis of the Nutritional Value of the Products and Discursive Strategies Used in the Ads Most Viewed by Children from 2016 to 2018. Mireia Montaña, Mònika Jiménez-Morales y Mercè Vázquez. Universidad Oberta de Catalunya y Universidad Pompeu Fabra (2019).

Cantidad de azúcar en los productos de desayuno anunciados



Fuente: Breakfast Food Advertisements in Mediterranean Countries: Products' Sugar Content in the Adverts from 2015 to 2019. Mireia Montaña, Universidad Oberta de Catalunya (2020).

terísticas saludables, mostrar personajes muy atractivos para los niños (como dibujos animados o superhéroes, por ejemplo) o asociar los productos a una serie de emociones positivas o beneficios. “Siempre tratan de atribuirles propiedades que no tienen, del tipo ‘si lo compras, vas a ser más inteligente, tendrás más amigos, vas a crecer más...’”, enumera el experto. Mucha de esta publicidad, además, está repleta de elementos de fantasía. El objetivo último es apelar a la confianza de los niños con los adultos, sobre todo con sus padres, para que piquen el anzuelo y compren lo que no deberían.

EL PAPEL DEL 'NEUROMARKETING'.

La explicación a toda esta estrategia radica en el *neuromarketing*, un conjunto de técnicas de mercadotecnia que, apoyadas en estudios y pruebas científicas, mide el comportamiento objetivo de los compradores y permite elaborar tácticas más efectivas en las que se apela a los sentimientos y a

ciertas conductas del subconsciente para aumentar las ventas. Para llevar a cabo estos estudios, los expertos en *neuromarketing* realizan a los voluntarios que participan en ellos una serie de pruebas para estudiar sus respuestas cerebrales a los diferentes estímulos: desde electromiografías (un test que, a través de electrodos, comprueba expresiones faciales mediante la actividad eléctrica de los músculos de la cara para medir las emociones y sentimientos) a seguimientos oculares (saber si una imagen despierta interés a través de una herramienta que mide el movimiento de los ojos, el parpadeo, la dilatación de la pupila o el tiempo de fijación de la vista en un punto determinado), electrocardiogramas y electroencefalografías, entre otras.

Los resultados obtenidos en estas pruebas se aplican a *posteriori* en el diseño del producto, su envasado, en los colores que se emplean en el paquete o en los anuncios publicitarios. Porque, más allá de las palabras y los mensajes que aparecen en las etiquetas, aspectos como la forma del envase, las imágenes mostradas en su frontal o incluso las tipografías influyen en cómo el consumidor percibe el producto. “A partir de los elementos que componen el embalaje (su aspecto, textura, color, tipografía, mensajes textuales, tamaño), el cerebro configura una imagen sobre lo que pue-



de contener dentro y cómo son las características del producto”, afirma el profesor del departamento de Ingeniería de Diseño y Fabricación de la Universidad de Zaragoza, Ignacio Gil. Todas estas estrategias funcionan tanto en adultos como en los niños, quienes carecen de la capacidad de plantearse si el mensaje es engañoso. Lo mismo cree la responsable de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital La Paz (Madrid), Rosa Calvo. En su opinión, las mentes de niños y adolescentes “son más susceptibles a la persuasión publicitaria”, ya que la parte de su cerebro que controla la impulsividad y la toma de decisiones “no está completamente desarrollada hasta la edad adulta temprana. Por eso la apariencia juega un papel importantísimo”. Los expertos coinci-

den en que dirigir las preferencias alimentarias de los niños a través del *marketing* y la publicidad puede ser poco ético, pues los más pequeños no entienden sus consecuencias, muchas veces relacionadas con problemas de salud graves como la obesidad infantil y otras enfermedades.

RIESGOS DEL 'MARKETING' DIGITAL.

De hecho, la alimentación es el factor que más contribuye a la carga global de la enfermedad en el mundo. De ahí que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ya haya advertido a

Nueve productos infantiles que se anuncian en televisión

El experto en Salud Pública Miguel Ángel Royo-Bordonada analiza varios alimentos dirigidos al público infantil. ¿Son recomendables



A B C D E

OREO BAÑADAS EN CHOCOLATE BLANCO

Perfil nutricional. Sobresale por su exceso de grasas saturadas y azúcar.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS, que establece que no deberían publicitarse las “tartas, bizcochos y bollería”. El anuncio también incumple varios aspectos del Código PAOS relativos al uso de dibujos animados (punto 7), las características del producto promocionado (punto 4) y “la explotación de la especial confianza de los padres” (punto 14).



A B C D E

QUESITOS MINI BABYBEL

Perfil nutricional. Producto con exceso de grasas saturadas y sal (1,8 g/100 g).

Publicidad. No permitida, según la categoría 8 de la OMS, que desaconseja la promoción de “quesos” que exceden el umbral de sal permitida (1,3 g). El anuncio también incumple el punto 6 del Código PAOS, pues sugiere “que posee características particulares, cuando todos los productos similares posean las mismas”. Por ejemplo, en el anuncio una voz en *off* que dice: “Mini Babybel, ¡un superqueso para un superrecreo!”. Es decir, parece que este producto posee unas características “especiales”.



A B C D E

NUTELLA

Perfil nutricional. Destaca por el exceso de grasas saturadas y muchísimo azúcar (21 g por ración, dos cucharadas).

Publicidad. No permitida, según la categoría 1 de la OMS, que no recomienda la promoción de “chocolate y confitería, barras energéticas y coberturas y postres dulces”. El anuncio incumple el punto 5 del Código PAOS: “No se deberá inducir a error a los menores [...] sobre los beneficios derivados del uso del producto”. En este caso, la publicidad vincula su consumo de una rebanada de pan con Nutella “con la alegría de empezar el día”.



A B C D E

PATATAS PRINGLES

Perfil nutricional. Destaca por el exceso de sal (18,3% del producto). El 15,5% corresponde a grasas saturadas.

Publicidad. No permitida, según la categoría 3 de la OMS, que estipula que no deberían promocionarse los “aperitivos salados”, como los *snacks* de patata, que excedan el umbral de sal permitida (0,1 g). El anuncio también incumple el punto 6 del Código PAOS, pues sugiere “que posee características particulares, cuando todos los productos similares posean tales características”.



los países europeos de que tomen medidas frente a la exposición al *marketing* digital que sufren los menores, pues es un fenómeno más difícil de controlar que los anuncios televisivos. Internet, en especial YouTube, se ha convertido en un canal muy seguido por niños y adolescentes, que han desplazado su atención de la tele convencional a otras plataformas digitales. Ante este nuevo contexto, la OMS recomienda limitar la comercialización digital de productos no saludables dirigida a menores de edad. La industria, consciente de que

los contenidos que se emiten a través de redes sociales y dispositivos móviles son más complicados de rastrear, ya ha fijado su radar en ellos. El fenómeno creciente del *advergaming*, es decir, los anuncios que combinan publicidad con juegos interactivos, es un ejemplo. Cada vez más empresas de comida rápida usan los *advergaming* para dirigirse a los niños. “Las marcas de alimentos pueden crear relaciones mucho más profundas en los menores. Además de su influencia negativa, es particularmente insidiosa la cantidad de datos personales que recopilan”, afirma Rosa Calvo. Una cuestión muy compleja que demuestra una vez más que los menores son el eslabón más débil de toda la cadena.

y no deberían, según la OMS y el Código PAOS

para los niños? ¿Cómo intentan llamar la atención de los más pequeños?



A B C D E

GALLETAS TOSTA RICA OCEANIX

Perfil nutricional.

Sobresale por el exceso de grasas saturadas.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS, que aconseja no publicitar “tartas, bizcochos y bollería”. También incumple el punto 7 del Código PAOS respecto al uso de animaciones: “Debe evitarse que su utilización publicitaria cree expectativas inalcanzables o explote la ingenuidad de los niños a la hora de distinguir entre fantasía y realidad”.



A B C D E

HUESITOS

Perfil nutricional.

Exceso de grasas saturadas y de azúcar.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS. El anuncio también incumple el punto 4 del Código PAOS, ya que la voz en *off* de la frase “Con Huesitos todo es más divertido” induce a error acerca de las características del producto promocionado.



A B C D E

MIKADO

Perfil nutricional. Más grasas saturadas de las recomendables a nivel nutricional.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS. El anuncio también incumple el punto 31 del Código PAOS, al mostrar un mensaje sexista “con contenido inapropiado” para los menores. En el anuncio, vincula su consumo con el sexo.



A B C D E

DONUTS

Perfil nutricional.

Las grasas saturadas y la sal están muy por encima de la cantidad recomendada.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS. El anuncio también incumple el punto 5 del Código PAOS, ya que “induce a error sobre los beneficios derivados del uso del producto” (vincula su consumo con un estado de alegría y felicidad).



A B C D E

KINDER BUENO

Perfil nutricional.

Grasas saturadas y azúcares por encima de los niveles recomendados.

Publicidad. No permitida, según la categoría 2 de la OMS. El anuncio también incumple el punto 14 del Código PAOS, que afirma que “no podrá mostrar personajes conocidos o famosos”. En el anuncio aparecen actores de la serie de televisión *La que se avecina*.

CAPÍTULO 4

El sistema público de salud





¿CUÁNTO NOS CUESTA LA OBESIDAD?

Los españoles pagamos 265 euros de impuestos al año para tratar los problemas de salud generados por la obesidad y el sobrepeso, según datos de la OCDE. Un coste para nuestros bolsillos que seguirá creciendo si no se reducen las alarmantes cifras de obesidad infantil. Según el último informe Aladino, el 40% de los menores de entre seis y nueve años tienen una acumulación excesiva de grasa en su cuerpo que les puede provocar patologías graves normalmente asociadas a adultos, como la hipertensión, la diabetes o enfermedades cardiovasculares. Repasamos cuánto cuesta tratar estas patologías relacionadas con el exceso de peso y qué puede hacer el sistema sanitario para paliar esta “pandemia”.



La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI”, sentencia la Organización Mundial de la Salud (OMS). De esta epidemia no se salva ningún país (tampoco España) y cada vez va a peor. Según el último estudio Aladino, este problema afecta a 40% de los niños y las niñas de entre seis y nueve años. Algo que, tarde o temprano, les puede provocar patologías graves normalmente asociadas a adultos como la diabetes de tipo 2, enfermedades cardiovasculares e incluso algunos tipos de cáncer. Todas ellas, dice la Organización Mundial de la Salud, prevenibles si se ataja su origen. En España, el gasto público destinado al tratamiento de esta enfermedad y las patologías asociadas asciende a 2.500 millones de euros, según el Libro Blanco *Costes sociales y económicos de la obesidad y patologías*. Y va en aumento: la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO, por sus siglas en inglés) estima que, en 2030, la obesidad supondrá un gasto de 3.081 millones de euros anuales para los españoles.



El gran problema es que en materia de prevención fallan cuestiones estructurales. En opinión de Nancy Babio, vicepresidenta de la Sociedad Española de Dietética y Nutrición, “la administración no ha dimensionado realmente el grave problema que supone la prevalencia de la obesidad infantil”. Por esto, siguen faltando medidas fundamentales. Por ejemplo, seguimos sin contar con dietistas-nutricionistas en la Atención Primaria, una figura que los expertos consideran fundamental para reducir el problema. Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (CGCODN), incorporar a estos profesionales en Atención Primaria puede ahorrar al sistema de salud de 5,8 a 105 euros en tratamientos posteriores por cada euro invertido. Para el pediatra José Serrano, miembro de la Asociación Española de Pediatría, los dietistas-nutricionistas deberían tener sus consultas “puerta con puerta” con las de los pediatras en los centros de salud para trabajar mano a mano cada día. Además, falta educación nutricional tanto para los niños como para los adultos.

Las asociaciones del sector sanitario hacen campañas constantes y llamamientos a mejorar la situación de la Atención Primaria para no solo poder atender los problemas derivados de la obesidad infantil, sino atajarla de raíz a través de políticas de prevención. En 2013, por ejemplo, el Colegio de Médicos de Bizkaia puso en marcha una campaña formativa para educar a los menores, pero sobre todo a los padres, sobre la importancia de una buena alimentación y los peligros que conlleva no seguirla. Otro caso similar es el de las farmacias coruñesas, que en 2017 lanzaron su propia campaña de prevención de la obesidad infantil. Estrategias que, para expertos como el pediatra José Serrano, siempre suman: “Este tipo de acciones son un grano de arena más, aunque serían más deseables más medidas legisladoras de gran calado”. Babio coincide en que las administraciones públicas “deben ser el eje central. Si vamos por ahí va a ser muy difícil abordarlo”.

EL GASTO DE LOS TRATAMIENTOS.

La obesidad repercute en las arcas públicas y en los bolsillos de todos los ciudadanos. De hecho, supone un enorme coste al país. Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *La pesada carga de la obesidad*, publicado a finales de 2019, la obesidad y el sobrepeso representan el 9,7% del total del gasto en salud en España, lo que supone que



NIÑOS CON ENFERMEDADES DE ADULTOS

La obesidad infantil acarrea toda clase de secuelas, explican desde la Fundación Española del Corazón: "Además de suponer un problema de autoestima, aumentar la dificultad para realizar actividades físicas y fomentar la discriminación entre los demás niños, implica un importante riesgo para la salud". **Entre los últimos, facilita la aparición de enfermedades coronarias, diabetes, hipertensión arterial, infarto cerebral, apnea del sueño u osteoartritis. Todas ellas, tradicionalmente consideradas de como enfermedades de adultos.** "La obesidad hace que los niños que la sufran sumen 30 años a su salud vascular", apuntan desde esta fundación. Un enorme peso para el organismo que aumenta el riesgo de padecer problemas cardiovasculares, y otros parámetros como la glucosa, el colesterol

total y los triglicéridos. "La alta prevalencia de la obesidad condiona la aparición en niños de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y otras patologías asociadas. Un niño que tiene obesidad tiene una enfermedad que puede avanzar a otras patologías y reducir la calidad de vida de ese niño", explica Nancy Babio.

Tal es la magnitud del asunto que, tras presentar el informe Riesgo Cardiovascular desde la infancia, en 2019, la Sociedad Española de Cardiología (SEC) urgía a las instituciones a tomar medidas y proponía una serie de propuestas de actuación dirigidas a los menores para mejorar la salud futura de la población española. En total, seis recomendaciones, relacionadas con el ejercicio físico y la alimentación, y un sello de calidad como reconocimiento a los centros escolares que fomenten la actividad física, la educación nutricional y apuesten por la calidad de sus menús escolares. "Los expertos recomendamos incluir una hora diaria más de actividad física a la semana en Educación Infantil y Primaria, ya que no solo contribuye al



desarrollo físico y mental del niño, sino que también fomenta la sociabilización de los pequeños", explica Emilio Luengo, miembro de la Sociedad Española de Medicina del Deporte. "En general, los colegios son uno de los lugares clave para llevar a cabo las medidas de prevención por su capacidad para educar en una buena salud nutricional y que los niños a su vez lo transmitan a sus padres", analiza Babio.

Además de las medidas físicas, la SEC recomienda

mejorar la gestión y la calidad de la oferta alimentaria en la organización de los menús escolares. Además de evitar las máquinas dispensadoras de alimentos en los colegios e institutos.

Por último, propone la creación de un sello de calidad para los centros escolares que cumplan ciertas características relacionadas con la promoción de la actividad física, la educación nutricional y la calidad de la alimentación servida en el centro.





265 euros de los impuestos de cada ciudadano están destinados a estos tratamientos. Todo esto se traduce en que el sobrepeso reduce el PIB español en un 2,9%. Esto es mucho más que la media de los países de la OCDE, que de destinan una carga de 8,4% del gasto sanitario a este problema y cuyo coste en impuestos individuales se sitúa en 181,60 euros por persona al año.

La pregunta inevitable es a qué se destina todo este dinero que nos cuesta la obesidad. Y cuando toca responder, los ministerios que se encargan de todo aquello relacionado con este asunto se pasan la pelota mutuamente. “Este tema lo lleva Consumo”, nos responden desde Sanidad. “Esta cuestión debería ir dirigida al Ministerio de Sanidad”, nos aseguran desde Consumo. A falta de respuesta oficial por parte de las instituciones gubernamentales, el informe de la OCDE da algunas pistas de cómo se divide este dinero.

De media, el sobrepeso es responsable del 70% de todos los costes de tratamientos de diabetes, del 23% de lo que cuesta curar enfermedades cardiovasculares y del 9% del coste de los tratamientos de cáncer.

LA PREVENCIÓN, ÚNICA SOLUCIÓN.

España cuenta con la estrategia NAOS (para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). El Ministerio de Consumo y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) también lanzaron, en noviembre del pasado año, la campaña *Pon más héroes en tu plato y llena tu vida de superpoderes*, con la que pretendía fomentar una alimentación saludable entre los menores. Todo un despliegue de vídeos, carteles, filtros para las redes sociales y una página web con juego incluido en la que los más pequeños pueden aprender qué alimentos

De media, el sobrepeso es responsable del 70% de todos los costes de tratamientos de diabetes, y el 9%, de los del cáncer.

JOSÉ SERRANO

PEDIATRA Y COLABORADOR DEL PROGRAMA INFADIMED PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

“Los pediatras no podemos dedicarle el tiempo que necesita un niño o una niña que viene cada tres meses”

Los pediatras de Atención Primaria son la primera línea de defensa contra la obesidad infantil. Sin embargo, su trabajo está lleno de obstáculos que hace casi imposible hacer un seguimiento constante a los menores. Hablamos de ello con José Serrano, pediatra catalán y colaborador del programa Infancia y Dieta Mediterránea (Infadimed), una iniciativa impulsada por profesionales de Atención Primaria que promueve la dieta mediterránea entre los alumnos de entre tres y nueve años con el objetivo de dar herramientas a los niños para que puedan decidir qué es más beneficioso para su salud. “Se basa en ir a las escuelas y ponerles dibujos animados adaptados a sus edades con los que se enseñan hábitos saludables. Prueba de que funciona es que en el supermercado me he encontrado con padres que me echan la culpa de no poder comprar bollos porque el niño les regaña”, cuenta José Serrano.

¿Cree que se está haciendo suficiente para prevenir la obesidad infantil? La obesidad infantil está alcanzando unas cifras tremendas. El último estudio Aladino, el de 2019, muestra un aparente descenso frente al anterior, que es de 2015. Pero si ahondamos un poco en los datos, vemos que en las familias que tienen rentas por debajo de los 18.000 euros anuales, estas tasas de sobrepeso y obesidad han aumentado. Es decir, no solo vamos mal, sino que vamos peor porque la epidemia de la obesidad está afectando cada vez más a las clases sociales menos pudientes, que la mayor parte de las veces tienen menos posibilidades de resolver el tema tanto a nivel económico como social y educativo.

¿Cuáles cree que son las causas de estas cifras? Ha ido a peor por muchos factores como la prevención en sí misma y los entes encargados de ello, como la Atención Primaria. ¿Tenemos la culpa



los equipos de pediatría? Podemos tenerla, pero la verdad es que, con la cantidad de visitas diarias que tenemos, no podemos dedicarle el tiempo que necesita un niño o una niña que viene cada tres meses. También tiene la culpa la industria alimentaria, que vende unos productos que son generadores de la obesidad y con un público muy claro que es la población infantil. De ahí todas esas cajas con dibujos, colores y superhéroes. Y además de todo eso, le suman regalitos que hacen que el niño pida a los padres que se los compren. Y en última instancia, las autoridades reguladoras. Si permitiesen que la Atención Primaria pudiera dedicar más tiempo, que dietistas-nutricionistas participasen en las consultas, que no dejaran que la industria alimentaria campase a sus anchas, y que pusieran impuestos a los productos azucarados para impedir que se compraran con tanta facilidad, todo llevaría un cauce mucho más lógico.

¿Son los padres culpables?

Yo diría que no porque todos ellos quieren lo mejor para sus hijos e hijas. Más que culpables son víctimas que acabarán sufriendo la obesidad de sus hijos.

¿Las autoridades responsables de regular están haciendo suficiente?

No. Todos estos factores dependen en última instancia de la administración. No ya controlar el problema que ya existe, sino previamente dedicar recursos para educar sobre lo que es la alimentación saludable y, cuando vea que se van de las pautas, poner remedio. Si permitieran a los especialistas de la Atención Primaria dedicar a sus pacientes más de 15 minutos cada tres meses, las cosas estarían mucho más orientadas y no llegaríamos a los extremos en los que estamos.

Cuando habla de que es necesario más tiempo en las consultas, ¿de cuánto estaríamos hablando?

Hemos cuantificado que cualquier niño que tenga una patología crónica, en las que se incluye la obesidad, se merece como mínimo 30 minutos al mes. Algo que con la sobrecarga de consultas y la infradotación de las plantillas es imposible. Para prevención tenemos los mal llamados “controles del niño sano”, que también son insuficientes porque son visitas programadas para coincidir con la aplicación de vacunas, que en los primeros meses de vida son frecuentes, pero a partir de los cuatro años –cuando empiezan a desarrollar obesidad o han adquirido malos hábitos alimenticios– los dejamos de ver durante años. No estaría de más poder hacer los controles al menos una vez al año, si no más, para hablar de hábitos saludables como la alimentación, la actividad física...

En cuando a medidas de prevención, ¿se ha tomado alguna buena en su opinión?

Lo único bueno que veo últimamente es que cada vez hay más profesionales concienciados con el tema, pero con las manos atadas que les imposibilitan seguir hacia adelante.

¿Qué sería lo primero que habría que hacer para que la prevención fuera más efectiva? Más profesionales dedicados y formación específica a los profesionales en el tema. También enseñar a los educadores en las escuelas y a los niños desde que

son pequeños, que lo que aprenden les dura para toda la vida. Si hubiera una clase a la semana, desde que son muy pequeños, tendrían los hábitos saludables instaurados de por vida. Educación para las familias, muchas no tienen capacidad por el poder adquisitivo, pero es que la mayoría no sabe lo que está comprando. Un etiquetado frontal que indique a las familias lo que es más saludable y lo que no, para que no tengan que ir a las etiquetas traseras, que incluso a mí me cuestan. Todo esto depende de la administración. También las tasas e impuestos sobre bebidas azucaradas y alimentos poco saludables. Fomentar la actividad física y difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre cuestiones como las horas máximas que deben estar los niños delante de pantallas. Hay muchas cosas para hacer.

¿Considera que se debería incluir en la Atención Primaria a los dietistas-nutricionistas?

Totalmente. Tanto en pediatría como en medicina de familia y para prevenir enfermedades específicas. Los pediatras tenemos nuestra formación en nutrición infantil, pero ellos tienen mucha más que nosotros y conocimientos de cómo afecta a la salud pública que nosotros no solemos tener. Por lo tanto, estoy a favor de tenerlos como compañeros. No como consultores que vienen una vez cada 15 días, sino como compañeros día a día.



Incorporar a nutricionistas en Atención Primaria puede ahorrar de 5,8 a 105 euros por cada euro invertido.

no son saludables y los que sí. Esta campaña no es la primera (y suponemos que tampoco la última). Como se puede observar en el histórico de las campañas publicitarias del Ministerio de Consumo, hay otros ejemplos como ¡Despierta y desayuna! (de 2006 y 2007), con la que se pretendía inculcar la importancia de un desayuno saludable y de la práctica frecuente de actividad física. Pero si hay una medida que aplauden los expertos es, sin duda, el aumento de los impuestos sobre los refrescos que pretende llevar a cabo el Gobierno (en Cataluña ya se hace desde 2017). “Sabemos que el consumo de bebidas azucaradas es uno de los motivos de la obesidad infantil, limitarlas a través de políticas nutricionales es una gran iniciativa”, asegura Babio.

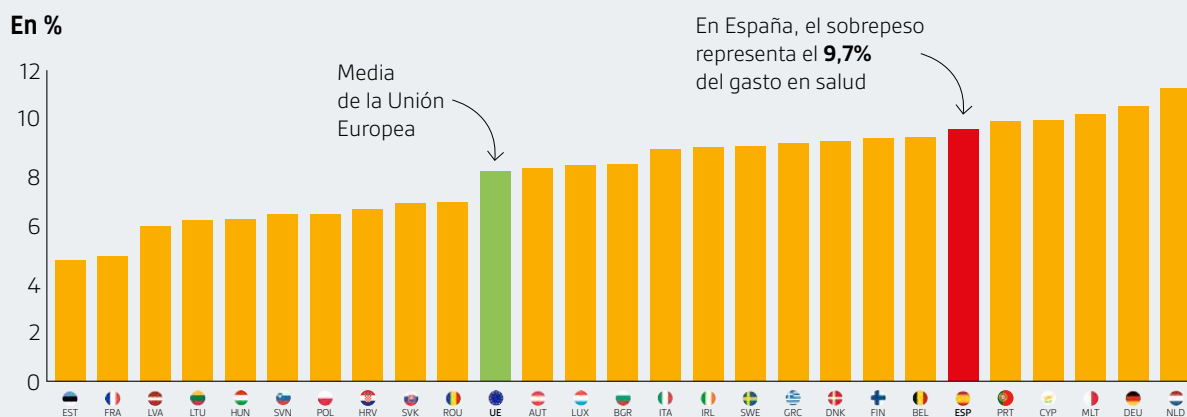
Las comunidades autónomas también gestionan y tienen la capacidad de desarrollar sus propios planes sanitarios, y también desarrollan sus metodologías de acción contra la obesidad. Por citar algunas, el gobierno del País Vasco ha desarrollado un programa de iniciativas para una alimentación saludable encaminado a reducir en un 20% la ingesta de sal y azúcares libres en 1.000 días. Andalucía cuenta con un Plan Integral de Obesidad

Infantil, que se centra en la formación y en la detección precoz; la Comunidad de Madrid tiene InfaSEN, que promueve una dieta saludable y hace hincapié en la importancia del descanso y la actividad física; y Cataluña implementó en 2019 un plan piloto con el que pretendía atajar el problema en las comunidades más desfavorecidas.

Otros ejemplos son el del Departamento de Salud del País Vasco cuenta con la estrategia de prevención Sano, a través de la cual promueve un mayor consumo de frutas y verduras, más tiempo de actividad físicas y menos horas delante de las pantallas. “El sedentarismo es otra de las causas asociadas a la obesidad y hay estudios que muestran una asociación positiva entre ver más de dos horas al día la televisión y el aumento del sobrepeso. Por lo tanto, es otro factor de riesgo sobre el que se tienen que hacer estrategias”, indica la vicepresidenta de la Sociedad Española de Dietética y Nutrición.

Porcentaje de gasto en salud relacionado con el sobrepeso y enfermedades asociadas

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el 9,7% del gasto sanitario español se dedica a tratar la obesidad y sus enfermedades asociadas. Un porcentaje superior al 8,4% de la media en la OCDE.



Fuente: La pesada carga de la obesidad, OCDE (2019).



¿Qué se hace en otros países?

Fuera de nuestras fronteras existen diversos ejemplos de estrategias para combatir la obesidad infantil. En Europa, la Organización Mundial de la Salud ha puesto en marcha una serie de estrategias de actividad física, alimentación y nutrición destinadas tanto a adultos como a niños para educar y detener el aumento de sobrepeso, obesidad y malnutrición. Sin embargo, estos planes no son obligatorios, sino que reconocen y respetan la libertad de acción de los estados.

A pesar de la no exigencia, muchos gobiernos cuentan con sus respectivos planes para abordar los problemas

de la obesidad, según el estudio *Euro Health*. El primer país en incluir la obesidad dentro de su programa de salud nacional con el objetivo de detener su aumento fue Moldavia, en el 2014. Dos años después, Reino Unido puso en marcha su plan de acción contra la obesidad infantil. También en Reino Unido, la Ofcom (el organismo independiente que regula la televisión, la radio y las telecomunicaciones) prohibió la emisión de toda clase de publicidad de alimentos azucarados para menores de 16 años. Polonia también ha hecho lo propio y puso en el foco de su estrategia la alimentación

en el sistema educativo. Su objetivo, aún vigente, es el de promover una dieta saludable entre los más pequeños.

Similar al caso español es el de Malta, donde la obesidad y el sobrepeso infantil también rondan el 40%. Por ello, el país ha implementado una serie de medidas legislativas para reducirlo. En 2016, se aprobó la Ley de Promoción de Estilo de Vida Saludable y Atención de Enfermedades No Transmisibles, que tiene como objetivo la promoción a través de distintas acciones de la actividad física y una dieta saludable. Este país también cuenta con un Consejo dedicado a asesorar en materia de obesidad. Entre otras cuestiones que han conseguido han estado la de implementar un programas de hábitos de vida saludable en las escuelas y regular los alimentos que se venden a los niños en los colegios. Para comprobar que se cumplen, el gobierno lleva a cabo inspecciones periódicas.

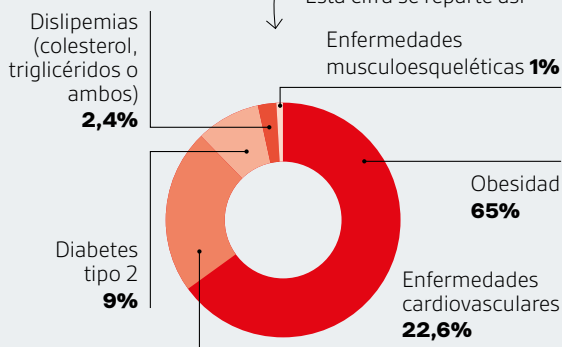


Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas cuentan con un manifiesto en el que piden la inclusión de estos especialistas en el Sistema Nacional de Salud. Según su propuesta consideran necesario un experto por cada 100 camas en Atención Especializada, uno por cada 50.000 tarjetas sanitarias en Atención Primaria y uno por cada 500.000 habitantes en Salud Pública. “Los dietistas-nutricionistas que ejercen en Atención Primaria pueden ahorrar al sistema de salud de 5,8 a 105 euros por cada euro invertido en los tratamientos. En los hospitales se ha visto que la intervención del dietista-nutricionista reduce la estancia hospitalaria (una inversión de 76 euros genera 1 día menos de ingreso) y disminuyen los casos de reingreso.

El coste sanitario del sobrepeso y de las enfermedades asociadas

2.500 mill.

Esta cifra se reparte así

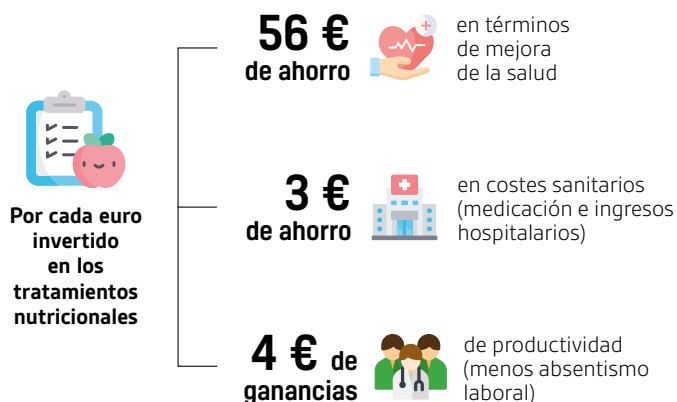


Fuente: Costes sociales y económicos de la obesidad y patologías.



DIETISTAS-NUTRICIONISTAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Incluir a estos profesionales en los servicios de Atención Primaria supondría un **ahorro del 500% del gasto sanitario**.



Fuente: Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña (Codinucat).

Cataluña, además de haber sido pionera en España con el impuesto a las bebidas azucaradas, también tiene su estrategia, en la que se pone el acento en las familias con menos recursos y se cuenta con expertos en ejercicio y en psicología para crear mensajes efectivos que lleguen a los niños. Algo importante, ya que –según el estudio Aladino– la prevalencia de la obesidad infantil es mayor en las rentas bajas. “Es necesario tener esto en cuenta para desarrollar cualquier medida, ya sea de prevención o de tratamiento”, añade Babio. Desde 2013, la Xunta de Galicia cuenta con su plan *Xermola* a través del cual se llevan a cabo controles de nutrición saludable en las escuelas, se da información a través de la asistencia sanitaria y se promueven la actividad física entre los menores.

CÓMO REDUCIR ESTOS GASTOS.

Todos los expertos coinciden que todas estas campañas son insuficientes para atajar el problema de la obesidad. Para la OCDE es necesario



Sin profesionales de la nutrición.

España es de los pocos países de la Unión Europea que no cuenta con dietistas-nutricionistas en Atención Primaria. Incorporar estos profesionales puede ahorrar al sistema de salud entre 5,8 y 105 euros por cada euro invertido.

implementar un paquete de políticas que incluya un etiquetado que especifique si un alimento saludable o no, la prescripción médica de actividad y el fomento de programas de bienestar. Según sus cálculos, esto podría suponer un ahorro de 32 millones de euros al año en costes sanitarios. Dice también que lograr una reducción calórica del 20% en los alimentos con alto contenido en azúcar, sal, calorías y grasas saturadas podría prevenir 472.000 enfermedades no transmisibles en los próximos 30 años y ahorrar 169 millones de euros al año en costes sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud apela directamente a los políticos: “Para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen un papel fundamental en la creación de entornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas mejores para los niños y los adolescentes”. De hecho, en 2019, pidió prohibir el exceso de azúcar en los alimentos para bebés y que no se publicitaran comidas y bebidas dulces para este sector de la población.

Dentro del su marco de estrategia, la OMS llevó a cabo entre 2013 y 2020 un plan de acción mundial para la prevención y control de enfermedades no transmisibles. O lo que es lo mismo, una estrategia global para abordar las enfermedades prevenibles y crónicas que derivan de la epidemia de la obesidad infantil. Además, cuenta con una comisión destinada únicamente a acabar con este problema.



JOSÉ MARÍA CAPITÁN

MIEMBRO DEL COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ANDALUCÍA (CODINAN)

“La obesidad es una enfermedad crónica que no sabemos curar”

La inclusión de la figura del dietista-nutricionista dentro de los servicios de Atención Primaria es una de las reivindicaciones históricas de los colegios profesionales. José María Capitán, miembro del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía (CODINAN), nos habla de esta demanda y de cómo se puede abordar el problema de la obesidad infantil desde diferentes ámbitos.

¿Qué medidas cree que son necesarias para combatir la obesidad infantil?

Aumentar los impuestos en los alimentos insanos y rebajarlos en los más sanos. O una ley de etiquetado clara. Hace falta realmente que las familias tengan acceso a información nutricional en sus centros de Atención Primaria con la figura clave del dietista-nutricionista al frente de la prevención. En definitiva, medidas que no sean cosméticas.

¿Qué papel juegan los dietistas-nutricionistas en el sistema público de salud?

No se cuenta con nosotros y es algo increíble. Imagínese

que intenta hacer un plan de carreteras sin ingenieros. En ninguno de los planes que hay actualmente en España para luchar contra la obesidad estamos incluidos los dietistas-nutricionistas, que somos los profesionales cualificados para ello. Esto es una anomalía que ocurre en España, donde ni siquiera se nos incluye en los sistemas de salud autonómicos correspondientes a cada comunidad. En el resto de Europa es una figura clave en la Atención Primaria, en los centros de atención hospitalaria y en otros muchos sectores: no solo en sanidad, sino en restauración, en la industria alimentaria para mejorar perfiles... Todavía nos queda mucho camino que recorrer. Si queremos tomarnos esto en serio y luchar contra la pandemia de la obesidad, vamos a tener que contar con los profesionales que están específicamente cualificados para ello.

¿Cuál cree que debe ser el papel de los pediatras en esta lucha? No tenemos el mismo papel. Los pediatras no son especialistas en nutrición infantil y, a no



ser que se preocupen por conocer sobre alimentación y tenga nociones, no pueden abordar completamente este problema.

¿La prevención empieza por enseñar a los más pequeños? Sí. La epidemia de la obesidad, que está matando a mucha más gente que la covid, se está cebando especialmente en nuestro país. Un 40%

de los niños padecen una patología que la gente no es consciente de hasta qué punto afecta. Es una enfermedad crónica que no sabemos curar. Una persona que es obesa va a serlo por el resto de su vida. Esto explica que hasta el 98% de la gente que lleva una dieta de adelgazamiento recupera en un plazo de cinco años todo el peso perdido, y a veces más, por el efecto yo-yo.

CAPÍTULO 5

La labor de las familias

EL GRAN DESAFÍO EN EL HOGAR

La familia es fundamental para extender los hábitos saludables entre los más pequeños. Sin embargo, con una sociedad cada vez más estresada y con largas jornadas laborales, a los progenitores no les queda mucho tiempo para planificar menús, hacer la compra o cocinar. Analizamos los principales obstáculos y retos con los que se encuentran los padres para combatir el sobrepeso y la obesidad de sus hijos.

+ **Un ejemplo para los niños.** Si los adultos en casa consumen alimentos saludables, sus hijos también lo harán.





La obesidad infantil es un problema de salud pública, y combatirla, un desafío que hay que afrontar desde numerosos frentes. Políticas educativas, sanitarias y sociales resultan necesarias, pero no suficientes si no integran a la familia. Porque la familia es, probablemente, la institución más relevante a la hora de favorecer un peso saludable: los hábitos que se siguen en el hogar (elección de los alimentos y su forma de elaboración, horarios de comidas, normas para ver la televisión o jugar con las pantallas, rutinas de ocio y ejer-

cicio...), así como el ejemplo que dan los padres y las madres son fundamentales y pueden formar parte tanto del problema como de la solución.

En este terreno, es importante delimitar los diferentes ángulos desde los que se puede abordar el análisis: una sociedad estresada en la que apenas hay tiempo para planificar menús equilibrados, comprar alimentos con criterio y cocinar; una industria que se brinda como ayuda para compensar esta falta de tiempo y que ofrece comida rápida, sabrosa e hipercalórica; una presión publicitaria a la que es muy difícil resistirse...

+ **La cocina.** Los hogares con conocimientos culinarios sobre cómo elaborar la comida, ahorrar tiempo y gestionar recursos, logran un resultado más saludable.



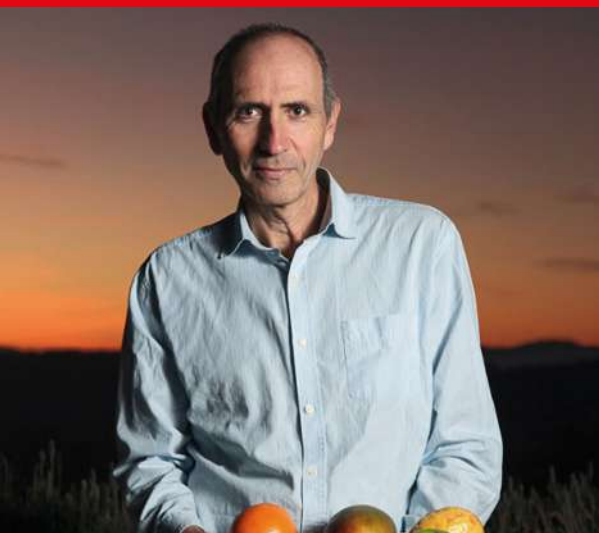
“Por encima de las causas, hay que recordar que ninguno de los factores que intervienen en la obesidad están bajo el control del niño”. Son palabras de la doctora Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta 2017. En este mismo sentido, un informe de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) publicado en 2013 en la revista *Obesity Reviews* concluyó que fomentar la responsabilidad paterna resulta crucial para evitar la aparición de la obesidad infantil o para tratarla cuando ya está instaurada. “Los expertos en el área de la obesidad infantil recomiendan que la prevención y el tratamiento del sobrepeso en los años de formación preescolar y primaria se centren en los padres y las madres”, señala la investigación.

¿QUÉ SE COME EN CASA? UN ASUNTO DE TODOS

EL PESO DEL ENTORNO.

Si hablamos de poner el foco en la familia, no se puede eludir el entorno en el que se encuentra: el nivel socioeconómico y cultural va a determinar buena parte de los hábitos dietéticos y de las elecciones de compra. Igualmente, no podemos obviar el cambio social producido en las últimas décadas, en el que la incorporación de la mujer al mercado laboral ha creado nuevas dinámicas y roles en el hogar.

Con jornadas laborales maratónicas, exigencias en cuanto a disponibilidad y movilidad geográfica, largos trayectos hasta el trabajo... no queda mucho tiempo para planificar menús, hacer la compra o cocinar, y esperar que, además, la dieta sea equilibrada y saludable. “No hay tiempo, ni fuerza ni ganas”, corrobora el pediatra, escritor y divulgador Carlos Casabona. El papel del ama de casa tradicional se ha difuminado y no existe en la mayoría de los hogares una figura sobre la que pueda recaer el compromiso de procurar una alimentación familiar sana.



CARLOS CASABONA

PEDIATRA Y DIVULGADOR

“Necesitaríamos un siglo para volver a las cifras de obesidad infantil de 1984”

Lleva más de 30 años atendiendo una consulta de pediatría. Un tiempo que le ha permitido ver en primera fila todos los cambios —demográficos, sociales, económicos y culturales— que han favorecido el auge de la obesidad infantil. Carlos Casabona no vacila en denunciar los factores que están detrás de esta epidemia. De entre ellos, destaca que “las decisiones de las familias a la hora de elegir los alimentos están muy condicionadas por el influjo de la industria alimentaria y el poder de la publicidad”.

