

APRENDIENDO A ENFERMAR

Alimentación insana en
la población infantil y juvenil


**DAME
VENENO**

CAMPAÑA
CONTRA LA
ALIMENTACIÓN
QUE NOS ENFERMA



JUSTICIA
ALIMENTARIA
VSF



© Pixabay/PDPics



JUSTICIA
ALIMENTARIA
VSF

C/ Floridablanca 66-72
08015 Barcelona
www.justiciaalimentaria.org

Autoría: Justicia Alimentaria

Investigación a cargo de: Ferran Garcia (Justicia Alimentaria)
con la colaboración de Isabel Fernández Cruz y Almudena
García Ruiz

Coordinación de la investigación: Jordi Menéndez
y Ferran Garcia (Justicia Alimentaria)

Depósito Legal: B 27946-2019

Revisión, diseño y maquetación:
www.puntoycoma.org

Impresión: Epes Artes Gráficas

Imagen de portada: Jose A. Calvo
Diciembre, 2019

Con la financiación de:



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



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

ÍNDICE

LA ALIMENTACIÓN INSANA	5
1. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA	6
2. DE QUÉ ENFERMAMOS	9
3. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA	13
Transición nutricional	13
Los alimentos procesados	16
Los ingredientes críticos	16
Azúcar	16
Sal	18
Grasas	18
4. LAS CAUSAS DE LA ALIMENTACIÓN INSANA	21
La publicidad	21
El etiquetado	26
El precio	29
PLANES, ESTRATEGIAS... Y REALIDAD. TRES PAÍSES	31
5. REPÚBLICA DOMINICANA	32
6. HONDURAS	36
7. ESTADO ESPAÑOL	40
8. POLÍTICAS PÚBLICAS	45
América Latina y Caribe	45
Región europea	56
BIBLIOGRAFÍA	64

PRESENTACIÓN

Este documento forma parte de la campaña contra la alimentación que nos enferma, Dame Veneno, y viene a complementar estudios previos en los que hemos analizado en profundidad el marco general de la alimentación insana (*Viaje al centro de la alimentación que nos enferma*) y la alimentación de 0-3 años (*Mi primer veneno. La gran estafa de la alimentación infantil*). En esta ocasión, vamos a poner el foco en la incidencia de la alimentación insana en la población infantil y juvenil.

Sobrevolando diversos países y entornos, intentaremos visualizar la importancia del riesgo alimentario en la pérdida de salud, porque comer es, como veremos, lo que más nos enferma. Tanto más en aquellos países donde el nivel de penetración de la alimentación industrial y procesada es mayor o se está expandiendo de forma acelerada. Y veremos que los efectos en edades tempranas se pueden arrastrar a lo largo de la vida.

Explicaremos las razones por las que la alimentación procesada –que se ha adueñado de nuestra dieta– nos enferma y cómo aumentan los datos de las enfermedades vinculadas a la alimentación, a pesar de que la inmensa mayoría de la población conoce o sospecha los riesgos de consumir un exceso de azúcar, sal o grasas insanas.

Destapando la cortina que durante años ha ido tejiendo la gran industria alimentaria, exponemos tres de las causas de fondo de la actual epidemia asociada a este tipo de dietas. Causas que son, al mismo tiempo, propuestas de acción política para empezar a trabajar sobre las raíces del problema: la avalancha de publicidad de alimentos insanos (nos detendremos de manera especial en la dirigida al público infantil), el etiquetado nutricional deliberadamente confuso y engañoso, y una incoherencia entre los precios de los alimentos y su perfil nutricional (lo más sano es más caro).

Para terminar, analizaremos los marcos normativos (planes y estrategias no faltan) en tres países de diferente nivel socioeconómico (República Dominicana, Honduras y el Estado español), y la necesidad de que se trasladen a la realidad mediante políticas públicas valientes y guiadas por objetivos de salud.



LA ALIMENTACIÓN INSANA

1

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

“Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que las tasas de obesidad casi se han duplicado en todas las regiones del mundo desde 1980 a 2008. A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la presión arterial alta. Uno de cada diez tiene diabetes. Estas y otras enfermedades asociadas son las que están llevando a los sistemas de salud pública a la bancarrota. Estas son las enfermedades que van a hacer saltar la banca. Estas son las enfermedades que pueden anular los beneficios de las políticas de desarrollo”. Eran las palabras de Margaret Chan en el año 2012, cuando era directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS es el organismo encargado de los asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas y **lleva años advirtiendo sobre la epidemia mundial de alimentación insana**. Ha enfocado su periscopio y apunta claramente a la industria alimentaria, y lo hace en base a una evidencia científica incuestionable. Es más, todas las instituciones científicas independientes lo están repitiendo hasta la saciedad: la alimentación insana nos enferma.

Comer nos enferma, sí. Pero podemos decir más: **comer es lo que más nos enferma** (magnitud); comer nos enferma cada vez más (evolución); y comer no enferma a todo el mundo por igual (hay un gradiente social y un gradiente de género).

Es un fenómeno global, pero podemos distinguir dos velocidades. La primera corresponde a los países de capitalismo maduro, el llamado *Norte Global*, donde la extensión de la alimentación procesada insana y la prevalencia de las enfermedades asociadas son muy elevadas. La segunda corresponde al Sur Global, donde el capitalismo (también el alimentario) está creciendo a un ritmo acelerado. En estos países (a menudo mal llamados *en transición* o *en desarrollo*), la epidemia de la alimentación excesivamente alta en azúcares, grasas y sal, vehiculada a través de los alimentos procesados, está experimentando un crecimiento exponencial, y con unos gradientes sociales (clase social, género y afectación de la población infantil) aún más acentuados que en el contexto europeo.

Y es que, en los países del Sur Global, la alimentación insana no es una lluvia constante, como en la región europea, es un tsunami. De hecho, cuando se comparan los textos e informes de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los de la OMS, se ve que están diciendo exactamente lo mismo, pero la OPS lo hace aún más crudamente, más desesperadamente y con mucha



© Pixabay/Gellinger

más beligerancia hacia **la alimentación procesada, la agricultura industrial y las grandes corporaciones agroalimentarias.**

Algo está pasando con nuestra dieta cuando, desde hace años, se observa un creciente clamor de voces (incluidas las de profesionales de la medicina) que alertan de sus peligros, cuando se crean centenares de campañas ciudadanas en diferentes países, cuando existe una creciente respuesta (aunque todavía muy tímida) de las Administraciones en forma de impuestos y regulaciones tanto de la publicidad como del etiquetado de los alimentos, y cuando se está generando un cambio de consumo que va virando, aunque muy lentamente, hacia alimentos que se promocionan (a veces incluso lo son) como locales, frescos, naturales, sanos o nutritivos. Lamentablemente, tres cuartas partes de nuestra dieta no es nada de eso.

Al final, todo se resume a una idea simple pero inquietante. La industria alimentaria vende productos cuyo consumo excesivo nos enferma y, al mismo tiempo y como es lógico desde un punto de vista mercantil, incita a su consumo con todos los recursos y herramientas de las que dispone, que no son pocas. Además, un público especialmente buscado es la población infantil.



2

DE QUÉ ENFERMAMOS

Hace 40 años, el número de personas con peso bajo era mucho mayor que el de obesas. Esta situación se ha invertido y, en la actualidad, el número de personas obesas duplica al de personas con peso bajo¹. De mantenerse la tendencia, para el año 2030, más del 40% de la población del planeta tendrá sobrepeso y más de la quinta parte será obesa. Los datos indican que, desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. En el año 2014 se superó la cifra de 1.900 millones de personas adultas con sobrepeso, de ellas, más de 600 millones con obesidad, lo que implica una prevalencia del 39% de sobrepeso (39% en los hombres y 40% en las mujeres) y 13% de obesidad (11% en los hombres y 15% en las mujeres).

La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la subnutrición.

Según la FAO, en la región de las Américas, el 58% de la población vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64%) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. Cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada en las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayor que la de los hombres².

La obesidad y el sobrepeso son un grave problema de salud pública porque son un importante factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, que son las de mayor carga de morbilidad en el mundo. Un Índice de masa corporal (IMC) elevado se relaciona con problemas metabólicos como la resistencia a la insulina y el aumento de colesterol y triglicéridos. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de problemas cardiovasculares, como las coronariopatías y los accidentes cerebrovasculares. El riesgo de diabetes mellitus de tipo 2 aumenta proporcionalmente con la elevación del IMC. Igualmente, un IMC elevado aumenta el riesgo para algunos cánceres y patologías osteoarticulares.

La OMS calcula que aproximadamente el 58% del total mundial de casos de diabetes mellitus, el 21% de las

1 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)

2 www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es

cardiopatías isquémicas y del 8% al 42% de determinados cánceres son atribuibles a un IMC elevado. Si hablamos de sobrepeso, estamos hablando de enfermedad y, en muchos casos, de muerte.

Se prevé que el número de personas con **diabetes** en el Sur Global se multiplicará por más de 2,5 y pasará de 84 millones en 1995 a 228 millones en 2025. Desde 1980 hasta 2008, la prevalencia de la diabetes en la población adulta se incrementó de 8,3% a 9,8% para hombres y de 7,5% a 9,2% para mujeres. Actualmente, casi la mitad de los casos de diabetes se dan en el Sur. Las **enfermedades cardiovasculares** son más numerosas en la India y China que en el conjunto de todos los países del Norte Global. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, no solo la prevalencia actual ha alcanzado niveles sin precedentes, sino que la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las regiones del Sur Global. Las implicaciones de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes.

La rapidez de la transición en los países del Sur Global es tal que a menudo sufren una carga doble de morbilidad. En la India, por ejemplo, la carga de enfermedades crónicas supera ligeramente a la de enfermedades transmisibles. La obesidad está convirtiéndose en un problema serio en toda Asia, América Latina y partes de África, a pesar de lo extendido de la desnutrición. En algunos países, la prevalencia de obesidad se ha duplicado o triplicado durante el último decenio. Un dato revelador: en China, aunque la obesidad y el sobrepeso afectan “solo” al 25% de la población, en cantidad absoluta supera en 50 millones de personas a las del Reino Unido y Estados Unidos juntas.

Los costos médicos de este exceso de peso son extremadamente altos. Un ejemplo: en Brasil, el coste de la enfermedad relacionada con el exceso de peso se estima en prácticamente 2.000 millones de euros al año.

Cuando se analizan los datos sobre salud, riesgos sanitarios, causas de muerte y enfermedad en el mundo, aparece una evidencia inquietante: **el principal riesgo sanitario hoy en día es la comida.**

Si el problema es grave en la población adulta, aún lo es más en la infantil. Existen más de 41 millones de menores de 5 años con sobrepeso u obesidad a nivel mundial, lo que significa un incremento de cerca de 11 millones en los últimos 15 años. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos tras-

tornos están aumentando aceleradamente en los países de ingresos bajos y medios, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. Uno de cada cuatro menores con obesidad y sobrepeso en el mundo vive en África³, y cerca de la mitad en Asia. La prevalencia del sobrepeso infantil en menores de 5 años ha crecido de manera sostenida en los últimos 35 años y este crecimiento es más significativo en los países de ingresos medios y bajos.

Si subimos en la franja de edad hasta las comprendidas entre 5 y 19 años, en 2016 había más de 340 millones con sobrepeso u obesidad. La prevalencia ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido muy similar en ambos sexos. Si nos fijamos en la obesidad, mientras que en 1975 había menos de un 1% de menores y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones (un 6% de las niñas y un 8% de los niños).

La alimentación insana está afectando enormemente a la población infantil en todo el mundo, con un número cada vez mayor de menores obesos y millones que desarrollan afecciones como la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial que, anteriormente, solo se observaba en personas adultas.

Así, más de 3,5 millones de niños y niñas tienen diabetes tipo 2, afección que era desconocida en este grupo de edad y puede conducir a complicaciones graves en la vida posterior, como amputaciones y ceguera. La Federación Mundial de Obesidad, organización que ha realizado un trabajo de compilación de datos, ha estimado que ese número aumentaría a 4,1 millones en 2025.

Alrededor de 13,5 millones de niñas y niños tienen una tolerancia a la glucosa deficiente, que es un precursor de la diabetes. En torno a 24 millones tienen presión arterial alta y más de 33 millones tienen enfermedad del hígado graso como resultado de la obesidad, lo que puede provocar cirrosis y cáncer de hígado.

Pero estos datos son una subestimación porque se basan en el número de población infantil obesa, y buena parte de la clasificada con sobrepeso también tendrá estas enfermedades.

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



En 2025 se espera que la población infantil con sobrepeso llegue a 268 millones, de los cuales 91 millones serían obesos⁴.

Debemos recordar que, **durante la niñez y la adolescencia, la buena nutrición y las conductas dietéticas son importantes para lograr un crecimiento completo y una composición corporal adecuada**, promover la salud y el bienestar, y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta. Los menores requieren suficiente energía, proteínas y otros nutrientes para el crecimiento, así como para el mantenimiento de las funciones corporales. El crecimiento tiene lugar a un ritmo constante durante la niñez y se acelera durante la adolescencia, lo que genera aumentos en las necesidades de nutrientes para apoyar el rápido crecimiento y el aumento de la masa corporal. La ingesta inadecuada de energía, proteínas o ciertos micronutrientes se reflejará en tasas de crecimiento lentas, maduración sexual tardía, masa ósea inadecuada y bajas reservas corporales de micronutrientes.

Además del impacto en el crecimiento y el desarrollo, las dietas en la niñez son importantes para garantizar la

salud y el bienestar general. Las prácticas alimentarias afectan al riesgo de una serie de patologías, como la obesidad, la deficiencia de hierro y la caries dental. La nutrición inadecuada también reduce la resistencia a las enfermedades infecciosas, y puede afectar negativamente a la capacidad mental y física.

La obesidad en la niñez y la pubertad está asociada con una serie de riesgos de salud inmediatos, como presión arterial alta, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, trastornos del sueño, problemas ortopédicos y problemas psicosociales. Además, es probable que las personas obesas en la adolescencia sigan teniendo sobrepeso en la edad adulta. Los estudios epidemiológicos proporcionan evidencia de que la obesidad, la hipercolesterolemia y la hipertensión siguen desde la infancia hasta la edad adulta, y las opciones de estilo de vida, como la dieta y la ingesta excesiva de calorías, influyen en estas condiciones⁵.

4 www.worldobesity.org

5 Nutrition-Related Health Concerns, Dietary Intakes, and Eating Behaviors of Children and Adolescents. Institute of Medicine. 2007. Nutrition Standards for Foods in Schools: Leading the Way Toward Healthier Youth. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/11899.



3

LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA

¿Qué está pasando con nuestra alimentación? ¿Qué hay en nuestra dieta actual que nos enferme hasta llegar a unos índices de pérdida de salud tan escandalosos? ¿Cómo se ha convertido la alimentación en el mayor riesgo para nuestra salud? Es el momento de hablar de las transiciones nutricionales.

Transición nutricional

Desde los inicios de la humanidad, los patrones de alimentación han ido evolucionando. Pero de las diferentes transiciones nutricionales que han tenido lugar a lo largo de la historia, la que estamos viviendo en estas últimas décadas presenta una serie de características que la hacen única: las dos más importantes son la rapidez del cambio con respecto a otros periodos históricos (pensemos, por ejemplo, que el cambio de cazadores-recolectores a la agricultura se produjo en miles de años), y la gran cantidad de poblacional a la que afecta. Estos factores intensifican sus impactos sociales, hasta el extremo de que los efectos sobre nuestra salud pueden constatarse ya en una misma generación, cosa que no había pasado antes.

¿En qué consiste la actual transición nutricional?

Básicamente, en que las dietas tradicionales han sido reemplazadas por otras con más grasa (principalmente de origen animal) y más azúcar añadido, junto a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra. Dicho de otro modo, **un aumento en la ingesta de carne, mayor consumo de azúcares y mayor presencia de grasas, acompañado de un importante aumento de alimentos refinados y procesados**. A todo ello se suma el drástico descenso en el consumo de legumbres y granos, alimentos básicos en la pirámide alimenticia.

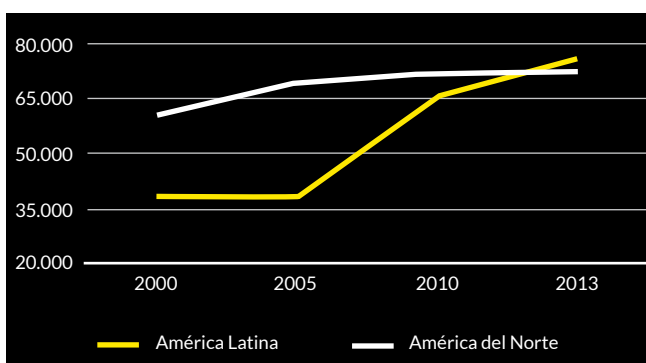
Aunque el concepto de transición parece indicar un cambio natural, la que estamos viviendo (padeciendo) no lo es. Se trata de **un cambio dirigido** por quien ha tomado el control de la cadena alimentaria. **La industria, que es quien hoy nos da de comer, nos ha llevado hacia unas dietas con mayor rentabilidad económica, pero que son altamente insanas**. Un dato: a nivel mundial, las ventas de productos ultraprocesados aumentaron un 43,7% en el periodo 2000-2013⁶.

6 Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. OPS/OMS Oficina Regional para las Américas. 2015.



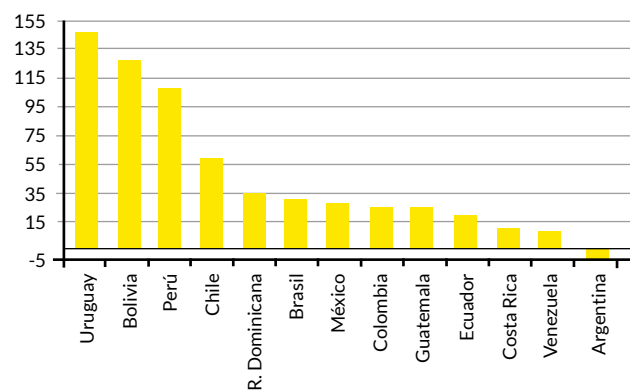
Decíamos al principio que en el Sur Global la alimentación insana está experimentando un crecimiento exponencial. Encontramos un buen ejemplo si nos fijamos en la evolución de las ventas de refrescos en América Latina y América del Norte. En el año 2012 se produjo el sorpasso latinoamericano y hoy se venden más refrescos al sur del Río Grande que al norte.

GRÁFICO 1. Venta de refrescos (miles de millones dólares)



El crecimiento de las ventas de alimentos y bebidas ultraprocesados en distintos países de América Latina resulta también ilustrativo.

GRÁFICO 2. Porcentaje de crecimiento de ventas de alimentos y bebidas ultraprocesados (2000-2013)



Más ejemplos. En Guatemala, Chile, México y Brasil, el consumo de productos animales y refrescos ha aumentado, mientras que la ingesta de legumbres y verduras ricas en nutrientes ha disminuido⁷. Las ventas de alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes como los aperitivos, refrescos y comidas listas para calentar han aumentado de manera constante desde 1998 en muchos países de la región⁸.

7 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5601284/

8 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5601284/

El caso de la India ⁹

Dos datos extraídos de dos estudios nos ponen en contexto. El 30% de la población infantil que vive en áreas urbanas es obesa o tiene sobrepeso¹⁰. El 33% de la población infantil india que estudia en las escuelas ricas es obesa o tiene sobrepeso¹¹.

Al analizar la alimentación, destaca el elevado consumo de bebidas lácteas (las toma el 83% de la población escolar) y de cereales de desayuno (el 69%). Estos, con un alto contenido en azúcar, han sustituido a las opciones de desayuno tradicional como idli y poha. Las bebidas lácteas también contienen cantidades muy altas de azúcar. Por ejemplo, una ración de BournVita (una bebida de malta y malta de chocolate) contiene 14,2 g de azúcar.

Además, el 93% de la población infantil consume más de una vez al día alimentos envasados y el 53%, alimentos envasados edulcorados. El 56% toma productos como chocolates y helados más de dos veces por semana,

el 53% consume alimentos salados envasados como patatas fritas y fideos preparados. Casi el 27% de la población en edad escolar consume comida rápida como hamburguesas y pizzas más de una vez por semana.