¿Por qué a los padres y madres les cuesta elegir productos saludables? La disponibilidad de alimentos saludables fuera de casa es escasa y poco asequible. Si salimos de viaje, ni en las estaciones de tren, ni en el avión ni en gasolineras vamos a encontrar a un precio razonable fruta fresca entera. En los restaurantes, el postre que ofrecen son flanes, natillas, mousses... Y, además, es muy difícil obviar la publicidad.

¿Y en la compra en el supermercado? Estamos bombardeados por alegaciones de salud en productos que no son saludables. Bollos con alto contenido en hierro, cacao vitaminados que, combinados con leche, “te dan fuerza y energía...”. Estos mensajes dificultan que conozcamos el verdadero contenido del producto.

¿Los progenitores no están más informados que antes?

Sí, pero no es suficiente. Las familias ya saben que la bollería industrial y los refrescos no son saludables; a partir de ahí, actúan en consecuencia. Pero siguen confundiendo con los cereales mal llamados “de desayuno”. Los menores están condicionados por los dibujos del envase y los regalos; los padres, por la información de vitaminas y minerales, sin darse cuenta de su gran cantidad de azúcar. Otro problema lo encontramos en los lácteos que “ayudan a las defensas”, los yogures azucarados “con sabor” a fruta...

Cuando en consulta les hablan de todo esto, ¿qué responden los padres? Dicen que sus hijos comen muy bien porque no toman bollería industrial. No se dan cuenta de que se están metiendo calorías líquidas en los zumos, en los lácteos azucarados, azúcar y fécula en el jamón de york... En alimentos que, además, no les quitan el hambre, porque luego deben tomarse el bocadillo.

¿Influye la condición socioeconómica de los padres?

Sí. Lo vemos en el estudio Aladino. Entre el 70 y el 80% de niños con obesidad pertenecen a clases bajas. Tienen menos acceso a la información de calidad y poco tiempo en el centro de salud para las revisiones. Tienen menos recursos económicos y culturales.

¿Qué es el “aburrimento económico”?

Hay familias que no tienen opciones de ocio saludable. Ni montar en bici, hacer una excursión al campo, extraescolares... Muchas de ellas solo tienen como recurso lúdico la

comida. Comer da placer, y se compran unas bolsas de cruasanes, o de ganchitos.

¿Es imposible comer sano y barato? Es difícil, a menos que sigas una alimentación muy repetitiva. La fruta de calidad, quitando manzanas Golden, plátanos de oferta y peras, está cara siempre. La carne y el pescado de calidad, lo mismo. Y lo no saludable es muy barato. Pero, además, está la saciedad. Un kilo de galletas cuesta un euro y tiene 4.000 calorías; uno de tomates también cuesta un euro, pero tiene 200 kcal.

¿Qué implica el que ambos progenitores trabajen fuera de casa?

Hay que integrarlo en el entorno socioeconómico. Si tienes pocos recursos y, además, te pasas el día trabajando fuera de casa, cuando llegas lo último que puedes hacer es ir a hacer la compra, preparar un sofrito, cocinar a fuego lento... Y ahí entra la industria, que ha conseguido elaborar productos sabrosos, preparados, saciantes y baratos. Si no tienes tiempo, harás croquetas congeladas que solo llevan patata, o tirarás de un bote de tomate frito que lleva mucho azúcar.

Los últimos estudios reflejan un estancamiento en las cifras de obesidad infantil, incluso de un descenso...

Era imposible ir a peor. En los últimos años, solo han bajado un punto. Eso significa que necesitaríamos un siglo para volver a las cifras de 1984 [un 3% de obesidad infantil, actualmente es del 40%]. Es un problema estructural.



El consumo ocasional. La expresión “de vez en cuando” para hablar de la frecuencia de consumo de productos como pizzas, helados o galletas debería traducirse como “una vez al mes”.

¿COMER SANO ES CARO?

La falta de tiempo se hace más evidente en las familias con menos recursos. Hace ya años que se viene estudiando la asociación entre pobreza y obesidad infantil. Así se vio claramente en Estados Unidos, en donde se conoce como “desiertos alimentarios” a las zonas más desfavorecidas. “En ellas no se suelen ofrecer alimentos frescos o de calidad. Aquí, en EE UU, es mucho más barato comer mal que comer sano”, expone el doctor José Ordovás, director del Labo-

ratorio de Genómica y Nutrición de la Universidad de Tufts (Boston) y coordinador del libro *Obesity*. En España, la tendencia parece ser similar, así lo vemos en los resultados del informe Aladino: el 23,2% de los niños de familias con rentas inferiores a 18.000 euros brutos anuales sufre obesidad; este porcentaje se sitúa en el 11,9% en aquellos casos de familias con rentas superiores a los 30.000 euros. “El kilo de verdura es más caro que una bolsa de panecillos de leche. No todo el mundo se puede gastar el dinero en fruta y en alimentos frescos”, explica la doctora Teresa Cenarro, vicepresidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Así, se da la paradoja de que, en los países desarrollados, resulta más barato engordar que perder peso.

En este sentido, el doctor Casabona explica que “muchos divulgadores dicen que se puede comer bien y barato. No estoy del todo de acuerdo. Es cierto que se puede, pero comiendo de manera algo repetitiva y con calidades medias: legumbres, arroz, pasta y patatas; fruta, poca; hortalizas básicas, y de segunda o tercera categoría. Sin embargo, la bollería, embutidos y fiambres, otras carnes procesadas, zumos envasados, refrescos, patatas fritas de bolsa, ganchitos,

están tirados de precio y son calorías a montón y encima potentes de sabor y adoradas por los niños”.

LA EDUCACIÓN DE LOS PADRES.

Los resultados del estudio *Infancia y futuro: nuevas realidades, nuevos retos*, realizado por el Observatorio de la Infancia, sugieren que los niños cuyos padres han terminado la secundaria tienen menos probabilidad de tener obesidad, especialmente si los padres –y, en concreto, la madre– tienen estudios universitarios. Las distintas investigaciones apuntan que es el nivel cultural de la madre el que más cuenta, posiblemente porque sigue siendo ella la que gestiona las comidas en el hogar. En este sentido, un proyecto reconocido por el Ministerio de Sanidad con el premio Estrategia NAOS y coordinado por la doctora Etelvina Suárez, jefa de Pediatría del Hospital San Agustín de Avilés, encontró que “a menor grado de instrucción de la madre –el padre, curiosamente, no influyó– mayor era el porcentaje de niños con sobrepeso”.

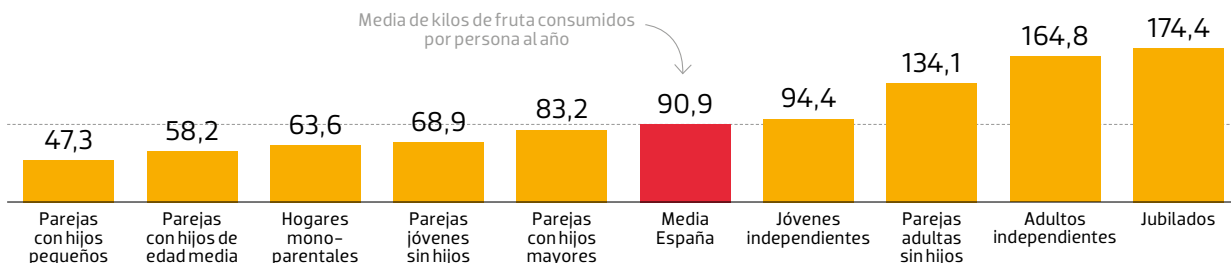
Pero, ¿es tan importante la educación nutricional? Si tenemos en cuenta el consumo de alimentos saludables por tipo de familias, los hogares con hijos pequeños son los que comen menos

El ejemplo que damos a los hijos es clave. Hay que dedicar tiempo tanto dentro como fuera de casa.



Qué tipo de familia come más fruta

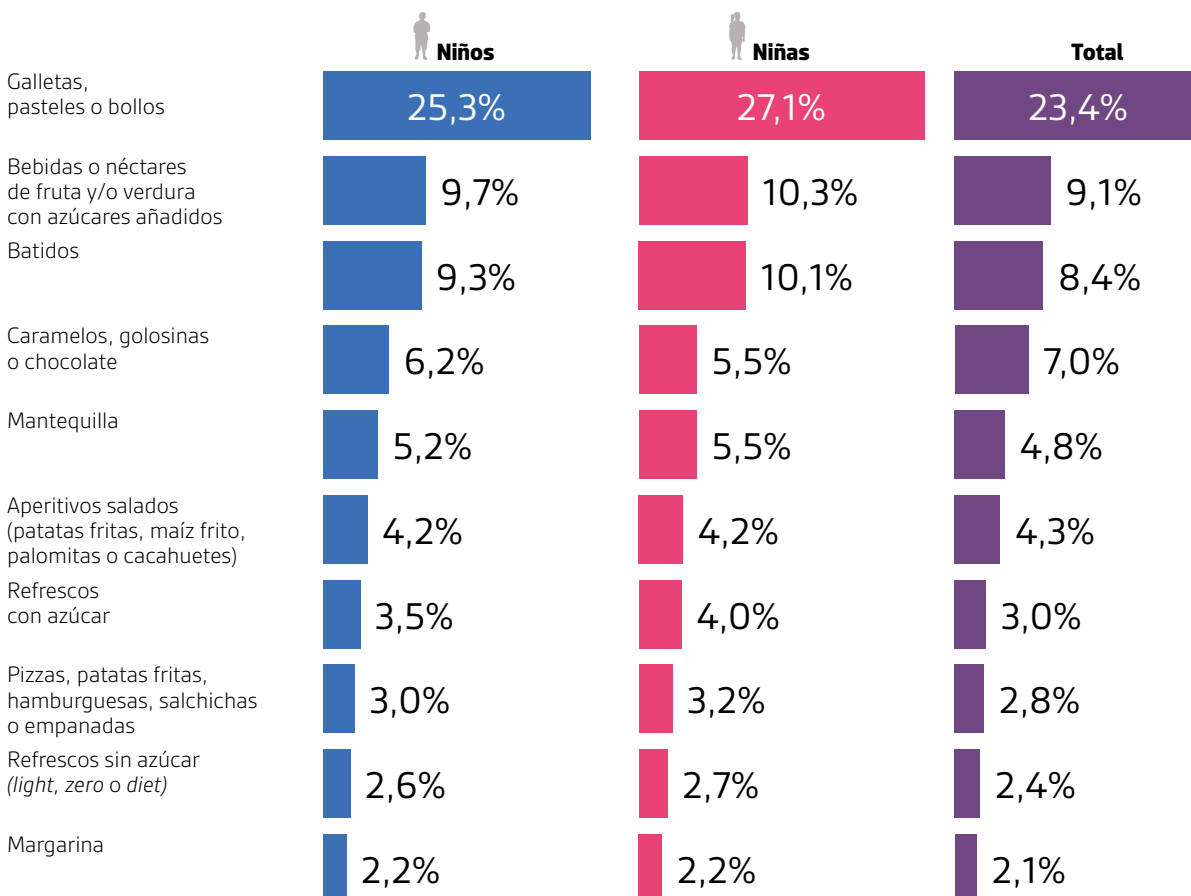
Las parejas con hijos pequeños son las que menos kilos de fruta por persona consumen al año. Los jubilados, los que más. Esto demuestra que los hábitos y el entorno social son más importantes a la hora de mantener una dieta saludable.



Fuente: Informe del Consumo Alimentario en España, 2019.

Alimentos ocasionales que se convierten en habituales

Muchos menores en edad escolar toman con frecuencia productos que deberían evitarse y solo comer "muy de vez en cuando" (por ejemplo, una vez al mes). Así lo reflejan los porcentajes de menores que ingieren estos alimentos cuatro veces a la semana.



Fuente: Informe Aladino, 2019.



cantidad de fruta (47,3 kilos por persona al año), según el *Informe de Consumo Alimentario en España 2019*. Los jubilados, sin embargo, casi multiplican por cuatro este consumo (174,4 kilos por persona al año). Es decir, los hábitos siguen siendo muy importantes a la hora de elegir los alimentos más saludables y, por eso, las generaciones más mayores, que han crecido en una época con menos opciones de alimentos industriales, son los que mayores cantidades de frutas y verduras consumen.

UN FACTOR AÑADIDO.

El estudio *Infancia y futuro* también revelaba que “el porcentaje de niños de origen inmigrante que presentan problemas de obesidad es superior al de niños autóctonos (21 y 16%, respectivamente). Si controlamos el efecto de otras características sociodemográficas, los niños de cinco a 10 años de origen inmigrante presentan un riesgo casi un 80% más alto de padecer obesidad que los hijos de padres españoles. Estos tres factores, apunta el pediatra Carlos Casabona, a menudo se imbrican entre sí: “Nos encontramos a personas que vienen con múltiples condicionantes: a menudo no tienen una buena educación sanitaria y proceden de países en los que no hay tanta oferta alimentaria. En consulta veo más obesidad en clases con menos recursos, tanto económicos como culturales”. Todo esto se suma a que, en las familias con menos recursos, los alimentos insanos como los refrescos azucarados o las hamburguesas, son vistos muchas veces como un premio, al no poder permitirse otros caprichos.

EL CONSEJO PROFESIONAL.

¿Quién decide lo que debe comer un niño? La influencia del profesional de la salud (pediatra, enfermera pediátrica o dietista-nutricionista) disminuye a medida que el niño crece. Es decir, pedimos consejo y seguimos sus instrucciones cuando es un bebé, pero alrededor del año de vida es un momento de especial riesgo nutricional, al dismi-

nuir la influencia de la recomendación pediátrica y ganar en importancia los patrones alimentarios familiares, que se alejan en muchas ocasiones de la alimentación saludable.

LOS NIÑOS COMEN, LOS PADRES ELIGEN.

En su primera infancia, cuando apenas ha dejado de ser un bebé, el menor no elige: come lo que se le da. Es el momento de ofrecerle una dieta con alimentos variados, frescos y sanos. “Los niños no son los que compran ni los que cocinan”, corrobora la doctora Cenarro. “En las

casas se toma lo que se ha comprado, lo que está en la despensa o en la nevera. Los adultos son los que tienen el poder de decisión; si sus hábitos son malos, cambiarlos es muy complicado”. Así es: un niño pequeño no pide el filete empanado en vez de a la plancha, ni poner nata a una crema, bechamel a una coliflor o tocino a unas legumbres. Pero, si se acostumbra desde pequeño a alimentos tan palatables, después los seguirá pidiendo.

La cuestión de los hábitos nos lleva a los progenitores espejo: somos un ejemplo (bueno o malo) para los hijos. Si no tomamos verduras ni fruta, si come-



+ **Quién decide qué se come en casa.** Los adultos son los que tienen el poder de decisión; si sus hábitos son malos, cambiarlos es muy complicado.



mos bollos industriales y alimentos ultraprocesados, nuestros hijos se educan pensando que esa es la pauta habitual. El ejemplo que damos a nuestros hijos es fundamental. Hay que dedicar tiempo, dentro y fuera de casa. Muchas familias hacen la compra en torno al niño, y eso puede ser bueno, pero también malo, dependiendo de cómo les orientemos.

DEL SABER POPULAR AL PESO DE LAS DIETAS DE LOS MAYORES

Pero los condicionantes económicos, sociales y culturales no bastan para explicar el papel de la familia en el problema de la obesidad infantil. Prueba de ello es que un 12% de los niños con rentas altas también la sufren, según el estudio Aladino. “Los factores de riesgo se dan en todos los hogares. La diferencia es que, en las familias con obesidad infantil, concurren varios de estos factores simultáneamente y, además, se prolongan durante más tiempo”. Es una de las conclusiones a las que ha llegado Sonia Moreno, miembro del Grupo de Investigación en Sociología de la Alimentación de la Universidad de Oviedo y autora del estudio *La obesidad como problema social: un análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física en hogares con y sin obesidad infantil*. Según su investigación, los hogares en los que hay una fuerte base en el saber popular acerca de cómo elaborar la comida, ahorrar tiempo y gestionar recursos, aunque no tengan mucho dinero, logran un resultado más saludable. “Las competencias culinarias ayudan mucho”, explica Moreno. Además, cuando alguno de los padres sufre obesidad y ha realizado a lo largo de su vida dietas frustrantes, se observa la influencia del discurso genético de los últimos años. “Se quedan con esa idea de ‘no hay nada que hacer, es mi metabolismo’, pese a que hoy se sepa que el cambio de hábitos tiene más peso que la base genética”, analiza Moreno.

CONSEJOS PARA PREPARAR UN MENÚ SALUDABLE



EN LA COMPRA

- **Planificar el menú semanal y evitar la improvisación.** Por lo general, si no se lleva una lista de la compra se termina eligiendo comida rápida y alimentos que promueven hábitos insanos.
- **No debe faltar la fruta, la verdura y la legumbre y variar las fuentes de proteína.** Lo mejor es elegir productos de temporada, suelen ser más económicos.
- **Elegir opciones saludables y fáciles de preparar.** Productos como la verdura troceada y congelada (no pierden sus propiedades nutricionales), conservas de verduras, pescado o legumbres ya cocidas son opciones fáciles y rápidas de hacer.
- **Evitar todo tipo de ultraprocesados.** No hace falta prohibir su consumo, pero se recomienda que los menores no encuentren ese tipo de productos en casa. Son para un consumo puntual y, como tal, no es necesario tenerlos en el hogar.



EN LA COCINA

- **Evitar saborizantes, como el azúcar.** Si los menores se acostumbran a añadir azúcar a productos como la leche o el yogur, no van a poder apreciar el sabor dulce de la fruta y, por lo tanto, va a ser más difícil que los acepten en su alimentación. Se pueden utilizar alternativas para endulzar, como los dátiles o la canela.
- **Introducir especias.** El objetivo es que prueben distintos sabores, pero siempre sin ocultar el gusto del alimento. También nos ayudan a reducir la cantidad de sal o el uso de potenciadores de sabor.
- **No preparar platos específicos para los pequeños.** Lo mejor es preparar un solo menú saludable para los niños y los progenitores.
- **Priorizar las técnicas culinarias que no añadan grasa ni alteren mucho el producto.** Lo mejor: la plancha, el horno, el papillote o el vapor. A evitar: frituras, rebozados o empanados.
- **Utilizar alimentos imprescindibles.** Preparar hortalizas en la comida y en la cena como ingredientes principales o en guarniciones. Las frutas (enteras y no en zumo) en el desayuno, el postre y entre horas.



FUERA DE CASA

Muchas veces, los menús infantiles suelen abusar de carnes procesadas, salsas, patatas fritas y pasta. En estos casos, es mejor seleccionar platos del menú general. Un niño puede comer exactamente lo mismo que un adulto, pero en menor cantidad.

Fuente: Daniel Ursúa, dietista-nutricionista.



¿HASTA DÓNDE SE PUEDE EXIGIR A LOS PADRES?

Según el pediatra Carlos Casabona, se han identificado más de 100 factores relacionados con el fenómeno de la obesidad. “En lo que respecta a los niños, mi opinión es que la familia –y los factores ligados a ella– tiene un peso de al menos un 85%”. Los progenitores tienen un papel fundamental para crear y desarrollar unos hábitos saludables en sus hijos desde pequeños, pero no puede dejarse esta ingente tarea solo en sus manos, sino aportarles todos los recursos y el apoyo necesario para transmitir a los niños unos hábitos saludables.

FALLOS EN LA PERCEPCIÓN.

Uno de los posibles factores implicados en la obesidad infantil es la insuficiente percepción de gravedad del problema por parte de los padres cuyos hijos tienen exceso de peso y, por tanto, también por parte de los propios niños. Este problema se observa en los resultados del estudio Aladino, que ponen de manifiesto que “muchos progenitores tienen una visión distorsionada de la realidad que cuanto a la situación ponderal que presentan sus hijos e hijas”. Así, nueve de cada 10 padres de escolares con sobrepeso piensan que los pequeños tienen un peso normal. Y casi dos de cada 10 progenitores de niños con obesidad severa no son conscientes de que tengan un problema. Solo el 11,7% piensa que sus niños tienen un “ligero sobrepeso”.

¿Los padres son conscientes de este problema? Es un debate que ha llegado a la comunidad científica y que inquieta a los pediatras. La doctora Teresa Cenarro nos explica que, aunque hay un elevado porcentaje de padres y madres que se preocupan en las revisiones sobre el estado nutricional de sus hijos, “hay otro porcentaje, nada desdeñable, de los que piensan que el sobrepeso en la infancia ni es importante ni tiene consecuencias. A menudo te dicen que ya perderá esos kilos de más cuando den el estirón”. Con ella coincide Guillermo Rodríguez, vicepresidente del Colegio de Dietistas



Nueve de cada 10 padres de escolares con sobrepeso piensan que sus hijos tienen un peso normal.

Nutricionistas de Madrid (CODINMA): “Muchos padres siguen con esa idea del estirón, pero no es cierto que toda la grasa se *estire* y desaparezca. Además, los primeros años son clave para la adquisición de buenos hábitos”.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

“En consulta no hacemos percepciones subjetivas, tenemos los medios para medir y objetivar si un niño tiene exceso de peso para su talla y edad”, asegura Cenarro, quien añade que, no obstante, “consulta muy difícil obtener buenos resulta-

dos en este campo, es un poco frustrante y nos da muy pocas satisfacciones”.

No se trata solo de que los padres se resistan a reconocer la situación; es, fundamentalmente, que para corregirla “deben cambiar su forma de comer. No se puede culpabilizar a nadie, entre otras razones porque lo único que consigues es que la familia no colabore. Así que, sin reñir, debes dar explicaciones para que, de manera conjunta, se puedan adoptar las medidas necesarias. Imponer, en temas de obesidad, no conduce a nada”, analiza. El primer paso es conocer lo que realmente se come en casa. “Por eso, es muy interesante hacerles una encuesta en la que se les pide que escriban lo que comen los niños a lo largo de varios días y se estudia cómo se alimentan”, explica Cenarro. “Se analiza con la familia dónde puede estar el fallo y, después, se dan los consejos nutricionales adecuados para ese caso en concreto”, añade.

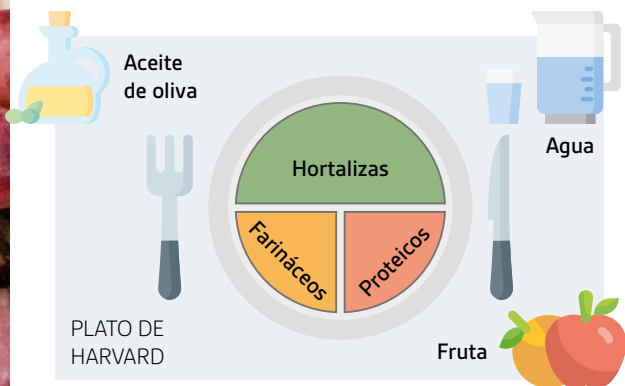
LA RESPONSABILIDAD DE ELEGIR.

Los padres y las madres son quienes tienen la responsabilidad de proteger a los menores de los productos poco saludables. Pero, al mismo tiempo, a menudo se enfrentan al problema de la gestión del tiempo. Quienes trabajan muchas horas fuera de casa y no cuentan con los medios para tener a una persona que les ayude en las tareas del hogar, debe-



UN PLATO EQUILIBRADO

Muchas veces, las familias se quedan sin ideas para preparar una comida o una cena saludable. Para ayudarles, la Escuela de Salud Pública de Harvard creó un modelo de plato en el que se incluyen todas las categorías de alimentos imprescindibles en la dieta. Aquí van unas propuestas para preparar un menú completo para los niños.



Hortalizas: la mitad del menú debe basarse en frutas y verduras.

Proteicos: una cuarta parte, incluirá pescado, carne de aves, legumbres o frutos secos, fuentes de proteínas saludables. Hay que reducir el consumo de carnes rojas, fiambres y las

carnes procesadas.

Farináceos: cereales en grano variados (pan integral, pasta integral, arroz integral...). Hay que limitar el consumo de cereales refinados como el arroz o el pan blancos.

Este modelo se puede estructurar en uno o dos platos. Los diferentes tipos de alimentos se pueden combinar de infinidad de maneras. Por ejemplo:

Primer plato: hortalizas y farináceos integrales, legumbres o tubérculos.

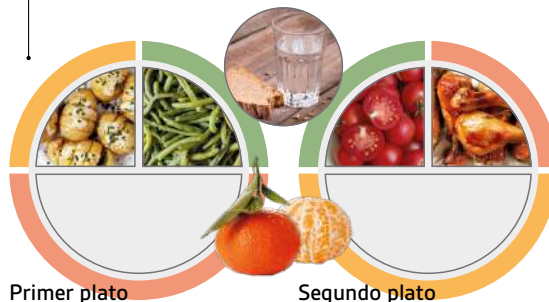
Segundo plato: alimento proteico (legumbres, pescado, huevos, carne).

Guarnición: hortalizas y/o farináceos integrales, legumbres o tubérculos.

Postres: fruta fresca.

Acompañamiento: pan integral y agua.

Para cocinar y aliñar: aceite de oliva virgen.



Propuestas para la cena

1. LUNES

Hortalizas + farináceo
Judías verdes con patatas salteadas con ajo

Proteico
Tortilla a la francesa

Fruta
Manzana laminada

2. MARTES

Hortalizas
Crema de calabaza y patata con pipas

Proteico + hortaliza + farináceo

Filete de gallo rebozado con remolacha rallada

Fruta
Granada

3. MIÉRCOLES

Hortalizas + proteico
Ensalada de lentejas (lentejas, tomate, pimiento, cebolla y aceitunas)

Farináceo
Pan integral

Fruta
Macedonia de fruta

4. JUEVES

Farináceo
Sopa de pasta integral

Hortalizas + proteico
Croquetas de pollo con hortalizas salteadas

Fruta
Gajos de manzana

5. VIERNES

Proteico + hortaliza
Ensalada de garbanzos con lechuga, espinacas, canónigos, manzana y nueces

Fruta
Mandarinas

Fuente: *La alimentación saludable en la etapa escolar* (2020), Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT).



Cuestión de cantidad: ración recomendada para cada edad

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el tamaño de las raciones ha aumentado de manera notable en los últimos 20 años. Esta pequeña guía puede servir de orientación para ajustar las cantidades de los distintos grupos de alimentos.

		3-6 años	7-12 años
Verduras	Plato principal	120-150 g (un bol)	120-150 g (un bol)
	Guarnición	60-75 g (medio bol)	60-75 g (medio bol)
Legumbres	Plato principal	30 g (5 cucharadas soperas ya cocidas)	60 g (10 cucharadas soperas ya cocidas)
	Guarnición	15 g (3 cucharadas soperas ya cocidas)	30 g (5 cucharadas soperas ya cocidas)
Patatas	Guarnición	90-100 g	90-100 g
Arroz o pasta	Plato principal	50-60 g (7-8 cucharadas soperas ya cocido)	60-80 g (8-10 cucharadas soperas ya cocido)
	Guarnición	20-25 g (4 cucharadas soperas ya cocido)	20-25 g (4 cucharadas soperas ya cocido)
Pan integral	Acompañamiento	1 rebanada o una pieza de 3 dedos de ancho (30 g)	1 rebanada o una pieza de 3 dedos de ancho (30 g)
Yogur natural		Media o 1 unidad	1 unidad (125 g)
Pescado		Un filete mediano (70-80 g)	Un filete grande (100-120 g)
Huevos		1 unidad	1-2 unidades
Carne		Un filete pequeño (50-60 g)	Un filete mediano (80-90 g)



Fruta (al menos, tres raciones al día)

1 ración
equivale a:

2 piezas de frutas pequeñas, como kiwis, mandarinas o ciruelas

1 pieza de frutas medianas, como manzana, naranjas o plátanos

1 rodaja de 2 dedos de ancho de sandía o melón

Fuente: *Acompañar las comidas de los niños*, Agencia de Salud Pública de Cataluña, y elaboración propia.

rán realizarlas en el poco tiempo de que disponen al volver del trabajo. Según señala el pediatra Jesús Garrido, esto favorece que en la casa “se consuman fundamentalmente alimentos precocinados de producción industrial y que haya mucha comida lista para comer. Una característica común en la comida industrial es que, para vender más que la competencia, tiene que saber mejor que la del competidor. Y eso es fácil de conseguir: basta con destacar los sabores añadiendo más sal, grasas saturadas o azúcar, junto con conservantes, colorantes y otros aditivos sin ninguna función nutricional. Su objetivo es que resulten más apetecibles”.

Son muchos los condicionantes del entorno que dificultan que los padres hagan elecciones saludables. Se les pide que asuman su responsabilidad, pero el debate se plantea también en términos de si tienen capacidad para superar esos condicionantes y decir que no. Es la reflexión que encontramos en el artículo *Libertad parental como barrera frente a la publicidad de productos alimentarios malsanos dirigidos al público infantil*, escrito por el nutricionista Julio Basulto y Francisco Ojuelos, abogado experto en derecho alimentario, y publicado en la Revista de Pediatría de Atención Primaria. En él, se concluye que “la mayor parte de los progenitores

no tienen conocimientos nutricionales o sanitarios suficientes, ni tampoco una capacidad real de contrarrestar la manipulación con interés comercial, en muchas ocasiones orientada a que el menor transgreda los consejos de los adultos a su cargo”. Y añaden que situar el debate “en el plano de la libertad de rechazar la compra de los productos malsanos dirigidos a los niños por parte del progenitor es consecuencia de la voluntad de falsearlo, en un escenario de incumplimientos masivos y acreditados de las normas, porque antes de situarse en la opción de elegir, el consumidor ha debido recibir una protección eficaz frente a la publicidad desleal”.

DECÁLOGO NUTRICIONAL PARA PADRES

01

Animarles a participar en su alimentación.

Hacer la lista de la compra, ir al mercado, ayudar en la cocina... Se trata de actividades educativas y que, además, favorecen una alimentación más saludable.

02

Cocinar en casa con los menores.

Es una buena oportunidad para que los niños prueben diferentes alimentos y así aumentará su interés por los platos que ellos mismos han hecho.

03

Comer (o cenar) en familia.

Existe numerosa evidencia científica acerca de que este hábito es beneficioso en diferentes sentidos; entre ellos, reduce la probabilidad de padecer obesidad a lo largo de la infancia.

04

Es un niño, hay que vigilar sus raciones.

Las raciones que se ofrecen a los niños son cada vez mayores, lo que contribuye a que coman en exceso y aumente el riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad.

05

Es mejor la recompensa que el castigo.

Castigar por no haber comido fruta puede hacer que termine generando rechazo hacia ese alimento. Es preferible darles un refuerzo positivo cuando se toman la comida saludable.

06

Ver la tele, los canales de Youtube y las redes sociales con ellos.

Hay que ayudarles a identificar los productos insanos, a detectar los mensajes que utiliza la publicidad. Por ejemplo, si usan para atraer su atención personajes de dibujos animados o deportistas.

07

Construir límites.

Los límites son necesarios a lo largo del desarrollo y hacen que la población infantil crezca de forma segura y confiada. Los adultos son los que deciden lo que van a comer o cenar según sus necesidades, no los menores según sus apetencias.

08

Aprender a pedir consejo.

Es esencial que los padres y madres sepan recibir el consejo de especialistas, nutricionistas o pediatras como un asesoramiento que les ayude en su papel educador.

09

Ser un buen ejemplo.

La familia cercana actúa como modelo de referencia en el que constantemente los niños se reflejan, comparan para aprender actitudes, comportamientos y estilos de vida.

10

Enseñarles a leer la información nutricional.

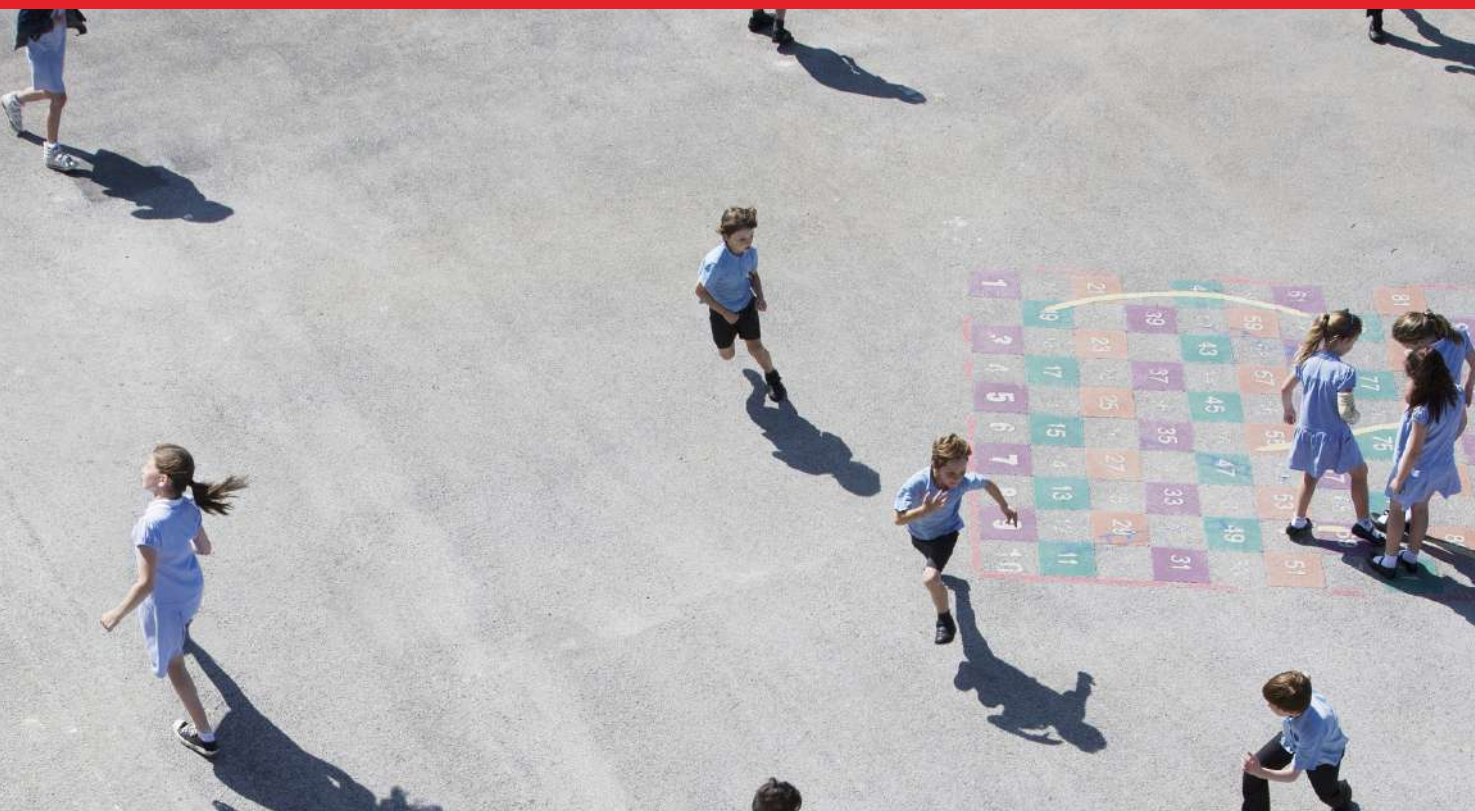
Así elegirán los ingredientes más saludables.

Fuente: *Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España.*



CAPÍTULO 6

Cómo combatir el sedentarismo



Ejercicio físico

LA MEJOR MEDICINA FRENTE A LA OBESIDAD

El 40,6% de los menores de entre tres y ocho años en España sufre sobrepeso u obesidad, y la mayoría de ellos seguirán padeciéndolo de adultos. A la atracción que niños y adolescentes sienten por el azúcar y los alimentos ultraprocesados, se une otro condicionante que empaña aún más su bienestar: solo un 37% de ellos alcanza la hora mínima diaria de actividad física que recomienda la OMS. Fomentar el deporte desde pequeños e implicarse con ellos en su actividad es la clave para que disfruten del ejercicio y lo incorporen en su vida cotidiana, sin traumas ni sacrificios. Damos las pautas para lograrlo.



S

Si existiera una pastilla que garantizara a nuestros hijos una buena salud de por vida, ¿se la daríamos? La respuesta es obvia, pero quizá lo que muchos desconocen es que esta píldora milagrosa y carente de efectos secundarios ya existe: se llama ejercicio y está al alcance de todos. No es un fármaco, pero se puede decir que es medicina. La ciencia confirma que practicarla incrementa considerablemente las posibilidades de que nuestros pequeños no sufran enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes o diferentes tipos de cáncer en su edad adulta. De paso, además, la actividad física también ayuda considerablemente a socializar, favorece la autoestima y mejora el rendimiento académico. Es cierto que practicarla no es tan sencillo como meterse algo en la boca, pero moverse tampoco requiere de mucho esfuerzo, o al menos eso parece si nos ceñimos a los argumentos que nos da la biología: estar activo es algo para lo que los seres humanos estamos naturalmente diseñados y no hacerlo deteriora poco a poco nuestro organismo. Justo, lo que está ocurriendo.

UNA GENERACIÓN CON MENOS ESPERANZA DE VIDA.

Según el estudio Pasos 2019 realizado por la Fundación Gasol, solo un 36,4% de los niños y adolescentes de nuestro país cumple con el mínimo de 60 minutos al día de actividad moderada a intensa que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este sedentarismo, unido a una dieta nada saludable, forma un nocivo cóctel capaz de provocar que, por primera vez en la historia, esta generación de niños se convierta en la primera que viva menos que sus padres. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para el 2050 se reducirá la esperanza de vida en tres años. Esto sería consecuencia de la aparición prematura en los jóvenes de enfermedades que hasta ahora habían sido típicas de adultos. Patologías físicas provocadas por el exceso de peso, pero también emocionales, como la falta de autoestima y depresión. “Cuando un niño en su infancia acumula grasa y llega a la adolescencia con esos kilos de más, es más que probable que sea un adul-

to con sobrepeso u obesidad. Esto se traduce en kilos extra para el organismo, pero también en un estado latente de inflamación capaz de alterar el metabolismo de la persona, algo que termina generando enfermedades como diabetes, hipertensión y colesterol alto en sangre”, explica Carmen Pérez-Rodrigo, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y profesora de la

+

Más allá del deporte.

Mantenerse activo no solo se refiere a la recomendación de practicar ejercicio intenso durante una hora al día, también a no quedarse sentado durante más de una hora seguida.



Universidad del País Vasco. “Lo normal era que este tipo de trastornos se presentara en la cuarta época de la vida de las personas, pero los médicos lo estamos viendo cada vez antes, en concreto en chavales de 12 y 14 años”, añade.

CADA VEZ SE MUEVEN MENOS.

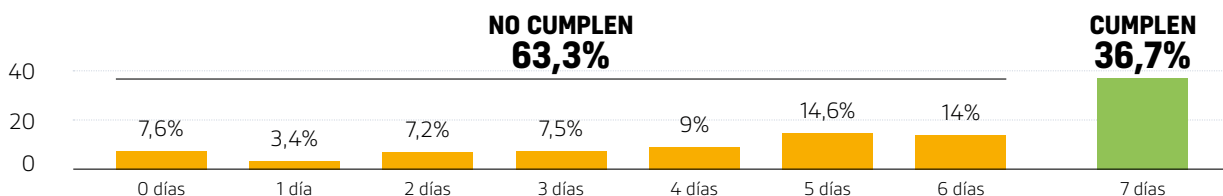
La realidad es que las cifras son descorazonadoras. El 34% de la población española de entre 3 y 24 años tiene obesidad o sobrepeso, cifra que asciende hasta el 40% en el caso de los niños entre tres y ocho años, según indica el Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE 2020), publicado en la *Revista Española de Cardiología* (REC) e impulsado en su origen por Fundación Eroski. El estudio analizó la influencia que tiene el estilo de vida de los más pequeños con el exceso de peso y los factores de riesgo cardiovascular. Una de las causas de estos datos es que los niños no se mueven. El mínimo que marca la OMS para los mayores de cinco años es una hora de actividad física en la que combine actividades de intensidad de moderada a vigorosa o alta, es decir, que acelere la respiración y el ritmo cardiaco. Además, a medida que los niños van cumpliendo años, el número de minutos empleados en el ejercicio va disminuyendo. El estudio Pasos también refleja que, en secundaria, los datos de actividad son aún peores, con el 72% de los estudiantes declarados completamente seden-



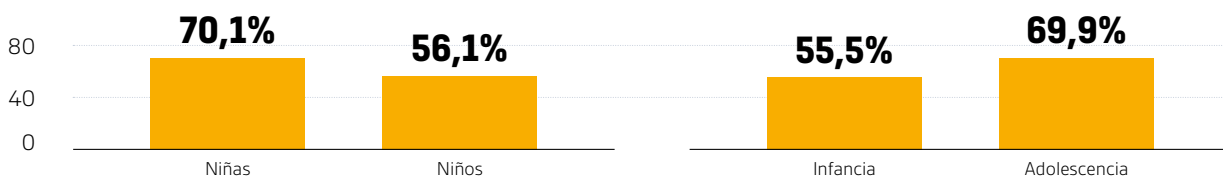
Menos actividad de la recomendada

Tres de cada cinco niños, niñas y adolescentes no cumplen con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de práctica de ejercicio físico diario: una hora de actividad moderada o vigorosa, es decir, movimientos corporales intensos como correr, saltar o bailar. Este es el porcentaje de niños y adolescentes que no cumplen con este consejo.

SEGÚN LA PRÁCTICA DIARIA



MENORES QUE NO CUMPLEN, SEGÚN SEXO Y ETAPA VITAL



Fuente: Estudio Pasos 2019, Fundación Gasol.



tarios, frente a los 55% de primaria. Hay muchas razones para que esto ocurra, más allá de la pereza típica de la *edad del pavo* o la adicción a los videojuegos.

ACTIVOS DESDE LA CUNA.

Moverse no es sinónimo de hacer deporte, sino de saltar, trotar, escalar, bailar, correr... En definitiva, lo que es importante es la actividad física. “Hay que fomentarla desde que los niños son lactantes, ya que es entonces cuando los pequeños aprenden a moverse y adquieren todas esas habilidades que les van a permitir desplazarse con más destreza y, por lo tanto, disfrutar mientras se mueven”, explica Carmen Pérez-Rodrigo. Es más fácil adquirir los hábitos en la infancia. Ocurre con la alimentación. Es complicado y poco realista cambiar el patrón alimenticio de forma drástica a los 40 años. Y aunque se puede conseguir, lo normal es que para lograrlo o se está muy motivado –casi siempre subyace un motivo de salud– o se termina reincidiendo en los “malos hábitos”. Con el ejercicio ocurre lo mismo. “Por ello es importante estimular las habilidades motrices desde pequeños y que los menores aprendan a disfrutar mientras lo hacen, porque si se obliga a un adolescente a que se mueva cuando no está acostumbrado y, además, tiene dificultades o resulta torpe a consecuencia de que nunca ha practicado ejercicio, se le puede crear un conflicto psicológico y social, ya que lamentablemente la mayoría de las actividades deportivas que se plantean para los menores, tanto desde los centros escolares como fuera, son competitivas”, relata la experta.

MENOS TIEMPO SENTADOS.

Hay que moverse más y, para ello, no hay que estar mucho tiempo sentado. “Cuando llevamos más de 60 minutos sentados, tanto niños como adultos, hay que levantarse y estirarse, aunque solo sea para mover las extremidades y activar las masas musculares, la circulación y el metabolismo”, comenta Pérez-Rodrigo. En algunos centros escolares existen algunas iniciativas al respecto, con interrupciones dentro del horario escolar para provocar que los niños dentro del aula roten, se cambien de sitio, se levanten y se muevan, evitando que pasen mucho tiempo quietos en el mismo sitio. En otros, tienen puesto en práctica otra táctica, llamada el descanso activo, que introduce pequeñas píldoras de tres a cinco minutos de ejercicios entre clase y clase. En casa el sedentarismo se agrava. Con una media de seis horas de deberes a la semana, somos uno de los países que más tareas encarga a los menores. Y a este exceso de deberes se suman con fuerza el uso de las pantallas, que ha aumentado de manera generalizada durante la pandemia.

UN ASUNTO DE TODA LA FAMILIA.

Las pantallas tienen mucha culpa de todas estas preocupantes cifras, pero también la pasividad de los progeni-

Razones por las que los niños y las niñas tienen que moverse

1. Aumenta el tamaño de su corazón y su resistencia respiratoria.

Con una sola contracción, el corazón de un niño activo envía al resto del organismo más sangre que el de un niño sedentario. Las personas inactivas desarrollan vasos sanguíneos de menor elasticidad, dimensión y capacidad vasodilatadora, un escenario que predispone a la hipertensión.

2. Mejora la condición física.

Más agilidad, potencia de reflejos, aumento de velocidad y refuerza su resistencia.

3. Disminuye el desarrollo de la arterioesclerosis.

La acumulación de grasa en las paredes de las arterias es una enfermedad de adultos que ya se está diagnosticando en menores.

4. Se incrementan los glóbulos blancos en circulación.

Esto crea una mejor defensa ante el desarrollo de células cancerígenas y de infecciones causadas por virus y bacterias.

5. Mayor rendimiento académico.

El ejercicio es un alimento para su cerebro, ya que le asegura una buena llegada de sangre y con ello ayuda al desarrollo de este órgano. El proyecto Active Brains, de la Facultad de Ciencias del Deporte de la

Universidad de Granada, analizó el impacto de la actividad física en los cerebros de 110 niños entre 8 y 11 años con sobrepeso u obesidad. Según sus conclusiones, los menores que hacen ejercicio constante tienen más materia gris, lo que redonda en un mayor y mejor rendimiento escolar.

6. Aumenta la producción de hormonas.

Por ejemplo, la del crecimiento (GH), que facilita en gran medida el desarrollo de los huesos, músculos y el resto de las articulaciones.

7. Beneficios emocionales.

Los niños que practican ejercicio físico regularmente tienden a tener mayor autoestima y una actitud más positiva. También logran dormir mejor y son capaces de afrontar mayores desafíos, tanto físicos como emocionales.

8. Mejora la sociabilización.

El deporte enseña a aceptar las reglas, valorar el compañerismo, a integrarse con los otros y a asumir responsabilidades.

9. Relega hábitos insanos.

Contribuye a que los menores no se inicien en el alcohol y el tabaco.

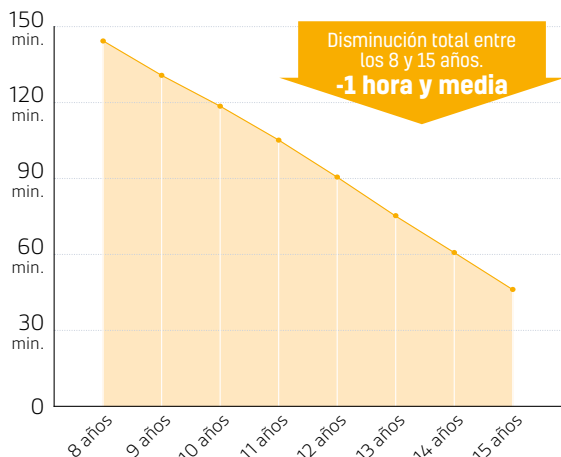
10. Reduce la grasa corporal.

Con ello, las posibilidades de sufrir sobrepeso.



Cuanto más crecen los niños, menos se mueven

A medida que los menores van pasando de curso, menos minutos al día dedican a la actividad física.



Fuente: Estudio Pasos 2019, Fundación Gasol.

tores ante el ejercicio. Un estudio elaborado por la Universidad Internacional de Barcelona (UIC Barcelona) y publicado en febrero de 2021 por la revista *Healthcare*, analizó la relación estrecha que existe entre estar sentado delante de una pantalla y la ingesta de los alimentos poco saludables, y concluyó que los niños que pasan más de una hora frente a ellas comen más dulces, bebidas azucaradas, comida rápida y *snacks* que aquellos que ocupan su tiempo libre practicando deporte. Una vez más, lo mejor es convertirse en un ejemplo y animar a nuestros hijos a practicar habitualmente algún deporte y organizar actividades físicas en familia, como hacer ejercicio, senderismo, paseos al aire libre, nadar, montar en bicicleta, ir en patines... Los niños y las niñas necesitan que se les acompañe y tener modelos de referencia, bien sus hermanos y hermanas mayores, progenitores u otros familiares, en los que fijarse a la hora de moverse. Solo con el hecho de bajar las escaleras sin usar el ascensor o ir andando al colegio, ya se está dando ejemplo.

Los niños aprenden de sus padres, tanto lo bueno como lo malo. Así lo demostró un estudio realizado por la Universidad de La Rioja y publicado en el *Journal of Sports Science and Medicine*, que escogió aleatoriamente a 1.978 alumnos entre 12 y 16 años. Según estos investigadores, que un adolescente sea físicamente inactivo es cuatro veces más probable si sus padres nunca han participado en actividades físico-deportivas en su tiempo libre. Cuando los

padres se involucran en actividades o le dan gran importancia al ejercicio físico, el sedentarismo se reduce.

LA ESCUELA: UN ESCENARIO PARA MANTENERSE ACTIVO

EDUCACIÓN FÍSICA: LA ASIGNATURA PENDIENTE.

El colegio desempeña un papel fundamental en la adquisición de esas competencias necesarias para la práctica de la actividad física y para que disfruten realizándolas, sobre todo porque un 80% de los menores solamente las realiza durante el horario escolar. España es uno de los países europeos que dedica menos horas semanales a la Educación Física. En concreto, una media de dos horas. A caballo entre las tres horas que aconseja el Parlamento Europeo y el mínimo de una hora semanal que estipula la legislación española. Esto hace que la mayoría de las comunidades autónomas impartan dos horas, aunque hay nuevos posicionamientos. Madrid, por ejemplo, acaba de aprobar la tercera hora, que se implantará a partir del curso 2022-2023. No obstante, todavía estamos muy lejos de las que imparten países como Francia, que dedica cinco horas del horario escolar al ejercicio. Este es precisamente el país que, según Vicente Martínez de Haro, profesor de Educación Física, Deporte y Motricidad Humana de la Universidad Autónoma de Madrid, debería servirnos de ejemplo.

“El modelo francés de Secundaria consiste en dos horas de Educación Física y tres horas de actividades físico-deportivas, un total cinco horas a la semana. La asignatura de Educación Física consiste en enseñar a través del movimiento y aspira a formar futuras personas activas y conscientes de lo que pueden hacer, por qué, cómo y qué capacidades tienen. La actividad físico-deportiva se trata simplemente en practicar aquello que a uno le gusta”, analiza Martínez de Haro. En el sistema educativo hay que buscar un equilibrio entre las diferentes asignaturas para obtener ciudadanos cultos y bien formados para el futuro, enseñando aquello que les sea útil. En una línea parecida está Alejandro Lucía Mulas, catedrático de Fisiología del Ejercicio en la Universidad Europea. Este estudioso del ejercicio opina que “debería ser una asignatura diaria, llamarse Actividad Física y dedicar, al menos, una hora de juego activo, como caminar rápido o saltar todos los días, además de dos o tres sesiones semanales de fortalecimiento general (tipo gimnasia)”.

UN PROFESOR BIEN FORMADO Y QUE MOTIVA.

Lucía Mulas destaca el papel esencial de los maestros. “La salud de los adultos del mañana depende mucho de estos profesionales, aunque hasta hoy he tenido mis dudas sobre si las clases de Educación Física han hecho más contra el sedentarismo o más bien a favor de este”. El especialista



hace referencia a ciertas metodologías que durante años se han implantado en las clases y que a su juicio hay que cambiar. “Por ejemplo, al niño con sobrepeso y poco dotado para el deporte le puedes apartar para siempre de una vida activa o de que le guste hacer deporte si le pones a competir en inferioridad de condiciones frente a chavales con una mejor predisposición genética o a hacer un test de Cooper, que consiste en recorrer la mayor distancia en 12 minutos. No se trata de enseñar deporte –que es maravilloso, pero que yo dejaría para actividades extraescolares–, sino de practicar actividad física y, por tanto, salud”, explica el profesor de la Universidad Europea.

PATIOS INCLUSIVOS: JUEGOS PARA TODOS.

Los expertos aseguran que, además de la importancia de ampliar el número de horas dedicadas a la actividad física en los centros, hay que implantar más recreos activos. Esta iniciativa requiere de un rediseño del patio, pero también de la monitorización de profesores o de un equipo encargado de mantenerles activos y evitar el aislamiento que se produce entre muchos alumnos que no encuentran alternativas para el juego o la actividad física. Muchos de los conflictos entre los alumnos nacen en el recreo y gran culpa de ello la tiene el hecho de que tradicionalmente en estos espacios no han existido actividades y posibilidades

LO QUE DEBERÍAN MOVERSE LOS NIÑOS

MENORES DE 1 AÑO. Tienen que estar físicamente activos varias veces al día y de diferentes formas, como el juego interactivo en el suelo, en la piscina o durante la hora del baño. Cuanto más, mejor. Los bebés que aún no se muevan tienen que estar al menos 30 minutos boca abajo, repartidos a lo largo del día, mientras están despiertos. No hay que mantenerlos sujetos al carrito, silla o trona o a la espalda del cuidador más de una hora seguida.

DE 1 A 6 AÑOS. Tienen que pasar al menos tres horas realizando diversas actividades físicas de cualquier intensidad; incluidas actividades moderadas e intensas a lo largo del día, tanto fuera como dentro de casa. No deben permanecer sujetos más de una hora ni sentados durante largos periodos de tiempo. En esta etapa todo el aprendizaje de los niños y niñas se basa en el cuerpo y en el movimiento: jugar, sentir, cantar y relacionarse a través de juegos en el baño, en la manta de juegos, a caballo o juegos de agua.

DE 5 A 12 AÑOS. Hay que dedicar al menos una hora diaria de actividad física de moderada a intensa, principalmente aeróbica, ya que superar los 60 minutos procurará aún más beneficios para la salud. Hay que incluir también, al menos

tres días a la semana, actividades de intensidad alta que fortalezcan los músculos y huesos, como atletismo, baloncesto, tenis, artes marciales o fútbol. En general, los que involucren salto y cambios rápidos de dirección. En esta etapa debe haber mucha variedad de actividades, pero sin especializaciones. Es la época de aprender a patinar, a montar en bici, a nadar, a trepar, a probar un patín y los esquís, manejar todo tipo de pelotas y balones –preferentemente blandos–, utilizar accesorios como raquetas –adaptadas a su tamaño para evitar lesiones–, bates, palas... Cuanta más

variedad de desplazamientos, saltos, giros y lanzamientos, mejor. Siempre utilizando el juego como metodología.

A PARTIR DE 12 AÑOS. Los niños ya se pueden especializar, dedicándose a la actividad física que les guste, ya sea un deporte, el baile o *fitness*. Es la época de entrar en clubes y asociaciones. Ahora tienen fuerza y resistencia suficiente para aumentar el entrenamiento de la técnica del deporte elegido y, si quieren, comenzar a competir, ya que esto les mantendrá motivados.



EJERCICIOS DE INTENSIDAD LEVE.

Los que permiten mantener una conversación perfectamente mientras se realizan. Por ejemplo, pasear una media de tres o cuatro kilómetros/hora, jugar a los dardos, caminar para ir al colegio, tocar cualquier instrumento (la OMS lo reconoce como un ejercicio de intensidad leve).



EJERCICIOS DE INTENSIDAD MODERADA.

Los que permiten mantener la conversación, pero con cierta dificultad: el juego activo, andar a paso ligero –hasta seis kilómetros/hora–, golf, montar en bicicleta o en patinete.



EJERCICIOS DE INTENSIDAD VIGOROSA O INTENSA.

Aquellos en los que el jadeo y la falta de aliento te dejan sin poder conversar. Correr –a partir nueve km/hora–, trepar una ladera, el baile aeróbico, los juegos de persecución, el fútbol, baloncesto, tenis, nadar a crol... En general, todos los deportes de esfuerzo.

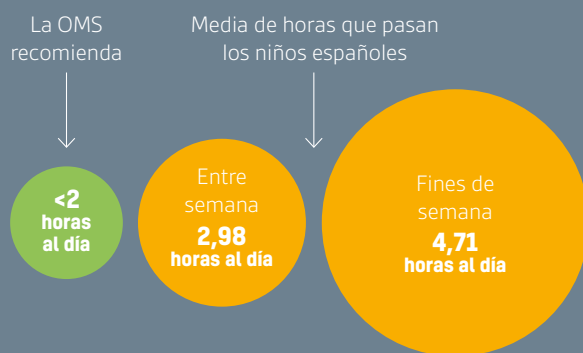


de ocio para todos ellos. En el patio se corre de un lado para otro y se grita mucho, pero pocos menores son capaces de agruparse y jugar. Por otro lado, el fútbol en la gran mayoría de los centros escolares es el rey del recreo y, literalmente, sus pelotazos se adueñan de él, dejando poco espacio para aquellos a los que no les gusta su práctica. Hace ya tiempo que los docentes se percataron de que el patio tradicional era urbanísticamente agresivo y decidieron sustituirlo por otro más amable desde el que reeducar a los alumnos en el juego y en el que tanto niños como niñas estuvieran incluidos. Los valores que se transmiten en el aula, de empatía, respeto, tolerancia y diversidad, había que trasladarlos también al recreo. Esa es la idea del patio inclusivo, un proyecto que ya se ha materializado en muchos centros y que, según sus responsables, funciona.

DOS CASOS DE ÉXITO.

Un ejemplo es el colegio público Nuestra Señora de la Paloma en Madrid, que desde el 2018 disfruta de este concepto de patio. Según su directora, Belén González, “el balance es positivo. Se trata de un proyecto puesto en marcha de forma conjunta en el que toda la comunidad educativa (profesores, padres y alumnos) fue partícipe”, explica la responsable. Por un lado, se produjo un cambio de diseño, ya que se incluyeron más elementos de juego para que fuera posible una mayor diversidad, más vegetación, color, dibujos y formas, pero también la organización, ya que el docente tiene que servir de guía para promover acciones que incluyan a todo el alumnado. El resultado es que “los juegos no competitivos han ganado espacio, favoreciendo un mayor equilibrio y reparto de un espacio en el que antes el fútbol y el baloncesto eran los reyes indiscutibles”, cuenta Belén González.

El tiempo frente a las pantallas



Fuente: Estudio Pasos 2019, Fundación Gasol.

IDOIA LABAYEN

PROFESORA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

“La esperanza de vida de la generación actual de niños podría reducirse como consecuencia de la obesidad”

La profesora de la Universidad Pública de Navarra y directora del equipo de investigación ELIKOS del Instituto de Innovación y Sostenibilidad en la Cadena Agroalimentaria (IS-FOOD), que estudia los riegos para los menores de la acumulación excesiva de grasa en el hígado, nos cuenta que este daño puede ser reversible si frenamos la obesidad antes de terminar la pubertad. Eso es algo que debería estimularnos para comenzar a comer saludable y ser más activos. Para ello, la investigadora aboga por estrategias de prevención a medio y largo plazo y defiende la implicación y la educación familiar en hábitos saludables y un programa de ejercicio supervisado, intenso y aeróbico como tratamiento.

Las cifras de menores con obesidad son alarmantes. Desde hace décadas se desarrollan diferentes estrategias y programas de prevención por parte de distintos organismos, pero no se ven resultados.

¿Qué se está haciendo mal?

Se ha hecho mucho más por describir la epidemia y analizar sus causas que por ponerle remedio. Ha habido algunas iniciativas tanto públicas como privadas, pero en general se ha tratado de estrategias a corto plazo y sin involucrar a todas las disciplinas y ámbitos implicados.

¿Estas estrategias se han centrado más en la alimentación que en el ejercicio físico? Hay muy pocas estrategias a medio y largo plazo. La mayoría de estas tímidas iniciativas se han centrado en los hábitos dietéticos; pero incluso en ese caso, nos faltan programas educativos bien diseñados y que impliquen tanto al ámbito escolar como al sanitario, a los niños y niñas y a sus padres, y que incidan también en la industria alimentaria y en la publicidad.

En España, el 63% de los niños y niñas entre 8 y 16 años no cumple con

**las recomendaciones de actividad física. ¿Cree que se está haciendo lo suficiente en las aulas?**

En la etapa escolar, las horas dedicadas a la educación física son claramente insuficientes y, además, las actividades formativas están pensadas para que los niños estén sentados. Por otro lado, las actividades deportivas en muchos casos están pensadas con un espíritu muy competitivo que deja fuera a los niños y las niñas con menos habilidades y destrezas.

¿Trasciende la actividad física a otros ámbitos?

Tenemos pendiente entender la actividad física y los hábitos dietéticos como parte integral de la salud y, en particular, de la de la infancia. La educación en estilos de vida saludables debería impregnar la educación en el sentido más amplio. La actividad física no es solo eso que se dedica a entrenar a fútbol o al baloncesto, es también ir al colegio andando o en bicicleta, que los recreos

sean activos, compartir mucho más tiempo de ocio en familia...

¿Ve posible, tal y como auguran los expertos, que la esperanza de vida de la próxima generación disminuya debido al sobrepeso y a la obesidad?

Sí, la Organización Mundial de la Salud estima que la esperanza de vida de la generación actual de niños podría reducirse como consecuencia de la obesidad [la OCDE lo cifra en tres años menos]. En los últimos 10 años se ha disparado la prevalencia de esteatosis hepática o hígado graso, que incrementa aún más el riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular y disfunción hepática. Hoy en día, el 25% de los adultos y cerca del 40% de los niños con sobrepeso u obesidad tienen el hígado graso.

¿Cómo se puede abordar este problema?

La obesidad es una enfermedad. Tenemos que interiorizar esto para empezar a prevenirla y tratarla. La obesidad perjudica gravemente la salud de los niños en el presente y en su futuro. Porque los niños con sobrepeso tienen más riesgo de desarrollar diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer y, además, perjudica su salud emocional y su rendimiento académico.

¿Un niño con obesidad y sobrepeso siempre va a acarrear consecuencias de esto cuando sea adulto?

Hay trabajos científicos muy importantes que

demuestran que si la obesidad infantil se cura antes de finalizar el desarrollo puberal –alrededor de los 13 años–, el riesgo de desarrollo de diabetes es igual al de un niño que no la padeció. Esto debería servirnos como estímulo.

El proyecto EFIGRO, un programa de educación familiar en estilos de vida saludables, pudo demostrar que implicar a las familias y el ejercicio físico ayudan a mejorar la salud. Nuestra investigación demuestra que los programas que incluyen educación familiar en estilos de vida saludables, acompañados de educación psico-afectiva para ayudar a incorporar ese cambio de hábitos y mejorar la salud emocional de los niños, y el ejercicio físico reducen la grasa corporal y, sobre todo, disminuye la resistencia a la insulina (prediabetes) y la esteatosis hepática hasta en un 20%.

¿Qué papel juegan los padres en este aprendizaje?

Los menores aprenden en sus primeros años de vida más por imitación que por los mensajes que lancemos. No sirve de mucho decir “come fruta que es muy sana” o “deja de ver la tele” si no nos ven comer fruta o si no proponemos una actividad alternativa a la televisión. Si los padres incorporan una forma de vida saludable, si las escuelas son lugares en los que se fomenta, habremos empezado a ganar terreno a la obesidad infantil.

¿Cuántas horas a la semana de ejercicio físico e intensidad necesitan realizar los pequeños para notar los beneficios?

El ejercicio más eficaz para la mejora de la salud hepática y cardiovascular es el que tiene como objetivo la intensidad; es decir, hay que fatigarse, y en el caso de los niños, es muy importante también que se diviertan. Es lo que observamos en nuestro estudio, los niños practicaban ejercicio mientras jugaban tres veces por semana durante 90 minutos. Igualmente, cada 15 días toda la familia acudía a aprender buenos hábitos con especialistas en nutrición y psicología.

¿Se puede vencer a una genética que nos predispone a la obesidad?

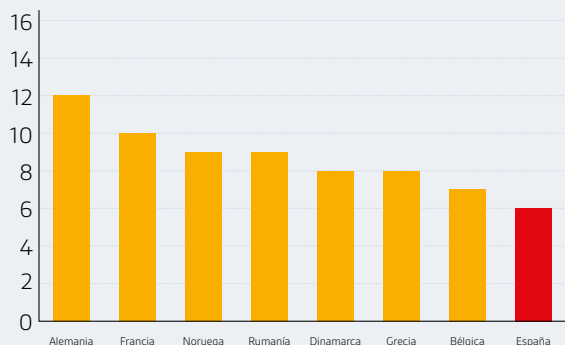
Sabemos que la salud de las personas depende en buena medida de los estilos de vida y del entorno en el que crecen durante los primeros 1.000 días de vida. Esto es, desde la concepción hasta los dos años. Aunque tengamos predisposición genética a padecer obesidad, si mantenemos un estilo de vida saludable no se desarrollará. La nutrición y la actividad física afectan al funcionamiento de nuestros genes. Esto es más acusado que nunca en esos primeros días de vida en los que la división celular se produce a un ritmo altísimo por el crecimiento. Esta es una de las razones por las que decimos que la prevención de la obesidad comienza en el embarazo.



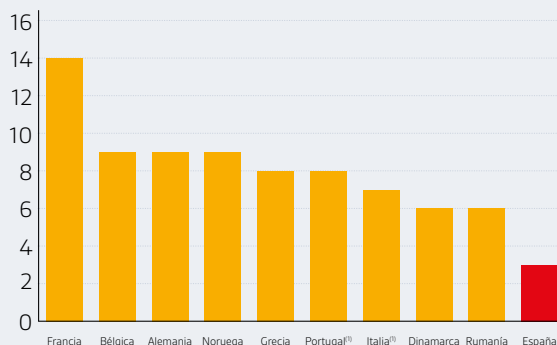
Qué peso tiene la asignatura de Educación Física en el horario escolar

España es uno de los países europeos que menos tiempo dedica a la actividad física. La asignatura solo representa el 6% del total de horas lectivas en Primaria y el 3% en Secundaria. En Francia, aumentan al 10% y 14%, respectivamente.

Educación Primaria (en %)



Educación Secundaria general obligatoria a tiempo completo (en %)



Fuente: Cifras clave de la educación y atención a la primera infancia en Europa, 2014. Informe de Eurydice y Eurostat.

1. Durante Primaria, en Italia y Portugal la Educación Física es una asignatura obligatoria con horario flexible.

La experiencia de la ikastola Kurutziaga, en Durango, partió de un proceso de reflexión que emprendieron sus docentes también en 2018. “Nos preguntamos qué pasaba en los patios y pensamos que sería interesante aprovecharlos como lugar para la educación y la socialización, para fomentar hábitos saludables como el deporte, así como la autonomía, interés, motivación y curiosidad de los alumnos”, relata Urko Rodríguez, su director. El patio se rediseñó y hoy en día está compuesto por un espacio exterior constituido de pequeñas montañas y desniveles, un carril bici que bordea el terreno, un anfiteatro natural, espacios para el encuentro con mesas, estructuras de madera que invitan a la imaginación y narrativa del juego, como una autocaravana y la silueta de un dragón, una zona para practicar actividades deportivas como la pelota vasca, baloncesto, fútbol o escalada, una tirolina... El patio ahora se adapta a cada etapa escolar y se ha creado un grupo multidisciplinar formado por responsables de área, monitores o cuidadores del comedor que están presentes cuando el profesor se ausenta y que tienen el tiempo del recreo organizado en diferentes áreas y propuestas: deporte, danza, teatro, juego libre... “En estos tres años de experiencia, los conflictos se han reducido, ya que cada uno tiene su sitio para disfrutar de lo que quiere. El alumnado tiene alternativas y esto ha influido de forma positiva en la convivencia. Lo cual es un logro muy importante”, concluye Rodríguez.

Estas experiencias son un ejemplo de cómo se puede adaptar el patio para que sea más inclusivo. En la etapa de Educación Infantil (de 0 a 6 años), por ejemplo, los niños tienen interés y una curiosidad innata por descubrir y explorar. En estas edades necesitan estudiar el entorno natural y también poder elegir aquello que les interesa y cómo les motiva. Por ello, como en el caso de la ikastola Kurutziaga, la naturaleza tiene gran protagonismo en el patio, que cuenta con un riachuelo, piedras, un estanque y una huerta. En Primaria (de 6 a 12 años), el patio se vincula al juego en grupo y más organizado. Ya sea juegos con reglas y normas ya establecidas, o las que ellos mismos crean. Es un lugar de encuentro y un lugar no dirigido por los adultos. Lo mismo ocurre en Secundaria (de 12 a 16 años), siendo el aspecto social y el deportivo los que adquieren más relevancia.

CIUDADES PARA DISFRUTAR DEL DEPORTE

LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO.

El entorno urbano es otro factor que influye a la hora de la práctica deportiva. Respirar al aire libre pone de buen humor, revitaliza y motiva más, pero no todas las familias tienen la suerte de vivir cerca de espacios que favorecen esta práctica, por lo que se hace imprescindible que las ciudades impulsen el deporte en sus espacios públicos y



Que un adolescente sea sedentario es cuatro veces más probable si sus padres nunca han participado en actividades físico-deportivas.

que diseñen estos lugares de manera que favorezcan la práctica de ejercicio y la actividad física. Ya sea haciendo posible una mayor proximidad entre instalaciones deportivas, creando espacios públicos multifuncionales que fomenten el ocio y el deporte al aire libre o desarrollando ciudades más sostenibles. Se trata de acercar el deporte a las personas y las administraciones tienen que ser capaces de poner en práctica políticas que lo hagan posible.

Vitoria-Gasteiz, que en 2012 se convirtió en Capital Verde de Europa, y en 2019 fue proclamada Ciudad Verde Global, es un ejemplo de estas políticas:

- **Cantidad y calidad de espacios para practicar diversidad de disciplinas.** La capital vasca cuenta con 200 instalaciones deportivas repartidas por la ciudad entre centros cívicos, polideportivos, piscinas, frontones, campos de fútbol, canchas exteriores de fútbol y baloncesto... Una parte sustancial están diseñada a la medida del barrio donde se ubican.

- **Combinar deporte y naturaleza.** Vitoria lo consigue con el anillo verde, un cinturón vegetal de más de 30 kilómetros de extensión que conecta 10 parques periurbanos y donde las opciones de realizar actividades al aire libre se multiplican. Este espacio es clave para que disciplinas asociadas al senderismo, el *running* o la bicicleta tengan tantos seguidores en la ciudad.

- **Hacer a la población participe en el diseño de proyectos.** La participación ciudadana ha sido determinante a la hora de diseñar equipamientos como varios parques para practicar *skate*, un parque de calistenia, un circuito BMX o la próxima construcción de unas pistas deportivas exteriores de Aldaia. Vitoria-Gasteiz inauguró en 2018 sus primeras pistas de *parkour* (deporte urbano que consiste en saltos y acrobacias sobre escaleras y desniveles de la ciudad) construidas mediante presupuestos participativos. La idea partió de un ciudadano apoyado por la Asociación Araba-tarren Parkour Elkarte y supuso una inversión municipal de 200.000 euros en un proyecto que se convirtió en un referente de esta especialidad.

Dentro del mismo programa de presupuestos participativos, destaca una iniciativa aún más ambiciosa: implicar a todo un barrio (Lakua) en el diseño de un parque intergeneracional al aire libre, donde niños, adolescentes y personas adultas comparten deporte y actividades lúdicas. El resultado ha sido un conjunto de 11 actuaciones repartidas por todo el barrio, que se pueden utilizar en forma de circuito, para practicar todo tipo de especialidades, desde el vuelo de cometas hasta el bádminton, creando espacios que invitan a la ciudadanía a practicar deporte a pie de calle.

- **Fomentar la movilidad sostenible.** Dos de cada tres desplazamientos en la ciudad se realizan a pie y en bicicleta. Tras este porcentaje tan significativo está su red de carriles bici que alcanza los 170 kilómetros. Además, Vitoria ha fomentado la movilidad sostenible a través de la promoción de un espacio público más peatonal y amable. Desde 2014, la velocidad en las vías de un único carril está limitada a 30 kilómetros/hora, una restricción que a día de hoy se ha extendido a toda la ciudad.

- **Promover el ocio activo en familia.** Vitoria-Gasteiz ha complementado la oferta de parques, piscinas y demás zonas de baño, como los pantanos, con diversas opciones



para el alquiler de bicicletas y así conocer la ciudad y su entorno cercano sobre dos ruedas. De cara a motivar a la población a la hora de practicar ejercicio, otra baza es su oferta de actividades físicas en la red de centros cívicos e instalaciones deportivas. Cada trimestre se lanzan decenas de cursos con miles de plazas disponibles en las especialidades más diversas. Hay programas orientados al mantenimiento físico, a la iniciación deportiva, a la edad escolar... Esta red cuenta con el apoyo de 12 parques de salud para mayores instalados al aire libre, dotados con aparatos de gimnasia donde hacen ejercicio físico libremente o con el apoyo, gratuito, de un entrenador o entrenadora.

Para que una ciudad se convierta en líder en políticas de deporte asociado a la salud requiere de una gran inversión: cerca de 60 millones de euros al año. De ellos, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz gasta 12,87 millones en mantener la actividad de los nueve polideportivos con piscina cubierta que están abiertos en la ciudad (cada uno requiere un gasto de 1,43 millones de euros anuales). En el caso de los 14 centros cívicos de la ciudad, el Ayuntamiento invierte 46,2 millones de euros anuales (3,3 millones de euros anuales por centro).

LA BRECHA DE GÉNERO

¿POR QUÉ LAS NIÑAS SON MÁS SEDENTARIAS?

El género es otro factor de riesgo de sufrir sedentarismo. Los jóvenes en edad escolar son mayoritariamente sedentarios, pero el porcentaje es aún mayor en niñas. ¿Cuál es el motivo? Germán Ruiz Tendero, doctor en Ciencias del Deporte y profesor de la Universidad Complutense de Madrid, lo explica: “Es algo multifactorial: intereses personales, cultura, biología, influencias de los iguales y la familia, el propio entorno físico, sistema educativo, las experiencias de vida...”. Pero este experto, más que intentar dar con la causa, prefiere aportar soluciones:

• **La importancia de la madre activa.** El interés de la mujer por el deporte crece cada año. Prueba de ello es que en la primera encuesta de hábitos deportivos que se hizo en España en 1968, un 6,8% de las mujeres españolas practicaba algún deporte, frente al más del 18% de los hombres. Hoy en día, un 44,4% de españolas practican deporte habitualmente, pero son ellos todavía los que más deporte realizan: un 51%. Ruiz Tendero reconoce que “para que se produzca un giro en los porcentajes es importante poner en valor la figura activa y deportiva de la madre, ya que tendrá un mayor impacto en las niñas que si estas solo observan al padre”. El hecho de que el deporte masculino tenga más presencia mediática y que sean menos los referentes femeninos no ayuda tampoco a la hora de acabar con los estereotipos de género. Combatirlos comienza con

una mayor aceptación social de la mujer deportista, comenzando por la figura de la madre activa. Aunque ambos, padre y madre, son referentes para sus hijos, por cuestiones de identificación y comprensión de las emociones, la madre es el modelo de conducta a seguir de la hija.

• **Compartir la experiencia.** No basta con apuntar a las niñas a un deporte, hay que participar de esa experiencia, acompañándolas, viéndolas jugar o haciendo la actividad física juntos (incorporando hermanos y amigos). Como dice la neurociencia, si una actividad viene asociada a una emoción positiva, uno se siente acompañado y querido, por lo que nuestras opciones de éxito para la generación de hábitos saludables se verán incrementadas.

• **Incorporar en nuestras actividades a las menores desde muy pequeñas.** Aún hoy en día, pese al gran avance de participación e implicación de las mujeres en el deporte, los padres tienen el convencimiento de que los chicos son “más activos” que las chicas, según destaca el estudio *La influencia parental en la motivación y participación de los alumnos en actividades físico-deportivas en edad escolar*, de la Universidad Complutense de Madrid. “No hay que preocuparse tanto por cuestiones ideológicas, como si nuestras hijas se inclinan más a los mal llamados deportes de chicos o chicas, sino que tengan libertad de escoger aquello que a ellas les gusta y les permita ser más activas, tener experiencias de éxito, pero también una educación en el fracaso, lo cual lleva a la superación personal”, apunta el profesor y autor del estudio Ruiz Tendero.

• **Buscar un equilibrio sin caer en el sedentarismo.** En la adolescencia, los intereses cambian. En este punto, las amigas y amigos serán clave para permanecer activas: si el grupo de toda la vida no se mueve, habrá que incorporar entornos sociales activos de forma paralela, como apuntarse en familia a un grupo de montaña, animarla a formar parte de algún equipo de la zona para practicar un deporte... La pubertad es un buen momento para hablar sobre la imagen corporal. Si el objetivo de practicar una actividad física es únicamente mejorar el cuerpo, al final las probabilidades de convertirse en mujeres activas a medio y largo plazo serán menores.

• **Incorporar referentes en el deporte femenino como modelos en las aulas.** Son pequeños gestos que suman mucho. Los viajes de ocio activo desde el colegio también dejan una huella muy positiva en la infancia (esquí, natación, campamentos...). “Si hay que hacer una salida escolar, podemos ir a ver un partido de fútbol femenino para apoyarlo y, de paso, mejorar el pensamiento táctico a la vez que lo trabajamos en nuestras clases”, aconseja Germán Ruiz Tendero.



El colegio desempeña un papel clave. Un 80% de los menores solo realiza ejercicio físico durante el horario escolar.



10 actividades para hacer en familia

01

Rutas al aire libre

Una excursión por la naturaleza adaptada a la edad de los niños es una forma perfecta de mantenerse activos y disfrutar de un día en familia. Desde que son bebés pueden realizar senderismo desde la mochila portabebés de sus padres.

02

Bailar

¿A quién no le gusta dejarse llevar por el ritmo? Solo es necesario elegir las canciones favoritas y no tener miedo en descubrir ritmos y movimientos nuevos.

03

Juegos tradicionales

Es hora de recordar esos juegos de la infancia. Saltar a la comba, el juego del pañuelo, la rayuela, el escondite... Es probable que los pequeños de la casa no los conozcan. Hay que enseñárselos y jugar todos juntos.

04

Orientación

Esconder objetos, crear un mapa... ¡Y a buscar! Es una divertida actividad que se puede realizar tanto en casa como al aire libre.

05

Yoga

Esta actividad es perfecta para relajarse y aliviar la tensión. Practicarla en familia ayuda a conectarse con los más pequeños.

06

Sobre ruedas

Dar un paseo en bicicleta, patines o monopatín son siempre unas actividades que triunfan.

07

Actividades acuáticas

Nadar, hacer snorkel o animarse con un kayak o tabla de surf puede ser la actividad ideal para un día en familia.

08

Circuitos

Poner a prueba la creatividad y diseñar circuitos de todo tipo con rollos de papel, libros, sillas, aros de hula hoop, escobas... Se pueden crear obstáculos que los niños y mayores tendrán que esquivar, agachándose, saltándolos o arrastrándose, mientras compiten por ver quién termina antes.

09

Malabares

Se puede montar un pequeño circo familiar por un día y convertirse en malabaristas, equilibristas, acróbatas o incluso mimos.

10

Concurso de retos

Lanzar un reto e intentar superarlo. ¿Cuántos toques se puede dar a un globo o un balón antes de que caiga al suelo? ¿Se es capaz de aguantar un minuto en equilibrio? ¿Una carrera de sacos en el jardín?

Fuente: Josune Rodríguez-Negro, maestra de Educación Física y Doctora en Actividad Física y Deporte.



JUEGO DE LA OCA de los hábitos saludables

¿Eres capaz de superar el reto de este juego de la oca? Muévete y demuestra tus conocimientos sobre alimentación hasta llegar a la casilla final. Solo necesitas buscar una ficha para cada jugador y un dado. ¡Buena suerte!

Casilla 1. ¡Empezamos!

Casilla 2. ¿Qué es más saludable?
¿Comer la fruta entera o en zumo?

Casilla 3, 9, 14, 19, 24, 29 y 34. De trampolín en trampolín... Y vuelve a tirar.

Casilla 4. Camina dando 20 zancadas seguidas.

Casilla 5. Di el nombre de cinco frutas o verduras que empiecen por M.

Casilla 6. Retrocede dos espacios.

Casilla 7. Salta con los pies juntos hacia delante y llega lo más lejos posible.

Casilla 8. Menciona los grupos de alimentos necesarios en una dieta equilibrada.

Casilla 10. Tienes que inventarte un baile y hacerlo en 30 segundos.

Casilla 11 y 22. Vuelve a tirar.

Casilla 12. Come una pieza de fruta.

Casilla 13. ¿Cuántos lácteos debemos tomar al día?

Casilla 15. Di el nombre de cinco frutas o verduras que empiecen por la letra C.

Casilla 16. Te caes y pierdes un turno.

Casilla 17. Tienes que representar algún deporte solo con gestos. Quien lo adivine, adelanta una casilla.

Casilla 18. ¿Cuántas raciones de fruta y verdura debes tomar, como mínimo, al día?

Casilla 20. Adelanta cinco casillas.

Casilla 21. ¿Qué es un producto "Local"?

Casilla 23. Realiza 10 abdominales.

Casilla 25. Realiza 10 saltos seguidos. Si tienes una cuerda, mejor.

Casilla 26. Cierra los ojos y adivina el alimento saludable que te dan a probar los otros jugadores.

Casilla 27. Dos turnos sin jugar.

Casilla 28. ¿Cuál es el aliño más saludable para una ensalada?