Diversas organizaciones han denunciado la presencia y promoción de alimentos altos en azúcar, sal y grasas en las escuelas. En febrero de 2015, el Tribunal Superior de Delhi ordenó a la Autoridad de Normas y Seguridad Alimentaria de la India que hiciera cumplir sus directrices para restringir la disponibilidad de alimentos insanos en escuelas y zonas cercanas.

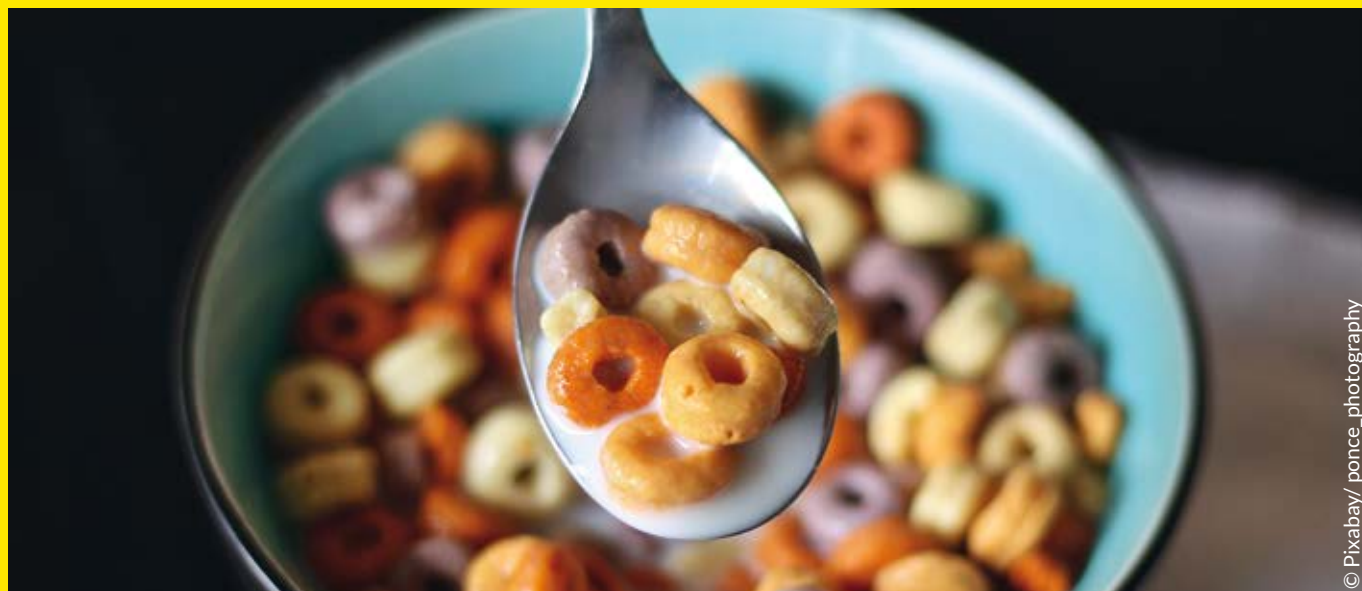
En el momento actual, las directrices aún están en fase de borrador. Esas directrices sugerían que se implementara una nueva política de etiquetado basada en la codificación por colores. Los alimentos de categoría verde (saludables) debían constituir el 80% de los alimentos disponibles en la cantina, la categoría roja no debería estar disponible en las escuelas y la amarilla (alimentos que deben comerse con moderación) podría estar disponibles en pequeñas porciones y con menos frecuencia.

A nivel de publicidad, a pesar de que la Ley de Normas y Seguridad Alimentaria de 2006 incluye disposiciones para prohibir los anuncios que son engañosos, esto no se supervisa y la normativa se incumple sistemáticamente. **Los anuncios de alimentos son en gran medida autorregulados a través del Consejo de la India de Publicidad, que es una asociación de la propia industria.**

9 www.downtoearth.org.in/news/health/spoilt-for-choice-58417
www.downtoearth.org.in/news/health/claims-we-buy-56823

10 Overweight and obesity prevalence and body mass index trends in Indian children. Khadilkar, V. V, Cole T. J., Khadilkar, A. V., Chiplonkar, S. A., Pandit, D. International Journal of Pediatric Obesity. 2010.

11 Prevalence of obesity and overweight and their comparison by three growth standards among affluent school students aged 8-18 years in Rajkot. Eshwar T. K., Chudasama R. K., Eshwar S. T., Thakrar D. Indian Journal of Public Health. 2017..



Los alimentos procesados

Apenas comemos alimentos frescos. Una parte importante de nuestra dieta es alimentación procesada y es ahí donde está el principal problema. Ahí es donde tenemos que mirar. Pero ¿qué son los alimentos procesados?

La industria alimentaria y sus redes científicas se afanan en decirnos que el procesado de los alimentos es tan antiguo como la misma humanidad, que gracias a ello tenemos alimentos más seguros y que se conservan más y mejor. Sin embargo, nadie está hablando de los sistemas tradicionales de preparación y conservación de los alimentos. **Cuando hablamos de la alimentación procesada que nos enferma, nos estamos refiriendo a los alimentos que han sido sometidos a transformaciones industriales que los hacen especialmente ricos en sal, azúcares y grasas poco saludables.** Estos son los ingredientes críticos. ¿Cómo se han colado en nuestra dieta? Es lo que vamos a ver a continuación.

Los ingredientes críticos



■ Azúcar

Empecemos por el producto más dulce. La evolución del consumo de azúcar se ha disparado a nivel mundial. Su consumo se ha más que triplicado en todo el mundo en los últimos 50 años¹².

Pero el problema no está en el azúcar que tomamos directamente, sino en la que ingerimos sin ser conscientes de ello, porque **viene incorporada en los alimentos**

12 www.nature.com/articles/482027a

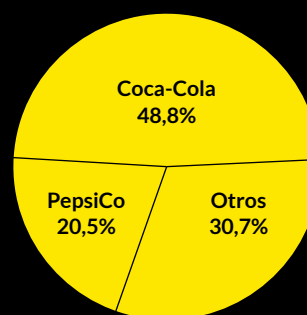
procesados. Y no nos referimos solo a dulces y pasteles, sino también a embutidos, encurtidos, lácteos, refrescos o caldos preparados, por poner algunos ejemplos. El azúcar o sus derivados suelen añadirse a los alimentos procesados para mejorar su sabor, aspecto, textura, etc. o también para conservarlos.

El resultado es que **el consumo de azúcar supera con creces las recomendaciones de la OMS** (25 gramos al día de azúcares añadidos) en buena parte de los países del globo y está creciendo¹³, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

El impacto de este consumo excesivo de azúcar, especialmente en la población infantil, está altamente estudiado y lo hemos recogido en informes previos^{14,15}. Aquí nos vamos a centrar en la **estrategia de las empresas, concretamente las de refrescos, para conquistar los nuevos mercados del Sur Global.**

El informe *Carbonating the World*¹⁶ expone los miles de millones de dólares que Coca-Cola y PepsiCo están gastando en países como Brasil, China, la India y México para promover las ventas de bebidas con azúcar. Lo que sigue es un extracto de sus informaciones.

GRÁFICO 3. Cuota de mercado de refrescos gaseosos en el mundo



13 www.wcrf.org/sites/default/files/Curbing-Global-Sugar-Consumption.pdf

14 Viaje al Centro de la Alimentación que nos enferma: https://justiciaalimentaria.org/sites/default/files/campaign/informe_dameveneno.pdf

15 Mi Primer Veneno: https://justiciaalimentaria.org/sites/default/files/docs/primer_veneno_cas_web.pdf

16 Carbonating the World. The Marketing and Health Impact of Sugar Drinks in Low- and Middle-income Countries. Center for Science in the Public Interest, 2016.

La industria global de bebidas no lácteas factura, ni más ni menos, que 735.000 millones de euros al año, y se encarga de ofrecernos bebidas gaseosas, zumos, agua embotellada, té y cafés listos para tomar, y bebidas deportivas y energéticas. Las bebidas gaseosas son, con mucho, el tipo más popular de bebidas no alcohólicas en todo el mundo, con un mercado de más de 300.000 millones de euros anuales.

Los refrescos consisten, básicamente, en agua, dióxido de carbono, edulcorantes, colorantes y, a menudo, cafeína. **Coca-Cola y PepsiCo reinan en el mundo de los refrescos: controlan cerca del 70% del mercado.** Fabrican también muchas bebidas sin gas y tienen una presencia significativa en el mercado de bebidas energéticas y deportivas. En el altamente fragmentado mercado mundial de los zumos (130.000 millones), Coca-Cola y PepsiCo controlan el 13% y 6%, respectivamente.

Vamos a detenernos en la número uno, Coca-Cola.

La compañía posee las marcas, fabrica y vende jarabes y concentrados a sus socias embotelladoras, y supervisa el *marketing* y la publicidad. Las embotelladoras independientes y, muy excepcionalmente, la propia Coca-Cola se encargan de fabricar, distribuir y vender el producto final (directamente o a intermediarios como supermercados, otros minoristas, restaurantes, etc.). Con cerca de 250 socias embotelladoras, es capaz de distribuir en las más remotas aldeas de cada país africano. En la actualidad, comercializa cuatro de las cinco bebidas no alcohólicas más importantes del mundo: Coca-Cola, Coca-Cola Light, Fanta y Sprite.

Ya en 2014, las ventas en los Estados Unidos representaron solo el 19% de su volumen global de ventas, mientras que México, China, Brasil y Japón suman el 31% del volumen mundial.

Sus inmensos volúmenes de ventas son impulsados por enormes presupuestos publicitarios. Coca-Cola reconoce unos gastos publicitarios globales de más de 3.100 millones de euros en un solo año.

Con unos mercados del Norte Global claramente saturados, los mercados emergentes son críticos para su crecimiento corporativo. En 2012, las ventas de Coca-Cola crecieron un 22% en Tailandia, un 16% en la India y un 8% en Rusia. Brasil es un país clave para la compañía, que también está logrando crecimientos de dos dígitos en mercados como Ecuador, Vietnam y Argentina. Muchas de sus principales adquisiciones recién

están en mercados considerados emergentes, por ejemplo, las operaciones de embotellado en Guatemala, Vietnam, Camboya y Oriente Medio.

El interés de las corporaciones en invertir en los mercados emergentes se basa en una premisa simple: dinero.

En países cuyas economías están creciendo rápidamente y el consumo actual de bebidas azucaradas es bajo, su potencial de crecimiento (y ganancias) es enorme. La clase media en auge en los países emergentes es un segmento de consumo clave para muchas empresas, también para las de refrescos. Los estudios muestran que, a medida que las personas ascienden en la escala de ingresos, también lo hace su consumo de bebidas azucaradas. Entre 1997 y 2009, el consumo de refrescos por persona en los países de ingresos bajo y medio creció a una tasa anual de 5,2%.

Aquí conviene recordar la relación directa que hay entre el consumo de estos productos y las enfermedades derivadas de la ingesta excesiva de azúcares. Porque al mismo tiempo que impulsan sus mercados, se impulsan las enfermedades derivadas.

Ahmet Bozer, vicepresidente ejecutivo y presidente de Coca-Cola International, dijo que “la oportunidad está ahí, la mitad de la población mundial no ha tenido una Coca-Cola en los últimos 30 días. Hay 600 millones de adolescentes que no han tomado una Coca-Cola en la última semana”. El director financiero, Gary Fayard, se refirió a los millones de personas del mundo menores de 18 años como “nuestro núcleo demográfico¹⁷”. Ahí queda.

17 www.bloomberg.com/bw/articles/2014-04-10/four-reasons-why-coca-cola-will-stick-to-sweet-sodas



© Pixabay/Bru-nO

■ Sal

La sal sigue el mismo patrón que el azúcar: incremento de su consumo y presencia masiva en la alimentación actual, dificultad de controlar su ingesta porque se introduce sigilosamente en la dieta a través de los alimentos procesados y efecto negativo sobre la salud.

La sal común está compuesta por sodio y cloro. El componente problemático es el sodio. Eleva la presión arterial, con el riesgo de desarrollar hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares relacionadas (como infarto, angina de pecho, ictus y hemorragia cerebral), además de insuficiencia renal o deterioro cognitivo.

A la alimentación procesada se le añade sal común, sí, pero no es esa la única fuente de sodio. A una buena parte de las conservas, sopas, platos preparados y salsas se les incorpora como parte de otros ingredientes (glutamato sódico, fosfato disódico, benzoato sódico, bicarbonato sódico, etc.).

¿Cuánta sal tomamos? ¿Cuánta deberíamos tomar?

Aportamos un dato como referencia: en el Estado español tomamos 9,7 gramos diarios¹⁸, casi el doble de lo que recomienda la OMS para la población adulta, que es un consumo medio máximo de 5 gramos al día.

Por mucho que nos esforcemos en reducir ese consumo, la dificultad radica en la sal (el sodio) oculto en los alimentos procesados. Tan solo el 20-25% del sodio que tomamos proviene de salar los platos en la cocina o en la mesa. **Hay más de 40 aditivos que contienen**

sodio¹⁹. Las etiquetas deberían indicar el contenido total en sodio para ponerlo ante nuestra vista. En Estados Unidos, por ejemplo, el sodio es parte de la información obligatoria.

El problema se traduce en pérdida de salud. Pero también tiene un coste económico. La OPS indica que los costes directos e indirectos de la presión arterial alta consumen del 2,5% al 8% del PIB en América Latina y el Caribe.



© Pixabay/expict

■ Grasas

Con ellas se completa el trío de los ingredientes críticos. La adición de grasa suele ayudar a que los alimentos procesados sean más estables y menos perecederos, al tiempo que les da una cierta textura y untuosidad que los hace apetecibles. La consecuencia es que **nuestras comidas se han llenado de grasas. Las más perjudiciales son de dos tipos, las grasas trans y las saturadas.**

– Grasas trans

Cuando a los aceites vegetales se les añade hidrógeno, se solidifican. Y esto resulta muy útil para la industria, que se ha hecho adicta a este modo de manipular los aceites con el fin de conservar el producto (permite un mayor tiempo de almacenamiento, lo que facilita la logística de la industria alimentaria y la distribución a gran escala), adaptarlo a la temperatura o mejorar su textura. Además, es una alternativa más barata que el empleo de otras grasas²⁰.

18 www.efesalud.com/noticias/tomamos-doble-sal-lo-necesitamos

19 www.aditivos-alimentarios.com/p/listado-de-aditivos.html

20 www.quo.es/salud/grasas-trans-prohibidas

¿El problema? **Las grasas hidrogenadas son perjudiciales para la salud.** La principal consecuencia es que con su ingesta aumentan los niveles en sangre del colesterol LDL (el malo) y caen en picado los niveles de colesterol HDL (el bueno), aumentando el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Según un estudio publicado por *British Medical Journal*, la ingesta de cinco gramos diarios de grasas trans es suficiente para incrementar en un 25% el riesgo de enfermedad cardiovascular.

A pesar de ello, **se han hecho omnipresentes.** Pueden estar en frituras, bollería industrial, galletas, pastelería, postres, cereales, precocinados (empanadas, empanadillas, croquetas, etc.), pizzas, hamburguesas, patatas fritas de bolsa y otros aperitivos, palomitas... Y, sin embargo, **resulta difícil identificarlas porque en la mayor parte de los países su etiquetado no es obligatorio.** Nos puede ayudar fijarnos en la palabra *hidrogenado*. Aquellos alimentos que en su lista de ingredientes incluyan grasas o aceites vegetales hidrogenados o parcialmente hidrogenados, serán firmes candidatos a aportar grasas trans a nuestra dieta.

En junio de 2015, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) anunciaba que prohibía las grasas artificiales trans, a las que considera una amenaza para la salud pública, y daba tres años a la industria alimentaria para sacarlas de sus productos. Algunos países europeos como Dinamarca, Austria, Suiza, Islandia, Hungría y Letonia han establecido un marco legal que obliga a la industria a limitar la cantidad de grasas trans utilizadas en productos alimentarios. En América Latina, el primer país en prohibirlas fue Argentina en 2014, y más tarde le han seguido otros.

Ya en 2007, en América Latina se lanzó la campaña Las Américas libres de grasas trans²¹ (auspiciada por la OPS), que avisaba del peligro del consumo excesivo de estos ingredientes y proponía medidas normativas para eliminar su uso en la alimentación industrial.

Más adelante, en 2011, la OMS²² hizo un llamamiento para la eliminación de las grasas trans del abastecimiento global de alimentos, en respuesta al incremento de la

prevalencia de enfermedades no transmisibles, identificando esta medida como una de las mejores inversiones en materia de intervenciones de salud pública para países con ingresos bajos y medios.

– Grasas saturadas

La FAO recomienda que las grasas saturadas no superen el 10% de la ingesta de energía. La reducción de las grasas saturadas y su sustitución en la dieta por insaturadas se ha asociado a una disminución del colesterol en sangre y del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Las fuentes más importantes son quesos, embutidos y carnes procesadas, leche y productos lácteos, pastelería, bollería y galletas. Otras fuentes importantes de grasas saturadas en alimentos no procesados son las carnes rojas y algunos aceites vegetales, como los de palma o coco.

21 www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Conclusiones_Grupo_Trabajo.pdf

22 Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en septiembre de 2011.



4

LAS CAUSAS DE LA ALIMENTACIÓN INSANA

Hemos visto que la alimentación procesada se ha convertido en la base de nuestra dieta, que eso nos enferma y que la población infantil es la que está en mayor riesgo. ¿Cómo es posible que la alimentación se haya convertido en el principal factor de riesgo para nuestra salud? ¿Por qué seguimos comiendo tantos alimentos insanos?

Las causas de la expansión de la alimentación insana en todo el mundo hay que buscarlas en factores sistémicos y estructurales. **El actor protagonista es la industria alimentaria, que ha llegado a ocupar una posición dominante en el sistema de producción y consumo de alimentos. Pero su poder de influencia va más allá: es uno de los principales lobbies mundiales, con capacidad para incidir de manera notable en las decisiones que se toman a nivel político.** Como consecuencia, nos encontramos ante la ausencia de políticas públicas que aborden las causas de la alimentación insana conforme a la gravedad de los impactos que está generando.

Vamos a centrarnos en tres campos de actuación fundamentales, en los que se requieren medidas a nivel político: **la publicidad, el etiquetado y el precio.** Aquí nos fijaremos de manera especial en aspectos determinantes para la población infantil y juvenil. Para un análisis más detallado de cada uno de ellos, se puede consultar el informe base de nuestra campaña Dame Veneno²³.

La publicidad

Vivimos inmersos en ella. Desde la infancia y a lo largo de toda nuestra vida, recibimos permanentemente mensajes publicitarios.

Y la gran industria alimentaria hace buen uso de la publicidad. Invierte enormes cantidades de dinero y esfuerzo con la lógica intención de modificar las compras y el consumo alimentario, convirtiéndose en una poderosa fuerza sociocultural. Como resultado, la capacidad real de control consciente que tenemos sobre nuestra alimentación es muy baja. Mucho menor de lo que suponemos.

Además, la sofisticada mercadotecnia de la industria y la distribución alimentaria ha entrado de lleno en el te-

23 Viaje al Centro de la Alimentación que nos Enferma. Justicia Alimentaria, 2016. https://justiciaalimentaria.org/sites/default/files/campaign/informe_dameveneno.pdf

rreno de lo simbólico (publicidad emocional)²⁴, especialmente en la publicidad dirigida al público infantil.

Como ejemplo, un revelador estudio sobre el “efecto de los 30 segundos”²⁵ muestra la gran influencia que puede tener un simple anuncio en la población infantil. Se mostraron unos dibujos animados a dos grupos de menores de entre dos y seis años, con la única diferencia de que un grupo vería el anuncio publicitario de un producto alimenticio. Al terminar la sesión, se pidió a niñas y niños que eligieran entre distintas parejas de alimentos: los que vieron la publicidad eligieron los productos promocionados en mayor proporción.