Casilla 30. Adelanta una casilla.

Casilla 31. Tienes que representar algún animal solo con gestos. Quien lo adivine, adelanta una casilla.

Casilla 32. Mantente a la pata coja con los brazos estirados 15 segundos.

Casilla 33. Vuelve a la casilla de salida.

Casilla 35. Haz 10 sentadillas.

Casilla 36. ¿Cuál es la bebida más saludable para cuando tenemos sed?

Casilla 37. Retrocede seis casillas.

Casilla 38. Anda como los cangrejos 15 segundos.



ENCUENTRA LAS SOLUCIONES Y APRENDE MÁS EN:



ESCUELA DE ALIMENTACIÓN



¡MUY BIEN! HAS GANADO



16 PESALÓN

15 EL JUEGO DE LAS LETRAS

14 TRAMPOLÍN

13 ¿CUÁNTO SABES?

12 HOJA DE LA MEDITACIÓN

33 ¡SIN ENERGÍA!
VUELVE A EMPEZAR

32 EL EQUILIBRISTA

31 MIMO DE ANIMALES

30 SOBRE DATINES

11 VUELVE A TIRAR

34

35

36

28 ¿CUÁNTO SABES?

10 ¡A BAILAR!

36

37 DENTRO DEL LABERINTO

38 DEPORTISTA DE ÉLITE

27 TÓMATE UN DESCANSO

9 TRAMPOLÍN

22 VUELVE A TIRAR

23 DEPORTISTA DE ÉLITE

24 TRAMPOLÍN

25 DEPORTISTA DE ÉLITE

8 ¿CUÁNTO SABES?

23

24

25

26 ADIVINA A DIVINANZA

7 SALTO DE LONGITUD

4 TRAMPOLÍN

4 DE DASEO

5 EL JUEGO DE LAS LETRAS

6 COGE CARRERILLA

4

5

6

7

8

4

5

6

7

8

4

5

6

7

8

4

5

6

7

8

4

5

6

7

8

CAPÍTULO 7

La alimentación en los colegios



QUIÉN DECIDE QUÉ COMEN NUESTROS HIJOS EN LA ESCUELA

El 65,8% de los menores de 12 años se alimentan todos los días en el comedor del colegio, según el Ministerio de Educación. Cada comunidad autónoma es la encargada de decidir quién gestiona este servicio, qué características debe cumplir y cómo se ofrece. Las familias, por su parte, reclaman tener más voz para decidir qué comen sus pequeños y, aunque la gestión no siempre influye en la calidad, los expertos aseguran que, cuanto más alejada esté del centro, menos control tienen los padres. Queda mucho por hacer.





El análisis de la obesidad infantil en España no se entiende sin el papel que juegan los comedores escolares y los centros educativos. Es allí donde más de un millón y medio de alumnos en España ingieren la comida más importante del día. Pese a que existen guías de buenas prácticas y recomendaciones de expertos sobre cómo debería ser un menú equilibrado y sostenible, la alimentación en las escuelas ha sido muy criticada en este país a lo largo de las últimas décadas. También es cierto que asociaciones de padres y madres, empresas de *catering*, colegios y administraciones públicas tienen, en mayor o menor medida, un papel determinante a la hora de confeccionar un plato saludable en el que la calidad juegue un papel primordial. ¿Qué pasos se están dando?

EN QUIÉN RECAE LA RESPONSABILIDAD.

Desde la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA) llevan años preguntándose si quienes gestionan los comedores velan por la salud nutricional de los pequeños o si solo buscan reducir costes y maximizar su beneficio. “En las licitaciones la oferta económica sigue siendo de forma mayoritaria un criterio básico para lograr las adjudicaciones. Entran grandes conglomerados de restauración con capacidad para acometer bajadas de hasta un 20% en el precio, en parte por su enorme capacidad de negociar con los proveedores, ya que manejan pedidos enormes”, explica Olga Leralta Piñán, vocal de Andalucía en CEAPA.

Ante propuestas así, poco pueden hacer las pequeñas empresas de ámbito local. “Las administraciones públicas no pueden desentenderse de lo que sucede en los comedores de los colegios públicos. Son los responsables últimos de todo lo que acontece en una escuela, tanto a nivel de estructuras como de servicios. Y el comedor es un servicio más, con el agravante de que para muchas familias en situación vulnerable el menú escolar será la comida más importante del día para el niño”, destaca Leralta Piñán. Una posible solución que pone sobre la mesa sería inyectar más dinero público para los comedores, “y no desentenderse”, subraya. Para Leralta Piñán resulta paradójico que desde las instituciones “se lancen campañas contra la obesidad infantil, un problema muy grave entre la población en edad escolar, y luego no vigilen qué se come en los colegios”.

CONSUMIDOR PEQUEÑO Y CAUTIVO.

La vuelta paulatina a la “normalidad” tras la irrupción del coronavirus hace pensar en una recuperación de los índices de usuarios a los comedores escolares, que se redujeron en un 45% en 2019 por el temor a la pandemia y el teletrabajo de los progenitores. Los últimos registros del Ministerio de Educación, de 2016-17, señalaban que aproximadamente el 35% del alumnado de Educación Infantil y Primaria y un 10% en Secundaria hacían uso del comedor escolar.



A diferencia de otros ámbitos en los que el consumidor puede elegir menú, en los comedores escolares se produce una situación de “consumidor cautivo”. Familias y comunidad educativa tienen escaso margen de maniobra a la hora de decidir o modificar el menú. En especial en los centros públicos, en los que la legislación establece que la asignación de los comedores será por licitación. En los concursos públicos se valora la calidad nutricional de los alimentos, pero también otros factores, como el precio final por cubierto o la capacidad de gestión de la adjudicataria (logística, personal de cocina, transporte, compras...).

“Muchas veces los pliegos son un traje a medida de las grandes adjudicatarias, como cuando se exigen años de experiencia en la gestión de comedores o haber desarrollado proyectos de sostenibilidad en los años anteriores. Estas condiciones cortan el paso a las pequeñas empresas locales o de nueva creación y favorecen la concentración en manos de los grandes grupos de restauración”, denuncia desde CEAPA Leralta Piñán. Aunque también es cierto que solo el 58% de los comedores en España quedan en manos de las cuatro principales empresas de restauración colectiva –Serunion, Compass Group, Aramark y Ausolan–, según desvela el informe *Los comedores escolares en España*, de 2018, coordinado por Andrés Muñoz Rico, junto con Carro de Combate y SEO BirdLife.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA EL CAMBIO.

El objetivo a largo plazo tanto de padres como de instituciones es lograr que los niños tengan menús más saludables, sostenibles y de proximidad. Las vías que piden el cambio son diversas y, por lo general, las novedades llegan a cuentagotas. Las más significativas vienen de la mano de las modificaciones obligatorias en la regulación de las contrataciones en el sector público para alinearse con la Agenda 2030. En este sentido, se reduce el peso de la oferta económica en beneficio de sus valores nutricionales, de sostenibilidad y proximidad.

Una línea de trabajo que ha comenzado a seguir Navarra este curso escolar. La comunidad autónoma ha mejorado las condiciones de licitación para los comedores escolares, que están obligados a servir todas las semanas verduras y hortalizas frescas y a priorizar los cereales integrales en el pan, la pasta y el arroz. Además, establece que los productos lácteos deberán ser siempre naturales y sin azúcar, y el menú solo podrá incluir un plato procesado al mes (como rebozados y empanados no caseros, albóndigas industriales, hamburguesas, salchichas...) y un plato frito a la semana. También prohíbe los pescados provenientes de largas distancias (más de 200 kilómetros) y obliga a incluir, al menos dos veces al mes, legumbres ecológicas y de proximidad.



También se rebaja hasta 15 puntos sobre 100 el peso de la oferta económica. “Pero la fórmula prima a las empresas que hagan las mayores rebajas, cuando los precios publicados ya son bajos. “Esto puede ir en detrimento de la calidad alimentaria, del pago que se ofrece a las personas productoras, de las condiciones laborales de las personas trabajadoras o de los ratios”, explican desde la Asociación de Padres y Madres (APYMAS) de Navarra.

Otras comunidades autónomas, como la valenciana o la andaluza, han realizado en los últimos años estudios para conocer la calidad del servicio de los comedores y promover cambios. Es el caso del *Plan Evacole*, de la Junta de Andalucía, en el que un técnico de la Consejería de Salud visita el centro y evalúa el estado de la cocina (si la hay) y del menú. El informe llama la atención sobre los precocinados ocultos. Es decir, al margen de las empanadillas o croquetas congeladas, señalan el abuso de caldo precocinado que se añade a la paella o de base de pizza congelada



LOS PADRES Y LAS MADRES NO SE TRAGAN EL MENÚ

Poco ha cambiado el panorama que fotografió EROSKI CONSUMER en los dos análisis de menús escolares elaborados hace una década, de los primeros que se llevaban a cabo en España. En 2008, tras escrutar los platos de 211 colegios españoles, se observó que, si bien la calidad nutricional de los menús había mejorado con respecto a años anteriores, el 17% no ofrecían verduras y hortalizas como mínimo un día a la semana, y el 10% ni siquiera tomaban un plato semanal de pescado fresco. Eso sí, la bollería y los dulces solo se dispensaban en ocasiones especiales. Tres años después, lejos de una mejora, un nuevo análisis demostró que la calidad de los menús escolares iba en retroceso y caía de un "bien" holgado a un "aceptable" justo. El motivo es que los precocinados fritos, los rebozados, los empanados y la romana se habían convertido en habituales en los menús. En algunos de los 209 colegios estudiados en 19 provincias españolas, estas preparaciones contaban con una presencia casi diaria. Además, las guarniciones eran deficientes y, aunque las patatas fritas habían dejado de ser el acompañamiento más recurrido en los segundos platos, las ensaladas eran muy simples y poco atractivas para los escolares.

A día de hoy, una encuesta realizada por la Federación Valenciana de Municipios y Provincias (FVMP) y la Universidad de Valencia, entre 3.115 centros educativos de la Comunidad Valenciana, revela que se sigue abusando de los precocinados y de los carbohidratos, y que los menús adolecen de falta de frutas y verduras. Según la presidenta de la Confederación Valenciana de APAs/AMPAs (Covapa), Sonia Terrero, los consejos escolares acumulan cada año reclamaciones de "caldos o purés aguados o filetes que están como una suela de zapato. Por eso normalmente las escuelas

en una pizza que en el menú publicado consta como "de elaboración propia". También critican el hecho de que las recetas se repiten demasiado para un mismo ingrediente, lo que acaba por hacer monótono el menú, y puntúan de manera positiva la variedad en los alimentos a lo largo de la semana. No obstante, no se prevén sanciones ni multas. Al final, son solo visitas rutinarias y consignas para mejorar que quedan a la buena voluntad de los gestores.

Castilla-La Mancha, por su parte, empezará a valorar en los pliegos la presencia de productos con Denominación de Origen Protegida, con Indicación Geográfica Protegida o productos con Especialidad Tradicional Garantizada. "Se trata de garantizar una comida de calidad que favorezca también los productos de Castilla-La Mancha", recalca su consejera de Igualdad y Portavoz, Blanca Fernández. También valorarán la ubicación de las cocinas de los *caterings* con un criterio de cercanía, donde la cocina debe estar a un máximo de 150 kilómetros.

LAS PRINCIPALES CARENCIAS DE LOS COMEDORES



Exceso de hidratos de carbono procedentes de cereales y patatas, frente a la poca presencia de las legumbres.

san jacobos y patatas fritas congeladas.



Demasiada carne roja.



Poca fruta y siempre la misma (plátanos, manzanas y peras).



Verduras: pocas, en puré o como guarnición (que se dejan en el plato).



Pocos huevos.



Postres lácteos azucarados.



Demasiados precocinados: croquetas, flamenquines,



Poco pescado azul, tipo sardinas o trucha.

cambian muy a menudo de empresa". Este cambio solo es posible en aquellas comunidades donde el centro tiene la posibilidad de elegir a la concesionaria. La encuesta también muestra que hay un interés por eliminar los alimentos ultraprocesados, mientras que la reducción de cárnicos y el aumento del consumo de pescado no representa una prioridad alta para la mayoría de los centros. Por otro lado, menos de la mitad de los encuestados considera de gran importancia aumentar el volumen de alimentos ecológicos.

LAS DEMANDAS DE LAS FAMILIAS.

Paralelamente, crece la fuerza de iniciativas en defensa de otra forma de gestionar la alimentación de los niños durante la jornada escolar. Es el caso de la Plataforma Comedores Escolares Públicos de Calidad de Aragón o de Gure Platera Gure Aukera en País Vasco. Esta última reivindica, además, las cocinas dentro de los colegios (*in situ*), en retroceso en esa comunidad desde que se cedieron a concesionarias.

En Bizkaia, nueve escuelas agrupadas en la iniciativa *Berton Bertokoa* exigen mayor capacidad de decisión de las familias sobre la alimentación de sus hijos en el colegio, algo que desde el año 2000 depende por ley de concesionarias en todo el territorio vasco. "Actualmente se prioriza la homogeneización del modelo de gestión sobre el acceso a una alimentación sana y de calidad", explican desde *Berton Bertokoa*. La plataforma apuesta por una mayor presencia de alimentos locales y ecológicos y exigen que la gestión del producto recaiga en las escuelas



en colaboración con los ayuntamientos y no en las concesionarias. La procedencia de los ingredientes es un pilar dinamizador para la economía local. Abogar por este sistema supondría comprar los alimentos en el mercado local, un hecho que proporcionaría ingresos al comercio de barrio o municipal. Pero también importa qué y cómo se cocina, así como quién controla la calidad nutricional de los platos. Desde la Plataforma Comedores Escolares Públicos de Calidad de Aragón denuncian, por ejemplo, la falta de nutricionistas independientes contratados por los gobiernos autonómicos para contrastar el valor nutricional de los menús. En la mayoría de los casos ese aval viene solo del dietista-nutricionista de la concesionaria y puede verse sesgado por motivos empresariales. “Hay una gran diferencia entre las enfermedades que vemos en nuestros mayores, vinculadas a la falta de alimentos en la infancia, con las que tendrán nuestros hijos en un futuro, asociadas a una mala alimentación. Esto se soluciona diseñando las condiciones de contratación con la nutrición como prioridad”, señala Noelia Panillo, técnica en Dietética y Nutrición.

Desde las empresas de *catering* explican que en los menús escolares siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Departamento de Salud de cada comunidad autónoma. En el caso de Serunion Educa, su director comercial, Aksel Helbek, afirma que en el menú mensual se incorporan alimentos de temporada y de proximidad, así como ecológicos, además de la opción de cuatro frutas frescas a la semana de postre. “Estamos en un proceso de recortar la proteína animal en favor de la vegetal y dando un impulso a la presencia de cereales integrales (pan, pasta o arroz) y a la incorporación de pseudocereales como la quinoa. Por último, estamos trabajando en reducción del consumo de azúcar ofreciendo menos yogures azucarados”, señala.

LAS COMUNIDADES TIENEN LA ÚLTIMA PALABRA.

Qué comen los niños en los colegios públicos y quién se encarga de elaborar y servir esos alimentos se determina por un complejo marco jurídico definido en los años noventa en el que las comunidades autónomas tienen la última palabra, salvo en las ciudades de Ceuta y Melilla, que dependen del Ministerio de Educación. Eso para alumnos de educación Primaria y Secundaria obligatoria. En el documento *Comedores preescolares y escolares. Guías, recomendaciones y normativa en España*, publicado en enero de 2021 por de la Asociación Española de Pediatría, se incide en un dato preocupante: no existe ninguna legislación autonómica ni estatal sobre los menús en las escuelas infantiles (hasta los tres años).



Cuestiones a mejorar.

Las asociaciones de padres denuncian que en los menús escolares todavía abundan los métodos de preparación poco saludables, como los rebozados y las frituras, y alimentos de baja calidad nutricional, como las frutas en almíbar o las salchichas.



El servicio del comedor escolar se fijó hace ya tres décadas en la Orden de 24 de noviembre de 1992. En ella se contemplan cinco modelos de gestión:

- La concesión de todo el servicio a una empresa, que utiliza las cocinas *in situ* de los centros.
- La gestión desde el propio centro que, a su vez, puede delegar en terceros la compra de ingredientes, cocinado y/o servicio, usando o no la cocina del colegio.
- La contratación a una empresa externa del suministro y transporte de comidas diarias ya elaboradas.
- La gestión desde los ayuntamientos de cada ciudad.
- Concieratos con otros establecimientos, entidades o instituciones.

UN GALIMATÍAS TERRITORIAL.

Hay comunidades autónomas que controlan directamente el sistema de contrataciones. Es el caso de Madrid, País Vasco o La Rioja. En Andalucía, un decreto de la Junta en 2017 eliminaba los convenios con las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) y pasaba a una gestión solo por empresas de *catering*. Como situación intermedia se contempla que aquellos centros públicos que vinieran realizando la prestación del servicio de comedor escolar con medios pro-



¿SE COME BIEN EN LA ESCUELA?

No hay un menú único y perfecto, pero sí ciertas líneas maestras. "Son las marcadas por el Documento de Consenso sobre comedores escolares, de AESAN, en el que se señalan los objetivos generales, la organización y las condiciones nutricionales por grupos de edad. El resto queda en manos de las recomendaciones de las comunidades autónomas", explica el profesor José Manuel Moreno Villares, director de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra. Estas recomendaciones contemplan, entre otras, fruta al menos cuatro días, potenciar los cereales

integrales, priorizar las carnes magras frente a las más grasas e incorporar pescado de una a tres veces por semana.

El talón de Aquiles es la ausencia de un marco normativo que obligue a su cumplimiento y la desigualdad de planteamiento de mínimos entre las diferentes regiones. "De nada sirven las recomendaciones si no hay una legislación clara que obligue a su cumplimiento ni instrumentos de vigilancia. En otras palabras, las guías nutricionales sugieren que el menú de mediodía debe proporcionar el 35% de

las calorías del día. Pero las proteínas pueden ser garbanzos o salchichas. Y los hidratos de carbono, pasta o arroz integral o patatas fritas.

Una pauta para valorar la calidad nutricional de la comida de los colegios la encontramos en el documento *La alimentación saludable en la etapa escolar*, de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Esta guía recoge las recomendaciones de frecuencias de alimentos y de técnicas culinarias para la programación de los menús escolares.

PRIMEROS PLATOS	FRECUENCIA SEMANAL
Hortalizas (no incluye patatas)	1-2
Legumbres	1-2 (≥6 al mes)
Arroz (integral)	1
Pasta (integral)	1
Otros cereales (maíz, trigo sarraceno...) o tubérculos (patata, boniato...)	0-1
Si el primer plato incluye carne, pescado o huevos, el segundo ya no los tiene que llevar.	

SEGUNDOS PLATOS	FRECUENCIA SEMANAL
Proteicos vegetales (legumbres y derivados) Cocinados sin carne, ni pescado ni huevos.	1-2 (≥6 al mes)
Cuando en el día no se sirva carne, pescado ni huevos, tienen que incluir una ración de una proteína vegetal (preferentemente legumbres y derivados, u otras opciones como seitán o frutos secos)	5
CARNES	≥6 al mes
Carnes blancas (ave o conejo)	1-2
Carnes rojas (buey, ternera, cerdo o cordero) y procesadas (jamón, salchichas, carne en conserva, carne seca, preparaciones y salsas a base de carne)	0-1
Pescado (intercalar blanco y azul)	1
Huevos	1

GUARNICIONES	FRECUENCIA SEMANAL
Ensaladas variadas	3-4
Otras guarniciones (patatas, hortalizas, legumbres, pastas, arroz, setas)	1-2

POSTRES	FRECUENCIA SEMANAL
Fruta fresca	4-5
Otros postres no azucarados (yogur, queso fresco, requesón...)	0-1

TÉCNICA CULINARIAS	FRECUENCIA
Precocinados (rebozados, canelones, croquetas, empanadillas de atún...)	≤ 2 por mes
Fritos (segundos platos)	≤ 2 semana
Fritos (guarniciones)	≤ 1 semana

OTROS	FRECUENCIA SEMANAL
Presencia de hortalizas crudas o fruta fresca	Cada comida
Presencia de hortalizas en el menú	Cada comida
Aceite de oliva o de girasol alto oleico para cocinar y para freír	Cada comida
Aceite de oliva virgen para aliñar	Cada comida
Pan integral	Cada comida



pios puedan seguir haciéndolo, pero sin posibilidad de efectuar nuevas contrataciones de personal. A medida que ese personal se jubile, los comedores pasarán a ser gestionados por empresas de *catering*. Cataluña, por el contrario, sigue contemplando a las AMPA como gestoras.

Otras comunidades ceden la responsabilidad a los municipios, quienes, a su vez, pueden delegar en concesionarias o en entidades de solvencia, como las asociaciones de padres. Así, el ayuntamiento de Santiago de Compostela opta por confiar en Serunion, mientras que en la ciudad de Pontevedra se encomienda a la Federación de ANPA de centros públicos de la provincia de Pontevedra (FANPA) que, a su vez, ha adjudicado el contrato a la empresa Arume. Algo similar sucede en el CEIP de Barañain (Navarra), en el que la asociación de padres delega en la empresa Ausolan Jangarria. En estos casos, no obstante, el control del menú por parte de los padres es más directo que cuando se trata de una concesión otorgada desde la comunidad autónoma. Frente a estos modelos, en el municipio de Portonovo (Pontevedra), por ejemplo, el comedor del colegio público se gestiona directamente desde la asociación de padres.

“El modelo de gestión no siempre influye negativamente en la calidad del menú, pero cuanto más alejada esté su gestión del centro educativo, menos control tienen los padres sobre qué comen sus hijos, menos capacidad para cambiarlo en un plazo corto y menor impacto socioeconómico a nivel local. Esto es, el pan, la carne o los plátanos no proceden de un proveedor local, sino de grandes distribuidores a nivel comarcal o regional”, destaca Olga Leralta, de CEAPA.

Desde las empresas aseguran que los menús los diseñan nutricionistas conforme a la Estrategia NAOS, promovida por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Así mismo, “mes a mes, nuestros equipos presentan una propuesta de menús a los centros escolares y estos los aprueban o nos piden realizar alguna modificación”, explica Aksel Helbek, de Serunion Educa.

COCINAR O NO EN LA ESCUELA.

Bien por falta de espacio, por razones presupuestarias o de otra índole, no todos los colegios cuentan con su propia cocina. En Zaragoza, por ejemplo, el 75% de los colegios públicos no la tienen. Galicia es la comunidad con más centros con cocina *in situ*: 333 frente a los 103 sin ella. En el polo opuesto, Andalucía, con solo 107 escuelas con cocina entre las ocho provincias, si bien la Junta se ha comprometido en dotar de fogones a otros 150 colegios en los próximos años.

Tener o no tener cocina determina la necesidad de traer los alimentos ya preparados desde fuera. Sin embargo, incluso en escuelas con cocinas propias cada vez



es más frecuente la subcontratación y externalización del menú escolar. No todas las comunidades autónomas son igual de transparentes en cuanto a facilitar datos respecto a los comedores escolares. El estudio *Los comedores escolares en España 2018* estima que un 63,6% de los centros utilizan servicios externos de *catering*, frente a un 36,4% cocinas *in situ*.

LÍNEA CALIENTE O FRÍA.

Elaborar el menú en la cocina del colegio no difiere mucho de un restaurante común. Pero hacerlo fuera supondrá trazar un delicado equilibrio entre preservar el sabor y la seguridad alimentaria. Por eso, en los servicios externalizados normalmente se opta por el sistema de línea fría. Los platos se elaboran en las cocinas de la concesionaria, se enfrían de forma rápida y se transportan en bandejas a 40 °C. Al llegar al colegio, se calientan en hornos y se sirven. El enfriamiento rápido encapsula los sabores y preserva las texturas de los alimentos. De cara a la concesionaria, permite gestionar de forma más eficiente los suministros, pudiendo comprar en grandes lotes, cocinar y refrigerar hasta su consumo.

Con menor frecuencia se encuentra el sistema línea caliente. En este método los alimentos se cocinan y mantienen a más de 65 °C sin romper la cadena de calor.



Colegios con sobresaliente

EN LA ACTUALIDAD HAY VARIAS EXPERIENCIAS PILOTO EN DISTINTOS COLEGIOS ESPAÑOLES CON MENÚS SALUDABLES Y ADAPTADOS A LOS CRITERIOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.

ALICANTE

Hace dos años, el colegio público Manuel Riquelme, situado en el municipio de Hurchillo, en Alicante, recibió el Premio Nacional de Alimentación Escolar del Ministerio de Sanidad y Consumo por su proyecto *Sabor de Vivir*. Esta iniciativa, que comenzó hace 12 años, se basa en una alimentación sana, con productos ecológicos y comida tradicional. En el menú diario de este centro priman los productos ecológicos, algunos de los cuales provienen del huerto de la escuela, que cuidan los propios alumnos. Este proyecto se combina con otro, *Viajando por España*: cada mes se dedica a una ciudad española diferente para que los escolares puedan conocer sus monumentos, sus paisajes y, por supuesto, su gastronomía.



BARCELONA

El proyecto *Comedores sanos y sostenibles*, impulsado por el ayuntamiento de la ciudad, apuesta por menús con más presencia de proteína vegetal (principalmente legumbres) y menos carne roja y procesada. Además, aumenta la presencia de fruta de temporada y guarniciones basadas en ensaladas, se incluyen opciones integrales de pan y pasta y se promocionan proyectos de producción ecológica, de proximidad y frescos. Actualmente, ya se aplica en 36 escuelas y durante el curso 2021-22 se irá implantando en el resto de centros escolares. La iniciativa no afecta al precio del menú, pero sí a lo que los niños se encuentran en el plato. Pueden adherirse los centros que lo deseen y cuentan con el asesoramiento del Equipo de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.



CANARIAS

El programa *Ecocomedores escolares* de Canarias une al Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria (ICCA) y al gobierno autonómico para incorporar productos ecológicos, frescos, locales y de temporada en los menús. Para evitar los vaivenes del mercado, cada año se marca un precio justo con los productores. "Amoldamos el menú del colegio a la temporalidad de los alimentos. Es lo más equilibrado", resume Pedro J. López, cocinero del CEIP La Luz. Cuenta con más de 40 colegios adscritos. Alumnos, padres y cocineros reconocen que ha servido para aumentar la cultura alimentaria de los niños y para dinamizar la economía local.



PAÍS VASCO

Desde 2016 se vienen desarrollando experiencias piloto en cuatro escuelas públicas (Gernika, Mungia, Markina-Xemein y Orduña) para lograr comedores escolares más saludables. Los cuatro disponen de cocina en el centro, personal de cocina dependiente del Departamento de Educación (excepto en Orduña) y son las AMPA las responsables del abastecimiento de alimentos y de la elaboración del menú. Se priorizan los alimentos autóctonos, ecológicos y de temporada sin necesidad de aumentar el presupuesto. El objetivo a largo plazo es forzar un nuevo marco legal que regule modelos de gestión de los comedores escolares innovadores y descentralizados. La normativa vasca actual, vigente desde el año 2000, solo contempla el sistema de *catering*.



VALENCIA

El ayuntamiento de esta ciudad modificará progresivamente los pliegos de condiciones para contratar servicios de comedor en los centros educativos municipales (tres escuelas de Primaria y cuatro de Infantil) para dar cabida a otros criterios nutricionales, sociales, ambientales y educativos. "Queremos menús con más verduras y hortalizas, menos alimentos de origen animal, eliminar o reducir el uso de ultraprocesados, azúcar y frituras e impulsar el uso de cereales integrales y panes de fermentación lenta", explica el concejal de Agricultura, Alimentación Sostenible y Huerta, Alejandro Ramón.

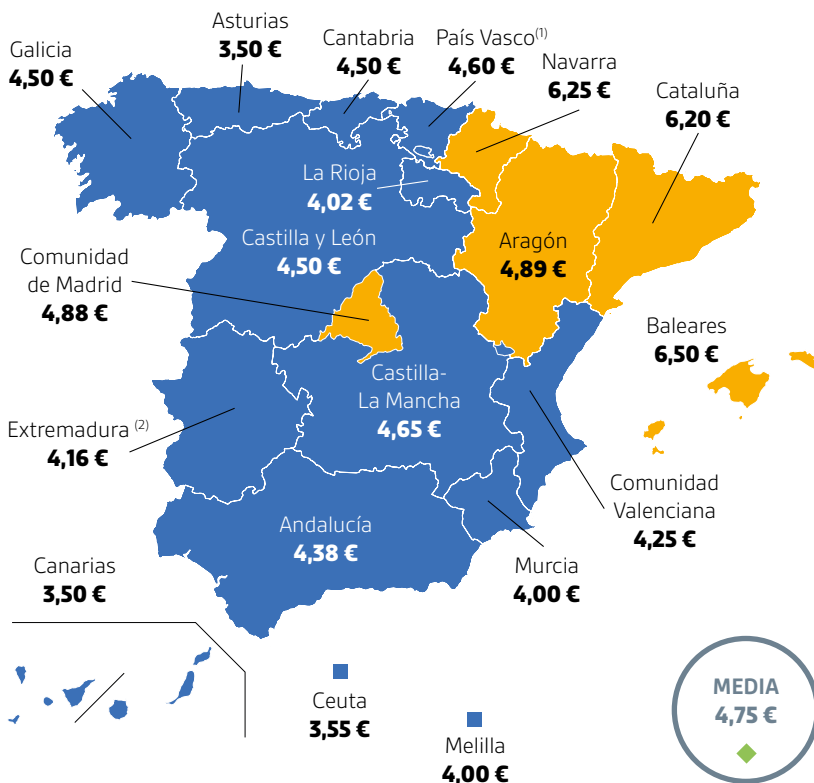




¿Cuánto cuesta comer en el comedor?

Precio medio por día.

■ Por debajo de la media ■ Media nacional: 4,75 € ■ Superior a la media



Fuente: CEAPA. Curso 2019-20.

1. Datos del Gobierno Vasco. 2. Datos del curso 2018-2019.

Desde CEAPA apuestan por la cocina *in situ* frente a la línea fría como dinamizador socioeconómico a nivel local, sobre todo, en el ámbito rural. Tanto más en tiempos de crisis. “De nada sirve hablar de estrategias para la España vaciada si luego el comedor se gestiona a cientos de kilómetros, privando de oportunidades laborales a sus vecinos. Por no hablar del caso contrario: colegios rurales que ninguna gestora quiere asumir porque no es rentable transportar la comida hasta allí”, apunta Olga Leralta.

CALIDAD Y SERVICIO, A CONCURSO.

En España, el concurso público es un trámite indispensable para asegurar el suministro de comida en los colegios públicos, cuando se subcontrata con una empresa del sector. En los pliegos de licitación actuales se valoran aspectos relacionados con el menú, como la variedad de ingredientes y

recetas, raciones semanales de los principales grupos de alimentos acorde a lo determinado por cada comunidad autónoma, estrategias para evitar el desperdicio, incorporación de grano integral... También se tiene en cuenta el precio y la capacidad de gestión, que engloba el volumen de cocinas, personal, solvencia para hacer frente a la compra y, en su caso, transporte de materias primas. Andrés Muñoz Rico en su documento sobre los comedores de 2018 detalla que ese último punto supone el nudo gordiano para entender el porqué de la concentración en manos de unas pocas grandes gestoras de restauración: las pequeñas y medianas empresas de *catering* cuentan con menos margen de negociación con los proveedores y menor capacidad para elaborar menús a gran escala. A igualdad de menú, una compañía grande, *a priori*, puede competir con precios más bajos.

A VUELTAS CON PRECIO.

Y es precisamente el precio de los menús uno de los elementos que más se cuestiona. En España cada comunidad autónoma fija el importe que pagan las familias por este servicio y es el criterio que más se valora en la licitación. Según el informe de Andrés Muñoz Rico, “ese importe debe cubrir no

solo la comida, sino también el coste del personal, como los monitores y otros gastos que implica el servicio”. Pero lo cierto es que en cada comunidad este importe incluye diferentes partidas. Algunas incorporan el coste de los monitores, mientras que en otras se cobra por separado.

Muchas comunidades autónomas determinan al inicio del curso el precio máximo del servicio de comedor; otras, sin embargo, no establecen ninguna cifra. Según las estimaciones de CEAPA para el curso 2019-2020, los precios del comedor de las diferentes regiones van desde los 3,50 € de Asturias y Canarias hasta los 6,50 € de Navarra.

Con estos precios, ¿se pueden cubrir todos los gastos? Según el Tribunal Superior de Cataluña, no. En 2017, la Justicia catalana consideró que el precio máximo de comedor escolar que se paga en esta comunidad autónoma, 6,20 euros, no cubre los costes mínimos del servicio, por



lo que es “económicamente inviable”. Aunque la sentencia no anulaba el precio, que se mantenía congelado desde hacía diez años, sí determinaba que era necesario un estudio o memoria económica para explicar ese importe.

Pero ¿es posible gestionar el comedor a estos precios? Desde CEAPA lo tienen claro. “Es posible y tenemos el ejemplo de la Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos (FAPA) de Ourense, que está gestionando los comedores de algunos colegios públicos con un *catering* externo, pero con calidad y un precio similar al de otras comunidades autónomas”, nos cuenta Olga Leralta. Para la asociación, “el problema es que las empresas de restauración buscan maximizar el beneficio, y eso es difícil con un menú a esos precios, porque de ahí tienes que deducir no solo los costes de los alimentos, también el de las estructuras (las cocinas, en caso de haberlas) y el personal. En los alimentos pueden abaratar costes comprando en grandes cantidades. Si tienen que arañar en otras partidas, las que pierden suelen ser las monitoras, que trabajan de forma muy precaria”, añade Leralta.

Para muchas familias, estos precios siguen siendo muy altos. Aunque existen becas, estas ayudas públicas no llegan a todos los hogares. Según un estudio de CEAPA de 2016, un 84,19% de las familias no recibe ningún tipo de ayuda para el comedor y un 24,2% de las familias tienen problemas para pagar estos precios.

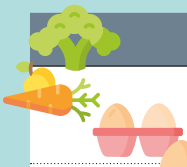




¿INFLUYE EL DINERO EN LA CALIDAD NUTRICIONAL?

¿Es mejor un menú de 6 euros que uno de 4,88? “Es complicado dar una respuesta única porque el coste de los ingredientes varía según las distintas regiones. Y no es igual que lo gestione un AMPA sin ánimo de lucro a que lo lleve una gestora que, además, añade gastos de transporte”, destaca Leralta Piñán desde CEAPA. Apunta que, independientemente del precio, cada gestora es un mundo. La calidad no es solo cuánto cuesta, sino qué se da a los niños y cómo se prepara. Y en los menús aún abundan métodos de preparación poco saludables (rebozados, frituras...) o alimentos de baja calidad nutricional y alto valor calórico (frutas en almíbar, varitas de pescado, lácteos azucarados...).

Más aun, incluso con un precio más barato se puede lograr un buen menú saludable desde el punto de vista nutricional, si se optimiza la gestión. “Podemos reducir costes recortando el despilfarro de alimentos en la cocina; sustituyendo materias primas más caras por otras de igual valor nutricional, pero más asequibles y cercanas; eliminando los envases individuales y apostando por formatos a granel, por ejemplo, en los yogures; o cambiando algunas raciones de carne por proteína vegetal”, señala Isabel Corderch, fundadora de Te lo sirvo verde, consultoría especializada en restauración sostenible.

CADA GRUPO DE EDAD, UN TAMAÑO DE RACIÓN

Las empresas que gestionan los comedores tienen que ajustar el tamaño de las raciones a las necesidades nutricionales de los pequeños. Para ello, se rigen por el documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos, regulado por Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estas son algunas de las raciones que establece este documento según cada grupo de edad:

	3-6 AÑOS	7-12 AÑOS	13-15 AÑOS	16-18 AÑOS
 VERDURAS (PLATO PRINCIPAL)	1 plato llano mediano (120-150 g)	1 plato llano mediano (120-150 g)	1 plato llano grande (200-250 g)	1 plato llano grande (200-250 g)
 HUEVOS	1 unidad	1-2 unidades	2 unidades	2 unidades
 ARROZ O PASTA (PRINCIPAL)	1 plato hondo pequeño (50-60 g)	1 plato hondo mediano (60-80 g)	1 plato hondo grande (80-90 g)	1 plato hondo grande (80-90 g)
 POLLO (GUISADO O ASADO)	1 muslito pequeño (80-90 g)	1 muslo pequeño (150-160 g)	1 muslo grande (230-250 g)	1 muslo grande o 2 medianos (300-320 g)
 FRUTA FRESCA	1 pieza pequeña (80-100 g)	1 pieza mediana (150-200 g)	1 pieza mediana (150-200 g)	1 pieza mediana (150-200 g)



La escuela

UN ESPACIO PARA COMER... Y APRENDER

El cambio de roles en la sociedad y las dificultades de las familias para conciliar han obligado a las escuelas a transformarse en un espacio donde enseñar a comer bien. Y esto significa fomentar en las aulas y los comedores una alimentación saludable y sostenible.

Las largas jornadas laborales y el trabajo de ambos progenitores han convertido a los comedores escolares en una pieza clave para la conciliación, pero también en un espacio para aprender a comer. Parte de esa educación que en los años ochenta se gestaba en los pucheros a fuego lento, en sentarse en familia a la mesa cada día, ha pasado de los hogares a las escuelas para el 65,8% de los menores de 12 años que cada día comen en los colegios. Y si bien existen manuales de buenos usos, ¿qué están haciendo las escuelas para fomentar unos buenos hábitos alimentarios?

El objetivo es que el comedor sea un lugar con encanto en el que los monitores y las monitoras dediquen el tiempo necesario a cada comensal para que “aprendan” a comer y que se aborde la alimentación como algo divertido, pero la realidad es otra. Con una media de un monitor por cada 30 alumnos en Primaria y Secundaria y de 20 en Infantil o la necesidad de establecer varios turnos de comida, resulta complicado que estos profesionales, además de poner orden, cumplan con esa tarea educativa. No obstante, la escuela puede complementar esa labor a través de programas educativos centrados en el fomento de una vida saludable y sostenible.

EDUCAR DESDE CUATRO EJES.

Según el Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos, elaborado en 2010 por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), el comedor escolar, como servicio complementario a la enseñanza, debe cumplir cuatro objetivos:

- **Salud, higiene y alimentación.** El fin es que los niños aprendan a desarrollar y reforzar hábitos alimentarios saludables, normas de comportamiento y un correcto uso de los cubiertos.

- **Responsabilidad.** En función de la edad y del nivel educativo, el documento recomienda hacer partícipe al





Media hora. Este es el tiempo mínimo para que los niños coman sin prisas. Hay que procurar que el ambiente sea el adecuado.

alumnado en las tareas, intervenciones y proyectos que se desarrollen en este espacio.

- **Ocio.** El servicio de comedor no solo incluye el tiempo de la comida, sino también la hora o hora y media que transcurre entre que terminan la ingesta y la reanudación de las clases. Es en ese tiempo en el que los centros escolares y las empresas gestoras del servicio impulsan actividades de ocio y tiempo libre que contribuyen al desarrollo de la personalidad y al fomento de hábitos sociales y culturales. También se trata de que ese periodo de comida se convierta en un espacio de ocio, organizando actividades relacionadas con la alimentación.

- **Convivencia.** Otro objetivo es fomentar el compañerismo y las actitudes de respeto, educación y tolerancia entre los miembros de la comunidad escolar, en un ambiente emocional y social adecuado.

UN ESPACIO CON ENCANTO.

Materializar con mayor o menor éxito todas estas acciones divulgativas dependerá en gran medida de que los colegios dispongan de un espacio físico “con encanto”: un lugar agradable en el que disfrutar de la comida en un ambiente relajado. Los niños necesitan un espacio que les inspire y ayude a poner el foco de atención en la educación nutricional, pero, como señala el Libro

Blanco de la Alimentación Escolar, la realidad del día a día no es así. Según este informe, la mayoría de los espacios que acogen el comedor de los colegios públicos no reúne las características de lo que debería ser un recinto acogedor.

¿Pero cómo tiene que ser? La Asociación Española de Pediatría, en su guía *El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones*, ofrece algunas pistas. Una decoración sencilla, alegre y agradable, con iluminación suficiente y medidas de insonorización que contribuyan a disminuir el nivel de ruido y favorezcan la conversación en un tono sosegado influyen a la hora de hacer el momento de la comida un espacio de convivencia. También aboga



por la colocación de cortinas o mamparas divisorias de espacios, carteles y dibujos elaborados por los alumnos que incorporen mensajes educativos relacionados con la alimentación saludable o prácticas higiénicas relacionadas con la ingesta, fotografías de alimentos... Todo suma.

La normativa y los diferentes documentos, como la *Guía de comedores escolares del programa PERSEO*, contemplan unos requisitos mínimos respecto a las condiciones del espacio y el ambiente, pero lo cierto es que se puede hacer mucho más (ver ilustración).