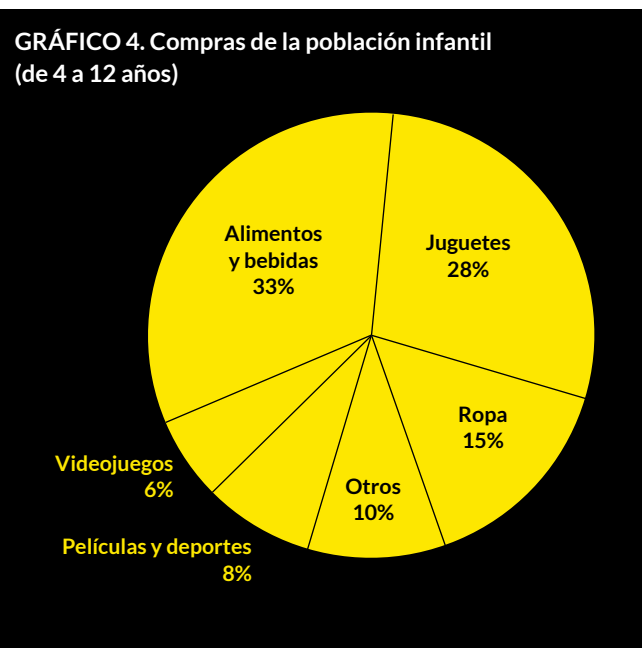
■ El target infantil

El término *target* (diana) se utiliza en publicidad para designar al destinatario ideal de una determinada campaña. Entre todos los *targets*, el infantil es un grupo muy interesante para las empresas anunciantes. De hecho, se ha estimado que la población infantil ve una media de 95 anuncios al cabo del día y más de 34.000 al año²⁶.

Este interés se explica por varias razones, entre ellas, su influencia en las compras familiares, su futuro papel como personas consumidoras y su capacidad de gasto actual. Con relación a esta última, si se analizan las compras realizadas por población infantil (de 4 a 12 años), los datos son reveladores²⁷.

Antes de continuar, recordemos la llamada de atención de la OPS: **“Los niños son especialmente vulnerables a la influencia de anuncios publicitarios, así que debemos protegerlos con medidas firmes y eficaces de salud pública”.**

Volvamos a la realidad. En el caso del público infantil, hay un considerable número de anuncios de bebidas y



comidas que se construyen en torno a una promoción. El regalo se convierte así en el eje central del anuncio. El truco funciona: en el Reino Unido, tres cuartas partes de los progenitores reconocen que han comprado comestibles a sus hijos e hijas por el regalo que incluían.

Y es que las dos características que definen a la población infantil como consumidora son la inmediatez (lo quiero) y la selección (ante una oferta extensa, escogen lo que les gusta).

En su relación con las marcas, cuando tienen edades inferiores a los 7 u 8 años solo se detienen en los rasgos aparentes como el color o la forma²⁸. A partir de esa edad, se fijan en atributos más abstractos como el sabor, el significado y el estilo que transmiten.

La población infantil tiene una gran confianza en la publicidad, y no siempre entiende su dimensión persuasiva, lo que la convierte en un sector altamente vulnerable. En un estudio²⁹, los investigadores siguieron a un grupo desde la infancia hasta la adolescencia para evaluar sus opciones de marcas comerciales. La mitad de las marcas escogidas en la adolescencia eran las mismas que habían seleccionado en la infancia, es decir, que los impactos en la infancia se arrastran durante años. De hecho, desde la edad de 10 años, un niño o

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

25 www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822301000128

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

27 *Pestering Parents: How Food Companies Market Obesity to Children.* Margo Wootan. 2003.

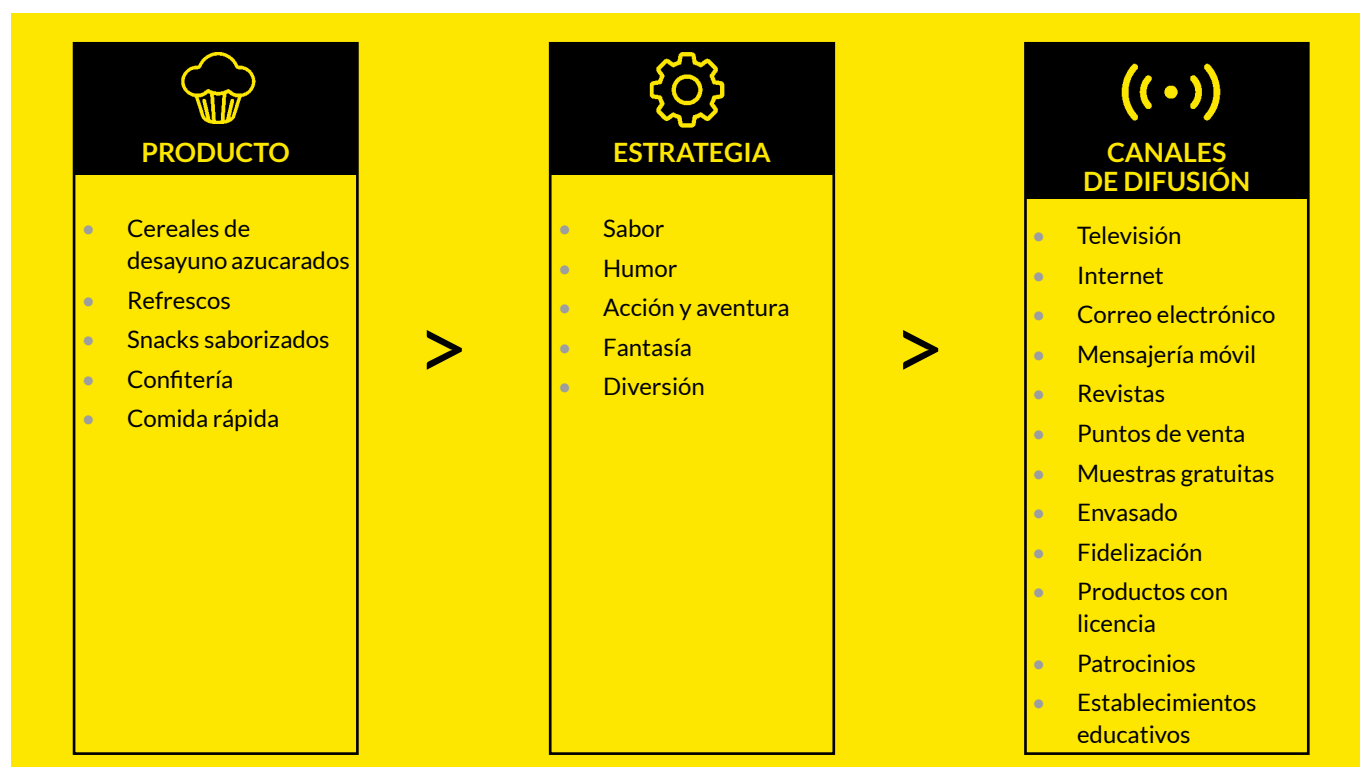
28 <http://rua.ua.es/dspace/bits-tream/10045/14444/1/978-84-7356-542-4%20Marketing%20y%20Ni%C3%B1os.pdf>

29 *Les enfants et la publicité télévisée.* Françoise Minot. 2002.

niña ha aprendido de memoria de 300 a 400 marcas³⁰. La propia OMS indica que la población infantil que reconoce múltiples marcas a la edad de cuatro años es más propensa a seguir una dieta insana y a padecer sobrepeso, y añade que los menores con exceso de peso responden más que los otros a la publicidad de alimentos insanos.

En un estudio realizado en Chile, casi tres cuartas partes de los niños y niñas dijeron que habían adquirido alimentos o bebidas anunciados en la televisión con ofertas de premios o regalos. Este efecto fue mayor entre los niños y niñas de los grupos de las clases socioeconómicas baja y media (78% y 75%, respectivamente). Casi un 65% dijeron que seguían comprando ese tipo de productos aun cuando la oferta promocional hubiera terminado³¹.

GRÁFICO 5. Naturaleza de la publicidad dirigida a población infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



El 73% de los alimentos anunciados en la televisión y atractivos para los niños y niñas podrían clasificarse como insanos. Las empresas también se valen de la publicidad para anunciar promociones, obsequios y concursos en sus sitios web³².

La promoción de bebidas gaseosas y comida rápida tiene como objetivo crear vínculos emocionales, “diversión y emoción”, para estimular la lealtad a la marca. Para ello también se promueve la adquisición repetida mediante las promociones de objetos coleccionables. Otra opción es recurrir al patrocinio de deportes, eventos musicales y programación infantil. La promoción en las escuelas es una táctica clave adoptada por las empresas de bebidas gaseosas en América Latina³³.

Una amplia revisión sobre la naturaleza de la promoción de alimentos dirigida a la población infantil³⁴, nos ofrece la siguiente visión general sobre productos, estrategias y canales de difusión.

30 www.childhoodobesityfoundation.ca/files/files/AMoreI_food_advertising_directed_at_children.pdf

31 Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana. Olivares, S. C., Albala, C. B., García F. B., Jofré, I. C. Revista Médica de Chile. 1999.

32 Análisis de la publicidad de alimentos orientada a niños y adolescentes en canales de televisión abierta: informe técnico. Santiago, A. P., Lancellotti, C.C. Centro de Estudios, Liga Ciudadana de Consumidores. 2009.

33 Globalization, diets, and noncommunicable diseases Organización Mundial de la Salud. 2002.

34 Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. Cairns, G., Hastings, G., Angus, K., Caraher, M. 2012.

Es interesante destacar que las **estrategias más utilizadas en televisión** se sirven de mensajes indirectos para dirigirse a la población infantil y a sus progenitores. Recurren a escenas de felicidad, grupos de amigas y amigos jugando y disfrutando de los alimentos que les ofrecen sus padres y madres, lanzando el mensaje de que la población infantil será más feliz y estará más sana al consumir el producto en cuestión. Este uso de simbolismos y mensajes indirectos dificulta la caracterización de la publicidad como “dirigida a la población infantil” y con ello la creación de normas que la regulen de manera efectiva.

Las **estrategias de marketing online** dirigidas a la población infantil incluyen juegos interactivos y actividades, clubes, concursos, sitios atractivos con audaces y llamativas gráficas, y oportunidades para crear comunidades en línea a través de chats, redes sociales y correo electrónico. Los sitios web de muchas compañías de alimentos están diseñados pensando en la población infantil y adolescente como público objetivo, desde simples páginas informativas a sofisticados sitios interactivos con juegos y promociones. La red también puede ser utilizada para recoger los datos personales de la población infantil.

El mismo estudio muestra una relación moderada pero significativa entre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas con el conocimiento y percepción de lo que constituye una dieta saludable, las preferencias alimentarias, el consumo de alimentos (referido al aumento del picoteo) y el estado de salud. Además, establece una asociación fuerte con la compra (o petición de compra) y la selección de marca y categoría de productos.

Diversos estudios recogen algunos de los **ganchos comerciales** usados para influir en la población infantil:

- ▶ **Juguetes:** muñecos, figuras, tatuajes, tazas.
- ▶ **Artículos coleccionables:** juguetes, láminas de álbum, pegatinas.
- ▶ **Concursos:** premios en sorteos por cupones incluidos en los productos, por hacer alguna tarea encomendada por el producto (enviar un dibujo, foto, etc.).
- ▶ **Cupones:** descuentos para el cine, descuentos para una pizza, etc.
- ▶ **Juegos:** puzzles, dominós, figuras para pintar, sopas de letras, elementos recortables y armables. Se ha recurrido incluso al regalo de un CD de juegos para ordenador en cajas de cereales.
- ▶ **Códigos:** utilizados para acceder a aplicaciones de sitios web, habitualmente juegos, concursos o descargas, por ejemplo, de protectores y fondos de pantalla.

El uso de ganchos comerciales se concentra, justamente, en los alimentos más insanos: comida rápida, cereales para el desayuno, dulces y chocolates, galletas, helados, saborizantes para leche, productos lácteos, zumos y bebidas gaseosas, gelatinas, aperitivos y salsas de tomate.³⁵

35 www.minsal.cl/portal/url/item/d68cf20e-14629b92e0400101650119e3.pdf

GRÁFICO 6. Efectos de la promoción de alimentos hacia público infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



¿Qué tipo de impactos publicitarios recibe la población infantil desde el punto de vista de la calidad nutricional de los productos? Empecemos con un dato ilustrativo³⁶. Los cereales anunciados con el público infantil como objetivo, tienen, en general, un 85% más de azúcar, un 65% menos de fibra y un 60% más sal que los cereales para adultos. A esto sumemos el hecho de que la población infantil preescolar ve un promedio de 642 anuncios de cereales al año, solo en la televisión.

Y es que **se anuncia lo contrario de lo que se recomienda**. Existen diversos estudios realizados en el Estado español que ponen de manifiesto tres cosas: la preponderancia de los anuncios alimentarios en la televisión, la predominancia aún mayor de los dirigidos al público infantil y que la práctica totalidad de ellos son de alimentos insanos.

Los anuncios de televisión están copados por productos cuyo consumo frecuente genera problemas de salud. La conclusión es que **el mensaje predominante que llega al público infantil y juvenil va justo en la dirección opuesta a una educación alimentaria basada en una dieta equilibrada** y puede reducir la eficacia de las campañas institucionales en contra de la obesidad infantil y a favor de un estilo de vida sano. Los anuncios de alimentación que más abundan en las horas en que más población infantil y juvenil hay delante de la televisión son de los productos menos recomendables para su dieta diaria, como bollería, dulces, golosinas, aperitivos, precocinados, alimentos muy grasos y refrescos. La evidencia científica³⁷ indica que los alimentos y las bebidas que con mayor frecuencia se promocionan a los niños y niñas (por ejemplo, cereales preendulzados para el desayuno, bebidas gaseosas, golosinas, refrigerios salados y comida rápida) difieren radicalmente de las recomendaciones alimentarias actuales para su crecimiento y desarrollo óptimos.

La exposición a la publicidad televisiva está asociada con una mayor preferencia por alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcares o sal, así como con mayores solicitudes de compra de estos tipos de ali-

mentos. Asimismo, se relaciona con un mayor consumo de refrigerios y bebidas con alto contenido de azúcar, un consumo de alimentos con escaso valor nutricional y una mayor ingesta calórica.

Nos hemos detenido en la publicidad en televisión, pero es importante recordar que **la publicidad irrumpe también en escuelas, guarderías, supermercados, lugares de juego y muchos otros entornos de la vida cotidiana**. Y sin embargo, la OMS indica que los entornos donde hay población infantil deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal. Hablemos, pues, de regulación.

■ La urgente necesidad de una regulación estricta de la publicidad

Además de la OMS, organizaciones, alianzas y movimientos ciudadanos en todo el mundo llevan tiempo exigiendo el control de la publicidad de alimentos dirigida a la población infantil y juvenil. La International Obesity Task Force formuló ya en 2008 los llamados Principios de Sídney, que sistematizan las acciones que deberían poner en marcha las Administraciones para controlar la comercialización y publicidad de los alimentos dirigidos a la población infantil.

La Academia Americana de Pediatría también ha abogado por la prohibición de la publicidad de comida basura y de comida rápida en la programación televisiva específica para la población infantil y adolescente.

¿Cómo regular? Existen diferentes **tipos de regulación** que se pueden aplicar a la publicidad alimentaria. Podemos agruparlos en tres grandes categorías³⁸:

- ▶ Normativa estatutaria
- ▶ Directrices de gobierno no estatutarias
- ▶ Autorregulación

36 Priming effects of television food advertising on eating behavior. Harris et al. 2009.

37 Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas. www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285&Itemid=270&lang=en

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

En la **normativa estatutaria**, su desarrollo, promulgación y aplicación es responsabilidad del Gobierno o de un organismo avalado por este. Por lo general, el objetivo es doble: garantizar que los anunciantes cumplan con ciertas pautas, y limitar el tiempo y el contenido de la publicidad.

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

En la **autorregulación**, la industria juega el papel fundamental, responsabilizándose de su propia regulación.

La Asociación de Dietistas de Canadá publicó en 2010 un documento en el que declaraba que la regulación voluntaria de los anuncios publicitarios por parte de las empresas de alimentación no es suficiente para reducir el impacto negativo que dicha publicidad ejerce sobre la dieta de la población infantil.

Sin embargo, al analizar la evolución mundial de la regulación de la publicidad alimentaria dirigida a la población infantil, se observaron las siguientes tendencias³⁹:

- ▶ El desarrollo de códigos de autorregulación por parte de la industria publicitaria y alimentaria.
- ▶ Un lento desarrollo de la normativa legal por parte de algunos gobiernos.
- ▶ La concentración de la acción reguladora en unos pocos países y su focalización en la publicidad televisiva, aunque con una creciente atención a otras técnicas de *marketing*.
- ▶ Una mayor atención a la supervisión y el cumplimiento de las regulaciones, aunque sigue siendo inadecuada.

El etiquetado

La irrupción masiva de alimentos procesados en nuestra dieta hace que la etiqueta juegue un papel fundamental, aunque ese papel es percibido de forma diferente por los distintos sectores implicados⁴⁰:

- ▶ **Para la persona consumidora** es una vía fundamental para acceder a la información sobre el producto que va a comprar.
- ▶ **Para las Administraciones públicas** es uno de los principales ámbitos de regulación, ya que pueden establecer la información que se debe facilitar para que al comprar podamos tomar decisiones fundamentadas.
- ▶ **Para las empresas alimentarias**, el envase y la etiqueta son un espacio publicitario de primer orden, ya que les permiten trasladar su mensaje directamente a la persona consumidora y son menos costosos que una campaña publicitaria.

Las etiquetas contienen una información que es obligatoria y otra voluntaria. Pero, en conjunto **¿ayudan o confunden?**, ¿qué buscamos en ellas?, ¿qué aspectos se hacen visibles y cuáles se esconden?, ¿somos capaces de descifrar todos sus elementos?

Para las empresas alimentarias, las etiquetas son un elemento esencial para diferenciar sus productos de los de la competencia, y dedican enormes recursos a su elaboración y diseño, tratando de que atraigan la atención de las personas consumidoras. Dentro de los pocos centímetros cuadrados que ocupan, se desarrolla una auténtica batalla de seducción y conquista. No hay que olvidar, además, que la etiqueta forma parte del envase y que todo ello es un solo cuerpo comunicativo lleno de reclamos y atracción. **Las empresas recurren a múltiples estímulos:** colores, formas, imágenes, mensajes, etc., que apelan a elementos sensoriales, geográficos o naturales para fomentar que determinados alimentos sean considerados más atractivos, sanos, sabrosos, ecológicos, tradicionales, frescos, etc.

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

40 Percepciones del etiquetado alimentario entre productores y consumidores. Lozano et al. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1882.pdf>

La complejidad que acompaña al etiquetado de alimentos se acentúa si tenemos en cuenta que los distintos elementos informativos (o publicitarios) que contienen la etiqueta y el envase interactúan entre sí.

Los resultados de diversos estudios indican que las etiquetas a menudo aportan más opacidad que transparencia al sistema alimentario, por lo que pueden desorientar más que informar a quien consume.

Los estudios sobre las percepciones del etiquetado por parte de las personas consumidoras reflejan, reiteradamente, las críticas por el exceso de información y de mensajes comerciales, la presencia de información abigarrada y confusa (a veces en letra pequeña), y el uso de expresiones demasiado técnicas que impiden su comprensión y que, por tanto, anulan su utilidad.

Y sin embargo, una condición necesaria para garantizar el derecho a la salud es que las personas consumidoras dispongan de información eficaz que les permita elegir adecuadamente los alimentos, de modo que la dieta que configuren sea saludable. La realidad es que la mayoría de las personas compran a ciegas y persuadidas por la publicidad. Según diversos estudios:

- ▶ Un alto porcentaje de personas no entiende la etiqueta y cree que debería cambiarse para hacerla más útil y clara.
- ▶ Los aspectos nutricionales son muy importantes para las personas consumidoras.
- ▶ La información nutricional (cuando se entiende) condiciona la compra de alimentos.
- ▶ La mayoría de personas quiere reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares.

Es decir, si las etiquetas fueran más claras e informaran mejor de los aspectos nutricionales y, en concreto, del contenido en azúcares, las personas consumidoras reducirían su consumo (esto no es una buena noticia para la industria alimentaria que, como hemos visto, ha introducido el azúcar en casi todos sus productos).

Todo esto nos lleva a la necesidad de disponer de sistemas de etiquetado más sencillos, que muestren claramente y de un vistazo las características nutricionales de los productos (si son saludables o no). Veamos ejemplos de etiquetados sencillos.



ETIQUETADO SEMÁFORO. Es un sistema basado en colores (verde, naranja y rojo) que ofrece una información sencilla, rigurosa y práctica. Para adjudicar los colores, se determinan las cantidades de energía, grasas, azúcares y sal que contiene un alimento y se comparan con las cantidades máximas recomendadas. El color se otorga para cada componente en función de si su cantidad está más lejos o más cerca del límite recomendado. **Verde** indica que la cantidad es baja, **naranja** que es media y **rojo** que es alta, y por tanto se debe tener precaución.

La mayor parte del etiquetado semáforo que existe se basa en los estudios de la Agencia de Salud Pública del Reino Unido. En este país se encuentra en cerca del 60% de los productos envasados. Se ha comprobado que **las personas consumidoras interpretan de modo correcto este sistema de etiquetado** y lo prefieren a otros⁴¹. Según un estudio de UNICEF realizado en diversos países de Latinoamérica, el etiquetado preferido por las clases populares es el semáforo.



SISTEMA KEY HOLE (ojo de cerradura). Fue creado por la Agencia Nacional de Alimentos de Suecia y se ha extendido al resto de países escandinavos. Es una etiqueta voluntaria que identifica mediante un logotipo las opciones más saludables dentro de las distintas categorías de alimentos.

Para llevar el logotipo, los alimentos deben cumplir los requisitos especificados por las autoridades en cuanto a su contenido en grasa, azúcares, sal y fibra dietética⁴².

41 FLICC: Front of pack food labelling: impact on consumer choice. Food, Consumer Behaviour and Health Centre, University of Surrey. 2017. (www.surrey.ac.uk/food-consumer-behaviour-and-health-research-centre/research/front-pack-labelling-impact-consumer-choice)

42 Report. A qualitative study concerning the Keyhole's influence over 25 years on product development. (Dno 2014/28894, Case no. 2.3.3). 2015.

Lituania también ha introducido recientemente este tipo de etiquetado.

ALTO EN SAL. Finlandia tiene en funcionamiento desde 1980 el aviso de alto contenido en sal, que se debe incluir obligatoriamente en los alimentos que exceden el criterio de contenido de esta sustancia. Se trata de un criterio bastante restrictivo que **ha estimulado la reformulación de los productos**⁴³.

Por otra parte, la Asociación Finlandesa del Corazón ha creado un etiquetado voluntario con el símbolo de un corazón, que indica “mejor opción” y sigue las recomendaciones nutricionales nacionales.

NUTRISCORE. Es un sistema que incluye colores y letras. En 2017, el Gobierno francés firmó un decreto que respalda la adopción voluntaria de este sistema. Consiste en un gráfico de colores del verde al rojo en el que el verde oscuro y el verde claro identifican a los alimentos más saludables, mientras que el naranja y el rojo lo hacen con los de menor calidad nutricional. Cada producto destaca el color que le corresponde en función de su contenido en azúcares, grasas saturadas, sal, calorías, fibra y proteínas. Además, lo hace atendiendo al contenido por 100 gramos. El marcador se basa en un sistema de perfiles nutricionales que se deriva del creado por la Food Standards Agency del Reino Unido para regular la publicidad en televisión dirigida a los niños⁴⁴.

En América Latina también existen ejemplos de etiquetado frontal por colores, como es el caso de Ecuador⁴⁵ y Perú⁴⁶.

Etiquetado en Ecuador



Etiquetado en Perú



43 Marco legal para “Alto en sal” (Asetuseräiden elintarikkeiden ilmoittamisesta voimakassuolaisiksi 1010/2014). Gobierno de Finlandia.

44 Nutrient profiling technical guidance. Department of Health. 2011. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/21094/dh_123492.pdf, accessed 11 November 2017).

45 www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGLAMENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf y <http://www.salud.gob.ec/campana-etiquetado/>

46 <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-la-ley-de-etiquetado-y-verif-decreto-legislativo-n-1304-1468963-4/>

El precio

Otra de las causas de la mala alimentación es la dificultad para acceder a una dieta sana. Esto incluye el precio de los alimentos saludables con respecto a los que no lo son, pero también la posibilidad real de compra de alimentos sanos, su disponibilidad en los lugares de compra. Aconsejar que se coman alimentos sanos y nutritivos es inútil si las personas no tienen suficientes ingresos para comprarlos o si no son fáciles de conseguir.

De la abundante documentación existente, destacamos dos estudios que nos ayudan a poner en contexto el papel que está jugando el precio de los alimentos.

Un estudio⁴⁷ analizó la evolución relativa de los precios entre dos grupos de alimentos: aceites, grasas, azúcares y alimentos altamente procesados, frente a frutas y verduras. Se realizó en Estados Unidos, Reino Unido, Brasil, México y República de Corea. El resultado indica que los precios de frutas y verduras han aumentado considerablemente desde 1990, mientras que la mayoría de los alimentos procesados estudiados son más baratos ahora que en 1990.

A la misma conclusión llegó uno de los estudios más completos realizados, un metaanálisis⁴⁸ que sistematizó las investigaciones existentes al respecto y también encontró que **las opciones alimentarias sanas son más caras que las insanas**. El estudio concluye que, para muchas familias de bajos ingresos, este costo adicional representa un auténtico obstáculo para una alimentación más saludable.

En este terreno también **hay un gradiente social y un gradiente de género**. Nos fijamos para ello en el caso del Estado español. ¿Cuánto costaría seguir la dieta saludable recomendada? Si tomamos como referencia las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y los precios medios de los alimentos, la cifra sería de unos 1.500 euros por persona y año. Si la comparamos con el gasto promedio en alimentación, que es de 1.482 euros por persona y año, parecería que los datos cuadran. Pero estamos hablando de gasto medio, lo que significa que muchas familias están gastando menos en alimentación. Esa parte de la población no

tiene capacidad económica para seguir las recomendaciones nutricionales de una alimentación saludable.

En el caso de las mujeres, la situación empeora. En buena medida, debido a la brecha salarial, pero también se trata de tener o no trabajo y, en caso de tenerlo, del tipo de contrato y su temporalidad. La desigualdad entre hombres y mujeres en el ámbito laboral y en las prestaciones (pensiones o desempleo) impacta de manera negativa en la capacidad de las mujeres (y de los hogares sustentados por ellas) para, por precio y por tiempo, obtener una dieta saludable.

Política de precios

El Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020 de la OMS contempla como línea de acción prioritaria la aplicación de políticas fiscales y de precios que influyan sobre la elección de los alimentos.

En Estados Unidos, uno de los países que más literatura científica ha elaborado sobre este tema, se ha llegado a la conclusión de que el fácil acceso y los precios asequibles de alimentos insanos en combinación con una menor disponibilidad y precios más altos de frutas y verduras, pescados y carnes bajas en grasa, podrían haber sido factores determinantes en la alarmante prevalencia de obesidad que sufre el país, especialmente en los grupos de menores ingresos.

Una manera de promover una dieta más saludable es desincentivar la compra de los alimentos insanos encareciéndolos, e incentivar la de los sanos abaratándolos. Pero, además, puesto que las clases populares tienen dificultades económicas para seguir una dieta saludable, abaratar los alimentos sanos es una forma de reducir las desigualdades en el acceso a una dieta adecuada. La idea central es abaratar la alimentación sana, ecológica y de proximidad; y encarecer la alimentación insana.

¿Funciona en la práctica? Sí. Diversos estudios⁴⁹ han mostrado que disminuir los precios de ciertos alimentos tiene un efecto directo sobre su adquisición, especialmente entre los grupos de población con menores ingresos. Las medidas fiscales son herramientas muy

47 www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9580.pdf

48 <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e004277.short>

49 *Tomorrow's Healthy Society. Research Priorities for Foods and Diets.* Joint Research Centre Foresight Study. European Commission. 2014.

sensibles para actuar sobre el consumo, especialmente cuando se combina la subida de precios de algunos alimentos con la bajada de aquellos que son alternativas más saludables.

Eso sí, **una política de precios acorde con los objetivos de salud requiere un diseño cuidadoso** y que tenga en cuenta todos los factores que pueden influir en su desarrollo. Por ejemplo, no todos los alimentos se comportan igual a nivel de consumo cuando varían sus precios. En general, la revisión bibliográfica indica que son necesarios incrementos considerables de precio (alrededor de un 10-20%) para conseguir reducciones significativas de consumo.

También hay que tener en cuenta que **toda estrategia en esta línea cuenta con una oposición frontal de la industria alimentaria y de refrescos**. En parte por el aumento de precio que supondría para sus productos insanos, pero sobre todo porque envía un mensaje claro que identifica ciertos productos como poco saludables, una señal contundente que puede contribuir a modificar los hábitos alimentarios, más allá del efecto directo de la variación en el precio.

En uno de los mayores metaanálisis realizados hasta la fecha sobre el tema⁵⁰, auspiciado por la OMS, se concluye que los estudios revisados sobre el efecto de las medidas fiscales en el consumo de alimentos, encontraron, en todos los casos, que el consumo se modificó en la dirección esperada.

Para terminar este capítulo, recomendamos el magnífico trabajo de recopilación de políticas públicas dirigidas a promover dietas saludables, realizado por el World Cancer Research Fund International. Incluye políticas en los diversos ámbitos (etiquetado, publicidad, impuestos, escuelas, etc.) en países de todo el mundo. La información se puede consultar en su base de datos: www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database

A continuación, vamos a ejemplificar lo que hemos visto hasta aquí, aterrizándolo en tres países: **República Dominicana, Honduras y el Estado español**.

Veremos el impacto que tiene la alimentación insana en la salud, y analizaremos los marcos normativos básicos y las políticas públicas (o la ausencia de ellas) a nivel nacional y en sus respectivos contextos regionales.

50 The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. OMS, 2010.



**PLANES, ESTRATEGIAS
...Y REALIDAD**
Tres países

5

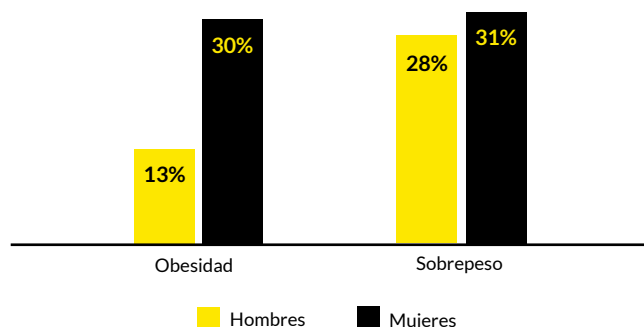
REPÚBLICA DOMINICANA

En el país, el 50% de las muertes por enfermedades no transmisibles se deben a enfermedades cardiovasculares; el 24%, a cáncer y el 6%, a diabetes⁵¹. Entre los factores de riesgo se encuentran la obesidad y la hipertensión arterial.

■ Obesidad y sobrepeso

Alrededor de dos tercios de las mujeres entre 15 y 49 años presentan sobrepeso u obesidad: un 31% sobrepeso y un 30% obesidad. En los hombres de igual rango de edad, el 28% presenta sobrepeso y el 13% obesidad. Como vemos, el sobrepeso no es muy distinto entre hombres y mujeres, pero sí la obesidad, que afecta más a estas. En jóvenes, tanto mujeres como varones, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es superior al nivel de subalimentación.

GRÁFICO 7. Porcentaje de obesidad y sobrepeso en edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.



Para la población infantil, la encuesta nacional sobre demografía y salud⁵² muestra la prevalencia del exceso de peso por grupos de edad en menores de 5 años (ver tabla). En conjunto, el porcentaje de menores de 5 años con sobrepeso, sin poder distinguir las diferencias entre niños y niñas, era del 7% en la encuesta de 2013, observándose una tendencia a la baja con respecto a la década previa.

Volviendo a los datos de 2013, es interesante destacar que el porcentaje de sobrepeso es similar al de desnutrición crónica, que para los niños y niñas menores de 5 años también se situaba en el 7%.

51 La mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo en Centroamérica y República Dominicana. Observatorio Centroamericano de Desarrollo Social. 2017.

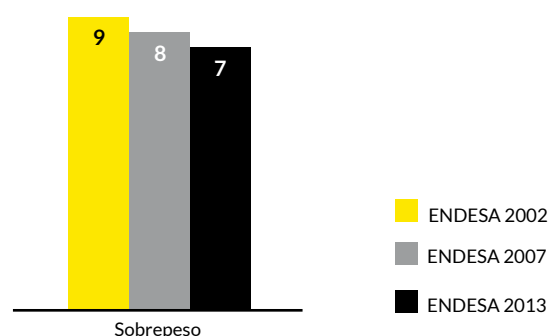
52 Encuesta Demográfica y de Salud 2013. ENDESA. 2013.

TABLA 1. Prevalencia del exceso de peso por grupos de edad en menores de 5 años

Edad en meses	Prevalencia de exceso de peso para talla
< 6	11,8
6 a 8	7,3
9 a 11	10,6
12 a 17	10,8
18 a 23	9,4
24 a 35	8,4
36 a 47	4,2
48 a 59	4,2

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 2013

GRÁFICO 8. Porcentaje de menores de 5 años con sobrepeso



■ Hipertensión

Los datos aportados por los cardiólogos de República Dominicana al celebrarse el Día Mundial de la Hipertensión en 2018, afirman que la hipertensión afecta en el país a un tercio de la población menor de 50 años.

El estudio de factores de riesgo cardiovasculares (EFRICARD I) realizado entre 1998 y 2000, indicó que el 31% de la población adulta era hipertensa. Este mismo estudio fue repetido en 2010-2011 (EFRICARD II) con una muestra de 3.878 personas entre los 18 y 75 años, siendo la prevalencia de la hipertensión arterial de 34,7% para la población general, con valores de 38,7% para los hombres y 32,8% para las mujeres. Llama la

atención que, en menores de 20 años, el 5,5% ya era hipertenso⁵³.

Aunque no se han encontrado más datos sobre hipertensión en la población infantil y adolescente, los especialistas del Programa de Cardiología Pediátrica de los Centros de Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT), indican que **se ve cada vez con más frecuencia entre niños, niñas y adolescentes**, en la mayoría de los casos vinculada al sobrepeso, la ingesta de comida basura y la vida sedentaria.

■ Diabetes tipo 2

Las cifras indican que la prevalencia de esta enfermedad se duplicó en 10 años en el país, pasando del 5,5% en el año 2000 al 9,9% en 2010, según la información revisada del EFRICARD I y II.

Aunque no se han encontrado datos oficiales sobre la diabetes en niños y niñas, un artículo en *Hoy digital*⁵⁴ recoge declaraciones del endocrinólogo Antonio Selman Geara en las que dice que en los años 70 había de un 5% a un 7% de población infantil con diabetes, mientras que en la actualidad (2017) se sitúa entre el 12-15%, e indica que “esto es debido a la mala nutrición, pues los pequeños consumen mucha azúcar y sal, provocando así que presenten una seria condición de obesidad, para luego caer en el síndrome metabólico y finalmente se les presenta la diabetes”.

Es importante destacar que, hasta no hace mucho, esta enfermedad solía producirse en adultos mayores de 50-55 años. En la actualidad, sin embargo, **es cada vez más frecuente que se diagnostique en menores y adolescentes**, a causa del aumento del sobrepeso y la obesidad infantil.

53 Informe sobre la Situación de Nutrición y Seguridad Alimentaria de La República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. 2014.

54 <http://hoy.com.do/poblacion-infantil-representada-de-12-a-15-de-diabeticos-en-rd/>

■ Enfermedades cardiovasculares

Aunque no se han encontrado estadísticas oficiales sobre estas enfermedades en la población infantil, Elaine Garrido, del equipo de expertos de la Fundación Heart Care Inc afirma que: “Las cardiopatías congénitas (alteraciones del corazón y los grandes vasos que se originan antes del nacimiento) son el problema cardiológico más importante de la edad pediátrica en el país, no solo por su frecuencia, sino por la gravedad de muchas de ellas. El mejor consejo que podemos dar a los padres para cuidar el corazón de sus hijos es iniciar desde pequeños el control de los factores de riesgo enseñándoles a comer sano y promoviendo en ellos las prácticas deportivas”.

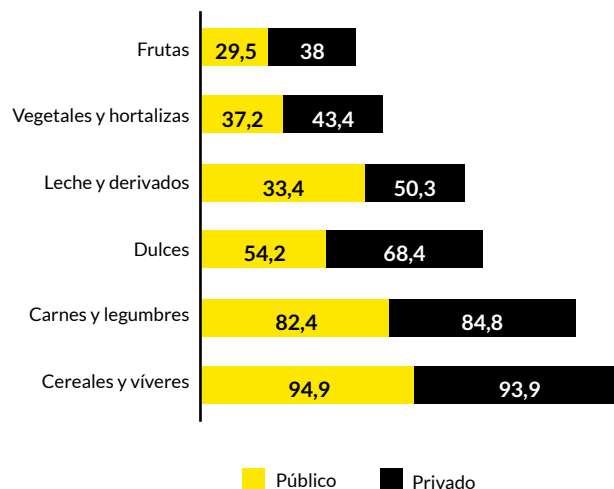
La Encuesta Demográfica y de Salud 2013, indica que el 40% de las mujeres y el 23% de los hombres informaron que les habían medido el colesterol alguna vez, a un 8% y un 6%, respectivamente, se les había diagnosticado colesterol alto alguna vez. En los últimos doce meses, un 5% de las mujeres y un 4% de los hombres se les había diagnosticado colesterol alto.

■ Hábitos alimentarios

Son muy pocos los estudios encontrados sobre el consumo de alimentos en República Dominicana. En 2012, el Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil del Ministerio de Educación realizó la Segunda Encuesta Nacional de Micronutrientes en escolares de 6 a 14 años. En base a esta encuesta, se determinaron los grupos de alimentos que están disponibles en los hogares de los escolares, diferenciando entre asistencia a colegio privado y público. Se observa que, entre la población infantil que asiste a colegio privado, probablemente con mayores ingresos, hay una mayor disponibilidad de alimentos sanos (frutas, verduras, lácteos y derivados) y también de insanos, como los dulces. No existen diferencias significativas entre ambos tipos de hogares en lo referente a carnes y legumbres.

Los estudios sobre adquisición de alimentos de las encuestas nacionales de ingresos y gastos, también aportan información de interés. Los alimentos consumidos en el 60% o más de los hogares⁵⁵ son: aves, huevos,

GRÁFICO 9. Disponibilidad de grupos de alimentos por hogares con asistencia a colegio público/privado



pan de trigo, guineos y plátanos, comidas preparadas, condimentos y sazoadores, otras verduras (arroz en la zona rural), zumos naturales y procesados (azúcar en zona rural) y agua (sopas deshidratadas, consomé en zona rural). En la zona rural se consume azúcar probablemente para endulzar zumos naturales y café, y en la urbana se consumen más zumos naturales procesados que probablemente contienen azúcares. Otra diferencia entre ambas zonas es el mayor consumo de sopas deshidratadas y consomés entre la población del área rural, lo que probablemente incide en un mayor consumo de sal frente a la población del área urbana que no indican el consumo frecuente de sopas deshidratadas y consomés.

Con independencia del nivel socioeconómico, el 60% o más de los hogares compraron comidas preparadas para ser consumidas en el hogar o en el lugar de compra, lo que manifiesta que es una conducta habitual. Con excepción del grupo clasificado como más pobre, las bebidas de mayor consumo (>60% de hogares) fueron los zumos naturales. Los refrescos carbonatados (gaseosas) fueron adquiridos por un 45-59% en los hogares pobres, medio y pudiente, y por un 60% o más en los hogares más pudientes. El café y similares fue adquirido con mayor frecuencia por los hogares pobres y medios, mientras que las bebidas alcohólicas por más del 30% de hogares en todos los grupos excepto los más pobres. Los refrescos artificiales fueron comprados por un 30-44% de los hogares de pobres a pudientes, pero menos de ese porcentaje por hogares más pobres y más pudientes.