30 MINUTOS PARA COMER.

El horario del comedor escolar, generalmente unas dos horas, se divide en un tiempo dedicado a comer y otro, para la educación y el ocio. Los minutos destinados a la alimentación dependen de la normativa de cada centro. Lo normal es establecer tres turnos, teniendo en cuenta los ciclos formativos: Infantil, Primaria y ESO.

Lo que sí menciona la normativa autonómica es el tiempo que deben durar esos turnos: 30 minutos. “Es el tiempo mínimo para que los niños puedan comer con tranquilidad, aunque para conseguir esa calma también hay que procurar que el ambiente sea el adecuado y que los niños coman sin prisas”, explica Eva Pérez Gentico, presidenta del colegio de Dietistas-Nutricionistas de La Rioja (CODINULAR).

Según esta experta, a los pequeños siempre hay que darles el tiempo que necesiten, sin presionarlos para que coman más rápido. También puede ocurrir el caso contrario, el de niños que comen en menos de media hora. “Cuando los menores comen muy rápido y sin masticar, el monitor tiene que saber aprovechar este tiempo para enseñarles a comer más despacio y masticar bien”, añade.

La labor del monitor incluye también supervisar, ofrecer cuidados, conocer la relación con la comida de los alumnos y mantener el orden.

MÁS QUE UN VIGILANTE.

El papel de los monitores es fundamental para garantizar un servicio ágil y acorde con las necesidades de los alumnos. Se ocupan del tiempo de ocio y, en algunos casos, de la educación nutricional dentro del horario de comidas. Estos formadores deben acreditar su titulación de monitor de Tiempo Libre y Manipulador de Alimentos. Algunas empresas de *catering*, además de la formación obligatoria sobre prevención de riesgos laborales, también les ofrecen cursos más específicos, como los relacionados con las intolerancias y alergias.

“La mejor manera para asegurar un servicio excelente es formar a nuestro personal en distintos ámbitos, como seguridad alimentaria, buenos hábitos alimenticios en etapas infantiles, ocio y tiempo libre, inteligencia emocional, inclusión, prevención y mediación en caso de acoso escolar, protocolos ante la covid-19”, explica Aksel Helbek, director comercial de Serunion Educa.

Iratxe Casado, directora de Innovación en Askora, empresa que gestiona 16 comedores en el País Vasco, destaca la formación de su personal como uno de los grandes pilares de su gestión. “No solo hay que contribuir al desarrollo personal y en valores de los pequeños, sino que también hay que incidir en el empoderamiento del equipo de cocina y monitores, un colectivo históricamente poco reconocido”, opina.

¿CUÁNTOS PROFESIONALES HAY POR ALUMNO?

La ratio de monitor/alumno viene determinada por la normativa de cada comunidad autónoma. Lo más habitual es la regla del 30-20-15:

- Un monitor por cada 30 alumnos en Primaria y Secundaria.
- Un monitor por cada 20 alumnos en Educación infantil (4 y 5 años).
- Uno por cada 15 alumnos en Educación Infantil de 3 años.

Esa es la ratio de la mayoría de las comunidades, como Madrid, pero desde Confederación Española de

Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA) llevan años pidiendo que se reduzca. Algunas comunidades, tras la presión de los padres, han mejorado la presencia de estos profesionales, como el caso de Aragón, que ha dictaminado que haya un monitor por cada 27 niños en Secundaria, uno por cada 22 niños en Primaria y uno por cada 13 en Educación Infantil. Cataluña ha fijado la presencia de un monitor por cada 25 alumnos en Primaria, aunque mantiene uno por cada 15 en Infantil y por cada 30 en Secundaria. Murcia, baja la ratio en educación infantil de tres años a una persona por cada 12 niños, pero Ba-

Así tiene que ser un comedor

SUFICIENTE VENTILACIÓN.

Natural o artificial, que asegure la suficiente renovación del aire para el volumen del comedor y su aforo.



Para recrear un ambiente cálido, estético y divertido que invite a la concentración y al aprendizaje se necesita algo más. Hablamos de abogar por el uso de la madera o de



La labor del monitor es trabajar para que el comedor no se convierta en un sitio al que los niños no quieran ir.

ILUMINACIÓN. El comedor escolar dispondrá preferiblemente de luz natural, buscando el máximo aprovechamiento de la misma. En caso de no disponer de ella, se tendrá que asegurar suficiente luz artificial que permita la fácil visión del mobiliario y de los alimentos.

TEMPERATURA.

Deberá cuidarse especialmente que la temperatura sea agradable en cualquier época del año, evitando frío o calor excesivo que impida el bienestar necesario.

RUIDO. El comedor deberá estar protegido de los ruidos desagradables, de un volumen excesivo o de la sensación de eco que impida la normal comunicación entre los comensales, valorándose positivamente la instalación de música ambiental. Existen distintas iniciativas para solventar esta

problemática, como son la instalación de un semáforo del ruido que avise a monitores y escolares cuando el volumen es demasiado alto.

OLORES. Es importante que el comedor no tenga olores fuertes a comidas preparadas o a otros elementos, como productos de limpieza, que hagan desagradable la actividad.



materiales orgánicos, la existencia de unos techos altos que confieran una mayor sensación de espacio, el uso de paneles para absorber el ruido de la habitación o de grandes ventanales

orientados al exterior con aperturas que aportan gran cantidad de luz natural y ventilación. Aunque suene utópico, por lo complicado y costoso que sería

diseñar estos espacios en todos los centros públicos de España, lo cierto es que nos sirve de ejemplo para conocer dónde está el listón al que se podrá llegar.



UN DESPERDICIO ALIMENTARIO QUE SE PUEDE REDUCIR

Se estima que el desperdicio de comida medio en los comedores españoles está entre los 60 y 100 gramos por alumno al día. Un estudio del Ministerio de Agricultura sobre la problemática de las sobras calculó que **el volumen total de desperdicio en los comedores escolares en Primaria es superior a los 10 millones de kilos al año**. El mayor desperdicio se produce en verduras, legumbres y pan. También, en los menús de línea caliente, ya que ciertos alimentos se estropean porque, por una mala planificación a la hora de hacer la compra o por preparar un número excesivo de raciones, no han llegado a ser cocinados.

El Centro de Investigación en Economía y Desarrollo Agroalimentario (CREDA), en su estudio *Escuelas contra el despilfarro alimentario*, concluyó que para reducir estas preocupantes cifras es necesario inculcar a los alumnos una serie de hábitos y estrategias. El estudio, realizado en el área metropolitana de Barcelona, midió **la cantidad de comida que los niños dejaban en el plato: 46,9 gramos de media por estudiante y un global de 20,5 kilos por escuela**. Para reducir estas cifras, el estudio propone una serie de estrategias, como la especialización del monitor, muy importante a la hora de convencer al niño para que termine su ración. Otras medidas fueron dejar más tiempo entre la hora del bocadillo y la comida, mostrar con antelación a los niños el "menú del día" para que pudieran anticiparse a la comida que les servirán en el plato, comer después de haber jugado y con música relajante de fondo o el uso de un "semáforo del

hambre" que les permita escoger la ración adecuada según su apetito. Otra acción es trasladar el debate del despilfarro alimentario a clase, aportando a los alumnos datos como que en el mundo se tiran al año 1.300 millones de toneladas de comida. Después, los alumnos en sus casas y con ayuda de sus padres, prepararon algunos platos con las sobras. El resultado tras unas semanas fue que se redujo el despilfarro de comida un 34%.

leares, por ejemplo, aumenta su ratio para Secundaria, con un monitor por cada 40 alumnos.

Hay otras comunidades, como Galicia, que tiene regulada en su normativa la figura del voluntario. Madres y padres, con una formación específica, pueden ayudar en el comedor. Pero siempre será un personal de apoyo, no sustituirán al número de monitores firmado por contrato.

DEL COMEDOR A LAS AULAS.

La educación en una alimentación sostenible va calando poco a poco en las aulas y en los comedores. Prueba de ello son los diferentes programas y estrategias



La comunidad educativa al completo debe transmitir valores como alimentación sostenible, de temporada o agroecología.



Siempre hay que respetar la sensación de hambre del niño. Nunca se debe forzar a comer, aunque sí preguntar por los motivos.



El trabajo de los monitores es clave. Deben acreditar su titulación de monitor de Tiempo libre y Manipulador de Alimentos.



que se lanzan desde las distintas administraciones y organizaciones, como la Escuela de Alimentación de la Fundación EROSKI, un referente de divulgación en las aulas por la que han pasado un millón y medio de menores de 12 años desde su puesta en marcha en 2013 y cuyo trabajo ha sido reconocido a nivel nacional con premios como El Chupete, del Festival Internacional de Comunicación Infantil; el premio NAOS, que otorga el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Sello Gosasun de Innobasque o el premio Ciudadano en la categoría de Salud y Calidad de Vida, entre otros.

La iniciativa surgió en 2012 con la puesta en marcha de un proyecto piloto enmarcado en el programa formativo *Energía para crecer*, dirigido a los escolares de Primaria con el fin de ayudarles a llevar una alimentación saludable y a mostrarles que comer sano también puede ser divertido. Aquella experiencia tuvo gran aceptación entre profesores y alumnos. Dos años después, la Fundación EROSKI impulsó el estudio más extenso llevado a cabo en España para determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil en cada comunidad autónoma, la Encuesta Nutricional de la Población Española sobre Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional de la Población (ENPE).

“Las conclusiones de ese estudio mostraron que íbamos por buen camino y desveló que el sobrepeso y la obesidad infantil constituyen un grave problema de salud pública. Esto nos confirmó la necesidad de dotar de herramientas a escuelas y familias para poder formar a los más pequeños en los elementos básicos de una alimentación equilibrada, el conocimiento de los productos locales, la sostenibilidad o hábitos de vida saludables ligados al ejercicio físico. Así, en el curso 2013-14 lanzamos el programa actual y lo pusimos a disposición de todos los centros escolares de España”, explica Eduardo Cifrián, responsable de la Escuela de Alimentación de la Fundación EROSKI.

EDUCACIÓN AMBIENTAL.

Otras iniciativas son el programa educativo ESenRED (Escuelas hacia la sostenibilidad en RED), creado hace más de una década por la administración pública, o el centro de Estudios Rurales y de Agricultura Internacional (Ceraí) que trabaja desde 2016 en el proyecto *La sostenibilidad al plat*, que consiste en impulsar la transición hacia una alimentación sostenible en comedores escolares de Valencia, Madrid y Baleares. Lo hace asesorándoles y desarrollando herramientas pedagógicas que puedan usar los profesores. “El objetivo

es enseñar a los pequeños conceptos como alimentación sostenible, alimentos de temporada y de proximidad o agroecología. Lo hacemos gracias a la formación que damos a toda la comunidad educativa: desde el profesorado, el alumnado, las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPA), monitoras y monitores y personal de cocina”, explica Nerea Álvarez, de Ceraí.

Las empresas de *catering* también lanzan sus propias iniciativas. “Asumimos que tenemos un papel que trasciende al de satisfacer una necesidad biológica y, por ello, hemos puesto en marcha programas como *Greentastic*, que engloba una serie de acciones orientadas a concienciar sobre lo que comemos y cómo lo comemos” explica Nicolás Llagostera, director de marketing y comunicación de Mediterránea. Se refiere a acciones divulgativas como catas o talleres para que los niños conozcan el origen de los alimentos.



ESTUDIO ENPE

Encuesta Nutricional de la Población Española sobre Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional de la Población



EDUARDO CIFRIÁN

RESPONSABLE DE LA ESCUELA DE ALIMENTACIÓN
DE LA FUNDACIÓN EROSKI

“Comer saludable puede ser creativo y divertido”

En 2013 Fundación EROSKI puso en marcha el Programa Educativo en Alimentación y Hábitos de Vida Saludables, con el propósito de dotar de herramientas a los centros educativos y familias para poder disfrutar de una vida saludable y sostenible a través de la alimentación y el ejercicio físico. Precursores entonces, casi una década después Eduardo Cifrián, responsable de la Escuela de la Alimentación de la Fundación EROSKI, hace un balance positivo de estos años. Escuchar y responder a las “necesidades cambiantes y crecientes de las familias, con relación a la salud y a la alimentación sigue siguiendo un reto para la Escuela, al que se suma una apuesta por lo digital como otra manera de llegar a las familias”.

¿Por qué educar en salud empieza en las aulas?

Teníamos claro que para educar a los escolares en hábitos saludables había dos vías, la escuela y la casa. Pero cuando comenzamos con este proyecto en 2013 el acceso a internet no estaba tan generalizado como ahora,

y la única forma de llegar a todas las familias era a través de la escuela. Fue un acierto porque, además de enseñar a los escolares hábitos saludables, conseguíamos que estos reeducaran a su entorno familiar.

¿Qué feedback han recibido por parte de los profesores?

En el cuestionario que cumplimentan al finalizar el curso, los profesores valoran diferentes aspectos, como su grado de interés para los escolares, su utilidad práctica, su facilidad a la hora de impartirlo o su ajuste al resto de materias lectivas. Y debo decir que, año tras años, las valoraciones han sido excelentes, con una media de 9 sobre 10.

¿Cómo trasladar a las aulas la cada vez más creciente preocupación por una alimentación saludable?

En los ocho años de vida del programa nos hemos ido adaptando a las necesidades de la sociedad en cada momento. Cada nuevo curso hemos introducido nuevos contenidos, ejercicios y talleres prácticos con el

objetivo de hacerlo más atractivo y útil. El programa tiene carácter modular, de manera que cada módulo se puede impartir de forma independiente. Cuenta con contenidos estructurados y adaptados por rango de edad. Desde los 3 hasta los 12 años. Cada módulo incluye material didáctico específico para los docentes y para los escolares. Dependiendo del rango de edad, los módulos incluyen cuentos, actividades experimentales y sensoriales, juegos interactivos y recursos digitales para la clase y para hacer en familia, vídeos... Todo ello está pensado para que profesores, padres y madres puedan contar

con herramientas útiles y divertidas, que les ayuden de manera lúdica en su labor formativa.

¿Este programa se realiza exclusivamente dentro de la escuela?

Hasta 2020 ofrecíamos también talleres presenciales tanto en las tiendas del Grupo EROSKI como en las instalaciones de productores locales. En nuestras tiendas se enseñaba a los pequeños a realizar una compra y un menú saludables. Mientras que al acercarlos a las explotaciones recalcábamos la importancia de conocer el origen de los productos que consumen. Sin embargo, la nueva realidad





“La implicación de las familias es fundamental para sensibilizar a los niños sobre la importancia de llevar unos hábitos saludables”.



que nos está tocando vivir por la covid-19, nos ha llevado a sustituir estas actividades por vídeos y versiones digitales de los talleres.

¿Y las familias? ¿Cuentan con algún programa o actividad dirigido o en el que también puedan participar los padres?

Tenemos claro que la implicación de las familias es un elemento fundamental para sensibilizar a los niños sobre la importancia de llevar una alimentación equilibrada y unos hábitos de vida saludables.

Aunque nos centramos inicialmente en la escuela, como ya he comentado, en la actualidad contamos

en la web de la Escuela de Alimentación [www.escueladealimentacion.es] con material didáctico, vídeos y juegos interactivos para llevar a cabo en familia.

Plantear los hábitos saludables como un juego es la clave para que genere en ellos un impacto positivo y duradero. ¿Es cierto? En efecto.

Esa es una de las claves. Lograr que los niños y niñas se den cuenta de que comer saludable no tiene por qué ser algo aburrido y restrictivo, sino que, por el contrario, es algo que puede ser divertido, creativo y que les ayuda a sentirse bien y a ser más felices.

¿Qué tipo de actividades o acciones divulgativas han notado que son más populares, que les divierten o entretienen más? El taller

El chef de la clase, en el que elaboran un menú saludable junto con cocineros del Basque Culinary Center, tiene un gran éxito. Les encanta ponerse entre fogones. Cocineros de este centro de referencia en el mundo de la cocina les enseñan a diseñar un menú, elaborar la lista de la compra para evitar el despilfarro y, por último, se ponen el delantal y aprenden a hacer platos saludables y divertidos que van desde unas patatas guisadas con bacalao a un pisto de verduras con huevo poché.

¿Podría poner algún ejemplo más? También ha tenido

mucho éxito el concurso *Image Food* para niños y niñas de entre 6 y 12 años que ya va por su tercera edición. Los menores tienen que hacer uso de su imaginación, dibujando platos creativos y saludables que luego materializa en platos el chef Peio Gartzia.

En cada edición se ha publicado un libro con una selección de dibujos y sus respectivas recetas en los que se puede ver de manera clara cómo un plato puede ser divertido y saludable al mismo tiempo. El juego interactivo *La misión de Tix y Loy*, que hemos incorporado recientemente al programa y que permite jugar a niños y niñas de diferentes rangos de edad, está teniendo muy buena aceptación tanto por los colegios como por

las familias. Es un juego de retos en los que tienen que descubrir las claves de una vida saludable y responsable.

¿Cómo hacen para que estos mensajes lleguen a niños de tres años? Cada edad tiene unos objetivos y capacidades a desarrollar específicas que conllevan unas prácticas docentes determinadas, por lo que el programa está estructurado en tres rangos de edad:

de tres a seis años, de seis a ocho, y de ocho a doce. Para cada caso, siempre guiados por docentes especialistas, generamos los recursos formativos más apropiados. En el caso de los tres años, nos centramos especialmente en la utilización de cuentos y experiencias sensoriales, para acercarlos a los alimentos a través del tacto, el gusto, el olfato...

¿Cómo aborda la Escuela de Alimentación el reto de la sostenibilidad? Desde sus inicios, el programa

contempla ámbitos básicos de la sostenibilidad y la responsabilidad social relacionados con la alimentación, ya que todo ello está íntimamente relacionado. Así, contamos con un módulo dedicado al impacto medioambiental de la alimentación. *Cómo me alimento y cuido mi mundo*; otro, a las diferentes realidades de la alimentación en el mundo, *Nutrición en el mundo*, así como juegos y actividades relacionados con el reciclaje y la reutilización de diferentes materiales.

CAPÍTULO 8

Medios de comunicación y noticias falsas



BULOS SOBRE ALIMENTACIÓN: CUANDO A LOS ADULTOS NOS ENGAÑAN COMO A NIÑOS

A diario, los profesionales de la información que escriben sobre salud y nutrición reciben numerosos comunicados. Esa abundancia de noticias y la búsqueda de titulares llamativos provoca que muchas veces los medios se conviertan en meros transmisores de bulos. Por eso, para los padres y las madres no siempre es fácil reconocer qué es cierto y qué no, algo muy importante cuando la salud de sus hijos está en juego. Analizamos cómo funciona la información sobre nutrición y cómo las noticias falsas pueden afectar la alimentación de los niños y las niñas.

La nutrición interesa. En los últimos años ha ido calando en la población el mensaje de que una buena salud lleva necesariamente aparejada una alimentación equilibrada y saludable. El público quiere saber más y los medios de comunicación convencionales han visto un filón para atrapar a esos lectores que leen con agrado noticias sobre aquello que pueden poner en el plato o comprar en el supermercado.

FALTA DE RIGOR Y CONFUSIÓN.

Sin embargo, la nutrición se sigue entendiendo como una división menor dentro de la salud y no siempre se aborda con el rigor que debería. Bombardados por las marcas comerciales, seducidos por la inmediatez de las redes sociales y, muchas veces, conjurados por el poder del famoso *clickbait* (en-

candilar con un titular potente, aunque el cuerpo de la noticia no tenga nada que ver), en ocasiones los periodistas se convierten en transmisores involuntarios de medias verdades o bulos.

Los padres y las madres, por su parte, compran productos infantiles convencidos de que son buenos para sus hijos, porque se lo dicen la publicidad, los *publirreportajes* y algunos *influencers*. Las noticias falsas llegan a las familias porque ese filtro previo –que se supone que debería hacer el buen periodismo– en muchas ocasiones se ha perdido.

Otras veces, confluyen mensajes confusos o interesados por parte de la industria, que llevan a los padres a comprar ciertos productos que acaban favoreciendo la obesidad de los pequeños. Por ejemplo, informaciones que hablan de que “la vitamina C es necesaria para mejorar las defensas respiratorias”, son usadas por los fabrican-



Publicidad disfrazada de noticia.

A las redacciones de los medios llegan numerosas notas de prensa sobre supuestos estudios científicos que son, en realidad, propaganda de una determinada marca.







¿Dónde encontrar información veraz?

INSTITUCIONES

OMS
(@WHO)
AESAN
(@AESAN_gob_es)
CSIC
(@CSIC)
Ministerio de Sanidad
(@sanidadgob)
Ministerio de Consumo
(@consumogob)
Academia Española
de Nutrición y Dietética
(@aedninforma)
Health On the Net
(@HealthOnTheNet)
Instituto #SaludsinBulos
(@SaludsinBulos)
Fundación Maldita
(@maldita)
Universidades
Asociaciones
y Colegios profesionales

SELLOS

Páginas web y aplicaciones
que lleven los sellos:

- Web Médica Acreditada
- Distintivo AppSaludable

OTRAS CUENTAS

Para saber de quién nos podemos
fiar en internet y las redes sociales,
hay que fijarse en:

- Que sea un profesional sanitario,
como un médico o un dietista-
nutricionista.
- Que cuente con el respaldo
mayoritario de otros
compañeros de profesión.
- Que apoye sus afirmaciones con
estudios científicos de prestigio.
- Que no prometa curas milagrosas,
pérdidas de peso infalibles o
aliente mensajes alarmantes.



'Influencers' de la vida sana. En las redes sociales proliferan los divulgadores que ofrecen consejos sobre alimentación. Para buscar información veraz, hay que informarse sobre la cualificación profesional de dichos influencers.

tes de zumos envasados para promover su contenido de vitamina C. Las familias, preocupadas por la salud de sus pequeños, acaban por darles cada día este producto que contiene azúcares libres, lo que aumenta el riesgo de que el niño acabe con sobrepeso.

Algo similar sucede con las galletas o los cereales enriquecidos con vitaminas y minerales. Basta un artículo aparentemente inofensivo haciéndose eco del observatorio de un conocido fabricante, que revela que los niños que siguen una dieta rica en vitamina B sacan más sobresalientes, para que los padres busquen mejorar las notas de sus hijos de la forma más fácil: con galletas, cereales u otros productos enriquecidos. Se pasa por alto que estos alimentos normalmente tienen una

carga calórica alta y un alto contenido en azúcares añadidos, dos elementos que inciden en la obesidad infantil.

Sin embargo, se suele pasar de puntillas sobre un hecho muy relevante: nuestros niños cada vez duermen menos y eso incide en un menor rendimiento escolar. Este dato lo incluye el estudio *Pasos 2019* de la Fundación Gasol. La falta de horas de sueño no solo lastra las notas, se asocia con una probabilidad de más del doble de presentar sobrepeso u obesidad a lo largo de la infancia y adolescencia.

CONFLICTO DE INTERESES.

Como sucede con todas las ciencias aplicadas, la nutrición no es una ciencia exacta. Está en continua evolución y admite matices. Incluso entre los

propios nutricionistas no siempre hay consenso. A veces, se forman corrientes antagónicas que pueden hacer que el periodista se sienta entre dos aguas. Para la periodista especializada en temas de salud y alimentación Marta del Valle, “la evidencia científica sobre la nutrición no cambia tanto. Las únicas investigaciones que añaden ruido son las que llegan auspiciadas por la industria. Por eso, lo primero que debe hacer un buen periodista es analizar de dónde le llega esa información, quién está detrás, antes de dejarse deslumbrar por el mensaje. Si eliminas los estudios con conflicto de interés o financiados de forma interesada por la industria, no hay tanta novedad”.

Sucedió, por ejemplo, hace tres años cuando, en mitad del debate entre



“Lo primero que debe hacer un buen periodista es analizar de dónde le llega la información y quién está detrás”.

azúcares libres e intrínsecos y su papel en la obesidad, la Asociación Española de Fabricantes de Zumos (Asozumos) ponían el foco en un estudio de SGF Internacional que concluía que “el contenido en hesperidina del zumo de naranja es mayor que el de vitamina C”. A este micronutriente se le atribuía un papel cardioprotector. SGF es, en realidad, un organismo autorregulador creado por la industria de los zumos.

Es decir, se trataba de una información interesada que, en palabras de Eduard Baladia, fundador de la Red de Nutrición Basada en la Evidencia, “además de no aportar datos concluyentes sobre esa supuesta acción cardioprotectora, habría que ver si en un vaso de zumo hay suficiente hesperidina para evitar un evento cardio o cerebrovascular. Y lo siguiente sería evaluar el riesgo-beneficio, porque los zumos son bebidas que

aportan azúcares libres, clasificados como perniciosos para la salud y cuyo consumo hay que limitar”.

NO ES DE SEGUNDA FILA.

Uno de los problemas que arrastra la información en temas nutricionales, a juicio de Del Valle, es que muchas veces el periodista no es consciente de la relevancia de este tipo de noticias. “Cuando se informa sobre cáncer o la covid-19 se entiende que los datos deben ser pulcros y exactos, pero cuando se trata de nutrición se asocia a estilo de vida, a algo ligero, y se tiende a bajar la guardia”, asegura. Para la experta, encargárselo a alguien sin formación o sin experiencia en nutrición es un error, aunque es lo más habitual. Pero, precisamente al tratarse de temas menos densos, alcanzan mayor audiencia. No hay que perder de vista que la nutrición tiene impacto en la salud. De hecho, sabemos que la mala alimentación está relacionada con muchas patologías adquiridas en las sociedades occidentales, como la obesidad infantil.

Para Josu Mezo, de Malaprensa.com y colaborador con la Fundación Maldita, organización sin ánimo de lucro que se dedica a la comprobación de noticias, “el buen periodista debe ser buen investigador y narrador. Esto implica saber manejar bien las estadísticas para evitar errores lógicos, malas interpretaciones de datos a partir de estudios científicos o gráficos mal hechos”.

ETIQUETAS QUE NO SE ENTIENDEN.

Un fallo habitual es confundir las calorías de la etiqueta, expresadas por ley en 100 gramos, con las calorías totales del producto o ración y considerar que un alimento es menos energético de lo que realmente es. Sucede, por ejemplo, con los yogures, que pesan 125 gramos. Las marcas aprovechan este despiste para camuflar las cifras de azúcar añadido. Si una marca contiene 12,5 g de azúcar por 100 gramos de producto, la realidad es que lo que realmente se ingieren son 15,6 g, la cantidad que contiene cada unidad.



También lo hacen los fabricantes cuando destacan que sus nuevos batidos tienen un 50% menos de azúcar añadido y apunta que solo llevan 2,1 g por 100 ml. Sin embargo, un batido de esos que los niños se toman al salir del colegio tiene 200 ml. Esto duplica la cantidad de azúcar hasta los 4,2 g por unidad. Teniendo en cuenta que la OMS determina que hasta los ocho años no se deberían superar los 16 g de azúcar, esa merienda láctea aporta algo más de la cuarta parte de todo el azúcar que el niño debería ingerir a lo largo del día.

Otro ejemplo de la dificultad para leer las etiquetas lo contaba el dietista-nutricionista Julio Basulto en su cuenta de Twitter. Tras enseñar la imagen de una palmera de chocolate con 2.300 kcal (las recomendadas para todo un día), varias personas lo acusaron de haber realizado mal los cálculos, porque leyeron que el producto tenía 2.700 kilojulios. “No, no hice mal los cálculos. Que mucha gente se haya confundido es la prueba fehaciente de que las etiquetas parecen diseñadas para que las entienda una mínima parte de la población”, denunciaba Basulto.

LA MANO QUE MECE EL BULO.

Rocío Benavente, coordinadora de Maldita Ciencia, señala que el periodismo científico debe transmitir de forma rigurosa y útil información que ayude a los ciudadanos a tomar buenas decisiones en temas tan importantes como la salud o la alimentación. Sin embargo, hasta con un estudio riguroso y veraz se pueden dar titulares muy alejados de la verdad. En algunas ocasiones, por intereses de la industria.

Otras veces, las noticias falsas nacen simplemente porque los medios de comunicación buscan el *clickbait* o ciberanzuelo. Su incidencia ha aumentado con la pandemia por la preocupación ciudadana por la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya habla de “infodemia”, al constatar que en dicha sobreabundancia de información se incluyen intentos deliberados por difundir información falsa.

“Hasta con un estudio riguroso y veraz se pueden dar titulares muy alejados de la verdad. En algunas ocasiones, por los intereses de la industria”.

Por ello, está desarrollando el sistema EARS (siglas en inglés de Herramienta de Respuesta Temprana con Escucha Social), una inteligencia artificial que detecta dónde hay debate en las redes, analiza si hay vacíos de información y articula una respuesta en tiempo real con información de alta calidad basada en la evidencia científica, así como recomendaciones de intervención para los administradores de sistemas de salud. Aún está en fase piloto.

FAMOSOS QUE TAMBIÉN OPINAN.

Mencionar a la OMS como aval de cualquier información, en especial en los titulares, aunque el texto luego diga otra cosa, suele ser un indicio de un posible bulo. Además, que un político abrace una teoría o defienda un tipo de nutrición no significa que sea correcta. Por ejemplo, Donald Trump llegó a agasajar a sus invitados en la Casa Blanca con hamburguesas.

Con la reciente polémica de las declaraciones del ministro de Consumo,



Alberto Garzón, sobre la ingesta excesiva de carne, muchos políticos, desde el ministro de Agricultura, Luis Planas, a la portavoz de Agricultura del PP en el Congreso, Mila Marcos, salieron a defender su consumo sin matices. Olvidaban que el CSIC, junto a investigadores del Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos y Nutrición (ICTAN) y el Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos (IATA), participan en el proyecto V-PLACE, que estudia las alternativas vegetales al consumo de productos de origen animal. El ruido ocasionado por la polémica volvió a llenar el debate social de falsas argumentaciones, medias verdades y muchos bulos.

MITOS QUE PASAN GENERACIONES.

Hay falsos mitos asentados en la cultura popular, como que la fruta engorda más si se toma de postre, que el melón es indigesto en la cena o que hay “superalimentos” con propiedades más allá de su estricto valor nutricional. Todos carecen de base científica. Otro



LOS BULOS MÁS EXTENDIDOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL



Alimentos enriquecidos con vitamina D para mejorar las defensas y mejorar los huesos.

Es uno de los reclamos más recurrentes de la industria en productos como leches o yogures. Desde el Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) insisten en que no hay estudios rigurosos que lo avalen y sí muchos que refrendan que estos productos son innecesarios. Para alcanzar los niveles de vitamina D recomendados al día, se aconseja seguir una dieta saludable con alimentos ricos en esta vitamina, por ejemplo, los pescados azules y grasos como el salmón, la caballa o el atún, y una exposición al sol sensata.



Jarabes para abrir el apetito.

En su libro *Se me hace bola*, el dietista-nutricionista Julio Basulto defiende que, como cualquier ser humano sano, los niños tienen un mecanismo

autorregulador del apetito. Si no comen más es porque no lo necesitan. Buena prueba de ello es que cuando están pegando un estirón, comen más. Por eso, los jarabes que prometen abrir el apetito de los más pequeños son completamente innecesarios.



Los zumos sustituyen a una pieza de fruta.

No, un zumo no es igual que comer fruta. Cuando un niño o una niña toma una pieza entera adquiere la fibra y todos sus nutrientes. Con el zumo, los menores ingieren el azúcar libre en forma de fructosa. Un tipo de azúcar que según la OMS hay que limitar.



La fruta por la tarde

altera a los niños. La nutricionista Beatriz Robles, la farmacéutica Gemma del Caño y el dietista Pablo Ojeda desmontan en su *Guía sobre bulos en alimentación* un mito que se remonta a los años setenta: el azúcar altera a los niños. Este bulo dio como consecuencia que desde algunas fuentes se pensara que las frutas a media tarde trastocan el comportamiento de

los menores y los hace más hiperactivos. Según estos expertos, "entre los efectos perjudiciales del consumo de fructosa como azúcar añadido no se encuentra la alteración del comportamiento infantil".



Los yogures diseñados para bebés son saludables.

Desde hace algunos años las estanterías de los supermercados se han llenado de productos dirigidos a los más pequeños de la casa: mi primer yogur, mi primera galleta... Estos productos se revisten de mensajes para parecer saludables, pero en realidad esconden mucha cantidad de azúcar. Además, son innecesarios. Los lactantes de entre 6 y 12 meses no necesitan tomar yogures porque la leche materna cuenta con mejores nutrientes y con menos proteínas. Los menores de esas edades que toman leche de fórmula tampoco los necesitan: con la leche de continuación (tipo 2) ya toman demasiadas proteínas. A esas edades es más recomendable la leche artificial que un yogur de este tipo, que, además, lleva azúcar y nata.

clásico es el supuesto poder del agua con limón, que ni previene el cáncer, ni reduce los efectos de la covid-19, ni mejora la digestión. Y otro mito de las abuelas, aquello de que los bollos o el pan recién salidos del horno son perjudiciales para la digestión, tampoco cuenta con evidencias que lo respalden.

Durante la pandemia, la OMS denunció las noticias infundadas que apuntaban que los suplementos de vitaminas D y C o el zinc podían ayudar a tratar o aumentar la respuesta inmunitaria frene a la covid. También desmintió que la covid-19 se propague por el agua potable y que tomar ajo o beber alcohol posean acción protectora frente al coronavirus. Tampoco lo tiene la cafeína, un bulo que tuvo bastante repercusión en prensa. En realidad, era una interpretación de un estudio realizado en Inglaterra que revelaba que en un grupo de personas concreto se había visto que la incidencia de la covid-19 era menor entre aquellas que tomaban fruta, daban el pecho o consumían café. Los propios



investigadores ya apuntaban que solo existía correlación y no una vinculación causa-efecto. Tal como llegó a la prensa entraría en el lote de los bulos.

Coincidiendo con la publicación de la noticia de que los españoles consumimos un 45% menos de chicles, según datos de la patronal Produlce, empezó a pulular por las redes el bulo de que los chicles eliminan las caries. La farmacéutica y experta en seguridad alimentaria, Gemma del Caño, recuerda que no elimina las caries, ni mucho menos, pero parece que masticar chicle con xilitol (sin azúcar) la puede prevenir. Aun así, insiste que hay dudas de que sea por eso. La explicación es que, a falta de tiempo o posibilidad para realizar una higiene bucal correcta tras la comida, mascar chicle puede generar una autolimpieza de emergencia, transitoria, que en ningún caso sustituye al cepillado. Aprovechando esta falsa creencia, Mondelez –la casa madre de las galletas Fontaneda o el chocolate Milka– lanzó Trident Oral B con flúor. Las medias verdades y la buena fe del consumidor allanan el camino para que la industria coloque nuevos productos.

El aceite de coco es, para la tecnóloga de los alimentos Beatriz Robles, “la mayor burbuja nutricional de los últimos años. Es cierto que sube el

colesterol bueno, pero como está hasta arriba de grasas saturadas (el 90%) también sube el malo y los triglicéridos. Actualmente no tenemos la certeza de que valores altos de colesterol HDL reduzcan el riesgo cardiovascular, pero sí está contrastado que la subida del LDL lo incrementa”, recalca. Tampoco hay evidencia de que ayude a adelgazar ni a controlar la glucosa en sangre.

La lista de noticias falsas acerca de los alimentos es inabarcable. De ahí la importancia de la responsabilidad de los periodistas para no difundir informaciones falsas que confundan al consumidor o pongan en riesgo su salud.

LA INDUSTRIA COMO FUENTE.

Para dar a conocer sus productos, el recurso habitual de la industria es la publicidad, y más cuando se trata de alimentos destinados al público infantil. Sin embargo, cada vez es más potente la maquinaria desplegada desde los departamentos de comunicación para entremezclar mensajes saludables o solidarios con el propio producto. Galletas Príncipe financia un estudio con la psicóloga Silvia Álava e Ipsos según el cual el 98% de los padres considera que el deporte es clave en el desarrollo cognitivo y socioemocional de sus hijos. Sin embargo, las galletas están lejos de

ser un alimento saludable y su consumo debe ser ocasional. Uniendo todos esos elementos en un mismo mensaje, puede dar la sensación de que comer galletas combate el sedentarismo y hace que los pequeños sean más listos. No se dice expresamente, pero el cerebro del consumidor inconscientemente ata los cabos.

Algo similar sucede con los alimentos sin gluten, bio o sin lactosa, o los famosos “enriquecidos” con hierro, calcio, vitaminas o ácidos grasos DHA. El *Estudio Nutricional en Población Infantil Española* (EsNuPi), promovido por las Fundaciones Española (FEN) e Iberoamericana (FINUT) de Nutrición, en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP), tenía por objetivo revelar los patrones de alimentación y hábitos de actividad física en la población infantil española de uno a nueve años. Una de sus conclusiones es que tres de cada cuatro niños españoles no alcanzan las ingestas recomendadas de omega-3. Esta carencia puede paliarse con leches de crecimiento enriquecidas con ese nutriente. ¿Es casual que el estudio contrastara con la financiación del Instituto Puleva de Nutrición, marca láctea que cuenta con una leche precisamente con esas características?

CONTRASTAR ANTES DE PUBLICAR.

Para Alipio Gutiérrez, responsable de Salud en Telemadrid y vicepresidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), una nota de prensa procedente de la industria, aunque vaya respaldada por un estudio, siempre debe contrastarse. “Cada vez hay más intentos de colarnos publicidad disfrazada de información. Te aportan un estudio, pero es propaganda para la marca. Antes de publicar nada, tengo que contrastar con profesionales al margen de la industria: profesores universitarios, investigadores independientes, médicos...”. Otra cosa es que la fuente sea directamente un organismo que se dedica a la investigación, como el CSIC. “En ese caso doy por hecho que tiene rigor científico”. Gutiérrez reco-



MIKEL LÓPEZ ITURRIAGA

'EL COMIDISTA'

“Desconfía de los productos ‘enriquecidos’ con vitaminas y alimenta a tus hijos con comida que no los necesite”

Desde su sección en el diario *El País* bajo el nombre de *El Comidista*, Mikel López Iturriaga comanda un equipo de periodistas y expertos en nutrición con un solo fin: informar sobre alimentación sin bulos.

Ciertas verdades son un azote para la industria. ¿Qué información le llega por parte de los fabricantes?

Cierta industria alimentaria se empeña en confundir a la gente para vender más. Pero son conscientes de que los consumidores cada vez tienen más en cuenta la salud a la hora de decidir qué compran, por eso redoblan esfuerzos para destacar las presuntas cualidades de sus productos. Cuando se trata de ultraprocesados o bebidas alcohólicas tienen que esforzarse por parecer lo que no son. Por eso gastan mucho dinero en estudios poco rigurosos que los retraten como sanos.

¿Hay algún sector especialmente intenso en sus intentos de disfrazarse

de saludable? Especial mención merecen el vino y la cerveza, que pueden estar muy ricos, pero los mires por donde los mires no son saludables. Su industria se empeña en contarnos que hidratan, que rejuvenecen y hasta que son buenos para el alzhéimer, para que olvidemos un pequeño detalle: llevan una sustancia tóxica y cancerígena llamada alcohol.

¿Por qué los productos dirigidos a niños son tan susceptibles de ir “avalados” por estudios o asociaciones profesionales? Porque esa preocupación por la salud se dispara cuando hablamos de los niños. Cualquier madre o padre quiere dar a sus hijos alimentos sanos, por lo que la industria de los ultraprocesados tiene que hacer un sobreesfuerzo para disfrazarlos y engatusar a esos progenitores preocupados. Los envases de esos productos, cargados de azúcar, de sal o de grasas insanas, están forrados de reclamos saludables (“con calcio”, “con vitaminas

A, B y D” ...) o de avales de instituciones untadas por la gran industria alimentaria. Mi consejo: desconfía por sistema de todos los productos que lleven estos reclamos, y siempre que puedas alimenta a tus hijos con comida que no los necesite.

Cuando les llega un estudio avalado por tal asociación médica, ¿lo dan por bueno?

En los estudios dudosos consultamos a nuestros expertos de cabecera en cuestiones de nutrición, algunos de ellos colaboradores de *El Comidista*, pero después de 10 años hemos aprendido a detectar en tres minutos los claramente sesgados. Si rascas y aparece la industria alimentaria o la del alcohol, pon de inmediato el estudio en cuarentena. O tíralo a la papelera directamente.

¿Hay voces o entes más fiables, más independientes? Hay entidades y voces fiables y, por suerte, muchos ejercen una labor de divulgación

más accesible que nunca gracias a internet y las redes sociales. La cuestión es saber distinguirlos, porque conviven con entidades supuestamente científicas y desinteresadas, financiadas por la industria y con más de un científico que ha vendido su alma al diablo. Hay que fiarse de lo que dicen organismos oficiales o dietistas-nutricionistas, tecnólogos o expertos en seguridad alimentaria con cierta reputación.

El consumidor confía en la imparcialidad y veracidad de la prensa. ¿Qué puede hacer para saber si algo que se publica es veraz?