55 Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (América Latina y Caribe) 2007

TABLA 2. Alimentos consumidos en el 60% o más de los hogares

Urbana	Rural
Aves	Aves
Huevos	Huevos
Pan de trigo	Pan de trigo
Guineos y plátanos	Guineos y plátanos
Comidas preparadas	Comidas preparadas
Condimentos y sazónadores	Condimentos y sazónadores
Otras verduras	Arroz
Zumos naturales procesados	Azúcar
Agua	Sopas deshidratadas y consomé

Los alimentos habituales en la mayoría de los hogares, con independencia del nivel socioeconómico, son: pan de trigo, guineos/plátanos verdes y comida preparada. Llama la atención la práctica frecuente de comprar comida preparada, siendo el plato más común el elaborado con habichuelas/gandules, arroz y carne, cuyo consumo incide en la disponibilidad de energía y nutrientes de la población. Por otra parte, la adquisición de queso, galletas, gaseosas/refrescos y bocadillos salados fue mayor en los sectores pudiente y más pudiente.

Se destaca que los refrescos carbonatados y las galletas, que probablemente tengan un alto contenido en azúcar, presentan un mayor consumo entre los hogares de ingresos más altos que entre los de menores ingresos.

Sobre **hábitos alimentarios en la etapa infantil temprana**, la Encuesta Demográfica y de Salud 2013 preguntó sobre lactancia materna exclusiva. Destaca como resultado que solo la reciben el 10% de los menores en los tres primeros meses de vida, y el 7% en los seis primeros meses. También se realizó un cuestionario de diversidad de dieta sobre los alimentos líquidos, sólidos y semisólidos consumidos por los menores de dos años.

Contrariamente a las recomendaciones de la OMS sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, el 46% de los menores de dos meses que estaban lactando recibía además la fórmula infantil, un 39% recibía otra leche y a un 14% se le daba otro líquido. La práctica de ofrecer a los menores alimentos sólidos o semisólidos

comienza temprano en el país. Antes de cumplir los cuatro meses, un 17% de los niños y niñas que eran amamantados ya había recibido además algún alimento sólido o semisólido. Esta cifra aumenta al 39% a la edad de 4-5 meses.

En lo que concierne al **consumo de productos ultraprocesados**, las ventas *per cápita* aumentaron en 26,3 kg en el periodo 2000-2013, pasando de 70,3 kg en el año 2000 a 96,6 kg en 2013⁵⁶.

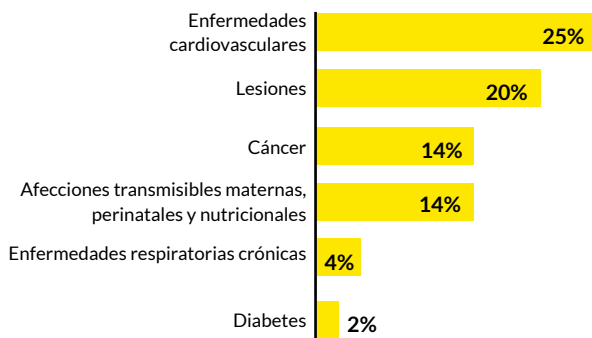
56 Panorama de la Seguridad Alimentaria Nutricional en América Latina y El Caribe. FAO y OPS. 2016

6

HONDURAS

Se estima que las enfermedades no transmisibles son la causa del 66% de las muertes, de ellas, el 25% por enfermedades cardiovasculares, el 20% por lesiones, el 14% por cáncer, el 14% por afecciones transmisibles maternas, perinatales y nutricionales, el 4% por enfermedades respiratorias crónicas y el 2% por diabetes (el 21% restante por otras enfermedades).⁵⁷

GRÁFICO 10. Porcentaje de mortandad a causa de diferentes enfermedades no transmisibles



La probabilidad de morir entre los 30 y 70 años debido a las cuatro principales enfermedades no transmisibles es del 16%. La enfermedad cardiovascular es la principal causante de mortalidad por enfermedad no transmisible en hombres, mientras que los cánceres lo son en las mujeres.

■ Obesidad y sobrepeso

En menores de 5 años, el sobrepeso y la obesidad **casi se han duplicado en las dos últimas décadas**, pasando del 2,9% en 1991 al 5,3% en 2011, tendencia presente con mayor frecuencia en el área urbana⁵⁸.

La encuesta sobre demografía y salud 2011-2012⁵⁹ muestra que el 5,2% de los niños y niñas menores de 5 años presentan sobrepeso u obesidad (5,4% niños y 4,8% niñas). Los niveles más altos se encontraron entre los niños de 9 a 11 meses (9%). Al igual que en República Dominicana, este indicador aumenta con el nivel de educación y el quintil de riqueza de la madre.

57 ENT Perfiles de países. OMS. 2018.

58 Base de datos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

59 Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012

TABLA 3. Relación entre el nivel educativo de las madres y el sobrepeso/obesidad infantil

Nivel educativo de las madres	Menores con sobrepeso/obesidad (%)
Superior	14
Educación Secundaria	6,4
4-6 años de colegio	4,6
1-3 años de colegio	2,7
No han asistido al colegio	3,1

En cuanto al nivel de riqueza, asciende progresivamente desde el 3,5% en menores de madres ubicadas en el quintil inferior hasta el 9% en las del quintil superior.

Destaca también que el sobrepeso/obesidad afecta más a los menores del área urbana (7%) que a los del área rural (4%).

En adolescentes de 13 a 15 años, el 18,7% presenta sobrepeso y el 5,4%, obesidad⁶⁰.

En cuanto a la edad adulta, el sobrepeso y la obesidad afectan más a las mujeres que a los hombres. El 58% de las mujeres tienen sobrepeso, frente al 47% de los hombres. Para la obesidad, la prevalencia es del 26% en mujeres y el 13% en hombres⁶¹.

El 51% de las mujeres en edad fértil tienen sobrepeso u obesidad, lo que puede influir en la salud del bebé⁶².

En la última década, **se han venido manifestando problemas de salud asociados a la obesidad infantil**, como la diabetes tipo 2 y las afecciones de tipo cardiovascular, debido a dietas alimentarias basadas en grasas y carbohidratos⁶³.

■ Hipertensión

Según datos publicados en 2009, la hipertensión arterial mostraba una prevalencia de 22,6% en la población adulta (hombres 23,2% y mujeres 22,1%)⁶⁴.

■ Diabetes tipo 2

Según el Informe de la Nutrición Mundial, 2016⁶⁵, en Honduras, el 9,5% de las personas adultas padecía diabetes.

Un estudio realizado en 2013 en La Ceiba, departamento de Atlántida, estimó una prevalencia de síndrome metabólico 1 del 27,4% en afrohondureños y 14,3% en mestizos, con diferencias significativas entre ambos grupos, lo que revela la vulnerabilidad de las personas afrodescendientes ante las enfermedades no transmisibles.

■ Enfermedades cardiovasculares

En la Región de las Américas, en 2007, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de casi 1,6 millones de muertes (790.997 hombres y 785.598 mujeres). El 30% de estas muertes se produjeron prematuramente en personas de edades comprendidas entre 30 y 69 años.

En Honduras es la segunda causa de muerte en personas adultas, y la OPS indica que fallecen prematuramente alrededor de 189 personas por cada 100.000 habitantes por enfermedades cardiovasculares, lo que implica el deceso de 15.120 personas cada año, aproximadamente.

60 Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país. OPS. 2017.

61 Informe Global de Nutrición de 2016.

62 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2012.

63 Informe de la infancia en Honduras. UNICEF. 2010.

64 Iniciativa Centroamericana de Diabetes. OPS. 2009.

65 Informe de la Nutrición Mundial 2016. International Food Policy Research Institute (IFPRI).

■ Hábitos alimentarios

El único estudio disponible está basado en la última Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2004), cuyo análisis de consumo aparente lo realizó el INCAP en 2012⁶⁶.

El estudio reveló que el quintil de población con mayor poder adquisitivo consumía un 20% más de calorías que el quintil más pobre. En el 50% de los hogares no pobres y en los de la región central, el aporte energético de las grasas sobrepasaba el 30%, lo que constituye un riesgo para las enfermedades crónicas.

Con respecto a los **hábitos de alimentación en la población infantil**, destaca el proyecto Educación Alimentaria Nutricional en las Escuelas Primarias de Honduras, impulsado por el Ministerio de Educación con apoyo de la FAO. En 2007 se realizaron encuestas y talleres con una muestra de 861 escolares, 452 niñas (52,5%) y 409 niños (47,5%), en edades comprendidas entre los 6 y los 13 años, matriculados en 16 escuelas de cinco departamentos: Colón, Copan, Choluteca, Intibucá y Olancho.

Los hallazgos muestran que los departamentos con mayores índices de obesidad son Choluteca (5,6%) y Colón (4,8%), seguidos por Copan (3,7%), Olancho (1,3%) e Intibucá (1,2%). No existen diferencias marcadas entre departamentos sobre los alimentos que los escolares creen que les ayudan a crecer bien. En general, la mayoría considera que son los alimentos de origen animal y en orden de importancia mencionan la leche y sus derivados, las carnes y los huevos. Le siguen los granos y cereales, (maíz y frijol), base de la alimentación de la población hondureña. Existe un número considerable de niños y niñas que mencionan que los pasteles, galletas, golosinas y refrescos embotellados —la mayor parte de ellos con alto contenido en azúcar, grasas saturadas y sal, y con apenas aportes en fibras— les ayudan a crecer bien y sanos.

En todos los grupos del estudio, las madres participantes coinciden en que los alimentos más adecuados para el crecimiento de sus hijos e hijas son: leche, huevos, verduras, frijoles, arroz y pollo. Se mencionan como importantes, pero no son mencionados en todos los grupos: tortillas, pescado, cereales (avena, *cornflakes*), sopas (de verduras, de res y de pollo, con malanga), car-

TABLA 4. Alimentos y bebidas consumidos por la población infantil

Consumo de alimentos y bebidas	% total de niños y niñas	Departamentos				
		Colón	Copan	Choluteca	Intibucá	Olancho
Galletas o pan	36,2	25,1	28,2	33,8	50,9	47,1
Confituras	33,2	26,6	23,9	32,4	45,6	40,6
Churros	60,3	55,1	58	59,2	57,4	74,2
Refrescos embotellados	24,6	36,7	31,4	29,6	10,1	11,6
Zumos dulces	21,6	39,6	8	33,8	12,4	14,2
Paletas	33,4	23,2	24,5	27,5	39,6	56,8
Catrachas	2	1,4	4,3	2,8	0	1,3
Baleadas	5,9	19,8	3,2	2,8	0	0
Tortilla con queso	2,1	2,9	1,6	4,9	0,6	0
Enchiladas, tacos	10,2	15,5	14,4	19,7	8,3	0
Frutas	6,7	10,1	3,7	7	7,7	3,9
Otros	17,9	42,5	14,4	13,4	7,1	5,2

66 INCAP. Análisis de la situación alimentaria en Honduras. Análisis de la ENCOVI 2004. OPS. Honduras, 2012.

ne de res, lácteos (queso y cuajada), frutas y verduras (zanahoria, remolacha, guineos, plátanos, papa, yuca, ayote y tomate), zumos o refrescos naturales, leche materna, agua, leche de soya, pasta, azúcar, harina, manteca y condimentos.

Por otra parte, aunque las autoridades de la Secretaría de Educación pretendan mejorar la situación nutricional a través de la entrega de una merienda sana y nutritiva, el estudio refleja que “esta estrategia se ve disminuida frente a las ventas masivas de refrescos embotellados, alimentos ‘chatarra’ o churros y, aunque en menor escala pero en situación similar, las ventas ambulantes de tajaditas de plátano fritas, mangos u otras frutas con sal y pimienta, etc. fuera o dentro de la escuela”.

Por otra parte, el estudio Conductas Alimentarias y Actividad Física en Niños Escolares de Tegucigalpa⁶⁷ realizado con 288 escolares de sexto grado, ofrece información sobre hábitos alimentarios de niños y niñas de una media de edad de 11 años en escuelas de la capital de Honduras. El 65,4% consumían en sus viviendas una alimentación saludable, el 48,6% de las meriendas escolares eran altas en grasas y el 15,8% altas en carbohidratos. Del total de los escolares estudiados, el 67,6% tenían el hábito de desayunar todas las mañanas y solo un 5,3%, casi nunca. Con respecto al consumo de frutas y verduras, únicamente un 29,7% tenía una conducta adecuada en cuanto al consumo de frutas diariamente y un 11,3% no consumía ni frutas ni verduras.

Solo una tercera parte hacía una elección adecuada al consumir su merienda en base a frutas, a diferencia de un porcentaje mayor que seleccionaban una merienda

alta en grasa. La conducta de elegir siempre alimentos bajos en grasas solo se observó en un porcentaje mínimo de escolares (13,4%).

También se hizo un estudio, en 2015, con jóvenes de 13-17 años del Instituto San Antonio de Oriente, en la comunidad de El Jicarito del Departamento Francisco Morazán, con 58 participantes en los que se identificaron deficiencias en hierro, calcio, vitamina C, fibra y energía, exceso en ingesta de sodio, carbohidratos y vitaminas. El patrón de consumo no contiene productos lácteos ni hortofrutícolas.

Además del factor preferencias alimentarias de los escolares, es importante tomar en cuenta el coste de una dieta sana frente al de los productos procesados, ultraprocesados y calóricamente densos que suelen ser más baratos que los alimentos tradicionales, sustituyéndolos en entornos con mayores índices de pobreza en el hogar.

Con base en información disponible en ocho países de la región⁶⁸, se comparó el costo promedio del contenido calórico en 100 gramos de productos alimenticios agrupados en 10 categorías: azúcar, golosinas (productos procesados que contienen azúcares libres, mermeladas y chocolates), bebidas azucaradas (gaseosas, zumos envasados y zumos en polvo que contienen azúcar), legumbres, mantequillas y aceites, carnes (todos los tipos de carne, pescado y huevo), lácteos, cereales, frutas y verduras. Varios países de la región, entre ellos Honduras, presentan en los productos de la canasta alimentaria precios por caloría mayores para las verduras que para las bebidas azucaradas, el azúcar y las mantequillas y aceites.



Como conclusión con respecto a los dos países, cabe destacar que tanto en Honduras como en República Dominicana existe una brecha entre el conocimiento sobre los alimentos que contribuyen a una dieta sana y el consumo. Esta brecha viene provocada por la preferencia, los anuncios publicitarios, la elevada disponibilidad y el acceso (menor costo) de alimentos insanos, y la escasa regulación normativa, que hace que la población infantil, adolescente y adulta de los dos países consuma alimentos con un elevado contenido en azúcar, grasas y sal y, por tanto, las tasas de enfermedades no transmisibles y de obesidad y sobrepeso sean elevadas y puedan ascender de no impulsarse medidas pertinentes al respecto.

68 Estudio realizado por el equipo del Panorama de la SAN 2016 (FAO-OPS) según los datos disponibles de las canastas de alimentos en los índices de precios al consumidor, o precios y composición de canastas alimentarias según fuentes oficiales del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Uruguay.

7

ESTADO ESPAÑOL

Contexto: la región europea

Las enfermedades no transmisibles encabezan en Europa las causas de enfermedad y muerte. En 2015, estas enfermedades —incluyendo cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas— causaron el 89% de las muertes, lo que representa un incremento del 3% respecto al año 2000, según la monitorización sobre enfermedades no transmisibles que realiza la OMS en esta región.

Aunque la mayoría de los países de la región están trabajando para alcanzar en 2030 el objetivo global de reducir las muertes prematuras producidas por estas enfermedades, la morbilidad por enfermedad no transmisible permanece alta, especialmente en grupos vulnerables, con los consiguientes costes económicos y de bienestar⁶⁹.

Las dietas poco saludables se caracterizan por el desequilibrio energético y el consumo excesivo de grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sal⁷⁰, en gran parte debido al mayor consumo de alimentos altamente procesados, densos en energía y bebidas azucaradas, junto a un consumo insuficiente de verduras, frutas y cereales integrales. **Los alimentos y bebidas insanos están cada vez más disponibles, son más baratos y se promocionan mucho, especialmente para los niños y niñas.**

En todos los países europeos se superó el límite máximo recomendado por la OMS del 30% de **grasa** en el consumo total de energía. La recomendación de que las grasas saturadas representen solo el 10% de la ingesta total de energía también es superada en la mayoría de los países.

69 Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed government healthy food environment policy index. Swinburn, B., Vandevijvere, S., Kraak, V., Sacks, G., Snowdon, W., Hawkes, C. et al. *Obesity Reviews*. 2013.

70 Global, regional, and national consumption levels of dietary fats and oils in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys. Micha, R., Khatibzadeh, S., Shi, P. L., Fahimi, S., Lim, S., Andrews, K. G. et al. *BMJ*. 2014.
Global, regional, and national consumption of sugar-sweetened beverages, fruit juices, and milk: a systematic assessment of beverage intake in 187 countries. Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Shi, P. L., Lim, S., Andrews, K. G. et al. *PLoS One*. 2015.

En todos los que informaron sobre **azúcares añadidos**⁷¹, se superó el 5% de la ingesta total de energía, que es lo recomendado. **Las ingestas más altas corresponden a niños, niñas y adolescentes, excediendo habitualmente el 10%. Las principales fuentes son bebidas azucaradas, pasteles, bollería y cereales para el desayuno.**

En cuanto al consumo de **sal**, un número cada vez mayor de países ha realizado estudios de la excreción urinaria de sodio de 24 h., que proporciona la medida más precisa. Los resultados muestran que **la ingesta excede en todos los países la recomendación de la OMS de ≤ 5 g / día.**

La prevalencia del sobrepeso en la Región Europea de la OMS era del 56,1% en 2010 (60,1% en los hombres y 52,4% en las mujeres), elevándose en 2014 al 58% (62,5% en los hombres y 53,7% en las mujeres)⁷².

Las tendencias en la obesidad infantil y adolescente son particularmente preocupantes. La inadecuada nutrición materna (especialmente el exceso de peso antes, durante y después del embarazo), la lactancia y la alimentación complementaria inadecuadas juegan un papel importante, a menudo pasado por alto, en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad⁷³.

La Oficina Regional para Europa de la OMS puso en marcha la **Iniciativa para la Vigilancia de la Obesidad Infantil** (COSI, por sus siglas en inglés). Los rangos de edad establecidos por la OMS son niñas y niños de entre 6 y 9 años, ya que en esas edades se reducen las posibles diferencias atribuibles a la aparición en la pubertad. **Los datos muestran un gradiente norte-sur, con una mayor prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los países del sur de la región**⁷⁴.

71 La mayoría de los países que notificaron ingesta de azúcar definieron los *azúcares añadidos*, mientras que la ingesta de azúcares libres recomendada por la OMS es la que debería utilizarse. La definición de *azúcares libres* de la OMS es más amplia que la que se usa habitualmente para los azúcares añadidos y, por lo tanto, no existe riesgo de sobreestimación.

72 Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region.

73 Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization. Horta, B. L., Victora, C. G. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf

74 WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children. Report of the third round of data collection 2012–2013.

La situación en el Estado español

■ Obesidad y sobrepeso

Los datos sobre la prevalencia de la obesidad infantil, que se recopilan en el marco de la mencionada Iniciativa para la Vigilancia de la Obesidad Infantil, se publican en el **Estudio ALADINO**⁷⁵.

El Estudio ALADINO 2015 se realizó con 10.899 niños y niñas de 6 a 9 años (5.532 niños y 5.367 niñas) de 165 centros escolares de todas las comunidades autónomas, una muestra que es representativa del conjunto de la población española para ese grupo de edad. La prevalencia del sobrepeso fue del 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas) y la de la obesidad, 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas).

Si se comparan estos datos con los del primer Estudio ALADINO, realizado en 2009–2010, se observa que la prevalencia del sobrepeso ha disminuido, pasando del 26,2% en 2011 al 23,2% en 2015, mientras que la de la obesidad prácticamente no ha variado (18,3% en 2011 frente a 18,1% en 2015).

La obesidad y el sobrepeso en edad infantil se asocian con la presencia de diversos factores de riesgo de enfermedad, como prediabetes, diabetes tipo 2, hipertensión o incluso trastornos del sueño⁷⁶. Se asocia también con un mayor riesgo de sufrir exceso de peso y patologías asociadas en la edad adulta. Pero, además, pueden afectar al bienestar psicológico del niño o niña y a sus relaciones sociales⁷⁷.

En efecto, **la obesidad va asociada a una menor competencia social**, a adultos con problemas de conducta y a una baja autoestima. Algunos autores sugieren que el sobrepeso o la obesidad en adultos jóvenes irían asociados a una percepción negativa de la silueta, baja

75 Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España.

76 Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. Sleep Research Society. Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N. B. et al. 2008.

77 Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. Griffiths, L. J., Parsons, T. J., Hill, A. J. International Journal of Pediatric Obesity 2010.

autoestima, un nivel bajo de confianza en las capacidades físicas propias y un interés escaso en participar en actividades físicas.

En un estudio transversal con una muestra representativa de 296 escolares de primer y segundo curso de Educación Secundaria (12 a 14 años) realizado en la ciudad de Jaén, se encontró una **correlación negativa entre el índice de masa corporal y la autoestima**⁷⁸. Los resultados indicaron que el alumnado con un peso saludable tenía una puntuación más alta en autoestima que el que presentaba sobrepeso, y este la tenía ligeramente superior al alumnado con obesidad.

Estudios realizados en muestras similares indican que los jóvenes con sobrepeso u obesidad presentan baja autoestima y depresión. Algunos autores han propuesto que el sobrepeso o la obesidad, combinados con estrés ambiental ocasionado por un nivel económico bajo, pueden afectar a la salud psicológica de los niños y niñas.

Un metaanálisis⁷⁹ de estudios realizados en niños y niñas de entre 13 y 18 años, concluyó que los participantes obesos tenían niveles más bajos de autoestima que aquellos con pesos saludables. Quienes tenían obesidad y autoestima más baja mostraron una mayor propensión a conductas de riesgo, como tabaquismo y consumo de alcohol. **Se ha detectado correlación entre niveles bajos de autoestima y el inicio del consumo de tabaco y alcohol en jóvenes.**

Cabe mencionar que **los adolescentes con obesidad grave presentan problemas psicológicos serios, como la exclusión social y un deterioro en su calidad de vida relacionada con la salud.** La probabilidad de que un niño, niña o adolescente obeso presente un deterioro en su calidad de vida relacionado con la salud es 5,5 veces mayor que la de uno sano.

■ Diabetes tipo 2⁸⁰

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la edad pediátrica se define por obesidad, resistencia y déficit insulínico y ausencia de autoinmunidad pancreática. Entre los factores de riesgo implicados en su desarrollo se incluyen etnia, historia familiar de DM2, obesidad, inactividad física, retraso de crecimiento intrauterino o peso alto para la edad gestacional, rápido incremento de peso en el periodo neonatal, presencia de diabetes gestacional u obesidad materna, género femenino y condiciones que predisponen a la resistencia a la insulina tales como la pubertad (etapa en la que comienza a expresarse, en general, la DM2 en la edad pediátrica).

Existen numerosos datos que confirman que **la incidencia de DM2 en menores y adolescentes se ha incrementado significativamente en la última década**, coincidiendo con un incremento paralelo de la obesidad.

Datos recientes obtenidos de un estudio transversal realizado en una población española de 133 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de obesidad severa reflejan una incidencia de diabetes del 0,75% y de prediabetes del 10,5%⁸¹. Estos datos son ligeramente inferiores a los obtenidos en población americana y se asemejan a los referidos en series europeas.

En la actualidad, hasta la cuarta parte de los pacientes pediátricos con DM1 y autoinmunidad pancreática positiva tienen sobrepeso/obesidad al inicio de la enfermedad. Este grupo de pacientes tienen una evolución semejante a los pacientes con DM1 sin sobrepeso, pero la presencia de obesidad aumenta el riesgo de comorbilidades.

■ Hipertensión infantil

Según datos obtenidos de programas de salud infantil y juvenil, **la prevalencia de la hipertensión está incrementándose de manera progresiva** y en paralelo al aumento de las puntuaciones del índice de masa cor-

79 Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años. Ortega Becerra, M. A., Muros, J. J., Palomares Cuadros, J., Martín Sánchez, J. A., Cepero González, M. *Anales de Pediatría*. 2015.

80 Self-esteem and obesity in children and adolescents. A literature review. French, S. A., Story, M., Perry, C. L. *Obesity Reviews*. 1995.

80 Diabetes tipo 2 en población pediátrica española: cifras, pronóstico y posibilidades terapéuticas. Barrio, R., Ros, P. *Sociedad Española de Diabetes*. Publicado por Elsevier España, S.L. 2012.

81 Prevalence of carbohydrate metabolism disturbances in a population of children and adolescents with severe obesity. Guijarro de Armas, M. G., Monereo, S., Civantos, S., Montañó, J. M., Iglesias, P., Durán, M. *Endocrinología y Nutrición*. 2010.

poral (IMC). La hipertensión arterial es ya una realidad constatable hasta en un 30% de los niños obesos.

Un estudio⁸² realizado en la ciudad de Granada en una población de 977 niños y niñas de entre 9 y 17 años, concluía que, de todos los parámetros valorados, el IMC y la circunferencia fueron los indicadores antropométricos que mayor grado de correlación mostraron respecto a las cifras de presión arterial, por lo que constituyen indicadores precisos para predecir el riesgo cardiovascular en la edad adulta.

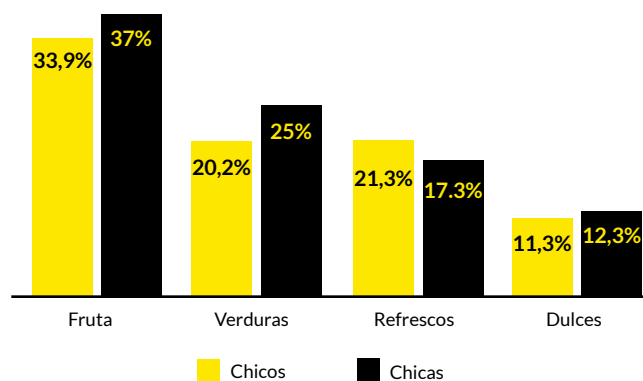
■ Dieta consumida

La juventud consume grandes cantidades de comida rápida y bebidas azucaradas y pasa menos tiempo en comidas familiares que las generaciones anteriores.

Según el informe sobre obesidad en la adolescencia y hábitos relacionados, realizado por la oficina de la OMS para la Región de Europa para el periodo 2002-2014⁸³, si bien el consumo diario de refrescos y dulces azucarados disminuyó notablemente, sigue siendo elevado —casi uno de cada cinco adolescentes bebe refrescos azucarados diariamente y uno de cada cuatro come dulces cada día—, mientras que el consumo diario de frutas y verduras aumentó ligeramente, pero sigue siendo bajo.

Si nos fijamos en los datos del año 2014 referentes al Estado español, vemos que **el consumo de fruta es bajo**. Solo un 37% de las chicas y un 33,9% de los chicos la toman a diario; en el caso de las verduras, el 25% de las chicas y el 20,2% de los chicos. En el otro extremo, el de los alimentos insanos, el 17,3% de las chicas y el 21,3% de los chicos consumen refrescos a diario, mientras que el 12,3% de las chicas y el 11,3% de los chicos lo hacen con los dulces. En este último caso con un descenso significativo, ya que, en 2002, el 23,2% de las chicas y el 23,4% de los chicos los tomaban a diario.

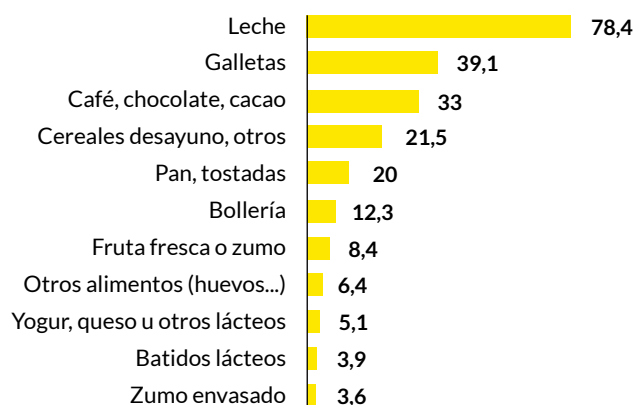
GRÁFICO 11. Porcentaje de consumo diario de diferentes productos en función del género (2014)



Por su parte, el Estudio ALADINO 2015, realizado entre escolares de 6 a 9 años, concluía que entre los posibles factores asociados a la obesidad siguen considerándose de forma significativa los relacionados con los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física. Entre los relacionados con la alimentación, destaca el desayuno. Veamos los detalles.

Los **alimentos incluidos en el desayuno** fueron, preferentemente, leche (78,4%), a la que un 33% añaden un saborizante (café, cacao), acompañada por un alimento del grupo de los cereales (galletas, cereales de desayuno o pan/tostadas). Solo un 8,4% incluye fruta fresca o zumo natural.

GRÁFICO 12. Alimentos incluidos en el desayuno el día del estudio

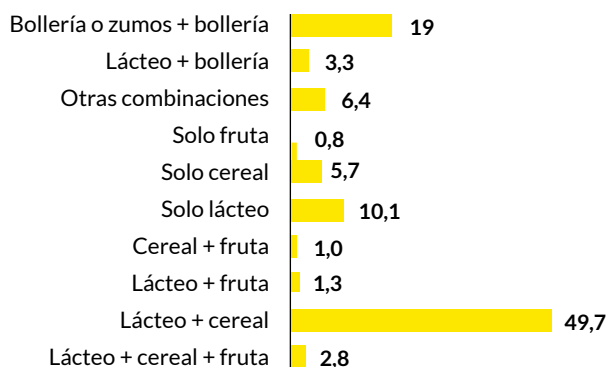


En cuanto a la composición del desayuno, la más frecuente (49,7%) fue un lácteo (leche, batido o yogur) junto con un alimento del grupo de los cereales (galletas, cereales de desayuno o pan/tostadas).

82 Prevalencia de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. González Jiménez, E. Aguilar Cordero, M^a J., García García, C. J., García López, P. A., Álvarez Ferré, J. Padilla López, C. A. Nutrición Hospitalaria. 2011.

83 Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. OMS. 2017.

GRÁFICO 13. Configuración del desayuno el día del estudio



El estudio también recogió información sobre la frecuencia en el consumo de diferentes alimentos y bebidas. Los citados más frecuentemente como de consumo diario fueron leche entera (33,3%), pan blanco (30,8%), leche semidesnatada (29,1%), yogur y otros productos lácteos (28,9%). En cuanto a los alimentos que en su mayoría dijeron no consumir nunca, destacan la leche desnatada (89,9%), los refrescos sin azúcar (78,8%) y el pan integral (71,4%). Solo el 29,1% dijo consumir fruta fresca todos los días y el 9,1%, verduras.

Por otra parte, según los datos del Estudio ENALIA⁸⁴, **la población infantil y adolescente española tiene una dieta con exceso de proteína (principalmente de origen animal), grasas y grasas saturadas**, mientras que resulta pobre en hidratos de carbono y fibra.

El alto consumo de proteína destaca particularmente entre niños y niñas de 0-3 años, junto a un consumo escaso de hidratos de carbono en todas las edades y una ingesta de grasas por encima de los porcentajes recomendados también en todas las edades.

Este patrón de consumo de alimentos se aleja del modelo de dieta mediterránea, reconocida como saludable y caracterizada por ser rica en antioxidantes naturales y pobre en grasas saturadas. Está fundamentada en el consumo de frutas, verduras, hortalizas, legumbres, pescado, frutos secos y aceite de oliva, y juega un papel preventivo en la aparición de enfermedades cardio-

84 Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en Población Infantil y Adolescente 2012-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2017.

vasculares y cerebrovasculares, diabetes, obesidad, enfermedades oncológicas y neurodegenerativas.

Este informe, al igual que el Estudio ALADINO 2015, destaca que el consumo de frutas y verduras es insuficiente.

Dieta y clase social

El sobrepeso y la obesidad de los niños y las niñas dependen, además de los estilos de vida poco saludables, de las dificultades socioeconómicas de las familias, que les impiden asegurar un acceso suficiente a los alimentos saludables. Los datos publicados en 2018 por el INE⁸⁵ relativos a la Encuesta de Condiciones de Vida de 2017 muestran **la relación entre el índice de obesidad en personas con 16 o más años, y los niveles de renta y de formación**. El porcentaje de obesidad más bajo (9%) se da en el sector de población con mayor nivel de renta, mientras que en niveles de renta inferiores se sitúa entre el 15 y el 16,2%.

En cuanto al nivel de formación, los porcentajes de sobrepeso y obesidad se incrementan a medida que este disminuye.

TABLA 5. Porcentajes de sobrepeso y obesidad en función del nivel de formación

Nivel de formación	Sobrepeso	Obesidad
Educación Primaria o inferior	44,1	21,7
Educación Secundaria primera etapa	38,1	15,3
Educación Secundaria segunda etapa	34,3	10,1
Educación superior	31	8,6

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2017

El nivel de renta también aparece íntimamente ligado al consumo de alimentos frescos y recomendados en una dieta sana, como son las frutas y verduras. Un dato: el 43,8% de la población con renta más alta consume fruta dos o más veces al día frente al 30% del sector con renta más baja.

85 Instituto Nacional de Estadística.

8

POLÍTICAS PÚBLICAS

Ya hemos comentado que las causas de la epidemia de la alimentación insana son estructurales y que son necesarias políticas públicas que les hagan frente. En este capítulo vamos a centrarnos en las políticas públicas existentes en las regiones objeto del estudio, presentando especial atención a las que inciden en el consumo de alimentos por parte de la población infantil.

América Latina y Caribe

■ Marco normativo regional

Existen **foros regionales** de acción multisectorial que abordan la obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles de la población en general y de la niñez y adolescencia en particular, como son la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, y la Conferencia Panamericana sobre Obesidad.

En cuanto al **marco normativo a nivel regional**, se han elaborado diversas estrategias y planes de acción, entre los que destacamos:

– Plan de Acción para la Prevención y el Control de las ENT en las Américas 2013-2019

Se enmarca en la Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Propone acciones para la Oficina Sanitaria Panamericana y para los Estados miembros, teniendo en cuenta las iniciativas, contextos y logros regionales y subregionales. Está alineado con el Marco Mundial de Vigilancia Integral para la Prevención y el Control de las ENT y con el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 de la OMS.

El Plan centra sus acciones en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la región: **enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas**. Entre sus **líneas estratégicas** destacamos la relacionada con los factores de riesgo y los factores protectores de las ENT, que contempla promover la alimentación sana. Sus **indicadores** se centran en las políticas nacionales para reducir el impacto en la infancia de la promoción de alimentos y bebidas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos

trans, azúcares libres o sal; el número de países que han adoptado políticas nacionales para limitar las grasas saturadas y eliminar los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos; y el número de países que reducen el consumo de sal/sodio.

En el informe de medio término del Plan se indicaba que, aunque todos los países manifestaron su compromiso con establecer para 2015 planes y metas nacionales con respecto a las ENT, solo 22 (de un total de 38) informaron tener una política, estrategia o plan de acción nacional, multisectorial y operativo con respecto a las ENT; y solo 17 informaron haber fijado metas nacionales.

– Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia 2014-2019

Aprobado en octubre de 2014 por los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), les proporciona líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia. Cada Estado puede establecer de manera voluntaria las políticas y regulaciones propuestas, según sus necesidades y objetivos nacionales.

– Estrategia para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia de Centroamérica y República Dominicana 2014-2025

Elaborada por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) para los países del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), se centra en tres líneas de actuación: acciones de prevención a nivel poblacional, intervenciones a nivel clínico para diagnosticar, prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad, y políticas fiscales y normativas.

– Leyes marco aprobadas por el Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO)

En el ámbito que estamos analizando, destacan las leyes marco sobre:

- ▶ Alimentación escolar.
- ▶ Regulación de la publicidad y promociones de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidos a los niños, niñas y adolescentes.
- ▶ Etiquetado de productos alimenticios procesados y ultraprocesados para el consumo humano y protección a la salud.

■ Ejemplos de políticas sobre alimentación infantil y juvenil adoptadas por países de la región

– Establecimientos escolares

La escuela juega un papel fundamental en la educación en salud y nutrición. De ahí la importancia de contar con un marco político y jurídico que sustente las acciones en las escuelas: insertar la educación alimentaria y nutricional en el currículo escolar, desarrollar materiales y actividades educativos, regular la publicidad y el funcionamiento de quioscos o cantinas escolares para que ofrezcan alimentos nutritivos y con diversidad local, e incluir la participación de la comunidad escolar. Veamos dos ejemplos.

● Brasil

La legislación⁸⁶ marca que como mínimo un 30% de los recursos del Programa Nacional de Alimentación Escolar debe ser adquirido a la agricultura familiar, priorizando los asentamientos de la reforma agraria, las comunidades tradicionales indígenas y comunidades quilombolas. Además, establece que al menos el 70% de los alimentos que se proporcionan al alumnado sean naturales o tengan un procesamiento mínimo.

86 Ley N.º 11.947 referida a la Alimentación Escolar, aprobada en junio de 2009.

● Costa Rica

Un decreto reglamenta los comedores escolares, que no pueden ofrecer bebidas envasadas ni aperitivos en bolsa con azúcar o grasas como ingrediente primario o sin etiqueta del contenido nutricional, bebidas con gas o bebidas energéticas, otras bebidas con más de 15 g de azúcar por ración, salchichas sin la etiqueta “de dieta”, ni alimentos procesados que puedan tener grasas trans cuya etiqueta no indique otra cosa.

– Políticas fiscales

En este ámbito destacan los impuestos sobre las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional.

● México

Desde enero de 2014 aplica un impuesto de 1 peso por litro (aproximadamente 10%) a las bebidas azucaradas y un 8% a los alimentos no básicos procesados hipercalóricos (excluidos los mínimamente procesados). Según un estudio realizado por el Instituto de Salud Pública de México y la Universidad del Norte de Carolina, la compra de bebidas disminuyó en un 6% en 2014 y en un 8% de media en 2015. Los tres grupos socioeconómicos redujeron sus compras de las bebidas con esta tasa, pero las reducciones fueron mayores entre las familias del grupo socioeconómico más bajo, que redujeron sus compras en un 8% de media durante 2014.

– Reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos

En 2015, UNICEF urgió a las autoridades de la región a implementar políticas públicas para regular la publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños y niñas, ya que contribuye a agravar el problema de la obesidad.

Como hemos mencionado más arriba, tanto la publicidad como el etiquetado han sido objeto de leyes marco aprobadas por el Parlamento Latinoamericano y Caribeño.

Destaca también la aprobación de leyes nacionales en diferentes países sobre etiquetado frontal en el envase de los alimentos, con mensajes visuales sencillos para indicar altos contenidos de azúcar, grasas, grasas trans y sal.

● Chile

La Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos especifica los niveles para los cuatro componentes considerados más peligrosos (azúcar, grasas, sal y calorías). Se utiliza el sistema de etiquetado frontal en el envase de los alimentos, con mensajes visuales sencillos que indican cuándo el contenido en cada uno de estos componentes críticos para la salud es alto. Y lo que también es importante, debajo de la advertencia aparece Ministerio de Salud.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Chile

Los alimentos que no sean considerados sanos no pueden hacer publicidad en televisión e Internet, no pueden incluir juegos o reclamos como dibujos o personajes animados, no se pueden vender en los colegios y tampoco pueden acceder a programas de compras públicas. El Gobierno decidió usar un modelo de perfil de nutrientes para guiar las políticas y los reglamentos de esta ley.

● Bolivia

La Ley de Promoción de Alimentación Saludable de 2016 incluye la promoción de hábitos alimentarios saludables y la regulación de la publicidad y del etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. Establece que el etiquetado debe de utilizar un sistema gráfico claro, legible, destacado y comprensible, que haga referencia al nivel de grasas saturadas, azúcar añadida y sodio.

● Perú

En 2013 se propuso una ley de promoción de la alimentación saludable para regular la comercialización de alimentos y bebidas dirigida a niños y niñas. El reglamento entró en vigor en abril de 2018 después de muchos debates. En junio de 2018 se publicó el Manual de Advertencias Publicitarias. La ley establece la exigencia de consignar advertencias publicitarias en las etiquetas de los productos que superen los parámetros establecidos para los alimentos procesados referentes al contenido de azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans.



Fuente: Diario oficial *El Peruano*

● Ecuador

En agosto de 2014, se aprobó el Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Un año después de la implementación del etiquetado se realizó una evaluación, cuyo principal hallazgo fue que el sistema gráfico tipo semáforo es ampliamente reconocido y comprendido por las personas consumidoras, que consideran que brinda información útil. La oposición viene (sorpresa) por el lado de la industria alimentaria, cuyos representantes consideraron que la información no es útil ni de interés para la población.