Primero, pensar si está leyendo esa información en un sitio fiable o en una web cazaclics. Segundo, fijarse en las fuentes de las que sale la información: los medios rigurosos suelen enlazar a estudios concretos de instituciones o revistas prestigiosas, incluyen voces autorizadas y matizan mucho sus afirmaciones con explicaciones claras. Los medios cantamañanas usan expresiones del tipo “diversos estudios confirman”, “los científicos aseguran”... Suelen ser más contundentes en titulares y textos, y acostumbran a basar sus afirmaciones en estudios de remotas universidades de las que nadie ha oído hablar. Por último, conviene bucear un pelín en las fuentes para detectar posibles conflictos de intereses o financiación por parte de empresas. Si la información es favorable a sus intereses, ¡cuidado!



noce que las marcas o los gremios de la alimentación se aprovechan de que las sucesivas reducciones de plantilla en las redacciones hacen que los pocos periodistas que quedan anden saturados de trabajo y no siempre tengan tiempo para contrastar. “Otras veces se cae en la trampa de sacarla a toda prisa para ser los primeros en dar la noticia, por el *clickbait* o la primicia. Tal vez no en un informativo, pero sí desde las redes sociales del medio”, analiza.

Contrastar o complementar información a partir de contenidos de internet porque se va con prisas es un arma de doble filo. Un estudio de 2015 puede estar obsoleto y no ser válido para refrendar un argumento. Otras veces, el error parte del periodista al dar por buenos y aplicables en humanos estudios que solo se han llevado a cabo en animales.

Ante las recientes críticas al CSIC por aceptar encargos de la industria, Gutiérrez cree que, si esos ingresos que entran por ahí sirven para financiar después estudios que redunden en la salud general, bienvenidos sean. “Sigo confiando en la integridad de los científicos. Otra cosa es que el comunicado que se envía a la prensa vaya sesgado. Pero ahí ya es tarea del periodista valorarlo, interpretar correctamente los datos, ir a las fuentes y contrastar”, añade. En un país como el nuestro, donde solo se destina a investigación el 1,2% del PIB frente al 2,1% de Alemania, las universidades e instituciones se ven obligadas a realizar estudios para terceros como forma de lograr fondos. “Si se destinara más dinero a investigar tal vez desaparecería este conflicto”. Para la periodista Marta del Valle, “lo que no es de recibo es copiar y pegar una nota de prensa. Jamás debería publicarse como noticia”.

¿QUIÉN CONTROLA LAS NOTICIAS EN INTERNET?

En el documental *El dilema de las redes sociales* (Netflix) se deja al descubierto la gran verdad de internet: los algoritmos de Google no buscan la verdad. Se limitan a proporcionar la



Web veraz. Los sellos Web Médica Acreditada o Distintivo AppSaludable significan que el contenido es fiable.

información más afín a cada usuario. Mediante un mecanismo de aprendizaje automatizado el buscador detecta los gustos o ideología del usuario y prioriza aquellos resultados de su agrado. Si es negacionista, recibirá más resultados negacionistas. Si cree que hay que comer chuletón a diario, el predictivo le indicará la conveniencia de comer carne roja a diario. Si es vegano, los resultados apostarán por la proteína vegetal. Google no conoce verdades o mentiras. Solo proporciona resultados.

Pero las mentiras existen. Los bulos circulan por las redes con total impunidad y las medias verdades o inexactitudes confunden a la población.

El pasado año, el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) creaba Observatorio Digital para localizar y desmentir bulos aparecidos en prensa. “Contamos con la colaboración de la Agencia EFE y RTVE. Si detectan noticias de salud incorrectas o falsas nos contactan. Nosotros las contrastamos, buscamos la información en institucio-

nes oficiales y en literatura científica y, más tarde, les pedimos que desmientan si realmente hay pruebas de que lo dicho no es verdad. También aclaramos ciertas informaciones que, sin ser bulos, no se sabe su veracidad real porque no hay estudios suficientes en el momento actual”, declara Jaime Barrio, médico de familia y miembro del Observatorio Digital del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM).

Fuera de nuestras fronteras, Health On the Net es una organización sin ánimo de lucro que cuenta con el apoyo de diversas asociaciones médicas, la OMS y la Comisión Europea. Su objetivo es velar por el rigor en la información sanitaria. Su comité de médicos analiza la veracidad de las webs que así lo solicitan y, si logran ser validadas, pueden añadir la palabra HONcode en los términos de búsqueda SEO. Entre sus recomendaciones a los internautas está la de acudir siempre a fuentes oficiales y fiables, como hospitales, universidades y agencias gubernamentales.



¿Verdad o mentira? Una 'app' para sacarnos de dudas

Cada vez existen más herramientas para detectar noticias falsas sobre la salud, como la Fundación Maldita o Newtral. Pronto llegará a nuestros bolsillos una más, la aplicación móvil No Rumour Health, un proyecto liderado por la Universidad de Valencia y que cuenta con el trabajo de un consorcio de tres países: España, Grecia y Polonia. El objetivo de esta app, que está en proceso de desarrollo, es ayudar a la gente mayor a diferenciar si las informaciones sobre salud que recaban a través de las redes sociales son ciertas. También quiere convertirse en una guía para que estas personas puedan aprender a identificar las noticias falsas y poder saber qué páginas son fiables.

“Los algoritmos de Google no buscan la verdad. Se limitan a proporcionar la información más afín a cada usuario”.

Otras formas de asegurarse informaciones veraces es buscar otros sellos de acreditación, como Web Médica Acreditada o Distintivo AppSaludable.

MENTIRAS A ALTA VELOCIDAD.

Mucha de la información sobre alimentación que reciben los menores llega a través de las redes sociales, como TikTok, Instagram o Twitch. Pese a que la edad mínima para abrir una cuenta en la mayoría de esas plataformas es de 13 años y algunas especifican que hasta los 18 deben hacer uso solo acompañados de un adulto, lo cierto es que los menores navegan con bastante libertad por las redes. Y es uno de los escenarios en los que se concentran y divulgan más bulos.

Controlarlos es complicado por la ingente cantidad de información que fluye a diario. Limitarla es legalmente controvertido. El jurista experto en derecho digital, Borja Adsuara, explica que la Constitución española prohíbe expresamente la censura previa de contenidos (antes de publicarse) y su

secuestro o supresión (una vez publicados) solo puede producirse por resolución judicial. “Sin embargo, existen en las redes sociales los ‘Términos de uso’ o ‘Normas de la comunidad’ que dejan en manos –no de expertos ni de jueces–, sino de empresas privadas como Twitter o Facebook, la posibilidad de cerrar una cuenta o borrar ciertos contenidos”, acentúa.

Los internautas, por su parte, no tienen la opción para denunciar una cuenta por difundir bulos. Los algoritmos de TikTok detectan y borran cuentas sin avisar si revelan palabras malsonantes o contenidos ofensivos. Los bulos, al no responder a un formato o palabra clave concreta, pasan por debajo del radar.

EN BUSCA DE LOS TUI TS SERIOS.

Carlos Mateos, coordinador de #SaludsinBulos, una iniciativa que combate las mentiras sobre salud con profesionales sanitarios y el aval de 40 sociedades científicas, asume que “la

nutrición es el campo de la salud que más bulos genera. Hay mucho interés en comer bien, pero también, mucho desconocimiento”. El Instituto #SaludsinBulos, la Asociación de Innovadores en eSalud (AIES) y Health 2.0 Basque firmaron hace un año un acuerdo de colaboración para fomentar información veraz de salud digital. Tanto desde las cuentas de Salud Sin Bulos como desde su propio perfil (@carloscomsalud) se dedica a desmontar mentiras y aportar informaciones veraces acerca de salud y nutrición.

Por supuesto, no todo lo que fluye por las redes es bulo. Muchos profesionales del ámbito de la salud, la nutrición o la investigación divulgan a diario informaciones relevantes que combaten esas mentiras. Que sea un profesional de la salud, que avale sus ideas con estudios científicos independientes y que cuente con el respaldo mayoritario de otros colegas de profesión es un buen indicio para darle credibilidad. Si no goza de respaldo profesional, solo se preocupa por difundir sus propios mensajes o busca confrontar para aumentar su repercusión y seguidores, hay que desconfiar. “Hay que tener pensamiento crítico, pero no basado en desacreditar a otros profesionales o entidades”, agrega Carmen Pérez, presidenta de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Perfiles como la tecnóloga de los alimentos Beatriz Robles (@beatrizcalidad) o el tecnólogo Miguel A. Lurueña (@gomínolasdpetro) son algunos de esos paladines contra los ciberbulos.

En esta línea, la iniciativa @PorcentajeJusto analiza en Twitter la proporción real de esos ingredientes que la industria publicita como el más destacado y que, en muchas ocasiones, no alcanzan ni un 1%. “Hay una industria alimentaria que intenta ponerse lo más bonita posible para la foto, pero le pasa como en Instagram: abusa tanto de los filtros y se aleja tanto de la realidad que te está mostrando una cosa que no es”, insiste la periodista Laura Caorsi, autora del @PorcentajeJusto.



Redes sociales: ¿nos podemos fiar?

El interés por el mundo de la nutrición tiene su reflejo en las redes sociales. En los últimos años se han multiplicado los *influencers* de la alimentación y la vida sana que divulgan sus métodos y opiniones, con o sin respaldo científico, y en cuyas cuentas suman miles de seguidores. Pero ¿hasta qué punto saben de lo que hablan? y ¿en qué medida influyen en la alimentación y nutrición de los españoles?

¿Qué pasa en las redes?

En esa línea, la Universidad del País Vasco (EHU) y la Fundación Eroski han unido fuerzas para fotografiar esta realidad a través del estudio de investigación *Seguridad*

alimentaria y cybermedios: temáticas, nuevas fuentes y servicios, que acaba de ver la luz. "Queríamos comprobar cuáles eran los temas alimentarios que mayor reacción provocaban en las audiencias. Para ello, nos pareció interesante analizar el *engagement* [compromiso] o fidelización de una serie de nutricionistas y divulgadores de la alimentación en las redes sociales para comprobar cuáles eran aquellas cuestiones que acarrearían una mayor participación", asegura José Ignacio Armentia, catedrático de la Universidad del País Vasco (EHU) e investigador principal del proyecto. Para ello, seleccionaron a los divulgadores en nutrición con mayor influencia en

redes sociales en España, su formación y la información que publicaban a través de este medio, además de determinar qué plataformas se utilizaban para hablar de alimentación.

En el periodo entre julio de 2017 y el 30 de junio de 2019, los 10 divulgadores en nutrición más importantes eran Julio Basulto, Miguel Ángel Lurueña, Juan Revenga, Virginia Gómez, Lucía Martínez, Aitor Sánchez, Carlos Ríos, Gabriela Uriarte, Juan Llorca y Victoria Lozada. Durante estos dos años de estudio, el número de contenidos producidos por estos nutricionistas fue de 29.655, que provocaron cerca de 18,5 millones de respuestas; con un promedio de 620 respuestas por mensaje.

¿Saben de lo que hablan?

Los divulgadores analizados son expertos en tecnología de los alimentos o dietética y nutrición y, en algunos casos, doctores y escritores, a excepción del cocinero Juan Llorca que, no obstante, cuenta con una amplia experiencia en estos campos. Eso sí, pese a que se trata de divulgadores con formación sólida, no están exentos de revuelo y polémica. La propia realidad, con el reciente caso de la controvertida crema de cacao lanzada al mercado por uno de estos *influencers*, nos ha mostrado que, en ocasiones, las voces y posturas se contraponen entre ellos. "Tanto en las redes como en internet, en general, te puedes



Aitor Sánchez
midietacojea.com



66 mil



213 mil



106,9 mil



Julio Basulto
juliobasulto.com



62 mil



71,4 mil



88,4 mil



Carlos Ríos*
realfooding.com



56,2 mil



929 mil



119,5 mil



Juan Revenga
juanrevenga.com



46,5 mil



16,7 mil



20,7 mil



Miguel A. Lurueña
gominolasdepetroleo.com



35 mil



11,3 mil



27,5 mil

encontrar lo mejor y lo peor en casi todos los ámbitos y la nutrición no iba a ser una excepción", aclara el máximo responsable de la investigación.

Ahora bien, no debemos perder de vista un detalle: algunos de los *influencers* analizados han colaborado con la propia industria alimentaria, reconociéndolo abiertamente en sus distintos perfiles de redes sociales o interviniendo con su propia imagen en distintas campañas de empresas de distribución, como Aitor Sánchez o Carlos Ríos. ¿Resta este tipo de prácticas fiabilidad a su discurso? Lo que está claro es que como usuarios y usuarias de redes sociales debemos agudizar los sentidos y contextualizar cualquier información que leamos en

ellas. El espíritu crítico no ha de perderse entre *likes* y *retweets*.

Desde el Departamento de Periodismo de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación, donde trabaja este grupo de investigación con el nombre de Medialker, subrayan que, normalmente, alguien a quien se pueda considerar divulgador o divulgadora en algún campo viene avalado por una trayectoria. Probablemente también haya tenido un blog, haya colaborado con algún medio de comunicación o escrito algún texto divulgativo o, incluso, científico. "Además, las redes son un espacio vivo en el que los diferentes puntos de vista pueden ser rápidamente refutados. Por otro lado, aunque en internet puedan circular determinadas

noticias falsas, si alguien tiene interés no es tan complicado comprobar la veracidad de los hechos", aseguran.

Un medio más

¿En qué medida influyen las redes en la alimentación y nutrición de los españoles? Según José Ignacio Armentia "influye en la medida de que se han convertido en medios a través de los que se informa a un mayor número de la población". Las redes sociales permiten ofrecer "una mejor información alimentaria en las generaciones más jóvenes", los usuarios por excelencia de este medio. Así, el hecho de que existan *influencers* expertos en nutrición y en las redes sociales ofrece la posibilidad de llegar a este colectivo con un lenguaje cercano y fiable.

Es una vía muy interesante para generar opinión de calidad e interés. Más allá de estos datos, el equipo de investigación liderado por el profesor Armentia advierte que el mundo de las redes es muy cambiante y, probablemente, en los dos años que han transcurrido desde la elaboración del estudio se hayan producido cambios. Los informes de la asociación de comunicación, publicidad y marketing digital IAB, y de la consultora The Social Media Family apuntan a un crecimiento de Instagram o a la consolidación de nuevos actores como Tik Tok. "El ascenso de Instagram, unido a su alto grado de penetración entre el público más joven, puede convertirla en una buena herramienta de divulgación", explican.

Este artículo está basado en la investigación *Seguridad alimentaria y cybermedios: temáticas, nuevas fuentes y servicios*, financiada por MINECO-AEI-FEDER (referencia CSO2017-82853-R). Sus autores pertenecen al Grupo Medialker de la UPV/EHU (referencia GIU19/024). Proyecto Universidad/Sociedad US17/15.

Número de seguidores de las redes sociales en el momento del estudio (2017-2019). *Carlos Ríos anunció en diciembre de 2019 que abandonaba Twitter. **Desde la página de Gabriela Uriarte el enlace a Facebook estaba inactivo. Además, su cuenta de Twitter @gunutricion fue cancelada.



Lucía Martínez
dimequecomes.com



33,3 mil



117 mil



68,8 mil



Virginia Gómez
dietistaenfurecida.com



19,5 mil



37,7 mil



27,4 mil



Juan Llorca
juanllorca.com



10 mil



221 mil



45,9 mil



Victoria Lozada
nutritionisthenewblack.net



3,9 mil



170 mil



11,2 mil



Gabriela Uriarte**
gabrielaUriarte.com



3,1 mil



255 mil



—

CAPÍTULO 9

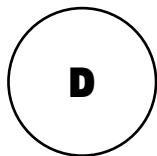
¿Hacia dónde
va la ciencia?

La lucha contra la obesidad infantil

EL PAPEL ESENCIAL DE LA CIENCIA

España es el cuarto país europeo con más niños con sobrepeso y obesidad, aproximadamente un 40% de los menores vivirán con un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes o diferentes tipos de cáncer. Sabemos que muchos de los factores de riesgo disminuyen o desaparecen cuando se realiza un cambio en los hábitos de vida, pero solamente la ciencia puede transmitirnos ese conocimiento. La investigación es la herramienta imprescindible para conocer cómo prevenir la obesidad y cómo tratarla, por eso, hay que seguir invirtiendo en ella. No hacerlo saldrá mucho más caro.





Detrás de campañas como *Hijos del azúcar*, lanzada recientemente por el Ministerio de Consumo para concienciar a los padres de la relación directa entre el consumo de azúcar y la obesidad infantil, y de decisiones como la implantación del semáforo nutricional Nutri-Score, que aporta mejor información a los consumidores sobre los alimentos, o la de limitar la publicidad de los productos poco saludables dirigida a menores, está el trabajo de investigación de numerosos científicos. Todas ellas son decisiones que llegan tras años de trabajo de multitud de investigadores. Gracias a sus conclusiones sabemos que tenemos una prevalencia de obesidad entre nuestros menores del 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas) y que esta tasa expone a los pequeños en serio riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión o síndrome metabólico. Conocemos también que ni siquiera el 3% de los jóvenes españoles alcanza la ingesta óptima de frutas y hortalizas recomendada (400 gramos al día), que la población infantil y adolescente consume el 21,5% de la energía de la dieta en forma de azúcares totales (casi el 30% en los menores de tres años) y que cada vez hay más niños diagnosticados con diabetes 2, cuando antes era una enfermedad de adultos.

EL CONOCIMIENTO NECESITA INVERSIÓN.

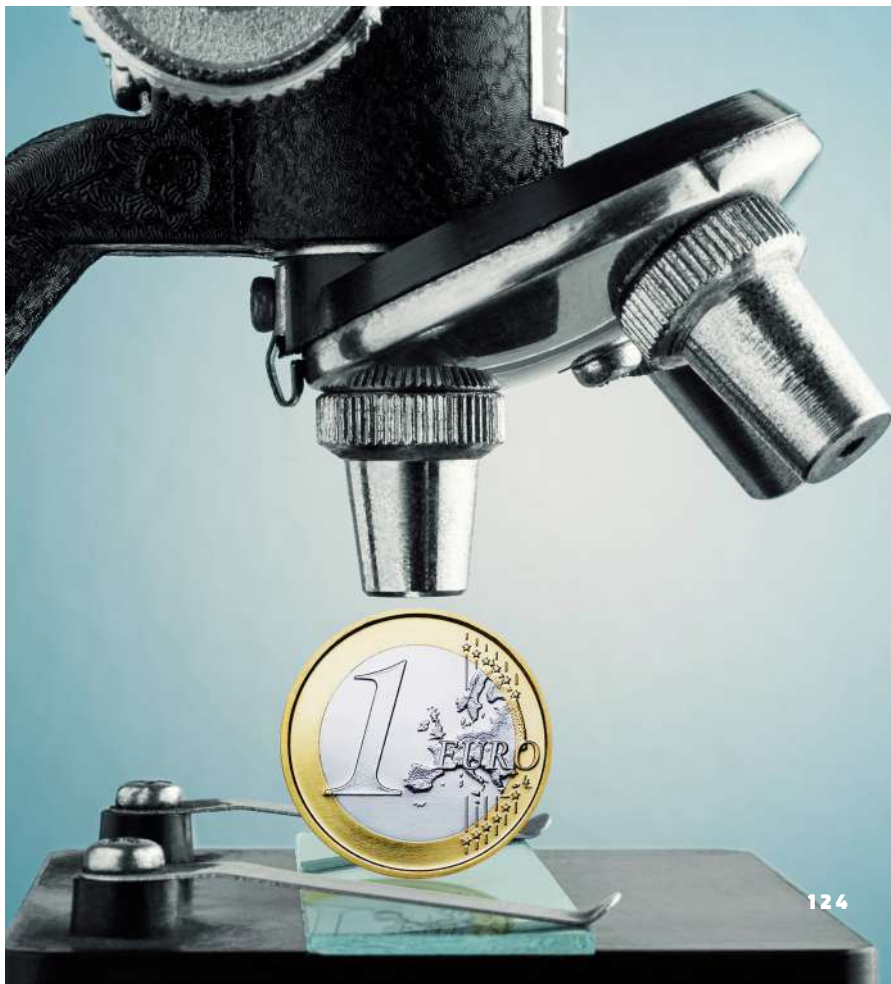
Es prácticamente imposible investigar sin financiación y esa inversión puede obtenerse de las instituciones privadas (las menos) y públicas. El sistema funciona de la siguiente manera: a través de diferentes convocatorias, los grupos de investigación se presentan con sus respectivos proyectos y después, tras revisar estas propuestas, un comité evaluador decide financiar un proyecto concreto con la cantidad solicitada por el grupo investigador o una menor.

No existen datos de los euros que se destinan específicamente a investigar la obesidad infantil, pero muchos de estos proyectos se financian gracias a las ayudas que otorga el Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la Agencia Estatal de Investigación. En 2020, se otorgaron 411,15 millones de euros a equipos de las universidades,

centros públicos y centros privados sin ánimo de lucro. Con estos recursos se promueve que la comunidad científica española pueda abordar proyectos de investigación de alta calidad, novedad y relevancia que contribuyan al progreso del conocimiento, así como a la resolución de problemas de la sociedad y al crecimiento de la economía.

El centro que más recursos obtuvo fue la Universidad de Barcelona, que captó 21,8 millones de euros para realizar 168 proyectos, mayoritariamente en las facultades de Medicina y Ciencias de la Salud y de Biología (25 proyectos) y Farmacia y Ciencias de la Alimentación (con más de una decena). Haciendo cuentas, cada proyecto recibe unos 131.000 euros. Pero ¿es suficiente?

El coste de una investigación depende de factores casi innumerables y esto es, precisamente, lo que hace que los proyectos puedan variar tanto en su coste final. “Hay que tener en cuenta los años necesarios para su ejecución y el área concreta de investigación (más social, como una gran encuesta de hábitos, o más científica, del área de inmunología, metabolismo, genética...). También depende





COSTES DIRECTOS



1/ Salarios

En el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), por ejemplo, el coste de contratar a un titulado superior es de unos 36.000 euros y el de un técnico, de unos 23.000 euros. Por lo tanto, contratar un investigador y un técnico durante tres años supone **177.000 euros**.



2/ Equipos

Para realizar un estudio, es frecuente que se necesite adquirir algún instrumento específico. Aunque los precios pueden ser muy variables, se suele presupuestar unos **30.000 euros** para la compra de un equipo medio.



3/ Consumibles

En esta partida se incluyen los materiales que se utilizarán en la

¿CUÁNTO CUESTA UNA INVESTIGACIÓN?

Lluís Montoliu, investigador del Centro Nacional de Biotecnología, ha realizado los cálculos aproximados de lo que costaría un proyecto para tres años con un equipo de cinco personas. Su objetivo es añadir transparencia a la financiación pública y explicar cómo se desglosan los gastos y a qué partidas hay que renunciar porque la cifra no se ajusta a la realidad. Puede parecer una cifra muy alta para alguien que no está relacionado con el trabajo científico, pero para el investigador significa preocupación por tener que comenzar a preguntarse de dónde recortar para que el dinero alcance.

investigación, como productos químicos, medios de cultivo para las células... Este gasto también es muy variable, pero es normal estimarlo en unos 6.000 euros por persona y año. Para un equipo de cinco personas, el presupuesto estimado para tres años es de **90.000 euros**.



4/ Servicios

Por ejemplo, el servicio de genómica, de microscopía, de citometría, de histología y otros de apoyo a la investigación en el centro. Una cantidad mensual razonable para este capítulo sería de, por lo menos, 2.800 euros al mes. Para un proyecto de tres años: **100.800 euros**.



5/ Viajes

Hay que contar con la asistencia a congresos nacionales e internacionales, donde presentar los resultados o ponerse al día de lo que

están haciendo otros grupos de trabajo. Un coste razonable de registro, viaje, alojamiento y dietas para una reunión internacional es de 1.750 euros, y para una reunión nacional es de hasta 750 euros. El coste en tres años supone **7.500 euros**.



6/ Otros gastos

También hay que considerar un apartado indeterminado en el que incluiremos los gastos de telefonía, mensajería, de publicación, de revisión de manuscritos... Este apartado puede suponer fácilmente unos 2.500 euros al año. Por lo tanto, para tres años este apartado sumaría por lo menos otros **7.500 euros**.

COSTES INDIRECTOS



Los costes indirectos es la parte que las instituciones destinan para sufragar los gastos de funcionamiento y mantenimiento de los centros de investigación (luz, agua, gas, calefacción y ventilación, servicio de limpieza, servicio de seguridad, servicio de mantenimiento, de instrumentación, servicios de apoyo científicos y administrativos, personal de apoyo...). En España, los costes indirectos se calculan como un porcentaje de los costes directos: habitualmente es del 21% para los proyectos financiados desde el denominado Plan Nacional de I+D+i.

COSTES DIRECTOS

412.800 euros

+

COSTES INDIRECTOS

86.688 euros [21% de los costes directos]

=

499.488 euros



¿DE DÓNDE LLEGA EL DINERO?

Existen diversas fórmulas de financiación pública destinadas a la investigación en España, la gran mayoría de los fondos llegan del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) y del Ministerio de Ciencia e Innovación. Estas ayudas permiten desarrollar proyectos de investigación, pero también facilitar la formación y movilidad de investigadores. También existen ayudas para la mejora y adquisición de infraestructuras o para favorecer la colaboración entre equipos de investigación en el ámbito nacional e internacional. Las distintas comunidades autónomas cuentan, a su vez, con programas de ayudas para la investigación que son financiados con los presupuestos regionales. Y, por último, parte de las ayudas llegan también desde Europa, la mayoría las otorga la Comisión Europea.

El tema de la financiación privada, aunque en algunas áreas de la ciencia es recibida con los brazos abiertos (como lo es la investigación contra el cáncer), en el caso de la obesidad infantil el tema es más controvertido, ya que estas ayudas provienen de la industria alimentaria (aunque también de laboratorios farmacéuticos o seguros de salud privados), por lo que el interés por financiar estas investigaciones no se limita solo al avance científico. Algunas revisiones sistemáticas han puesto de manifiesto un sesgo en las conclusiones de los estudios que habían recibido financiación de la industria alimentaria, particularmente cuando comunicaban los efectos de las bebidas azucaradas. Los posibles conflictos de intereses que puedan derivarse de estas financiaciones están probados, por lo que los científicos deben ser muy escrupulosos con sus conclusiones. La gran mayoría de los investigadores prefiere no depender de la industria de la alimentación para llevar a cabo sus estudios, ya que saben que eso afectaría, en cierto grado, a la credibilidad de los resultados.



Detrás de una decisión está una investigación.

Las medidas para reducir las cifras de obesidad infantil se deben tomar a partir de la información que aporta la ciencia.

del tipo de experimentos que vayan a realizarse, del número de personas involucradas, si es necesario adquirir nuevos instrumentos para el laboratorio, contratar a personal, usar modelos animales, de la existencia de servicios de apoyo...”, relata Lluís Montoliu, científico del Centro Nacional de Biotecnología, que ha liderado y evaluado durante muchos años proyectos de investigación para administraciones nacionales e internacionales. Un proyecto puede costar miles, centenares de miles y hasta millones de euros. A esta enumeración habría que añadir dos condicionantes más: la cantidad de dinero público destinado ese año a la investigación y el número de grupos científicos que postulan para conseguir la subvención.

CUANDO LOS RECURSOS SE QUEDAN CORTOS.

Lluís Montoliu hace un desglose aproximado de los costes que supondría un proyecto de investigación en biomedicina realizado por un equipo de dos personas –un investigador y un técnico– durante tres años y le da un total de 499.488 euros. ¿Qué ocurre entonces si los recursos obtenidos se quedan cortos y no le alcanzan al equipo investigador para terminar el proyecto? Eso es exactamente lo que pasa la mayoría de las veces. Lo más común, por la escasez de recursos, es que del medio millón que necesitaría un equipo para realizar su proyecto, al final reciba entre 180.000 y 150.000 euros. “Por ello, al final se suele recortar siempre en personal, no se compra ningún equipo nuevo y se limitarán los gastos de servicios y viajes”, explica Montoliu.

Los grandes grupos de investigación en España no suelen tener obstáculos a la hora de que su proyecto sea aprobado y financiado, el problema es siempre la cantidad que reciben, muy modesta y alejada de lo que invierten otros países europeos. Aun así, son muchos los investigadores que trabajan por encontrar soluciones y tratamientos para curar y prevenir uno de los grandes problemas de salud en España: la obesidad, ya bautizada como la epidemia silenciosa.



INVESTIGACIONES SOBRE OBESIDAD INFANTIL

En qué se centra la ciencia

Son muchos los grupos de investigación en España que se dedican actualmente al estudio de los problemas de sobrepeso en menores. Hablamos con cuatro de ellos para conocer cómo es su trabajo y hacia dónde se dirige el estudio de esta enfermedad.



LA GENÉTICA DEL SOBREPESO

Instituciones: Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid.

Investigador principal: Jesús Argente Oliver, director del Departamento de Pediatría.

El servicio de Endocrinología, Crecimiento y Metabolismo del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid es un referente nacional e internacional en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niños con alteraciones hormonales, metabólicas y patologías del crecimiento. Con más de 300 artículos publicados, este grupo, dirigido por el doctor Jesús Argente Oliver, responsable también de Grupo del Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), ha efectuado aportaciones de gran relevancia científica sobre anomalías genéticas tanto del crecimiento como de la obesidad. En la actualidad, se encuentran inmersos en los siguientes trabajos:

- **Los genes que determinan las obesidades más graves en menores de cinco años.** Se estima que alrededor del 13% de los niños en Europa puede presentar obesidad causada por un gen (obesidad monogénica). Hasta el momento se sabe que pueden estar implicados más de 20 genes. Por ello, el doctor Argente y su equipo, dentro

del programa sobre Obesidad Infantil del CIBEROBN, han formado una muestra de 1.300 niños con obesidad severa a los que se les ha realizado un seguimiento. Esta investigación ha detectado mutaciones genéticas en todos ellos.

- **Obesidades sindrómicas.**

Son aquellas que vienen acompañadas de otras alteraciones (cardíacas o renales) y que forman parte de un síndrome, como el de Bardet-Biedl, Almström y Prader-Willi. "Nuestra intención es seguir investigando en el campo de la genética en todos los pacientes que presenten obesidad grave de inicio precoz, en aquellos con historia clínica de hambre insaciable, con historia familiar de obesidad o asociada a alteraciones del neurodesarrollo. Para ellos se está buscando una terapia personalizada que nos conduzca a la medicina de precisión en las obesidades infantiles", explica Argente.

- **Fármacos para tratar la obesidad.**

El equipo del Hospital del Niño Jesús está colaborando con otras instituciones internacionales

en dos ensayos clínicos para probar la eficacia de un fármaco para tratar la obesidad más grave. Se trata de un medicamento para pacientes que tienen una deficiencia en el receptor de la leptina, la hormona que regula el apetito. Este es un tipo de alteración que se caracteriza por unas ganas continuas de comer y un aumento severo de peso. Hasta el momento no había tratamiento para estas enfermedades y los ensayos auguran un buen resultado, ya que se ha observado una pérdida de peso de, al menos, el 10% en el 80% de los participantes del primer ensayo y del 45% en los del segundo.

- **La hormona del crecimiento.**

Este equipo de investigación sigue estudiando los mecanismos genéticos que influyen en la hormona del crecimiento (GH): los problemas que impiden que los niños desarrollen una estatura y un peso normal para su edad. También estudian en pacientes con obesidad los diferentes tipos de microRNA, un grupo de biomoléculas asociadas a la regulación de numerosos procesos biológicos relacionados con la obesidad.

- **Pubertad precoz y sobrepeso.**

Los niños con obesidad suelen presentar una pubertad precoz (antes de los ocho años en niñas y de los nueve en niños). Esto puede llevar asociado trastornos emocionales y problemas de salud en un futuro. Por ello, otro objetivo de este equipo es la investigación del patrón de crecimiento en niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad, intentando esclarecer las posibles alteraciones en el inicio y desarrollo de esta etapa vital y sus eventuales complicaciones en la adquisición de los caracteres sexuales secundarios y la función sexual y reproductora. También estudian cómo influye el sexo y el grupo étnico en el desarrollo de la obesidad.

- **Trastornos relacionados con la obesidad.**

Siguen identificando las comorbilidades, es decir, los trastornos asociados más comunes que se desencadenan en los niños obesos, como alteraciones en el metabolismo, hiperuricemia (exceso de ácido úrico en la sangre) e hipertensión arterial.



LOS PERIODOS CRÍTICOS DE LA OBESIDAD

Institución: Grupo de trabajo Obesidad Infantil y en la Adolescencia de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Investigador principal: Gilberto Pérez López, endocrino y pediatra.

Este grupo no solo se enfoca en la población infantil, sino que también se dirige a los jóvenes con unas cifras muy altas de prevalencia de la obesidad. Su meta es el abordaje multidisciplinar de la obesidad: desde la atención médica, el acompañamiento psicológico, la dietoterapia (el tratamiento que consiste en adoptar la dieta adecuada) hasta el ejercicio como motor de cambio real en el estilo de vida de nuestros niños y jóvenes. Para este equipo, todas las etapas en el crecimiento del niño son igual de importantes, pero es cierto que hay tres periodos críticos en los que se centra:

- **Los primeros 1.000 días de vida del niño. Desde el nacimiento hasta los dos años.** En esta etapa, la alimentación tiene un gran impacto no solo en el desarrollo normal del cerebro del bebé, sino también se asocia al riesgo de obesidad, así como de otras enfermedades crónicas en la etapa adulta (como la diabetes y la hipertensión). "Todo lo que se haga antes de la concepción por parte de ambos progenitores, durante el embarazo y hasta los dos años, va a tener una enorme influencia en la salud en general y en el riesgo de obesidad en particular", explica Pérez.

- **Entre los cinco y siete años: el rebote adiposo.**

En las curvas de índice de masa corporal (IMC) se ha identificado un crecimiento en el primer año de vida que decrece posteriormente, llegando a valores mínimos entre los cinco y los siete años. En ese momento se produce un nuevo aumento hasta la edad adulta. Es lo que se denomina el rebote adiposo. Un rebote temprano o precoz, entre los tres y cinco años, se asocia con un mayor riesgo de sufrir sobrepeso y obesidad.

- **La adolescencia.** Durante este periodo se producen cambios psicosociales a gran

velocidad. En el contexto biológico, la pubertad se relaciona con ganancia de peso en relación con el propio crecimiento longitudinal (en una situación normal, la altura es mayor que la ganancia de peso). Lo que ocurra en la adolescencia va a tener un enorme impacto en el riesgo de obesidad, así como de otros trastornos endocrino-metabólicos (diabetes tipo 2) y aumento del riesgo cardiovascular. "Si un adolescente presenta sobrepeso u obesidad, tiene más del 70% de probabilidad de ser un adulto con obesidad", explica el doctor.

- **Obesidad y entorno.** En los últimos años, el grupo se ha centrado en abordar el problema de la obesidad desde el punto de vista psicológico e investiga la obesidad como respuesta al entorno, analizando los factores psicosociales y familiares implicados, el papel de la regulación emocional en el origen y en el mantenimiento de la obesidad. También estudian lo importante que es regular las emociones desde edades tempranas, así como la intervención psicológica a través de programas en los que se involucra a la familia.





NUTRICIÓN PERSONALIZADA

Institución: Nutrición y Obesidad de la Universidad del País Vasco.

Investigadoras: Saioa Gómez Zorita y Naroa Kajarabille García.

La línea principal de investigación del grupo Nutrición y Obesidad de la Universidad del País Vasco se centra en la obesidad y sus patologías asociadas, como la hipercolesterolemia y la diabetes. El grupo trabaja principalmente en el estudio de la acumulación de grasa corporal según la composición de la dieta y potenciales ingredientes.

Actualmente el grupo está inmerso en proyectos, en colaboración con otros equipos e instituciones nacionales y autonómicos.

• **Nutrición de precisión.** Este proyecto recibe financiación autonómica y se centra en el campo de la nutrición a medida del individuo. El objetivo es buscar el tratamiento adaptado a

cada persona para ayudar a prevenir y tratar de una forma más correcta la obesidad infantil.

• **Cómo son los hábitos de los menores.** Este grupo también trabaja, en colaboración con el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, en una línea de investigación centrada en valorar los hábitos alimentarios y el estado

nutricional de la población de la ciudad. Este trabajo incluye un programa de fomento del consumo de frutas y verduras en la población infantil.

• **Las posibles mutaciones genéticas.** Este equipo acaba de iniciar un proyecto relacionado con la genética. Su objetivo es detectar posibles mutaciones genéticas y su relación con la obesidad.



LOS PORQUÉS DE UNA MALA ALIMENTACIÓN

Institución: Seguimiento del Niño para un Desarrollo Óptimo (SENDO).

Investigadora principal: Nerea Martín-Calvo, pediatra y doctora en Epidemiología.

El proyecto SENDO (Seguimiento del Niño para un Desarrollo Óptimo) es un estudio de investigación que tiene como objetivo analizar el efecto de la dieta y los estilos de vida sobre la salud del niño y del adolescente, pero también su relación con otras enfermedades, como el asma o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este proyecto nació en 2015 en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra, pero en el 2018 se expandió por todo el país y, a día de hoy, SENDO está compuesto por una muestra de niños y adolescentes de toda España. Su directora, la doctora e investigadora Nerea Martín-Calvo trabaja junto a un equipo de colaboradores,

pediatras e investigadores, repartidos por todo el territorio nacional.

• **La calidad de la dieta de los menores.** En la actualidad hay tres pediatras escribiendo su tesis doctoral con datos relacionados con la obesidad infantil en los participantes de este proyecto. Dos de esos trabajos se centran en factores asociados con la calidad de la dieta de los niños. "Gracias a los datos obtenidos en esta investigación sabemos que los niños que han recibido lactancia materna tienen mejores hábitos dietéticos a los cinco y seis años. También, que los conocimientos nutricionales de los padres, su implicación en la dieta de sus hijos, las horas de pantallas y la

realización de actividad física son factores que se asocian estrechamente con la calidad de la dieta que, como se sabe, es el factor más fuertemente asociado con el desarrollo de obesidad infantil", explica Martín-Calvo.

• **En busca de la raíz del problema.** El grupo de investigación se centra en los factores determinantes de la calidad de la dieta. Los factores modificables de la obesidad son de sobra conocidos: una mala calidad de la dieta y la falta de actividad física. "Por eso nosotros preferimos ir un paso más atrás en la cadena causal y centrarnos en los determinantes de esos factores: qué conduce a tener una peor alimentación y a realizar poca actividad física.

Esperamos que este tipo de investigaciones tengan un impacto importante en las cifras de obesidad infantil, porque sirven para desarrollar las campañas de prevención que van a la raíz del problema", matiza la científica.

• **El aprendizaje antes de los seis años.** Sus investigaciones han concluido que los seis primeros años de vida de un niño son fundamentales, ya que a esa edad muchos menores ya han desarrollado sus gustos, apetencias y aversiones. "Gran parte de los hábitos adquiridos en la infancia se proyectan y mantienen en la edad adulta. Así que, si quieres que un niño interiorice un hábito, enséñaselo antes de los seis años", explica Nerea Martín-Calvo.



ÁNGEL GIL

Presidente de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT)

“La investigación va a años luz de lo que luego son las estrategias públicas”

Resumir en unas líneas la trayectoria científica del doctor Ángel Gil supone todo un reto. Es tan extensa y prestigiosa que resulta complicado realizar una síntesis de los 50 años que el catedrático del Departamento de Bioquímica y Biología molecular de la Universidad de Granada lleva dedicados a la investigación. Actual presidente de Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), este doctor en Ciencias Biológicas comenzó a trabajar en 1973, año en el que presentó su tesis doctoral sobre la leche materna y, desde entonces, no ha cesado su actividad científica. Su trayectoria en el campo de la nutrición, y en especial en el estudio de la obesidad, ha sido reconocida con numerosos premios nacionales e internacionales –recientemente, ha sido galardonado con el Sir David Cuthbertson Lecture Award 2021, convirtiéndose en el segundo español en conseguirlo en 42 años– y ha quedado plasmada en más de 700 publicaciones. Cada día, al frente del grupo BioNit de la Universidad de Granada, lidera un equipo de

18 personas que indagan a diario en el porqué de la obesidad y buscan cómo combatirla.

Una de las principales líneas de investigación del grupo BioNit es la obesidad infantil. ¿Por qué es más necesario que nunca destinar fondos y recursos a investigar sobre ella? Solo a través de la investigación se puede tratar de solventar a medio y largo plazo el problema que supone la obesidad y sus comorbilidades [trastornos asociados], fundamentalmente la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Según el último informe COSI (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*) de la OMS, el 41% de los menores españoles sufre sobrepeso u obesidad, una de las tasas más altas de Europa, solo por detrás de Grecia e Italia. Según estudios internos, un 70% de los niños que son obesos en edad escolar continúan siéndolo





Fermin Rodríguez

**Una asignatura pendiente.**

Ángel Gil lo tiene claro. Hace falta mejorar las condiciones laborales de los científicos. "Necesitamos tratar que los profesionales bien formados puedan realizar una labor en condiciones y en beneficio de nuestro propio país", afirma.

de adolescentes y en la edad adulta, y un porcentaje muy elevado de ellos, entre el 12% y el 30%, desarrollar una enfermedad cardiovascular temprana. Esto supone un grave problema de salud, pero también significa un gran gasto en sanidad y una inmensa cantidad de recursos que se necesitarán para tratar la enfermedad.