La evaluación permitió también identificar las estrategias de adaptación o compensación seguidas por la población, entre las que destacan: dejar de consumir productos con etiquetado que indica contenido “alto”, aumentar el consumo de productos con edulcorantes artificiales, optar por productos con etiquetado que indica contenido “medio” y “bajo”, y consumir en menor cantidad o frecuencia los productos con contenido “alto”.

El análisis del proceso seguido en Ecuador permite extraer algunas conclusiones y recomendaciones que podrían ser útiles para otros países dispuestos a aplicar políticas públicas para el control de las ENT y la epidemia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y juvenil. Entre ellas destacan:

- ▶ Toda medida regulatoria afrontará una férrea oposición y presiones a todo nivel por parte de la industria de los alimentos procesados.
- ▶ Una sola medida no es suficiente para desalentar el consumo de alimentos malsanos.
- ▶ El abordaje debe ser intersectorial, con la participación no solo de los ministerios del área social, sino también de los sectores de la producción, la economía y las finanzas.
- ▶ Toda medida regulatoria debe ir acompañada de una adecuada estrategia de información y comunicación, así como de mecanismos de vigilancia y sanción de posibles violaciones.
- ▶ Se debe estimular activamente la participación de organizaciones de la sociedad civil, como aliado clave para la implementación y vigilancia ciudadana de las medidas regulatorias.
- ▶ En Ecuador, el etiquetado debe complementarse con medidas fiscales sobre los alimentos procesados y bebidas azucaradas, adoptando un enfoque de salud pública más claro, así como con la regulación de la publicidad de estos productos dirigida a la infancia y la adolescencia⁸⁷.

– Promoción de la alimentación saludable a través de los servicios de salud

Los servicios de atención de salud deben promover la alimentación saludable. Una herramienta para ello son las **Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA)**. Además, deberían diseñarse guías para la infancia y adolescencia. Como ejemplo, en la región destacan Panamá y Colombia, que en 2018 publicaron sus guías alimentarias para menores de 2 años.

87 Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. Díaz, A. A., Veliz, P. M., Rivas-Mariño, G., Vance Mafla, C., Martínez Altamirano, L. M., Vaca Jones, C. Revista Panamericana de Salud Pública. 2017.

– Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

La mayoría de los países de las Américas (29 de 35) tienen datos sobre mortalidad por ENT en sus sistemas de información sanitaria y 22 tienen datos sobre los factores de riesgo en adultos. Sin embargo, solo 10 países informan que tienen un presupuesto para la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, en tanto que 21 tienen personal dedicado a esta tarea. Hay que destacar que solo 16 dicen que usan sus datos sobre las ENT para la formulación de políticas y la planificación.

Nos centramos a continuación en los marcos normativos de los dos países de la región objeto de este estudio, República Dominicana y Honduras. Recordamos antes que las acciones a nivel regional aprovechan el marco institucional que ofrece el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), cuyo protocolo manda a los países miembros establecer acciones conjuntas dirigidas a mejoras en la salud de sus poblaciones. Las acciones en el sector salud a este nivel regional relacionadas con las ENT, el sobrepeso y la obesidad, son coordinadas por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), con asistencia técnica del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y a través de la Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer de (CTCC).

■ Marco normativo en República Dominicana

La Constitución Política de la República Dominicana de 2010 señala en su Artículo 61 sobre el derecho a la salud que el Estado debe velar por la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación [...].

Por otra parte, y de forma implícita, la Constitución de República Dominicana reconoce el derecho a la alimentación, a través del derecho a la integridad física de las personas, la dignidad humana y el derecho a la vida, y al declarar el más alto interés nacional a la protección de los menores de edad, garantizando su desarrollo armónico e integral.

En julio de 2016, se aprobó la Ley⁸⁸ que crea el **Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional**, el cual tendrá a su cargo la elaboración y desarrollo de las políticas de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional como instrumentos orientados a respetar, proteger, facilitar y ejercer el derecho a la alimentación adecuada en conformidad con los principios de los derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de la población dominicana. En marzo de 2018 se aprobó el reglamento correspondiente, donde se estipulan los términos de referencia para la elaboración del Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional 2019-2022 (Plan Nacional SSAN), que fue aprobado en octubre de 2018.

El Plan Estratégico de Nutrición 2013-2016 guía las políticas públicas en cuanto a salud y nutrición de la población general, con énfasis en los grupos de población vulnerables.

Por su parte, el Plan Estratégico para el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014-2017, incluye entre sus líneas de acción las de políticas públicas e intersectorialidad, promoción de la salud y prevención de enfermedades, y manejo integrado de las ENT y factores relacionados. En el marco de las políticas públicas propone, entre otros ejes de acción, la alimentación y la nutrición, y los proyectos educativos institucionales. Entre las iniciativas, cita: municipios, escuelas, mercados y quioscos saludables. En cuanto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades propone, entre otras actuaciones, promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. En referencia a las intervenciones relacionadas con la alimentación sana y la vida activa, contempla la concienciación del público, el reemplazo de las grasas trans en alimentos por grasas poliinsaturadas y la reducción del contenido de sal en los alimentos.

El Plan Intersectorial para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia en República Dominicana 2017-2021, cuya coordinación recae en el Ministerio de Salud Pública, tiene como objetivo detener el aumento de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia, a través de un enfoque

88 Ley N.º 589-16 que crea el Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en la República Dominicana. G. O. N.º 10849.

multisectorial que abarque la totalidad del ciclo de vida. Sus objetivos específicos son:

- ▶ Promover las guías alimentarias nacionales basadas en alimentos, así como otras actividades relacionadas con la prevención del sobrepeso y la obesidad.
- ▶ Fortalecer los esfuerzos para aplicar la Estrategia Mundial de la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
- ▶ Promover y fortalecer las políticas y los programas escolares y de educación temprana que aumenten la actividad física, fomenten el consumo de alimentos saludables y de agua, y restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
- ▶ Elaborar y establecer normas para el etiquetado frontal del envase que promuevan las elecciones saludables, al permitir identificar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de manera rápida y sencilla.
- ▶ Mejorar el acceso a los espacios recreativos urbanos como los programas de ciclovías recreativas.
- ▶ Sensibilizar a las y los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.
- ▶ Fortalecer el sistema de información del país para que los datos sobre tendencias y los determinantes de la obesidad estén disponibles para la adopción de políticas.

■ Marco normativo en Honduras

La Constitución Política de 1982 (reformada en 2005), señala en su Artículo 146 que corresponde al Estado la regulación, supervisión y control de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos. Por su parte, el Artículo 123 hace mención al derecho de todo niño a disfrutar de alimentación (entre otros derechos).

En 2011, se aprobó la Ley Marco de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que incluye la creación del **Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional**, entidad intersectorial de alto nivel encargada de impulsar todas las acciones en este ámbito. El instrumento estratégico es la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ENSAN) 2010-2022, que incluye explícitamente los primeros 1.000 días de vida y los grupos vulnerables. Sin embargo, **la implementación de estas políticas y estrategias es débil y no está consolidada**. Se requieren recursos técnicos y financieros en los diferentes ministerios que contribuyan a la mejora de la nutrición, así como impulsar procesos de planificación y gestión estratégica en Seguridad Alimentaria y Nutricional a nivel nacional y local, coordinación multisectorial, gestión de información y formación de capacidades.

En 2015, se formuló el Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Honduras 2015-2025, vinculado con los objetivos del Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019.

Vinculado al anterior, se formuló en 2018 el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, a ejecutarse durante el periodo 2018-2022. Entre las intervenciones para reducir los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, incluye las dietas no saludables (bebidas azucaradas, alimentos procesados y grasas trans, entre otras).



Tanto **Honduras** como **República Dominicana** han identificado la necesidad de trabajar intersectorialmente y con participación de toda la sociedad, para lograr prevenir y controlar las ENT, el sobrepeso y la obesidad, así como los factores de riesgo que las propician y que afectan a las personas durante todo el ciclo de vida, en particular en la etapa de la niñez y la adolescencia.

■ El marco normativo de la alimentación infantil y adolescente

A continuación, vamos a revisar el marco específico para la alimentación infantil y adolescente en República Dominicana y Honduras, en base a cuatro líneas estratégicas: mejora del entorno con respecto a la alimentación y la nutrición en los establecimientos escolares; políticas fiscales; reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos; y promoción de la alimentación saludable.

– Mejora del entorno con respecto a la alimentación y la nutrición en los establecimientos escolares

● República Dominicana

El Plan Intersectorial para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia establece una línea específica sobre el mejoramiento del entorno escolar con respecto a la nutrición y la actividad física, y recoge las intervenciones recomendadas por la OMS, entre ellas:

- ▶ Revisar y analizar la inclusión de contenidos de Educación Alimentaria y Nutricional dentro del currículo educativo y en los contenidos extracurriculares.
- ▶ Regular el aporte calórico y el contenido de azúcar, edulcorantes, sal y grasa de los alimentos o productos alimenticios que se distribuyen como parte de los programas de alimentación escolar o de los productos que se venden o promocionan en la escuela y/o su entorno.
- ▶ Evaluar periódicamente el estado nutricional y proporcionar asesoría alimentaria a nivel individual y familiar.
- ▶ Educar a las familias, comunidades, suplidores y vendedores ambulantes del entorno escolar en los programas de alimentación saludable y promoción de la actividad física.

Existe un un **Programa de Alimentación Escolar (PAE)**, dependiente del Instituto Nacional de Bienestar Infantil, cuyo propósito es garantizar la atención alimenticia y nutricional a la población infantil, adolescentes y jóvenes estudiantes del Sistema Educativo.

El PAE incluye acciones educativas como talleres formativos (con autoridades locales, docentes y estudiantes) y huertos escolares.

Los desafíos pendientes son:

- ▶ El diseño de una ley marco que rijan el PAE.
- ▶ Leyes que contribuyan a procesos participativos de la población más vulnerable, con énfasis en la compra directa a productores locales, que fomenten la asociatividad de los productores, con consideración de género.
- ▶ La Ley de Compras y Contrataciones no incluye la agricultura familiar.
- ▶ Poco conocimiento de la población sobre alimentación saludable. Baja institucionalización de las guías alimentarias basadas en alimentos..
- ▶ Falta de control de las ventas callejeras en las proximidades o en las cafeterías de los centros educativos.

● Honduras

Destaca la regulación de la venta de alimentos en entornos escolares⁸⁹, en el marco de los planes nacionales sobre ENT y sobrepeso y obesidad. En lo que a la oferta alimentaria se refiere, menciona que las cafeterías deberán ofrecer alimentos sanos, sin especificar qué se define como sano; que debe existir una oferta diaria de frutas y vegetales frescos como componente básico de la dieta alimentaria que se ofrezca; que en la preparación de los alimentos debe procurarse un uso moderado de grasas, azúcares y sodio; que las materias primas a utilizar deben ser frescas y que siempre que sea posible se sustituya la fritura por la cocción, el asado al horno, a la plancha, parrilla o comal. No se encuentra, sin embargo, ningún artículo que siga la recomendación del Plan

89 Reglamenteo de Venta de Alimentos en Centros Educativos Gubernamentales y no Gubernamentales. 2016.

de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT, relativa a la limitación y/o reducción de la venta y promoción en el entorno escolar de alimentos con un rico contenido en azúcares libres, grasas saturadas, grasas trans y sal.

En 2016, Honduras aprobó la Ley Nacional de Alimentación Escolar que institucionaliza el **Programa de Alimentación Escolar (PAE)**, cuyo objetivo es proporcionar a los niveles prebásica y básica, y progresivamente a la educación media del país, una ración alimentaria nutritiva complementaria. La modalidad del PAE es de desayuno a media mañana y los alimentos ofrecidos son una canasta básica compuesta de harina fortificada de maíz, arroz, frijoles y aceite, introduciéndose progresivamente frutas, verduras y huevos en municipios prioritarios. **La ley da prioridad al suministro local de todos los componentes de la alimentación escolar.** Además, se cita como principio el derecho de participación de docentes, niños, niñas, madres y padres en todas las actividades relacionadas con el programa para garantizar el suministro de una alimentación escolar sana, nutritiva, inocua y culturalmente aceptable.

Hay acciones educativas en torno a la Educación Alimentaria. En el diseño curricular de Educación Básica, existe una Guía Metodológica para la Enseñanza de la Alimentación y Nutrición, que tiene como finalidad fortalecer los contenidos sobre alimentación y nutrición. También se proporciona capacitación en temas de nutrición para el personal de las escuelas, el alumnado, padres y madres.

No hay una normativa que limite la utilización de grasas saturadas o de azúcares en las escuelas, por lo que resultaría necesario regular el aspecto nutricional de los alimentos que se venden dentro y en las proximidades de las escuelas. A este respecto, es necesario establecer un marco coherente (perfiles nutricionales) que considere los riesgos del consumo de productos ultra procesados (con altos contenidos en azúcares, grasas y sal) y su asociación directa con la malnutrición.



Podemos concluir que, con respecto a la regulación de la venta de alimentos en las escuelas y la educación alimentaria nutricional en las mismas, existe en ambos países escasa regulación. Este es un tema que no está lo suficientemente desarrollado, dejando un vacío en las normas de funcionamiento de las tiendas o quioscos escolares que afecta a la coherencia entre los objetivos de promoción de dietas saludables y la oferta real en estos establecimientos. Sin embargo, podría decirse que existe conocimiento y metas establecidas en los planes estratégicos a los que habrá que dar seguimiento y evaluar.

– Políticas fiscales

● República Dominicana

Reconoce las buenas prácticas y los beneficios que la aplicación de impuestos a bebidas azucaradas y a los alimentos con alto contenido calórico y bajo valor nutricional ha tenido en diversos países del mundo y de la región, de cara a reducir su consumo, prevenir la epidemia de sobrepeso y obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, así como a mejorar la salud.

En el Plan Intersectorial para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia 2017-2021 se mencionan los beneficios del establecimiento de subsidios a alimentos saludables, que incluyen la producción de alimentos frescos (frutas, vegetales, hortalizas y leguminosas).

El plan recomienda:

- ▶ Realizar estudios sobre la elasticidad de precio y compra de las bebidas azucaradas y de los alimentos con alto contenido calórico y bajo valor nutricional.
- ▶ Determinar la tasa impositiva que tendría mayor impacto en el consumo.
- ▶ Estimar la recaudación fiscal a diferentes tasas impositivas.
- ▶ Direccionar los recursos generados a programas de prevención de la obesidad.
- ▶ Socializar y coordinar acciones con la sociedad civil a fin de impulsar dichas medidas.

En el mismo sentido, establece indicadores claros en la línea de acción referente a políticas fiscales y reglamentación de la publicidad y etiquetado de alimentos. El indicador de impacto de la línea es reducir en el año 2021 en un 25% el consumo (compra) de alimentos y bebidas altos en azúcar, grasa y sal. Para ello, establece como indicador para 2021 un incremento de al menos un 10% en los precios al consumidor.

● Honduras

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018-2022, destaca entre sus líneas de acción la gestión para la elaboración y aprobación de propuestas de leyes para disminuir la carga que provocan las ENT y sus factores de riesgo. Entre sus acciones menciona iniciativas encaminadas a la aplicación de impuestos sobre las ventas para las empresas de comida rápida y bebidas no alcohólicas ricas en azúcares. Del mismo modo, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad contempla en su línea estratégica 3 —por tu salud, elige mejor tus alimentos— los subsidios para el consumo de alimentos saludables y el aumento de los impuestos para los alimentos procesados de alto valor calórico y bajo valor nutricional.



Aunque en la actualidad no existen medidas fiscales en este ámbito en ninguno de los dos países, sí están contempladas en los planes estratégicos para la prevención del sobrepeso y la obesidad. República Dominicana, además, establece el año de logro de su meta y el incremento en los precios al consumidor, mientras que Honduras no lo deja contemplado.

– Reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos

En ninguno de los dos países existe normativa específica para el etiquetado frontal de los alimentos, tampoco sobre la publicidad y/o promoción de alimentos dirigidos a niños, niñas y adolescentes menores de 16 años, como establecen las recomendaciones de la OMS y la OPS.

● República Dominicana

Como ya hemos indicado, el Plan Intersectorial para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia establece como indicador de impacto reducir un 25% el consumo (compra) de alimentos y bebidas altos en azúcar, grasa y sal, en el año 2021. Para ello, establece los siguientes indicadores por resultados para ese mismo año:

1. **Regulación de la publicidad.** Legislación publicada y estrategia de monitoreo desarrollada. Reducida en 50% la exposición de niños, niñas y adolescentes a publicidad (radio, TV, otros medios) de alimentos y bebidas altos en azúcar, grasa y sal.
2. **Etiquetado frontal.** El 80% de alimentos y bebidas procesados cumplen con etiquetado frontal. El 80% de las personas consumidoras lo interpretan correctamente.
3. **Tamaño de ración individual de alimentos procesados altos en azúcar, grasa y sal.** En el 50% de los alimentos altos en azúcar, grasa y sal, según el perfil de alimentos, se ha reducido el tamaño de la ración.
4. **Visibilidad de las bebidas azucaradas en los supermercados.** El 80% de las bebidas azucaradas en venta en las principales cadenas de supermercados están ubicadas en un lugar menos visible para los niños y niñas.

● Honduras

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, a ejecutarse durante el periodo 2018-2022, establece entre sus líneas estratégicas acciones relacionadas con la aprobación de proyectos de ley e iniciativas presentadas relativas al control de alimentos (contenidos y etiquetados); el diagnóstico de los documentos normativos existentes relativos al consumo de alimentos saludables para su actualización, incluyendo etiqueta nutricional y frontal para la pronta identificación de productos saludables y educación a la persona consumidora; y la comunicación efectiva a la ciudadanía sobre el contenido de grasas trans, sodio o sal.

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en Honduras 2015-2025 contempla entre sus metas que el etiquetado nutricional frontal esté implementado en el 80% de las líneas de alimentos procesados, y que esté regulada a nivel nacional la publicidad y promoción de bebidas, comidas rápidas y de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.



Ambos países establecen en sus planes estratégicos de prevención del sobrepeso y la obesidad la meta de la regulación de la publicidad y promoción de bebidas y comidas de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, y establecen la medida de etiquetado frontal en el 80% de los alimentos y bebidas procesados y ultraprocesados. La diferencia es que República Dominicana especifica el año de logro de su meta, el porcentaje de personas que interpretarán el etiquetado y que la regulación de la publicidad de la alimentación será específica para niños, niñas y adolescentes, además de otras medidas relacionadas con la promoción de alimentos para esas edades. Honduras no establece que las medidas de publicidad serán específicas para la infancia y la adolescencia, ni establece otras medidas relacionadas.

– Promoción de la alimentación saludable

● República Dominicana

La Educación Alimentaria y Nutricional tiene como objetivo promover y recrear con la población estilos de vida saludables a través de la mejor educación, información y capacitación. Entre los resultados que se buscan están la mejora de los hábitos de alimentación mediante un programa integral de educación, alimentación y nutrición; y la recopilación de las normativas que regulan los aditivos y edulcorantes usados en el procesamiento industrial de los alimentos. El país dispone de una Guía Alimentaria Basada en Alimentos publicada en 2009, cuya institucionalización se desconoce, aunque en el plan para la prevención y control de la obesidad se recomienda revisarla y actualizarla.

El Plan Intersectorial para la Prevención y Control del Sobrepeso y la Obesidad en la Niñez y Adolescencia establece indicadores claros relacionados con la alimentación saludable. Incluye el consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales, así como limitar el consumo de sal a 5 g al día, el de azúcares libres al 10% de la ingesta calórica (50 g al día) y el de grasa al 30% de la ingesta calórica diaria. El plan recomienda que el país adopte políticas públicas que promuevan la alimentación saludable y protejan la salud pública, tales como: incentivar la producción de alimentos frescos, nutritivos e inocuos, especialmente de frutas y verduras frescas; facilitar el acceso físico, económico y cultural a alimentos frescos; y promover la demanda de productos alimentarios y comidas saludables.

● Honduras

En 2010 lanzó la Guía Metodológica para la Enseñanza de la Alimentación y Nutrición, para el área de ciencias naturales del Primer y Segundo Ciclo de Educación Básica. Sin embargo, el Gobierno no apoya la capacitación de docentes para la implementación de esta guía, que por el momento solo está siendo utilizada por algunas escuelas con apoyo de la cooperación y de organismos no gubernamentales.