Ya llevamos algún tiempo aplicando medidas contra la obesidad, ¿no están funcionando? La obesidad no va a disminuir de repente. En 1984, fecha en la que se recogen los primeros datos fiables, el porcentaje de obesidad infantil que teníamos en España era del 4,8%, y ahora estamos en un 18%. Las tasas varían según los estudios, pero en algunas franjas de edades alcanza ese 18%. Esto quiere decir que hemos generado un problema durante décadas y el solventarlo va a depender de aplicar programas específicos también a lo largo del tiempo. Solo a través de la investigación se pueden hacer nuevos enfoques que nos ayuden a establecer políticas de salud públicas apropiadas para que se produzca esa disminución. Es cierto que las medidas que ya se están tomando en

España han comenzado a dar sus primeros frutos, prueba de ello es que algunos estudios hablan de que los datos sobre obesidad no empeoran y otros incluso aprecian una pequeña mejoría, pero tenemos que seguir investigando.

Dentro del área de la obesidad infantil, ¿en qué campos cree que hay que investigar más? Por ejemplo, desconocemos aún muchos de los aspectos relacionados con la genética de la obesidad, de la interacción con el medio ambiente, de la posibilidad de hacer nutrición personalizada, de la aplicación de tratamientos tempranos para evitar el síndrome metabólico precoz [factores de riesgo de enfermedad cardíaca y diabetes, como la obesidad abdominal, presión arterial alta o un nivel alto de triglicéridos] en niños... La investigación en salud es fundamental, pero diría que de forma muy particular en el campo de la obesidad.

Su equipo está formado por 18 investigadores. ¿En qué proyectos se encuentran trabajando?

Hace ya 20 años que comenzamos a trabajar en obesidad. Somos un equipo que forma parte del Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Dentro de este grupo estamos trabajando en un proyecto, liderado por la profesora Concepción Aguilera, en el que estamos viendo determinantes genéticos de la obesidad

y alteraciones epigenéticas para entender por qué unos individuos tienen más susceptibilidad a la obesidad y cómo esas variantes genéticas interaccionan con el medio ambiente. Este es un gran proyecto que, además, es la continuación de otros que se iniciaron hace ya muchos años.

Además de la genética, ¿qué otras áreas aborda su equipo?

La relación entre el asma y la obesidad es otro de los proyectos en los que estamos trabajando para tratar de entender por qué unos individuos obesos tienen más susceptibilidad que otros a esta enfermedad respiratoria. Dentro también del CIBEROBN, y junto a un grupo de la Universidad de Córdoba, dirigido por la doctora Mercedes Gil Campos, otro de la Universidad de Zaragoza dirigido por Luis Moreno y la doctora Gloria Bueno, y otro de la Universidad de Santiago de Compostela, tenemos de forma conjunta una gran cohorte de niños que estamos siguiendo desde la



etapa prepúber a la púber para conocer los determinantes de por qué algunos de ellos desarrollan síndrome metabólico precoz y lo mantienen a lo largo de la vida.

¿Y fuera del CIBEROBN? ¿Tienen en manos algún proyecto con la Universidad de Granada? Sí, dentro del Instituto de Investigación de Nutrición y Tecnologías de los alimentos José Mataix, una parte del grupo está inmerso en proyectos vinculados a las alteraciones de la microbiota en el ámbito infantil, especialmente en niños prematuros. Otro está desarrollando microorganismos probióticos y viendo los mecanismos de acción potenciales para utilizarlos con fines terapéuticos y otra parte del grupo está evaluando algunos compuestos bioactivos de los alimentos (en concreto, del aceite de oliva virgen extra) y estamos valorando cómo pueden incidir concretamente en ciertas alteraciones metabólicas y clínicas (hipertensión, colesterol) relacionadas con el síndrome metabólico y la enfermedad cardiovascular.

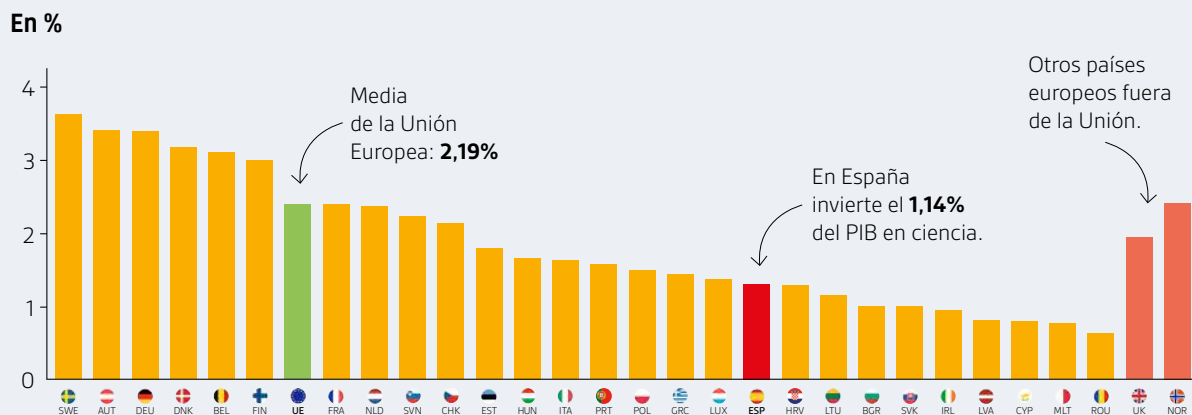
A lo largo de su carrera ha publicado muchos trabajos científicos. ¿Puede destacar algunos que hayan tenido especial relevancia en la lucha contra la obesidad? Uno de los mayores logros de nuestro grupo ha sido la investigación de las funciones biológicas de los nucleótidos de la leche humana, ya que hemos contribuido a aclarar el papel que estos compuestos durante el periodo neonatal y en la modulación de la respuesta inmunitaria en recién na-

“Solo a través de la investigación se pueden hacer nuevos enfoques que nos ayuden a establecer políticas públicas para reducir la obesidad”.

cidos prematuros. De hecho, gracias a estos descubrimientos, la UE incluyó en la Directiva 96/4/CE sobre preparados para lactantes un anexo que recomienda desde entonces la suplementación con nucleótidos de las fórmulas infantiles basadas en leche de vaca. También hemos descubrier- to nuevas variantes genéticas relacionadas con

España, en el vagón de cola en inversión

Según datos de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), sobre inversión en investigación y desarrollo relativos a 2019, España invirtió en esta actividad 303 euros por habitante, menos de la mitad que la media de sus socios europeos (que destinan 685,6 euros por persona). Esto supone el 1,14% del PIB español, por debajo del 2,19% de la media europea.



Fuente: Porcentaje del PIB destinado a la inversión en investigación y desarrollo, 2019. Eurostat.



la obesidad y hemos establecido unos algoritmos que permiten valorar el riesgo genético de sufrirla. En lo que respecta al campo de los microorganismos probióticos, hemos investigado sobre los mecanismos moleculares y genéticos de ciertas bacterias que pueden ser utilizadas con efectos preventivos y terapéuticos de la obesidad. En el campo de los compuestos bioactivos, hemos establecido los mecanismos moleculares y bioquímicos a través de los cuales el aceite de oliva virgen extra previene la enfermedad cardiovascular.

¿Cuáles son esos efectos biológicos del aceite de oliva? El consumo de aceite de oliva no solo tiene su influencia beneficiosa en la salud por tener ácido oleico, sino también por contar con compuestos bioactivos –polifenoles, terpenos, escualeno– que, según hemos demostrado en estudios epidemiológicos y de intervención, realmente ejercen un efecto muy beneficioso para la salud cardiovascular y para la prevención de numerosas enfermedades crónicas. Por ello, no se pueden homologar los beneficios de los distintos aceites solo por su composición, ya que los de semillas tienen que ser extraídos con solventes orgánicos y en ese proceso ya se pierden esos compuestos bioactivos.

¿Considera que todos estos avances y descubrimientos obtenidos gracias a años de investigación se reflejan en las políticas públicas que se implementan desde las instituciones para luchar contra la

obesidad? Para nada. Hay una muy buena política que se estableció con buen criterio cuando la doctora María Neira [hoy directora del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud] fue presidenta de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA). Estoy hablando de la estrategia NAOS, un programa que fue pionero y que sigue siendo excelente, pero los recursos con los que cuenta son mínimos para el gran problema de obesidad que presenta España. En papel, el programa es muy bonito y el Ministerio de Sanidad lo aplica en la medida en la que puede, pero no se puede desarrollar [se refiere a que después de más de 15 años desde su lanzamiento, este programa no ha logrado reducir de forma clara la tasa de obesidad infantil].

¿Cuáles son los principales obstáculos que hay en España para desarrollar estas investigaciones? No es fácil conseguir financiación para la realización de proyectos, pero ni en España ni en ningún lugar del mundo. Los proyectos son competitivos y, por lo tanto, sencillo no es, pero los buenos grupos de investigación siempre obtenemos recursos.





“Hay que tomar conciencia de que la investigación es el motor de desarrollo de un país, como ya se dieron cuenta los países nórdicos, Alemania o el Reino Unido”.

Cuando hay buenas ideas se obtienen fondos, lo que ocurre es que en nuestro país esos recursos destinados para la investigación son muy escasos. Los grupos punteros normalmente obtienen financiación, pero la cantidad y la aplicación de esos fondos es muy pequeña comparada con otros países. Un ejemplo de esto es que en España la inversión en investigación no se considera inversión, sino gasto. Por ello, lo primero que hay que hacer es tomar conciencia que la investigación es el motor de desarrollo de un país, como ya se dieron cuenta hace tiempo los países nórdicos, Alemania, EE UU o el Reino Unido.

¿Qué cambios se deben dar en España para compararnos con otros países? Cuando surgen problemas como el de la pandemia de la covid-19, todo el mundo comienza a acordarse de lo importante que es la investigación, pero lo cierto es que al cabo de las semanas se olvida. España tiene que tomarlo como una inversión, ya que cuando se invierte en la investigación se obtienen beneficios, los derivados de la traslación de la investigación a las empresas: de la creación de patentes, genera empleo, la posibilidad de exportación de productos a otros países...

¿Qué más se necesita además de tomar conciencia? Invertir una mayor parte de nuestro PIB y construir una gran agencia de investigación que no esté permanentemente amenazada por los



sistemas y avatares políticos. Los políticos son cortoplacistas, se deben a las elecciones que se suceden cada cuatro años y a los cambios que se generan en los partidos. La investigación no debe estar sometida a estas situaciones, sino que necesitamos una gran institución que tenga programas a largo plazo y ayude y soporte la investigación con independencia de los eventos políticos. Esto es algo que asociaciones y grupos de investigadores llevamos pidiendo desde hace mucho tiempo, pero hasta el momento no hemos tenido respuesta.

Resumiendo: el conocimiento científico lo tenemos, pero desde las instituciones no se hace mucho al respecto. Sí, la investigación va a años luz de lo que los políticos luego aplican en políticas públicas. Tenemos que establecer programas adecuados desde la escue-



la, formando a los propios maestros, e impartir una buena educación en nutrición y hábitos de vida a toda la población. No podemos pretender que un niño haga una vida saludable si sus padres no la hacen. Es cierto que a este respecto se está comenzando a hacer algo, pero se necesitan más políticas efectivas y sostenidas en el tiempo y que estén financiadas de manera apropiada.

¿Qué haría falta en el ámbito de la salud? Por ejemplo, nuestro sistema de salud es bueno, pero sin duda es extraordinariamente mejorable. En la atención primaria, un pediatra tiene cinco minutos para ver a un niño, algo que imposibilita el detenerse a hacer un seguimiento al menor con sobrepeso. Igual ocurre en los hospitales. La mayoría de ellos no tienen recursos para realizar un tratamiento multidisciplinar con niños obesos; es decir, con endocrinos pediátricos, nutricionistas, profesionales especializados en actividad física... Lo que sí sobra en el mundo hospitalario y de la seguridad social es burocracia, pero faltan profesionales. Y no hablo solo de médicos y enfermeros, sino también de nutricionistas y especialistas en actividad física que tengan acceso a plazas hospitalarias. En definitiva, necesitamos mayor inversión en investigación, elevando el porcentaje del PIB destinado a la ciencia, y tratar que la gente bien formada pueda realizar una labor en condiciones y en beneficio de nuestro propio país.

EL CASO ESCANDINAVO DEL LABORATORIO A LA POLÍTICA

Un caso de éxito en la lucha contra la obesidad infantil es Noruega. El país nórdico tiene a un 25% de sus habitantes con sobrepeso, mientras que en España la cifra alcanza ya el 55%. Los noruegos invierten más euros que nosotros en I+D. En concreto, el país escandinavo destina un 2,22% de su PIB a investigación, lo que le permite tener una cifra de investigadores de 5.685 por millón de habitantes. Puede que por ello tenga una tasa de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil del 13,8% (la media entre todas las edades), frente al 40% de niños españoles. Una de las claves está en convertir la inversión en investigación en políticas públicas. Sus encuestas y sus estudios

científicos concluyeron que los niños noruegos consumían demasiado azúcar, y tomaron medidas. Entre los años 2000 y 2018, el país ha conseguido reducir la ingesta de azúcar por habitante, pasando de los 43 kg por persona al año a 23 kg. Como contaba en el número de abril de *Consumer Liv Elin Torheim*, vicepresidenta del Consejo Noruego de Nutrición, "parte de este éxito es que el Gobierno noruego restringe toda la publicidad dirigida específicamente a los niños a través de la Ley de Radiodifusión de 1992. Una norma que en 2013 fue más allá, y la industria alimentaria acordó una prohibición autorregulada del marketing en alimentos y bebidas azucaradas dirigido a niños menores de 13 años".

Suecia es otro de los estados europeos con menor porcentaje de niños y niñas con sobrepeso. El país escandinavo cuenta con una cifra de obesidad infantil del 8,5% de media entre todas las edades, que se reduce a un 5,8% entre los adolescentes. ¿Es casualidad que los suecos sean los que más destinan a la investigación en el continente europeo? El 3,39% de su PIB en 2019, una cantidad que les permite tener 6.875 investigadores por millón de habitantes, frente a los 2.614 investigadores que se puede permitir España invirtiendo un 1,14% del PIB.



CAPÍTULO 10

Conclusiones

Obesidad infantil

LA OTRA GRAN PANDEMIA SILENCIOSA

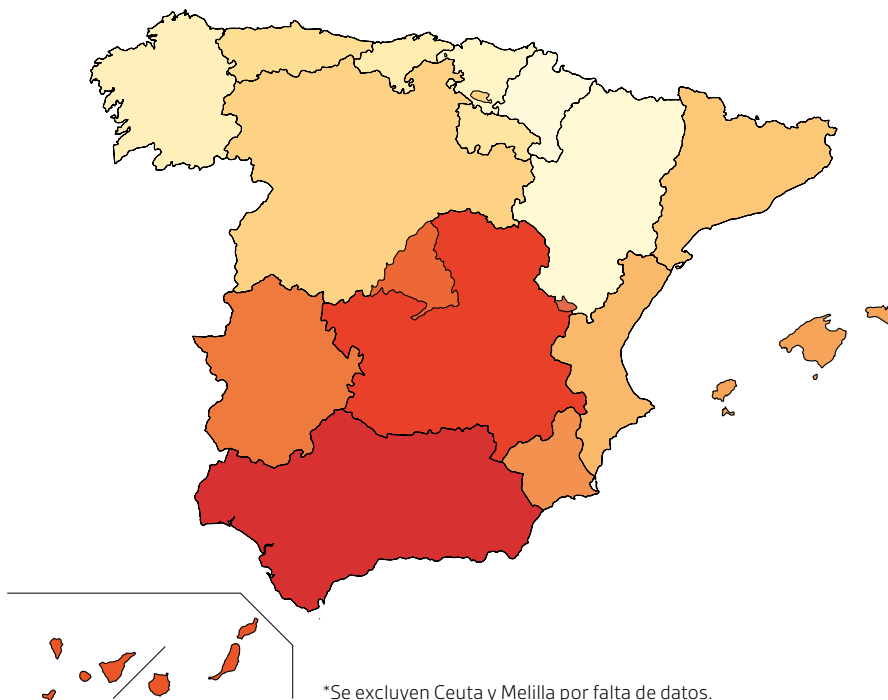
Muchos son los factores que influyen en la obesidad infantil y muchas también las herramientas para combatirla. Pero no todas las comunidades autónomas lo hacen de la misma forma y, por eso, el lugar donde vives puede determinar el riesgo de tus hijos de sufrir sobrepeso. Analizamos una serie de indicadores de cada región para saber cómo se afronta el problema desde tres ámbitos: el entorno, los hábitos saludables y el ejercicio físico. Todavía queda mucho por hacer.

Por primera vez en la historia, la generación actual de niños y niñas vivirá menos que sus padres. El motivo: la obesidad infantil. El exceso de grasa está azuzando la prematura aparición en los jóvenes de enfermedades que hasta ahora habían sido propias de adultos, como la diabetes tipo 2, las enfermedades coronarias, la hipertensión arterial, el infarto cerebral o la apnea del sueño. Y su crecimiento es imparable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo. Es un hecho global que también afecta a los niños y niñas españoles. Cuatro de cada 10 ya padecen exceso de peso. ¿Qué hay detrás de este cambio? ¿Qué podemos hacer para mitigar sus efectos? ¿Estamos a tiempo?



¿Cómo está cada comunidad autónoma?

La clasificación es el resultado del análisis de varios indicadores sobre el entorno, los hábitos saludables y el ejercicio físico de cada región (ver tabla página 36).



	Ranking*
Navarra	1º
Aragón	2º
País Vasco	3º
Galicia	4º
Cantabria	5º
La Rioja	6º
Asturias	7º
Castilla y León	8º
Cataluña	9º
Comunidad Valenciana	10º
Baleares	11º
Murcia	12º
Extremadura	13º
Madrid	14º
Canarias	15º
Castilla-La Mancha	16º
Andalucía	17º

A lo largo de los últimos nueve meses, EROSKI CONSUMER ha tratado de dar respuestas a estas preguntas acompañados por especialistas de todos los ámbitos de responsabilidad en esta llamada “enfermedad de las enfermedades”: Administración, sanidad, industria, familia, escuelas, científicos, divulgadores y medios de comunicación. Nueve capítulos que nos han invitado a reflexionar y arro-

jar luz sobre el camino que debemos seguir para frenar a este gigante. En este capítulo final mostramos las conclusiones a las que hemos llegado y ponemos el foco en las comunidades autónomas. Hemos analizado una veintena de variables determinantes en el problema del exceso de peso, con el objeto de discernir hasta qué punto nacer en una comunidad autónoma u otra es determinante.

Según la Organización Mundial de la Salud, desde 1975, la obesidad se ha triplicado. En España, 4 de cada 10 menores ya tienen exceso de peso.

FICHA TÉCNICA

Informe: Análisis de variables sobre la obesidad infantil.

Fuentes: Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (HBS), Ministerio de Sanidad, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Consejo General de los Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas, Consejo General de la Educación Física y Deportiva de España, Instituto Nacional de Estadística.



ENTORNO

Cómo influye la pobreza y el gasto sanitario

El entorno en el que vivimos es determinante a la hora de desarrollar obesidad infantil. Las administraciones públicas a través de sus políticas marcan diferencias. Un mayor gasto sanitario, una mejor atención pediátrica en la que los recursos sí importan y, sobre todo, el volumen de población con menos recursos económicos dibujan un mapa en el que la obesidad y el sobrepeso infantil se agravan de norte a sur.

Las instituciones, conscientes de que nos encontramos ante un problema de salud pública, llevan años trabajando. En 2005 el Gobierno de España lanzó la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) con el fin de desarrollar acciones o intervenciones, conforme a la evidencia científica y en todos los ámbitos de la sociedad, para invertir la tendencia creciente del sobrepeso entre los españoles. Según reconoció el ministro de Consumo, Alberto Garzón, en la entrevista concedida para este especial sobre la obesidad infantil de EROSKI CONSUMER, la estrategia no está funcionando y todavía se registran “vacíos” que impiden frenar las cifras.

Los datos hablan por sí solos. Según el Ministerio de Sanidad, en 2017, la media de obesidad (índice de masa corporal superior a 30) en niños de 2 a 17 años era del 10,3%. Es más, el Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), promovido por la Fundación Eroski, revela que la prevalencia

de la obesidad en menores de 25 años en España ha aumentado durante el siglo XXI entre un 3% y un 5% en función del grupo de edad. Y este exceso de peso acarrearán en la edad adulta numerosas complicaciones de salud, como la diabetes y las cardiopatías, y por primera vez una menor esperanza de vida, tal y como reconoce Idoia Labayen, profesora de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

LAS DIFERENCIAS NORTE-SUR.

Por comunidades, la más castigada por esta “pandemia” sería Murcia, donde 4 de cada 10 menores tienen sobrepeso y obesidad. Le siguen Canarias con el 35,5% y Andalucía con el 33,4%. Las tres aparecen entre las cinco comunidades con la mayor tasa de pobreza de España. Hablamos del fenómeno conocido como *pobresidad*, que indica que la tasa de obesidad infantil es el doble entre las familias con unas rentas más bajas que en aquellas con rentas más altas, según datos del informe *Aladino 2019*, del Ministerio de Consumo y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN).

Este estudio corrobora el vínculo obesidad-pobreza. Las familias con las rentas más bajas acuden a establecimientos de comida rápida más a menudo que las más acomodadas por sus bajos precios: un 18,5% come en estos restaurantes al menos una vez por semana frente al 10,7%. Además, los niños con menos recursos consumen más



golosinas que los aventajados (11,5% lo hacen varias veces al día frente al 3,9%). Muchas veces, estos productos son la única manera con la que las familias pueden “premiar” a los más pequeños. Conscientes de esta realidad, el pasado enero se aprobó un real decreto ley para proteger a las personas más vulnerables en el consumo, definiendo así mismo la figura de la persona consumidora vulnerable, en la que se incluyen niños y niñas y personas de edad avanzada.

Si Murcia sale mal parada en este ranking, en el otro extremo está Nava-



En Murcia, 4 de cada 10 menores entre 2 y 17 años tienen sobrepeso u obesidad. Le siguen Canarias y Andalucía.

20%, rebajar los azúcares libres en la dieta en un 20% y lograr que el 50% de los agentes e iniciativas que trabajan a favor de la alimentación saludable lo hagan de forma alineada. Objetivos reales en un tiempo razonable.

LAS CARENCIAS DE LA SANIDAD.

Lo cierto es que los datos de obesidad en España no mejoran, por lo que aún queda mucho por hacer. Más si cabe si, según los datos de la OMS, esta prevalencia es de las más altas de Europa, solo por detrás de Grecia e Italia. En materia de Sanidad, la incorporación de dietistas-nutricionistas al Sistema Nacional de Salud podría marcar la diferencia. Puede parecer insólito, pero estos profesionales no se encuentran dentro de la sanidad pública en la mayoría de las comunidades autónomas, aunque sí en otros países europeos como Francia. Su incorporación es una antigua demanda de este sector: si tanto se insiste en que la obesidad infantil es multicausal y debe abordarse de forma multidisciplinar, parece evidente que este profesional titulado, experto en alimentación, puede ser muy eficaz para combatirla. Según una revisión sistemática publicada en 2015, de la que se hace eco el Consejo General

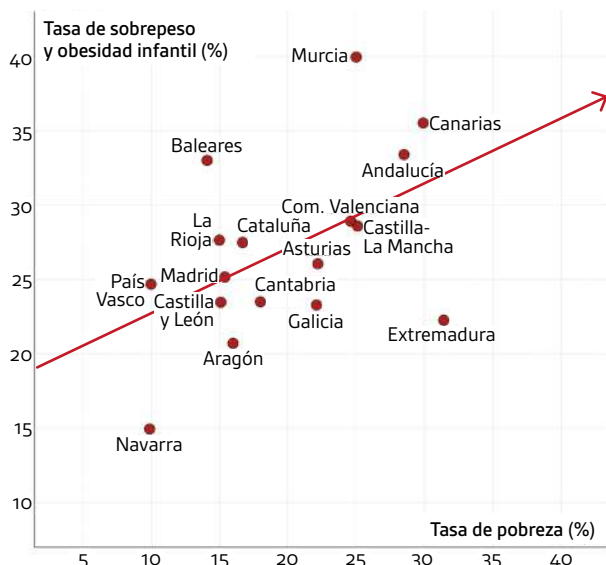
rra, con la renta más alta de España y también con los mejores datos respecto a esta patología: solo el 1,4% de los menores navarros padece obesidad y el 15% tiene algún tipo de sobrepeso. Le siguen Aragón y Galicia, donde uno de cada cinco menores supera la barrera del exceso de peso. En mitad de la tabla, se encuentran País Vasco y Cataluña. En ambas comunidades se han adoptado distintas estrategias para ser más eficaces en la lucha contra la obesidad y se han adoptado con éxito medidas pioneras, como la subida de impuestos

a las bebidas azucaradas que se ha llevado a cabo en Cataluña y que, según se anunció el pasado mes de octubre, iba a hacer suya el Ministerio de Consumo para aplicarse en todo el país.

Por su parte, País Vasco ha desarrollado el *Plan de los 1.000 días*, cuyas conclusiones están a punto de ver la luz. Esta comunidad descarta los planes a muy largo plazo y, por ello, fija 1.000 días para cumplir objetivos saludables, como aumentar en un 20% el número de menores que consumen fruta y verdura, reducir el consumo de sal un

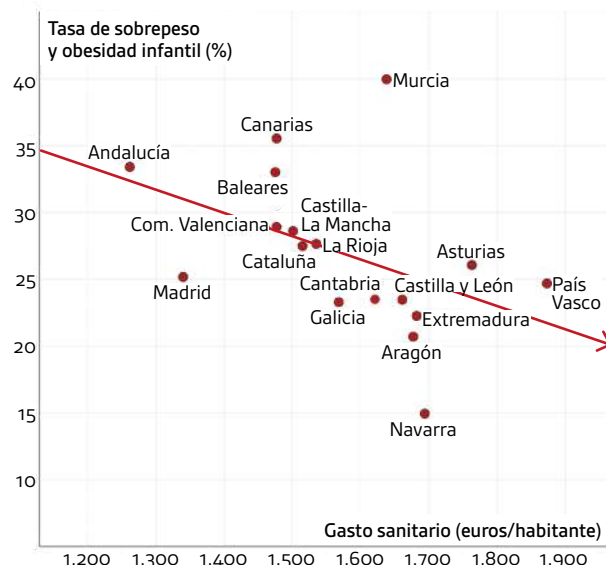
Relación entre la renta, el gasto sanitario y el exceso de peso infantil

1. EXCESO DE PESO DE LOS MENORES Y LA POBREZA



El gráfico 1 demuestra que cuanto mayor es la tasa de pobreza, mayor es la cifra de menores con sobrepeso y obesidad en la mayoría de los casos.

2. EXCESO DE PESO DE LOS MENORES Y EL GASTO SANITARIO



El gráfico 2 refleja que cuanto mayor es el gasto sanitario, menor es la cifra de menores con sobrepeso y obesidad en la mayoría de las comunidades.

Fuentes: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población infantil entre 2 y 17 años. INE, 2017. Tasa de riesgo de pobreza. INE, 2020. Gasto sanitario por habitante y comunidad autónoma. Ministerio de Sanidad, 2019.

de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (CGCODN), incorporar a estos profesionales en Atención Primaria podría ahorrar al sistema de salud hasta 105 euros por cada euro invertido, mediante la reducción de las admisiones hospitalarias y el tratamiento médico. Estas cifras están basadas en los datos de varias investigaciones internacionales sobre el tema.

Aunque se ha avanzado mucho en los últimos años, el número de colegios de dietistas-nutricionistas por cada 1.000 habitantes en España sigue siendo insuficiente. Según los últimos datos del CGCODN, en la actualidad hay 5.715 especialistas. ¿Suficientes para atender a ese 40% de la población jo-

ven con exceso de peso? Es significativo que la comunidad con menor tasa de sobrepeso es la que más dietistas-nutricionistas tiene. Hablamos de Navarra, donde hay cuatro profesionales por cada 1.000 habitantes. Le sigue Cataluña, la primera comunidad en ofertar estudios superiores de esta especialidad, con dos. A la cola, Extremadura y

Canarias, con menos de dos profesionales por cada 1.000 habitantes.

Para el médico José Serrano, miembro de la Asociación Española de Pediatría, los dietistas-nutricionistas deberían tener sus consultas “puerta con puerta” con las de los pediatras en los centros de salud para trabajar de manera coordinada. Sin embargo, el

Incorporar a nutricionistas en Atención Primaria puede ahorrar hasta 105 euros por cada euro invertido.



tratamiento de los problemas derivados de la obesidad infantil sigue recayendo en la Atención Primaria. Un sector que sufre el mismo problema en cuanto a la falta de recursos: la media en España es de un pediatra por cada 1.000 menores.

FALTAN PEDIATRAS.

La diferencia por comunidades autónomas apenas varía. El rango oscila entre el 1,27 y el 0,87 pediatras por 1.000 menores, con la Comunidad Valenciana, Asturias y Canarias en cabeza. En el otro extremo, Cataluña y Madrid, donde no llegan a uno. Se trata de dos de las cuatro regiones con mayor PIB per cápita. Sin embargo, sendas comunidades se sitúan en la mitad baja de la tabla en lo que respecta al gasto sanitario por habitante. Más de 500 euros por persona de diferencia entre lo que destina Navarra, que se sitúa a la cabeza de esa inversión con 1.843 euros, y Madrid, penúltima en la tabla con 1.320 euros, que apenas aporta 78 euros más que Andalucía. Cataluña se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional, que está en los 1.574 euros por ciudadano.

Ante esta escasez de medios, existen algunas iniciativas particulares para avanzar en la lucha contra la obesidad infantil. Un ejemplo es la realizada por el Colegio de Médicos de Bizkaia en 2013 que puso en marcha una campaña formativa para educar a menores y padres sobre la importancia de una buena alimentación.

Para expertos como Serrano, colaborador del programa *Infancia y Dieta Mediterránea (Infadimed)*, que promueve la dieta mediterránea entre los alumnos de entre tres y nueve años, estos baremos son insuficientes. “Si permitiesen que la Atención Primaria pudiera dedicar más tiempo, que dietistas-nutricionistas participasen en las consultas, que no dejasen que la industria alimentaria campase a sus anchas y que pusieran impuestos a los productos azucarados, todo llevaría un cauce mucho más lógico”, aseguraba este pediatra a EROSKI CONSUMER en el especial de junio de 2021.

INVERTIR PARA AHORRAR.

Atajar esta enfermedad crónica tendría destacables repercusiones sobre la economía. Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la obesidad reduce la producción del mercado de trabajo en nuestro país en una cuantía equivalente a 479.000 trabajadores a tiempo completo por año. Todo ello se traduce en que el sobrepeso reduce el PIB español en un 2,9 %. Para cubrir estos costes, cada ciudadano en España paga 265 euros adicionales de impuestos al año.

En cálculos generales, el gasto público destinado al tratamiento de esta enfermedad y las patologías asociadas asciende a 2.500 millones de euros, el 9,7% del total del gasto en salud del país, según el libro blanco *Costes sociales y económicos de la obesidad y patologías*. Y va en aumento: la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO, por sus siglas en inglés) estima que, en

2030, la obesidad supondrá un gasto de 3.081 millones de euros anuales para los españoles.

Sin embargo, las actuaciones de salud pública para promocionar estilos de vida saludables tienen un impacto positivo sobre la salud de la población y suponen una excelente inversión. Según desvela la OCDE en el informe *La pesada carga de la obesidad*, publicado antes de la pandemia, un paquete de comunicaciones con regulación de publicidad, etiquetado de alimentos y campañas de comunicación masiva ahorraría 41 millones de euros en costes en salud en España al año. Adicionalmente, lograr una reducción calórica del 20% en los alimentos con alto contenido en azúcar, sal, calorías y grasas saturadas podría prevenir 472.000 enfermedades no transmisibles de aquí al año 2050, ahorrar 169 millones de euros al año en costes sanitarios y aumentar el empleo y la productividad en una cuantía equivalente a 13.000 trabajadores a tiempo completo por año.

Valoración final

LA MEJOR

Navarra



Navarra a la cabeza

Navarra es la comunidad autónoma con la menor tasa global de sobrepeso y obesidad infantil (14,95%). Le sigue, de lejos, Aragón con un 20,71%. Un factor que viene acompañado de la menor tasa de pobreza y de una potente inversión en sanidad: 1.694 euros por habitante, posicionándose como la tercera comunidad que más destina a este apartado. Y aunque apenas cuenta con un pediatra por cada 1.000 menores, es la región con mayor número de dietistas-nutricionistas de España por habitante.

LA PEOR

Andalucía



Andalucía cierra la lista

Andalucía, Canarias y Castilla-La Mancha se sitúan en el furgón de cola. Andalucía es la tercera región con los peores datos de obesidad y sobrepeso entre la población infantil en España, con una prevalencia del 33,4%, tras Murcia y Canarias. También es la tercera comunidad con mayor tasa de pobreza (28,5%) tras Extremadura y Canarias. Y es, además, la que menos invierte en sanidad.



HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

La importancia de comer bien y dormir lo necesario

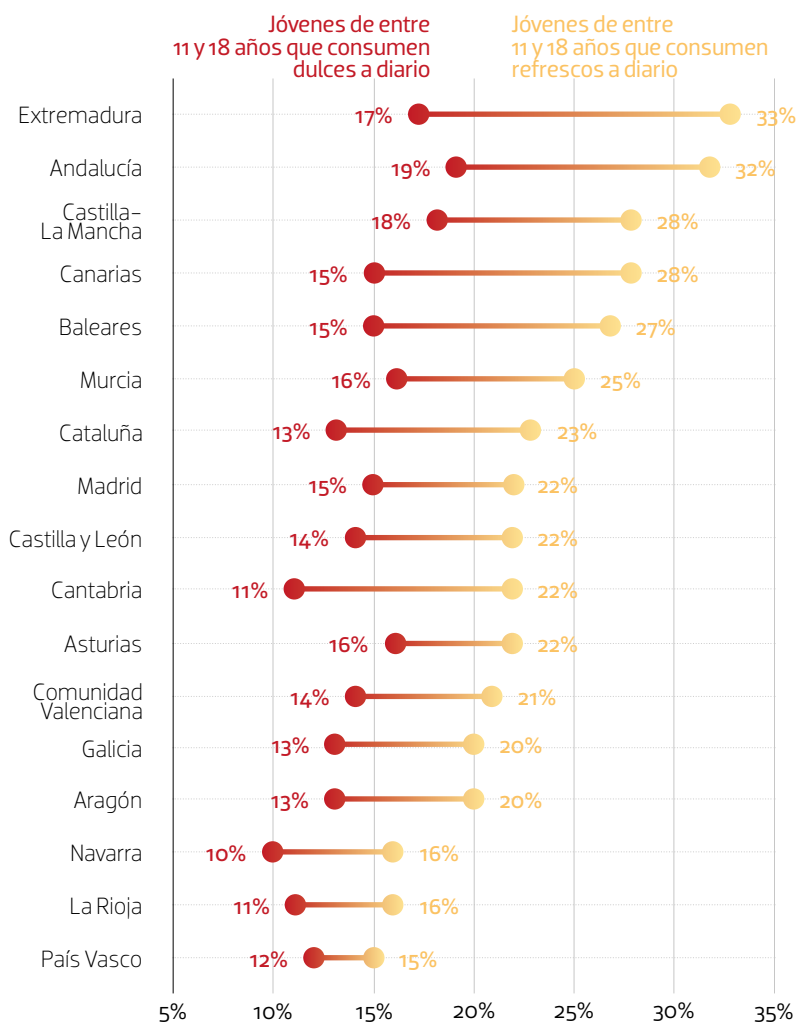
Los cambios sociales están trastocando los hábitos saludables y, por ende, abriendo las puertas a la obesidad. La falta de tiempo en una sociedad que ha pisado el acelerador ha favorecido el que los ultraprocesados y la comida rápida hayan sustituido en nuestros menús a la dieta mediterránea. Considerada por la Unesco como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad, este patrón de alimentación saludable también incluye entre sus recomendaciones ejercicio físico y un descanso adecuado.

Conscientes de ello, las instituciones han acelerado el ritmo para actuar en estos frentes. En octubre de 2021, el ministro de Consumo, Alberto Garzón, anunció que regularía los horarios para emitir publicidad de alimentos y bebidas no saludables, dirigida a la población infantil y adolescente. Unas semanas después, el ministerio publicaba en colaboración con la nutricionista Marián García, la popular Boticaria García, el recetario *Comida rápida, barata y saludable*, basado en el modelo del Plato de Harvard, una guía diseñada por la Escuela de Salud Pública de Harvard para crear comidas saludables y equilibradas, que defiende que el aporte principal del día debe proceder de frutas, vegetales y hortalizas.

EL PODER DE LA INDUSTRIA.

Estas medidas, que buscan incentivar el consumo de productos más saludables, han recibido críticas por cierto sector de la industria alimentaria. Una industria que está controlada por 10 grandes multinacionales: la suiza Nestlé, la francesa Danone, la británica Associated British

¿Qué menores se alimentan peor?



Fuente: Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), 2020.



Foods y las estadounidenses PepsiCo, Unilever, Coca-Cola, Mars, Mondelez, General Mills y Kellogg's.

Se trata de grandes conglomerados con una amplia oferta de productos, a menudo poco recomendables y en tamaños que distorsionan la idea de ración. Detrás de los alimentos favoritos entre los niños hay mucho azúcar, pero también sal y grasa. La industria no crea esa necesidad en los pequeños, pero la aprovecha y amplifica añadiendo azúcares. También abusa del sabor fácil de lo salado o de las texturas jugosas que aportan los alimentos grasos.

Una industria que emplea estrategias de *neuromarketing* para aumentar sus ventas y ganarse a este público. Regalos, promociones, descuentos, avales de sociedades científico-sanitarias y alegaciones como “fresco”, “natural”, “bueno para los huesos” o “ayuda al crecimiento de los niños”.

En España existe una guía por la que la propia industria autorregula la publicidad de alimentos dirigida a menores de 12 años, el Código PAOS, pero los expertos coinciden en que no funciona. “Los acuerdos voluntarios solo serán efectivos si las autoridades los supervisan y cuentan con sanciones. Habría que establecer una regulación específica para los productos dirigidos a menores de 16 años, como ya hacen en Portugal”, explicaba el experto en Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutrición Rafael Urrialde en el número de mayo de 2021 de EROSKI CONSUMER.

LA DIETA MEDITARRÁNEA.

Una buena alimentación, es decir, una dieta suficiente y equilibrada, combinada con ejercicio físico regular, es clave para combatir la obesidad y otras enfermedades. Por ello, debemos tener cuidado con lo que nos llevamos a la boca.

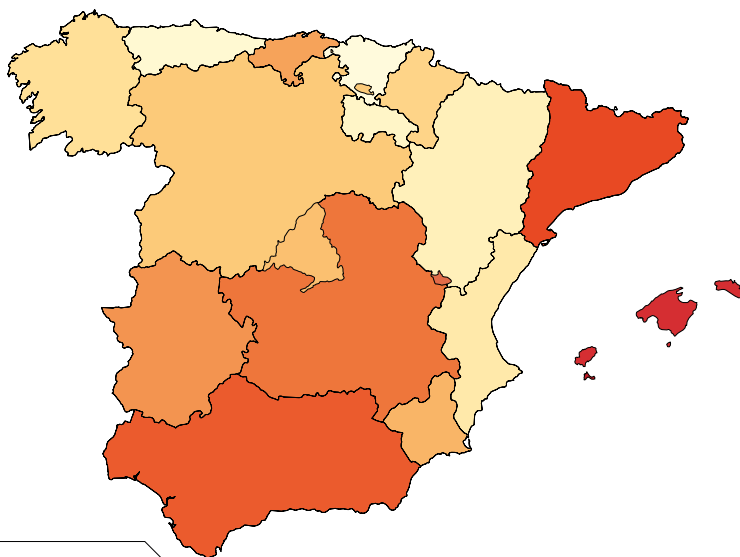
Para Andreu Raya Demidoff, presidente de la ONG Deporte para la Educación y la Salud, la receta mágica para comer saludable es cocinar. “La falta de tiempo y de ganas para cocinar impiden seguir la dieta mediterránea, que tan buenos resultados ofrece en materia de salud y sostenibilidad”, explica.

Con el objeto de demostrar que este tipo de alimentación es eficaz para combatir la obesidad juvenil y para promover un estilo de vida más saludable, el centro tecnológico Eurecat inició el pasado año en el proyecto europeo *Med4Youth*, el primer estudio clínico de intervención nutricional que evalúa los efectos de la dieta mediterránea frente a la obesidad en adolescentes de entre 13 y 17 años en España, Portugal e Italia.

La obesidad no deja de ser una enfermedad social que tiene que ver con aspectos económicos y culturales. En las últimas décadas ha crecido de manera



¿Los jóvenes españoles toman fruta todos los días?



Fuente: Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), 2020.

	Ranking
País Vasco	40%
Asturias	39%
La Rioja	39%
Aragón	38%
Comunidad Valenciana	37%
Galicia	37%
Navarra	37%
Castilla y León	36%
Madrid	36%
Murcia	36%
Cantabria	35%
Extremadura	34%
Castilla-La Mancha	33%
Andalucía	32%
Cataluña	32%
Canarias	31%
Baleares	29%

exponencial el consumo de ultraprocesados por la combinación de bajos precios, alta palatabilidad que estimula una mayor ingesta, y agresivas campañas de publicidad, que convierten a estos productos en “un problema de salud pública de primer orden”, admite Miguel Ángel Royo-Bordonada, presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública.

AUGE DE LOS ULTRAPROCESADOS.

En 2019, el *Informe del Consumo Alimentario en España*, del Ministerio

de Agricultura, Pesca y Alimentación, desvelaba que una de cada tres personas escoge la comida rápida frente a opciones más saludables a la hora de comer fuera de casa. Ese mismo informe reflejaba que, de media, cada español consume 5,81 kilos de bollería al año.

En este sentido, el Ministerio de Consumo ha comenzado a trabajar en una ley que limitará los anuncios de alimentos perjudiciales para los niños y niñas patrocinados por famosos, aumentará el *target* de edad hasta los 15 años y

restringirá el margen de lo que se considera “comida saludable”. El objetivo es evitar la sobreexposición de los niños a la publicidad de productos que contribuyen al sobrepeso y a la mala nutrición.

La incorporación a la dieta de este tipo de productos, unido a una escasez de nutrientes como ácidos grasos omega-3, hierro, calcio y vitaminas A, C y D, demuestra que la pauta de alimentación que siguen los niños y niñas españolas “es mejorable”, según ha revelado recientemente el estudio *EsNuPI*, promovido por la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) y la Fundación Española de la Nutrición (FEN). Esta investigación indica, además, que sus dietas tienen un déficit de lácteos y que ingieren excesivas grasas saturadas, azúcares y proteínas.

De manera complementaria, el estudio sobre *Conductas de los Escolares*

Los niños que duermen poco desde los tres años tienen más probabilidad de padecer sobrepeso al cumplir los siete.



res Relacionadas con la Salud (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC, por sus siglas en inglés), publicado en 2020 y reconocido como estudio colaborador por la OMS, revela que solo el 34,7% de los españoles de entre 11 y 18 años come frutas a diario, que el 15,2% consume cada día dulces y el 24,6%, refrescos. Estos dos últimos indicadores son un ejemplo de alimentos y bebidas ricas en azúcares, sal y grasas de baja calidad, que para Royo-Bordónada, son el principal factor causante de la malnutrición en el mundo. “Los productos ultraprocesados y su consumo no solo provocan obesidad por exceso de ingesta calórica, sino también alimentación insalubre y desnutrición por mala calidad nutricional y desplazamiento en la dieta de alimentos saludables, frescos o mínimamente procesados”, explica.

Según el estudio, que se basa en una encuesta a 40.495 adolescentes españoles, se observan diferencias entre las comunidades del norte y del sur. País Vasco y La Rioja son las que obtienen mejores notas en buenos hábitos alimenticios. A estos se suman Navarra, que destaca por el bajo consumo de dulces y refrescos; Asturias y Aragón, por superar la media del consumo de frutas diarias, y Cantabria, por ser la segunda comunidad donde menos dulces comen los jóvenes, tras Navarra. En el otro extremo, se posicionarían los dos archipiélagos y Cataluña como las regiones que menos frutas consumen; Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura destacan por la notable ingesta de dulces y refrescos.

EL SUEÑO AFECTA AL SOBREPESO.

La relación entre el sueño y la obesidad lleva apenas unos años encima de la mesa. Estudios como el elaborado por la neurofisióloga Teresa Canet y publicado en la *Revista de Neurología* mostraba ya en 2016 ese estrecho vínculo y concluía que los niños que dormían menos de lo necesario desde los tres años tenían más probabilidad de padecer sobrepeso a los siete años.

El sueño regula el equilibrio entre la leptina, la hormona que disminuye

el apetito, y la producción de grelina, hormona que lo aumenta. Si dormimos poco o mal, aumenta la grelina y, por tanto, nuestro apetito. Sin embargo, esta hormona, como explica Canet, es caprichosa y siente predilección por alimentos de alta densidad energética como las grasas o hidratos de carbono refinados. Esto favorece la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y, a largo plazo, de la diabetes tipo 2. Más aún, “al estar más cansados se reduce el ejercicio físico y aumenta el sedentarismo durante el día”, asegura.

¿Y cómo duermen nuestros jóvenes? Según la Asociación Española de Pediatría, los adolescentes necesitan dormir entre 8 y 10 horas diarias. Ninguna comunidad autónoma lo cumple. El Estudio HBSC revela que duermen entre las 7 horas y 49 minutos de los jóvenes vascos y las 7 horas y 29 minutos de los murcianos.

LA SALUD SE ENSEÑA.

Inculcar los buenos hábitos pasa por educar en las familias y en las escuelas. En algunas comunidades esta educación nutricional ya viene recogida en los pliegos de contratación de los co-

medores escolares, aunque las asociaciones de padres y madres insisten en que es insuficiente. Castilla y León anunció en noviembre que el próximo curso pondrá en marcha una red que fomentará un estilo de vida saludable entre los escolares. El proyecto *Hábitos saludables en la escuela* se centra en la alimentación, la actividad física, la prevención del consumo de sustancias adictivas, la seguridad vial y el autocuidado. Aquellos colegios e institutos que apliquen con éxito estas medidas recibirán un incremento de la partida para gastos de funcionamiento.

Otro ejemplo es el Programa Educativo en Alimentación y Hábitos de Vida Saludables (PEAHS), que la Fundación Eroski puso en marcha en 2013 y en el que, hasta la fecha, han participado más de un millón de escolares. Esta iniciativa dota de herramientas a los centros educativos y a las familias para poder disfrutar de una vida saludable y sostenible a través de la alimentación y el ejercicio físico. Galicia, Baleares, Aragón y Cataluña son las cuatro comunidades autónomas con más escolares que participan en este programa. A la cola se sitúan Madrid y Valencia.

Valoración final

LA MEJOR

País Vasco



LA PEOR

Andalucía



Los buenos hábitos se extienden por el País Vasco

El País Vasco se desmarca por sus buenos hábitos en alimentación y sueño, según el estudio elaborado por EROSKI CONSUMER. Es la comunidad cuyos jóvenes consumen más fruta, beben menos refrescos y duermen más tiempo. Además, está muy bien posicionada en cuanto a horas que dedican a la práctica deportiva fuera de las aulas y no abusan del consumo de dulces. Tras ella, a cierta distancia, se sitúan Galicia, Navarra y La Rioja.

Los menores andaluces, los que peor se alimentan

Los jóvenes andaluces abusan de los productos ultraprocesados, según los datos analizados. Son de los que más consumen dulces y refrescos. Además, es la cuarta comunidad que come menos fruta y practica menos deporte.



EJERCICIO FÍSICO

Niños más activos en casa y en la escuela

En la lucha contra la obesidad infantil, el ejercicio físico es esa píldora que hace bajar los niveles de grasa en el cuerpo y mejorar nuestra salud y estado físico. El siglo XXI ha traído consigo muchos cambios, pero entre ellos se ha afianzado el sedentarismo. Hemos pasado de llevar una vida activa en las calles a permanecer en los hogares y sumergirnos delante de una pantalla. El problema es que nuestros cuerpos están diseñados para mantenernos activos y no hacerlo deteriora poco a poco nuestro organismo. La ciencia ha demostrado que practicar ejercicio físico incrementa de forma considerable las posibilidades de que nuestros hijos no sufran enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes o diferentes tipos de cáncer en su edad adulta. Además, la actividad física también ayuda a socializar, favorece la autoestima y mejora el rendimiento académico.

Las ventajas son obvias y, sin embargo, la última edición del estudio *Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud* (HBSC, por sus siglas en inglés), indica que solo el 34,8% de los españoles entre 11 y 18 años realiza actividad física al menos cuatro días a la semana fuera del horario escolar. Pero no todos nos movemos igual. Los jóvenes asturianos son los más activos de la península y 4 de cada 10 practica deporte fuera de la escuela al menos cuatro días a la semana. Le siguen Castilla-La Mancha, con el 38,6%, y Canarias, con el 38,5%. En la zona baja de la tabla se encuentran

Valencia (30,7%), Madrid (33,5%) y Castilla y León (33,9%).

Y sí, el sexo importa. El interés de la mujer por el deporte crece cada año. Prueba de ello es que en la primera encuesta de hábitos deportivos que se hizo en España en 1968, un 6,8% de las mujeres españolas practicaba algún deporte, frente a más del 18% de los hombres. Hoy en día, un 44,4% de españolas practican deporte habitualmente, pero son ellos los que todavía más deporte realizan: un 51% de los hombres. Para recortar esta distancia es necesario una mayor aceptación social de la mujer deportista, comenzando por la figura de la madre activa, incorporar referentes en el deporte femenino como modelos en las aulas o hacer actividades deportivas en familia.

ACTIVOS DESDE PEQUEÑOS.

Para Carmen Pérez-Rodrigo, experta en Medicina Preventiva y Salud Pública y profesora de la Universidad del País Vasco, “la actividad física hay que fomentarla desde que los niños son lactantes, ya que es entonces cuando los pequeños aprenden a moverse y adquieren todas esas habilidades que les van a permitir desplazarse con más destreza y, por lo tanto, disfrutar mientras se mueven”.

En el sedentarismo de los más pequeños también entran en juego las pantallas. Si antes cuando nuestros hijos e hijas se aburrían salían a la calle a correr, saltar o jugar al escondite, hoy en día se dejan seducir por el móvil. Un estudio elaborado por la Universidad



Internacional de Barcelona (UIC Barcelona) y publicado en febrero de 2021 por la revista *Healthcare*, demuestra que el uso abusivo de las pantallas aumenta el riesgo de obesidad en los más pequeños. Según el estudio, existe una estrecha relación entre estar sentado delante de una pantalla y la ingesta de los alimentos poco saludables. Además, los niños que pasan más de una hora frente a ellas comen más dulces, bebidas azucaradas, comida rápida y snacks que aquellos que ocupan su tiempo libre practicando deporte.

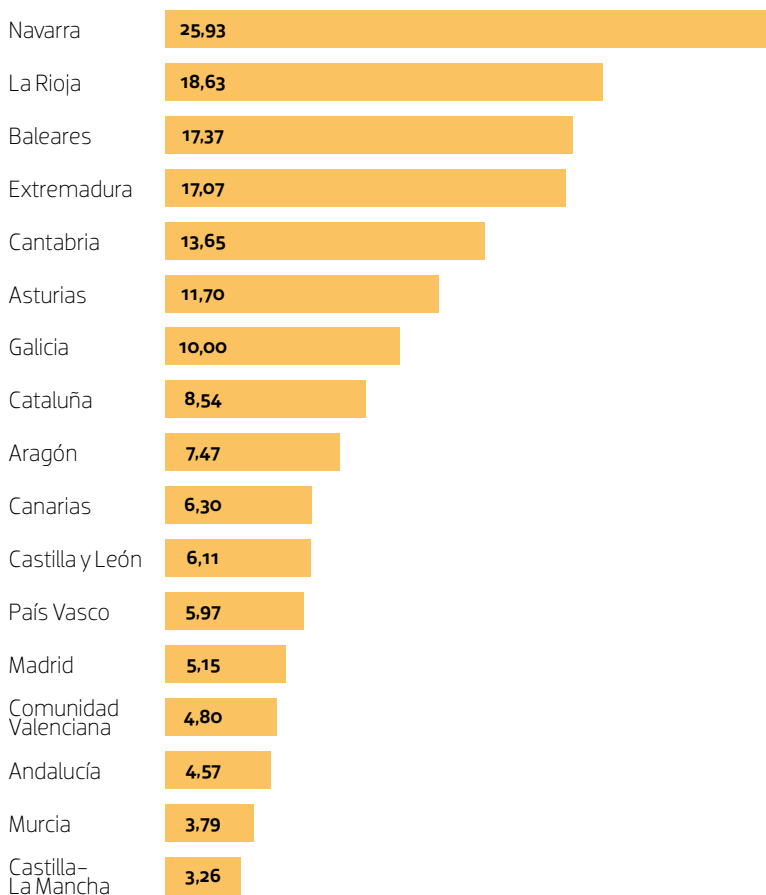
La última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) revela datos tan preocupantes como el hecho de que 9 de cada 10 escolares de hasta 14 años de Baleares y Extremadura pasan más de una hora diaria de lunes a viernes frente a una pantalla. Si tenemos en cuenta la apretada agenda de los alumnos hoy en día y que se pasan sentados detrás del pupitre un mínimo de siete horas al día,



dedicar tiempo frente a una pantalla los días lectivos supondrá en muchos casos arañar minutos al movimiento activo y la práctica deportiva. La diferencia con quienes menos usan las pantallas de lunes a viernes se reduce a prácticamente la mitad. Solo el 47,9% de los cántabros y el 55,2% de vascos siguen este mal hábito.

Los progenitores tienen mucho que decir y hacer en la regulación de estas horas delante de una pantalla y en animar a los jóvenes a hacer deporte. No hay que olvidar que los adultos ejercen un papel referente, como así ha demostrado un estudio realizado por la Universidad de La Rioja y publicado en el *Journal of Sports Science and Medicine*. Tras analizar a 1.978 alumnos entre 12 y 16 años, demostró que, si un adolescente era inactivo, era cuatro veces más probable que sus padres nunca hubieran participado en actividades físico-deportivas en su tiempo libre.

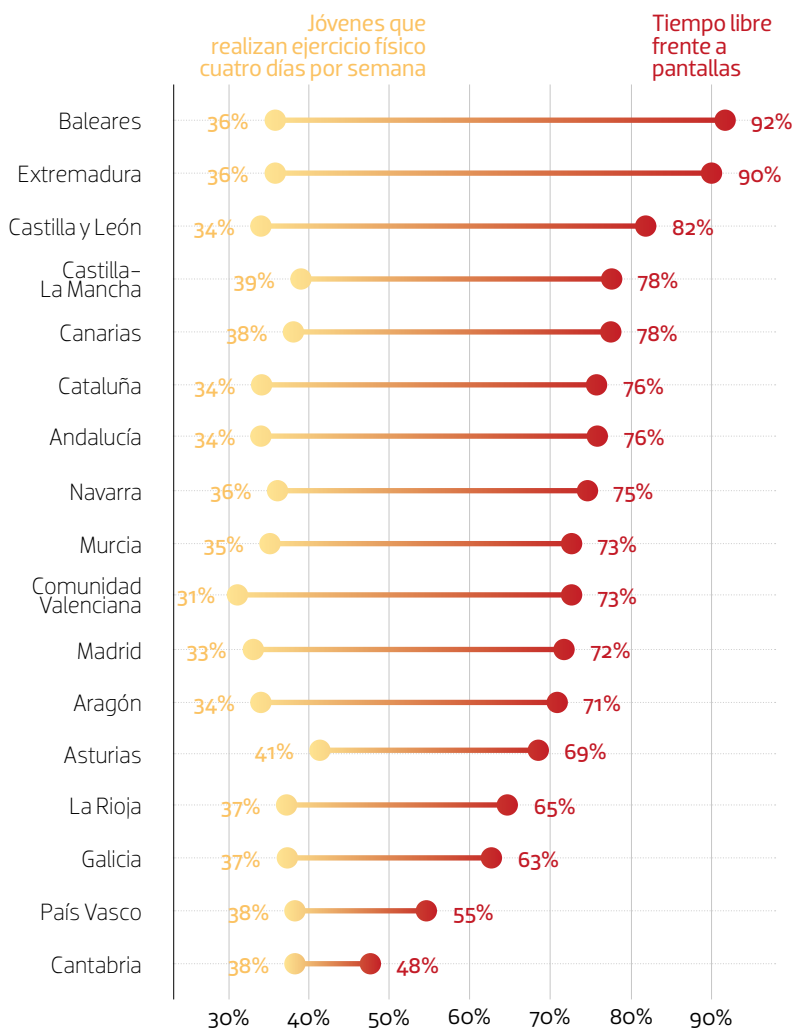
Gasto público en deporte por habitante*



*Cifras en euros. Gasto público en deporte por habitante (datos 2019). Fuente: Anuario de estadísticas deportivas 2021, Ministerio de Cultura y Deporte.

España es uno de los países europeos que dedica menos horas semanales a la Educación Física. La media en Primaria es de dos horas a la semana, la mitad que en Alemania.

La relación entre el ejercicio y las pantallas



Fuente: Población entre 11-18 años que hace ejercicio físico al menos cuatro días por semana fuera del horario escolar. Health Behaviour in School-aged Children, (HBSC), 2020. Tiempo libre frente a pantallas. Población de 1 a 14 años. INE 2017.

Navarra gasta en deporte **25,93 euros** por habitante. En última posición se sitúa **Castilla-La Mancha**, que apenas destina **3,25 euros**.

EL PAPEL DE LA ESCUELA.

El colegio también desempeña un papel crucial en la adquisición de esas competencias necesarias para la práctica de la actividad física y para que disfruten realizándola, sobre todo porque un 80% de los menores solo la hace durante el horario escolar. Y aquí las instituciones tienen trabajo por hacer. España es uno de los países europeos que dedica menos horas semanales a la Educación Física. La media en Primaria es de dos horas a la semana, la mitad que en Alemania.

En España, la Educación Física ha sido objeto de recortes por los distintos sistemas educativos que se han sucedido en las últimas décadas. El nuevo currículum que prepara el Ministerio de Educación y Formación Profesional para el próximo curso y cuyo borrador se publicó en diciembre reduce a menos de hora y media las horas de Educación Física a la semana, es decir, un 5% menos que en la actualidad. Un recorte que denuncian desde el Consejo General de la Educación Física y Deportiva de España (COLEF) por incumplir el mínimo de tres horas semanales que pide la Unesco, el Consejo de Europa y el Parlamento Europeo a sus estados miembros. Las comunidades autónomas se encuentran en estos momentos trabajando sobre este proyecto para establecer sus complementos horarios. Sin embargo, desde COLEF advierten que ni siquiera con esos incrementos se podrá llegar a ese ansiado mínimo de tres horas.

De momento y hasta que se produzca el cambio, en el curso actual solo hay dos comunidades autónomas que alcanzan las tres horas semanales en Primaria: Aragón, que lo viene haciendo desde hace unos años, y de manera más reciente Andalucía. En el caso contrario están Madrid —que apenas dedica la mitad, es decir, una hora y media— y Navarra, con una media de 1,65 horas. País Vasco, Cataluña y Valencia tampoco alcanzan las dos horas de media a la semana.

En Secundaria, los datos se unifican. Salvo Andalucía, que de manera reciente acaba de impartir una tercera ho-



ra en los primeros cursos de Secundaria, el resto solo realiza dos horas semanales. Madrid aplazó en junio su propuesta de ampliar a tres horas en Primaria y Secundaria. No obstante, desde COLEF admiten que se trataba de una ampliación relativa, ya que no era obligatoria y dependía de cada centro educativo.

Lejos estamos del modelo francés de Secundaria, que consiste en dos horas de Educación Física y tres de actividades físico-deportivas, un total de cinco horas a la semana. En España, en la etapa escolar, las horas dedicadas a la educación física son, para Idoia Labayen, profesora de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra, claramente insuficientes. Además, las actividades deportivas en muchos casos están pensadas con un espíritu muy competitivo que deja fuera a los niños y las niñas con menos destrezas.

RECREOS PARA TODOS.

Promover la actividad deportiva también se logra con la apuesta de patios inclusivos que favorezcan la práctica de ejercicio por todos los jóvenes. En los últimos años, centros escolares e instituciones han apostado por rediseñar estos escenarios para romper con los patios tradicionales en los que el campo de fútbol ha venido siendo el centro y único espacio de recreo, obligando a muchas niñas y niños a permanecer inactivos. Instituciones como el Gobierno vasco subvencionan este cambio, como también hace con la habilitación de caminos escolares. No obstante, desde la asociación de padres de la escuela pública vasca, Ehige, aseguran que la partida presupuestaria para estos proyectos es tan escasa que muchos centros se quedan fuera.

Evitar los desplazamientos en vehículos, apostando por caminos seguros, sostenibles y saludables, es una apuesta a la que se suman todas las comunidades. No obstante, de los 7.331 centros escolares de Educación Primaria y ESO que hay en España, solo 521 tienen en marcha esta iniciativa. Es decir, 7 de cada 100. Una cifra baja que no se debe tanto al desinterés de las escuelas, sino a la pobre

aportación económica de las administraciones, como sucede en País Vasco.

Entre las que mejor lo están haciendo destaca Galicia, donde el 17,3% de los centros públicos cuenta con estos itinerarios promovidos por la Dirección General de Tráfico, que invitan a los pequeños a ir andando al colegio. Barcelona cuenta desde hace años con un programa que denominan *Camino Escolar, Espacio Amigo*, al que se han adherido 145 escuelas. En el otro lado de la balanza, Baleares y Canarias carecen de estos caminos adheridos al programa de la DGT, y en Cantabria apenas lo tiene un 1,9%.

CIUDADES PARA EL DEPORTE.

Se trata de acercar el deporte a las personas, por lo que las Administraciones tienen que ser capaces de poner en práctica políticas que lo hagan posible. Hablamos de generar una mayor proximidad entre instalaciones deportivas, creando espacios públicos multifuncionales que fomenten el ocio y el deporte al aire libre o

desarrollando ciudades más sostenibles. Vitoria-Gasteiz se convirtió en 2012 en Capital Verde de Europa, y en 2019 fue proclamada Ciudad Verde Global. Lo consiguió por contar con más de 200 espacios para practicar numerosas disciplinas, por combinar deporte y naturaleza con parques que rodean la ciudad.

Para que una ciudad se convierta en líder en políticas de deporte asociado a la salud, es necesario invertir. Pero no todas las comunidades gastan lo mismo. Según el anuario de estadísticas deportivas del Ministerio de Cultura y Deporte publicado en 2021 (con datos de 2019), Navarra destina 25,93 euros por cada habitante y se posiciona a la cabeza. Le sigue La Rioja con 18,63 euros y Baleares y Extremadura, que superan los 17 euros. La diferencia con el farolillo rojo del ranking es abismal. Allí se sitúa Castilla-La Mancha, que apenas destina 3,25 euros por habitante, por detrás de Murcia, que roza los 3,8, o Andalucía y Valencia, que no llegan a los 5 euros.

Valoración final

LA MEJOR

Aragón



Aragón se lo pone fácil al deporte

Aragón, seguida muy de cerca de Navarra, mantiene un buen posicionamiento en los distintos aspectos analizados por EROSKI CONSUMER para medir la lucha contra el sedentarismo como buena práctica contra la obesidad infantil. Es la comunidad que más horas dedica a la Educación Física en Primaria, junto con Andalucía, y donde las familias invierten más en deporte. Además, está muy bien posicionada en cuanto al número de instalaciones deportivas, en colegios que cuentan con caminos escolares y su población joven es de las que menos tiempo pasa delante de pantallas.

LA PEOR

Madrid



Madrid, la región menos activa

La Comunidad de Madrid debe trabajar para fomentar la actividad deportiva entre sus jóvenes y adolescentes, ya que se hallan entre los que más horas pasan ante una pantalla y menos ejercicio realizan. Se sitúa a la cola en cuanto al número de horas que destinan sus escuelas de Primaria a Educación Física y en instalaciones y espacios deportivos por cada 1.000 habitantes. Ser la comunidad con una mayor densidad de población no ayuda.

LAS VARIABLES DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA

	Navarra	Aragón	País Vasco	Galicia	Cantabria	La Rioja	Asturias
ENTORNO							
Tasa de sobrepeso + obesidad (%)	14,95	20,71	24,69	23,29	23,5	27,65	26,06
Tasa de sobrepeso (%)	13,51	18,17	13,59	17,11	20,95	19,36	18,2
Tasa de obesidad (%)	1,44	2,54	11,1	6,18	2,55	8,29	7,86
Tasa de pobreza (%)	9,9	16	10	22,1	18	15	22,2
Número de pediatras en la sanidad pública por 1.000 menores	1,07	1,02	1,11	1,09	1,07	1,06	1,26
Gasto sanitario per cápita (euros)	1.694	1.677	1.873	1.598	1.621	1.535	1.763
Número de dietistas-nutricionistas por 1.000 habitantes	0,43	0,16	0,14	0,05	0,08	0,07	0,05
ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES							
Escolares que participan en el PEHAS de la Fundación Eroski (%)	11	14	13	20	14	11	13
Jóvenes entre 11 y 18 años que consumen fruta a diario (%)	37,2	38,2	40,4	37,2	35,2	38,9	38,8
Jóvenes entre 11 y 18 años que consumen dulces a diario (%)	9,9	12,9	12,3	12,6	10,9	11,3	16,4
Jóvenes entre 11 y 18 años que consumen refrescos a diario (%)	16,4	20,0	15,0	20,3	22,2	15,7	21,9
Horas medias de sueño semanal de los jóvenes entre 11 y 18 años	7,48	7,40	7,49	7,41	7,46	7,40	7,36
Escuelas que participan en Caminos Escolares (%)	11,2	7,4	4,8	17,3	1,9	2,1	7,0
EJERCICIO FÍSICO							
Horas de Educación Física en Primaria	1,67	2,83	1,75	2,00	2,50	2,33	2,00
Horas de Educación Física Secundaria	2	2	2	2	2	2	2
Menores que ven más de una hora de pantalla entre semana (%)	74,61	71,31	55,16	63,27	47,85	64,96	69,06
Menores que ven más de una hora de pantalla los fines de semana (%)	80,36	79,35	75,82	75,68	83,11	85,06	84,65
Jóvenes entre 11 y 18 años que hacen deporte más de 4 días semanales (%)	36,5	34,1	38,0	37,5	38,4	36,6	41,4
Porcentaje del gasto que destinan las familias a los deportes (%)	1,3	1,8	0,9	0,7	1,0	1,2	0,7
Gasto en deporte por habitante (euros)	25,93	7,47	5,97	10,00	13,65	18,63	11,68
Instalaciones y espacios deportivos por 1.000 habitantes	7,0	8,3	5,1	5,6	7,0	7,5	5,7



Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Baleares	Murcia	Extremadura	Madrid	Canarias	Castilla-La Mancha	Andalucía
23,47	27,49	28,92	33,01	39,96	22,26	25,17	35,53	28,6	33,4
17,87	14,84	16,94	22,97	25,75	11,88	17,66	25,15	18,46	20,92
5,6	12,65	11,98	10,04	14,21	10,38	7,51	10,38	10,14	12,48
15,1	16,7	24,6	14,1	25	31,4	15,4	29,9	25,1	28,5
1,16	0,87	1,27	0,90	1,08	1,12	0,89	1,21	0,97	1,02
1.661	1.515	1.477	1.475	1.638	1.682	1.340	1.477	1.501	1.262
0,09	0,21	0,16	0,16	0,15	0,02	0,11	0,02	0,06	0,08
11	9	1	16	14	7	1	3	8	3
36,4	31,9	37,0	28,7	36,0	34,4	36,3	31,2	32,9	32,4
14,4	12,8	14,3	15,0	16,1	16,9	14,7	15,2	17,6	19,5
22,3	22,9	21,5	26,7	25,0	32,7	21,9	27,8	27,7	32,5
7,43	7,36	7,34	7,35	7,29	7,37	7,35	7,32	7,34	7,36
6,7	11,5	7,1	0	8,7	4,0	4,3	0	2,9	7,2
2,30	1,83	1,88	2,17	2,00	2,67	1,50	2,25	2,25	2,50
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,25
81,66	76,14	72,99	92,47	73,34	90,33	71,98	77,58	78,07	75,72
89,66	79,28	85,99	95,18	76,4	90,6	84,71	81,65	83,73	83,01
33,9	34,1	30,7	36,4	35,0	35,9	33,5	38,5	38,6	34,0
1,0	1,2	1,3	1,0	1,1	0,8	1,1	0,9	1,0	0,8
6,11	8,54	4,80	17,37	3,79	17,07	5,15	6,30	3,26	4,57
9,2	5,7	4,1	10,6	3,6	6,7	3,4	6,6	6,4	4,7

Fuentes bibliográficas

FUENTES DE LA TABLA

INE (2017). Índice de masa corporal en población infantil según sexo y comunidad autónoma. Población de 2 a 17 años.	151
INE (2020). Tasa de riesgo de pobreza por comunidades autónomas.	151
Ministerio de Sanidad (2020). Número de pediatras en la sanidad pública por 1.000 menores.	151
Ministerio de Sanidad (2019). Gasto sanitario por habitante y comunidad autónoma.	151
Consejo General de los Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (2020). Número de dietistas-nutricionistas por 1.000 habitantes.	151
CUMA PEHAS (media cursos 2013-2020). Porcentaje de escolares por comunidades autónomas que han participado en el Programa Educativo en Alimentación y Hábitos de Vida Saludables.	151
Health Behaviour in School-aged Children, HBSC España (2018).	151
DGT (2021). Escuelas que participan en proyecto Caminos Escolares. Datos de País Vasco: 'BIGE' Gurasoen Elkarte / Federación de Padres y Madres de Alumnos/as de Bizkaia. Datos de Cataluña: Ayuntamiento de Barcelona.	151
Consejo General de la Educación Física y Deportiva de España (2020).	151
Encuesta Nacional de Salud, ENSE (2017).	151
Ministerio de Cultura y Deporte (2019). Gasto que destinan las familias en bienes y servicios vinculados al deporte por comunidad autónoma.	151
Ministerio de Cultura y Deporte (2021). Anuario de estadísticas deportivas 2021. Gasto público en deporte por habitante (datos 2019).	151
Ministerio de Cultura y Deporte (2019). Anuario de estadísticas deportivas 2021. Número instalaciones y espacios deportivos por comunidades autónomas (datos 2005).	151

FUENTES DEL INFORME

Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN)	55, 95, 96, 99, 100, 139
Alipio Gutiérrez, vicepresidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)	115
Alba Vergés, consejera de Salud de la Generalitat de Cataluña	27
Alberto Garzón, ministro de Consumo	8, 17-22, 113, 139, 143
Alejandro Lucía Mulas, catedrático de Fisiología del Ejercicio en la Universidad Europea	79
Alejandro Martínez Berriochoa, director general de la Fundación EROSKI	5, 6, 9
Alejandro Ramón, concejal de Agricultura, Alimentación Sostenible y Huerta de Valencia	97
Andreu Raya Demidoff, presidente de la ONG Deporte para la Educación y la Salud	144
Ángel Gil, presidente de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT)	40, 42, 130-135
Aksel Helbek, director comercial de Serunion	94, 96, 102
Asociación de Padres y Madres (APYMAS) de Navarra	92
Asociación de Padres de la Escuela Pública Vasca, Ehige	150
Beatriz Robles, dietista-nutricionista y tecnóloga de los alimentos	114, 115, 118
Belén González, directora del colegio público Nuestra Señora de la Paloma en Madrid	81
Berton Bertokoa	93
Blanca Fernández, consejera de Igualdad y portavoz del Gobierno de de Castilla-La Mancha	93
Borja Adsuara, jurista experto en Derecho Digital	118
Carlos Casabona, pediatra	25, 64, 65, 66, 68, 70

Carmen Pérez-Rodrigo, presidenta de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)	76, 78, 118, 147	Gilberto Pérez López, endocrino y pediatra del Grupo de trabajo Obesidad Infantil y en la Adolescencia de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)	128
Carlos Mateos, coordinador del Instituto #SaludsinBulos	118	Guillermo Rodríguez, vicepresidente del Colegio de Dietistas Nutricionistas de Madrid (CODINMA)	70
Centro de Estudios Rurales y de Agricultura Internacional (CERAI)	105	Gure Platera, Gure Aukera	93
Código PAOS	19, 24, 27, 37, 41, 44, 46, 48, 49, 144	Idoia Labayen, profesora de Fisiología de la Universidad de Navarra y directora del grupo de investigación ELIKOS	27, 81, 82, 139, 150
Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA)	91, 98, 99, 102	Iratxe Casado, directora de Innovación en Askora	102
Consejo General de la Educación Física y Deportiva de España (COLEF)	149, 150	Ignacio Gil, profesor del departamento de Ingeniería de Diseño y Fabricación de la Universidad de Zaragoza	48
Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (CGCODN)	53, 58, 141	Jaime Barrio, médico de familia y miembro del Observatorio Digital del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)	117
Eduard Baladia, fundador de la Red de Nutrición Basada en la Evidencia	112	Jesús Argente Oliver, director del Departamento de Pediatría del Hospital Niño Jesús de Madrid	127
Eduardo Cifrián, responsable de la Escuela de Alimentación de la Fundación EROSKI	105, 106, 107	Jesús Garrido, pediatra	26, 72
Enrico Frabetti, director de Política Alimentaria, Nutrición y Salud de FIAB	39	Joan Guix, exresponsable de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya	27
Eva Pérez Genticó, presidenta del colegio de Dietistas-Nutricionistas de La Rioja (CODINULAR)	102	José Ignacio Armentia, catedrático de la Universidad del País Vasco (EHU)	119, 120
Escuela de Alimentación de la Fundación EROSKI	105, 106	José Manuel Moreno Villares, director de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra	95
Federación Valenciana de Municipios y Provincias (FVMP)	93	José María Bonmatí, director general de AECOC (Asociación española de fabricantes y distribuidores)	41
Fundación EROSKI	5, 6, 9, 24, 34, 77, 105, 106, 119, 139, 146	José María Capitán, miembro del Colegio Profesional de Dietistas Nutricionistas de Andalucía (CODINAN)	60
Gemma del Caño, licenciada en Farmacia y especialista en Seguridad Alimentaria, I+D e industria	114, 115	José Serrano, miembro de la Asociación Española de Pediatría	53, 55-56, 141, 142
Germán Ruiz Tendero, doctor en Ciencias del Deporte y profesor de la Universidad Complutense de Madrid	85	José Ordovás, director del Laboratorio de Genómica y Nutrición de la Universidad de Tufts (Boston)	66
Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)	114	Josu Mezo, de Malaprensa.com y colaborador de la Fundación Maldita	112

Josune Rodríguez-Negro, maestra de Educación Física y Doctora en Actividad Física y Deporte	86	Olga Leralta Piñán, vocal de Andalucía en CEAPA	91, 92, 96, 98, 99
Julio Basulto, dietista-nutricionista	72, 113	OMS (Organización Mundial de la Salud)	8, 9, 15, 48, 52, 59, 113, 114, 137
Liv Elin Torheim, vicepresidenta del Consejo Noruego de Nutrición y profesora de Nutrición en Salud Pública en la Universidad Metropolitana de Oslo	29-32, 135	Pedro J. López, cocinero del CEIP La Luz (Canarias)	97
Laura Caorsi, periodista especializada en temas de alimentación	118	Rafael Urrialde, profesor de microbiología en la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid y experto en Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutrición	37, 39, 144
Luis Alberto Moreno, miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN)	10-15	Rocío Benavente, coordinadora de Maldita Ciencia	113
Lluís Montoliu, científico del Centro Nacional de Biotecnología	124, 125, 126	Rosa Calvo, responsable de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital La Paz (Madrid)	48, 49
María Puy Portillo, presidenta de la Sociedad Española de Nutrición e investigadora principal del Grupo Nutrición y Obesidad en el Instituto de Salud Carlos III	24, 25	Saioa Gómez Zorita, investigadora del grupo Nutrición y Obesidad de la Universidad del País Vasco	129
Marta del Valle, periodista especializada en temas de salud y alimentación	111, 112, 117	Sonia Terrero, presidenta de la Confederación Valenciana de APAs/AMPAs (Covapa)	93
Miguel Ángel Royo-Bordonada, investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III	44, 46, 48, 49, 145, 146	Teresa Cenaarro, vicepresidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)	66, 68, 70
Mikel López Iturriaga, director de El Comidista	116	Sonia Moreno, miembro del Grupo de Investigación en Sociología de la Alimentación de la Universidad de Oviedo	69
Nancy Babio, vicepresidenta de la Sociedad Española de Dietética y Nutrición (SEDYN)	53, 54, 57, 59	Unilever	37
Naroa Kajarabille García, investigadora del grupo Nutrición y Obesidad de la Universidad del País Vasco	129	Universidad Complutense de Madrid	46, 85
Nerea Álvarez, técnica de Comunicación y Educación para la Ciudadanía Global de CERAI	105	Universidad de Granada	78, 132
Nerea Martín-Calvo, pediatra y doctora en Epidemiología del proyecto Seguimiento del Niño para un Desarrollo Óptimo (SENDO)	129	Universidad de La Rioja	79, 148
Nestlé	36	Universidad de Valencia	93, 118
Nicolás Llagostera, director de marketing y comunicación de Mediterránea	105	Universidad del País Vasco (EHU)	77, 119, 129
Noelia Panillo, técnica en Dietética y Nutrición	94	Universidad Internacional de Barcelona (UIC Barcelona)	79, 147
		Universidad Oberta de Catalunya	47
		Universidad Pompeu Fabra	27, 47
		Urko Rodríguez, director de la ikastola Kurutzia, en Durango	83



Vicente Martínez de Haro, profesor de Educación Física, Deporte y Motricidad Humana de la Universidad Autónoma de Madrid **79**

OTROS

Agencia de Salud Pública de Cataluña (2020). *La alimentación saludable en la etapa escolar.* **71**

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN (2019). *Estudio de Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España (ALADINO)* **8, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 24, 26, 52, 55, 59, 65, 66, 67, 69, 70, 139**

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2010). *Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos.* **95, 99, 100**

Asociación Española de Pediatría (2021). *Comedores preescolares y escolares. Guías, recomendaciones y normativa en España.* **94, 101**

Beatriz Robles, Gemma del Caño y Pablo Ojeda (2019). *Guía sobre bulos en alimentación.* **114**

Carro de Combate, Del campo al cole y SeoBirdlife (2018). *Los comedores escolares en España.* **92, 96, 98**

Centro de Investigación en Economía y Desarrollo Agroalimentario, Credea (2019). *Escuelas contra el despilfarro alimentario.* **104**

EURYDICE y EUROSTAT (2014). *Cifras clave de la educación y atención a la primera infancia en Europa.* **83**

Fundación EROSKI (2014). *Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE).* **5, 24, 34, 77, 105, 139**

Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) y la Fundación Española de la Nutrición (FEN). *Estudio Nutricional en Población Infantil Española (EsNuPI)* **115, 145**

Grupo Mediaiker de la UPV/EHU. *Seguridad alimentaria y cibermedios: temáticas, nuevas fuentes y servicios.* **119, 120**

KANTAR (2020). *Brand Footprint.* **40**

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2019). *Informe del Consumo Alimentario en España.* **145**

Ministerio de Sanidad (2017). *Encuesta Nacional de Salud, ENSE.* **102**

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de comedores escolares del programa PERSEO.* **102**

Oficina Europea de Estadística, EUROSTAT (2019). *Datos sobre inversión en investigación y desarrollo relativos.* **132**

Organización Mundial de la Salud, OMS (2020). *Health Behaviour in School-aged Children, HBSC.* **145, 146, 147**

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2019). *La pesada carga de la obesidad.* **52, 53, 55, 57, 59, 76, 142**

Sociedad Española de Cardiología (2019). *Riesgo Cardiovascular desde la infancia.* **54**

Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación y la Asociación Española de Pediatría (2007). *Libro Blanco de la Alimentación Escolar.* **101**

Universidad Complutense de Madrid (2012). *La influencia parental en la motivación y participación de los alumnos en actividades físico-deportivas en edad escolar.* **85**

Universidad Oberta de Catalunya y Universidad Pompeu Fabra (2019). *Food Advertising and Prevention of Childhood Obesity in Spain: Analysis of the Nutritional Value of the Products and Discursive Strategies Used in the Ads Most Viewed by Children from 2016 to 2018.* **47**

Universidad Oberta de Catalunya (2020). *Breakfast Food Advertisements in Mediterranean Countries: Products' Sugar Content in the Adverts from 2015 to 2019.* **47**

Dispones de esta información en

www.consumer.es





@EroskiConsumer



@eroskiConsumer



@eroskiconsumer



eroskiconsumer_



Eroski Consumer