Por otra parte, cuenta desde 2013 con una Guía Alimentaria Basada en Alimentos para la población, donde se dice que es aconsejable “evitar el consumo de gaseosas, bebidas energizantes, bebidas embotelladas, jugos envasados, jugos y refrescos, etc., ya que generalmente contienen grandes cantidades de azúcar, colorantes y preservantes que son dañinos para la salud”. Sin embargo, algunos documentos revisados al respecto mencionan que son pocos los trabajos realizados en este aspecto, además de la poca o ninguna promoción que se hace sobre los escasos logros alcanzados.

Se desconoce si la guía está institucionalizada como parte de las políticas públicas relacionadas con la Seguridad Alimentaria y Nutricional, ni si se está desarrollando en los diferentes programas con el apoyo de los planes nacionales de alimentación y educación nutricional. No se ha encontrado mención a la misma en los documentos revisados relacionados con la infancia y la adolescencia ni en la política pública para el desarrollo integral de la infancia. La guía tampoco es citada en los documentos regulatorios de la alimentación escolar. Por último, mencionar que no existe una guía específica para la etapa infantil y adolescente.



Con respecto al modelo de perfil de nutrientes presentado por la OPS en 2016, que utiliza el mismo criterio alimentario que la OMS sugirió en 2003, ningún país de la región, incluidos República Dominicana y Honduras, lo ha establecido como sistema de perfil nutricional. Sobre las grasas trans no hemos encontrado ni en Honduras ni en República Dominicana estudios ni normativas que establezcan el estado en la materia ni los límites para estas grasas.

Región europea

En 2007, la Unión Europea (UE) hizo público el Libro Blanco⁹⁰ con su estrategia sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Partiendo de que la prevención es la opción más viable para poner freno a la epidemia de obesidad infantil, el objetivo principal de la estrategia es luchar contra el entorno obesogénico y ayudar a la ciudadanía a reducir comportamientos como la mala alimentación y la falta de ejercicio físico, que provocan sobrepeso y obesidad.

La estrategia se centra en acciones encaminadas a:

- ▶ Informar mejor a las personas consumidoras y que la información influya positivamente en sus preferencias de compra.
- ▶ Que las opciones de alimentos saludables sean más atractivas y estén disponibles en el mercado.
- ▶ Que la industria de la alimentación reformule sus productos, en particular, reduciendo los niveles de sal, azúcar y grasas, y que su *marketing* no se dirija de forma inadecuada al público infantil.

La estrategia hace hincapié en la importancia de actuar directamente sobre el terreno, basándose en el modelo de la **Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud**, que se puso en marcha en 2005. Desde el compromiso voluntario de sus miembros, que van desde empresas alimentarias hasta asociaciones científicas y profesionales, organizaciones de consumidores y ONG del sector de la salud pública, pretende ayudar a los gobiernos nacionales a:

- ▶ Reducir la ingesta de sal, grasas saturadas, grasas trans y azúcares añadidos.
- ▶ Aumentar el consumo de frutas y hortalizas.
- ▶ Reducir la exposición de los niños y niñas a la comercialización de alimentos y su impacto.
- ▶ Aumentar la actividad física regular y reducir los hábitos sedentarios.

- ▶ Aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y prolongada.
- ▶ Reducir las desigualdades relacionadas con la dieta y la actividad física.

Además, la Comisión Europea se apoya en grupos como el Grupo de Alto Nivel sobre Salud, Nutrición y Actividad Física, formado por representantes de los países de la UE, Noruega y Suiza, que promueve el intercambio de buenas prácticas e información, y desarrolla planteamientos comunes voluntarios.

La Comisión participa también en estrategias internacionales, colaborando con organismos como la OMS. En este contexto, los objetivos globales para 2025 son:

- ▶ 25% de reducción del riesgo de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.
- ▶ 0% de incremento en la prevalencia de la diabetes y la obesidad.
- ▶ 30% de reducción de la ingesta de sodio/sal.
- ▶ Limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total.
- ▶ 10% de reducción de la inactividad física.
- ▶ Que no se incremente el sobrepeso infantil.
- ▶ Acabar con la malnutrición en 2030.

Para alcanzar estos objetivos, los Estados promueven alianzas y redes para garantizar un enfoque de salud en todas las políticas en torno a cuatro ejes:

- ▶ Crear entornos de alimentos y bebidas saludables.
- ▶ Promover los beneficios de una dieta sana durante toda la vida, especialmente para los grupos más vulnerables, mediante el uso de guías y campañas.
- ▶ Reforzar los sistemas de salud para promover una alimentación sana. Según un informe de la OECD⁹¹, el asesoramiento en atención primaria a pacientes en situación de riesgo debido a estilos de vida poco saludables, puede ser una de

90 Libro blanco - Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:52007DC0279>

91 Obesity and the economics of prevention: fit not fat. 2010.

las maneras más eficaces de cambio de comportamiento, ya que genera hasta 10 veces más mejores resultados en la salud a largo plazo que otras intervenciones, y un mayor ahorro en los gastos de salud.

- ▶ Soporte, vigilancia, seguimiento, evaluación e investigación.

■ Crear entornos de alimentos y bebidas saludables

Nos vamos a centrar en las políticas desarrolladas en torno a este eje, ya que son las que tienen una incidencia más directa sobre el objeto de este estudio.

– Alimentación escolar

La inmensa mayoría de los Estados (el 96%) han desarrollado alguna medida que promueve dietas saludables en las escuelas, mientras que el 88% han establecido los estándares que tienen que cumplir los alimentos que se ofrecen en el entorno escolar⁹².

– Etiquetado

Aunque la declaración nutricional en el envasado de los productos es esencial y debe incluirse en cumplimiento de la normativa europea, resulta difícil de entender. La OMS aconseja aumentar el uso de etiquetado accesible, que facilite interpretar en términos de dieta saludable la información nutricional ofrecida en los productos. Varios estudios han demostrado que las personas que compran alimentos que ofrecen este tipo de información llevan dietas más saludables^{93,94}.

Un número importante de países (67%) informan de la existencia de etiquetado frontal voluntario, pero **solo un 27% ha elaborado directrices o legislación específica.**

92 Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. OMS. 2018.

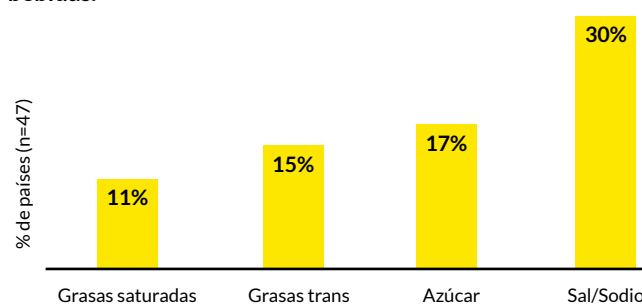
93 Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. OMS. 2018.

94 Impact of the front-of-pack 5-colour nutrition label (5-CNL) on the nutritional quality of purchases: an experimental study. Julia, C., Blanchet, O., Méjean, C., Péneas, S., Ducrot, P., Allès, B. et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2016.

– Reformulación de alimentos y bebidas

Se trata de poner en marcha medidas que impulsen cambios en la presencia de los ingredientes críticos en alimentos y bebidas. Algunos países han optado por medidas de obligado cumplimiento, por ejemplo, marcar límites a nutrientes específicos, mientras que otros eligen la reformulación voluntaria a través de acuerdos con la industria.

GRÁFICO 14. Países de la Región Europea de la OMS que han establecido objetivos específicos de reformulación para reducir el contenido de nutrientes concretos en alimentos y bebidas.



Fuente: Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region (2018)

Si tomamos como ejemplo la **sal**, la OMS recomienda su reducción como una de las medidas más útiles para prevenir las enfermedades no transmisibles. Hay que tener en cuenta que, en los países industrializados, entre el 75-80% de la sal que se consume proviene de alimentos procesados⁹⁵. En el Reino Unido se ha conseguido una reducción de sal del 15% entre 2003 y 2011, y en Finlandia de un 25- 30% entre 1979 y 2011.

La mayoría de los países de la Región Europea han conseguido un compromiso por parte de la industria para reducir el contenido en sal. El pan es el alimento que más se ha reformulado (36% de los países), seguido por las carnes procesadas (28%) y alimentos listos para consumir (23%). Sin embargo, han sido menos los que han establecido objetivos para una categoría que incluya un mayor número de alimentos, y menos aún los que han iniciado trabajos con los azúcares y las grasas saturadas. En el caso de los **azúcares**, los productos

95 Sodium intake and its reduction by food reformulation in the European Union – a review. Kloss, L., Meyer, J. D., Graeve, L., Vetter, W. NFS Journal. 2015.

más reformulados han sido yogures, cereales y frutas y verduras procesadas. En el caso de las **grasas saturadas**, la leche y los lácteos, comidas listas para consumir y carnes procesadas.

En cuanto a las **grasas trans**, Dinamarca fue el primer país que impuso, en 2003, un límite en el contenido de grasas industriales trans. **El seguimiento sobre la eficacia de esta norma ha demostrado que están prácticamente eliminadas de los alimentos daneses**, al tiempo que el descenso en la mortalidad por enfermedad coronaria ha sido del 70% entre 1980–2009, el más alto en la Unión Europea.

En aquellos países que han optado por una **reducción voluntaria** —por ejemplo, Reino Unido y Holanda— **los resultados están siendo mucho menos satisfactorios**, ya que no toda la industria aplica reducciones en el contenido de grasas trans y no se hace en todos los productos, de hecho, es altamente probable que se mantengan en aquellos productos de consumo más básico. El dato más preocupante es que determinados subgrupos de nivel socioeconómico más bajo continuarán consumiendo altas cantidades de grasas trans, incluso aunque el consumo medio de la población se haya reducido.

– Publicidad dirigida a la población infantil

La OMS recomienda limitar la exposición de la población infantil y adolescente al *marketing* de alimentos y bebidas insanos⁹⁶.

Hasta el momento, la mayoría de las políticas sobre esta cuestión han abordado la publicidad en televisión. Sin embargo, con la presencia de internet la publicidad y comercialización de alimentos y bebidas ha cambiado considerablemente. La publicidad digital tiene capacidad para identificar al público infantil y juvenil en sus momentos más vulnerables, por lo que la influencia en sus preferencias y comportamientos es mayor.

Las restricciones en publicidad deben cubrir todos los medios, incluyendo los digitales, para minimizar la probabilidad de que la restricción en un medio simplemente la traslade a otro menos regulado⁹⁷.

96 Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. OMS. 2016.

97 Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013. OMS. 2013.

Hasta el momento, los sistemas de autorregulación son los más utilizados y se centran principalmente en la televisión. Como cabía esperar, las evaluaciones muestran que los sistemas voluntarios de autorregulación son de poco alcance y con criterios más débiles⁹⁸.

En Noruega se propuso en 2012 una regulación integral basada en las recomendaciones de la OMS. Las organizaciones de salud pública y de consumidores lo veían como un gran avance, pero **se encontró con la oposición de la industria alimentaria y publicitaria.** ¿El resultado? La aplicación del reglamento quedó en suspenso.

En el Reino Unido sí se han introducido nuevas reglas que prohíben la publicidad a menores de productos con alto contenido en grasas, azúcar y sal, en medios tradicionales, digitales (incluyendo las redes sociales), revistas y cartelería cercana a escuelas. Se aplica el modelo de perfiles nutricionales establecido por el Ministerio de Sanidad. Según esta nueva normativa, la publicidad que promueve este tipo de productos no puede aparecer en los medios dirigidos a la población infantil, no puede aparecer en otros medios para los cuales esta represente más del 25% de la audiencia y no podrá incluir promociones, personajes o famosos, aunque las empresas anunciantes sí podrán usar estas técnicas para promover opciones más saludables.

En el marco de la OMS, la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil ha expresado la preocupación de que los Estados miembros no prestan mucha atención a la resolución sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a menores, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010, y les pide que aborden esta cuestión. **En la actualidad, se apunta a un enfoque de la regulación de la comercialización de los alimentos altos en grasas, azúcar y sal desde los derechos de la infancia, argumentando que los Estados deben actuar considerando el interés superior de los niños y niñas⁹⁹.**

98 Comparison of the nutrient profiling schemes of the EU Pledge and the World Health Organization Regional Office for Europe. Unión Europea. 2015.

99 Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Artículo 3.1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

■ Políticas fiscales

Terminamos este apartado sobre el contexto normativo en la Región Europea, haciendo mención a una cuestión tan importante como las políticas de precios.

En el entorno europeo, incluso antes de la aprobación del Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición, algunos países ya estaban utilizando políticas de precios para promover dietas saludables. Es el caso de Finlandia, Francia y Hungría, que habían aplicado impuestos.

Dinamarca introdujo un impuesto sobre las grasas saturadas en los productos con un contenido superior a 2,3 g por 100 g de grasa (los productos gravados fueron carne, grasas animales, lácteos, mantequilla y grasas vegetales comestibles). En 2013, el Gobierno decidió suspender este impuesto ante las críticas de la industria, que denunciaba que las personas consumidoras cruzaban la frontera a países como Alemania para realizar su compra.

En la actualidad, diez países europeos han informado sobre políticas fiscales para reducir el consumo de productos altos en grasas, azúcares y sal. El producto más comúnmente gravado son las bebidas azucaradas, seguido de las bebidas endulzadas sin azúcar.

El impuesto de salud pública en Hungría sigue siendo el más completo en Europa, en términos de número de categorías de productos cubiertas: bebidas azucaradas, bebidas energéticas, bollería, aperitivos salados, condimentos listos para utilizar y mermeladas de frutas. El impacto del impuesto ha sido evaluado dos veces. En la última evaluación, se vio que la mayoría de las personas (59-73%) redujeron el consumo de estos productos específicos y más de dos tercios eligieron alternativas más saludables, con mayor frecuencia agua mineral, frutas y verduras frescas, y hierbas y especias. Además, la evaluación mostró que la propensión al cambio era el doble en los grupos con mayor riesgo, adultos con sobrepeso u obesos, que en los adultos de peso normal.

Una tendencia reciente en el entorno europeo es establecer impuestos de dos niveles, por lo que productos en la misma categoría (por ejemplo, las bebidas refrescantes) están gravados de forma diferente según su composición nutricional. Estonia, Francia, Irlanda, Portugal y Reino Unido han anunciado o introducido este tipo de impuestos. El principal objetivo es lograr que la industria reformule a opciones más saludables.

La subvención de determinadas categorías de alimentos saludables sigue siendo una medida poco utilizada y cuando se hace, suele ser en fruta y verdura. En este sentido, el programa europeo de distribución de frutas y hortalizas en los centros escolares, cofinanciado por la UE, los Estados y, en algunos casos, contribuciones privadas y de las familias, invirtió cerca de 100 millones de euros en el periodo 2010/2011. El presupuesto del programa se incrementó hasta los 150 millones de euros para el periodo 2014/2015. Los mayores beneficiarios son Italia, Alemania, Polonia, Francia, Estado español y Rumania.

En el caso de Noruega, un programa nacional de fruta gratis en las escuelas (anterior al programa europeo) evidenció una importante disminución del consumo de aperitivos insanos. El programa se sustituyó posteriormente por medidas de subvención.

Estado español

En el año 2005, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) lanzó la **Estrategia NAOS** (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). **Es el marco en el que se desarrollan las acciones e intervenciones que promueven la alimentación variada y equilibrada, y la práctica de actividad física.** Aunque las iniciativas desarrolladas en el marco de esta estrategia se dirigen a toda la población, se priorizan las dirigidas hacia los niños y niñas, jóvenes y grupos de población más desfavorecidos, con enfoque de género y evitando desigualdades en salud. Fue consolidada por la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición¹⁰⁰.

Alimentación escolar

La Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición incluye medidas dirigidas al ámbito escolar. Varias de estas medidas no han sido desarrolladas o se incumplen en la práctica. Veamos algunos de sus artículos:

40.1. *Las autoridades educativas competentes promoverán la enseñanza de la nutrición y alimentación en las escuelas infantiles y centros escolares [...]. Se introducirán contenidos orientados a la prevención y a la concienciación sobre los beneficios de una nutrición equilibrada en los planes formativos del profesorado.*

No se está cumpliendo.

40.3. *Las autoridades competentes velarán para que las comidas servidas en escuelas infantiles y centros escolares sean variadas, equilibradas y estén adaptadas a las necesidades nutricionales de cada grupo de edad. Serán supervisadas por profesionales con formación acreditada en nutrición humana y dietética.*

Las personas responsables de observar el valor nutricional de los menús ofertados suelen ser nutricionistas que trabajan para la misma empresa gestora del servicio ofrecido. No existe un cuerpo especializado e independiente de dietistas/nutricionistas que valore los menús escolares.

40.4. *Las escuelas infantiles y los centros escolares proporcionarán a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, la programación mensual de los menús [...].*

Los menús no reflejan la realidad de lo que se consume en el comedor escolar.

Asimismo, tendrán a disposición de las familias, tutores o responsables de los comensales la información de los productos utilizados para la elaboración de los menús, que sea exigible por las normas sobre etiquetado de productos alimenticios.

Este punto es engañoso, ya que, bajo las normas de etiquetado la información de relevancia que se ofrece es el valor nutricional y esto en caso de que el producto sea envasado.

40.6. *En las escuelas infantiles y en los centros escolares no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares. Estos contenidos se establecerán reglamentariamente.*

Muchos centros escolares siguen contando con máquinas expendedoras que ofertan estos productos, al igual que ocurre en las cantinas de los centros escolares.

40.7. *Las escuelas infantiles y los centros escolares serán espacios protegidos de la publicidad. [...].*

No siempre se cumple.

Por otra parte, en 2010 se aprobó el Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos, con recomendaciones nutricionales. Pero tiene dos problemas importantes: las organizaciones que lo avalan cuentan entre sus patronos con representantes de la industria alimentaria, lo cual pone en entredicho sus valoraciones; y es de aplicación voluntaria.

Como las responsabilidades en sanidad y educación están transferidas a las comunidades autónomas, serán estas las que velarán para que se cumplan los criterios establecidos en este documento sobre la variedad y frecuencia de consumo de alimentos en los menús escolares y sobre la oferta alimentaria en máquinas expendedoras, cantinas y quioscos de los centros educativos. Algunas comunidades autónomas han elaborado sus propias guías sobre alimentación escolar, que han ido un poco más allá y han mejorado las propuestas del documento de consenso.

100 Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

■ Etiquetado

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha hecho pública su intención de implantar el etiquetado frontal de calidad nutricional. El modelo elegido es el Nutriscore, que ya está vigente en Francia. Este anuncio supone el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de que este tipo de etiquetado contribuye a mejorar la información a las personas consumidoras.

Hasta el momento, el etiquetado frontal que se utiliza de forma mayoritaria es el voluntario acordado por la industria, que indica por ración el valor energético, grasas, grasas saturadas, azúcares y sal, y el porcentaje que representan con respecto a la ingesta de referencia de un adulto medio. No se utiliza el sistema de colores como los modelos tipo semáforo.

Una iniciativa concreta en este sentido es la de la cooperativa de distribución EROSKI, que en 2007 incorporó el semáforo nutricional en el envase de sus productos. Presenta la cantidad de calorías, azúcares, grasa, grasa saturada y sal que aporta una ración de un producto, así como sus porcentajes sobre el consumo diario a través de los colores verde, amarillo y naranja a modo de semáforo.



■ Reformulación de alimentos

La reformulación se encuadra en las líneas de acción de la Estrategia NAOS, en el marco de la protección de la salud. Las líneas de actuación siguen los acuerdos del Grupo de Alto Nivel de la Comisión Europea:

- ▶ Sal (2008): Marco Europeo para Iniciativas Nacionales sobre la Sal.
- ▶ Nutrientes seleccionados: grasas, grasas saturadas, grasas trans, azúcares añadidos y energía (2009): Marco Europeo para Iniciativas Nacionales en Nutrientes Seleccionados.
 - Grasas saturadas (2012): Anexo I.
 - Azúcares añadidos (2015): Anexo II.

Estos acuerdos son de aplicación voluntaria y en el caso de la AECOSAN se han traducido en:

- ▶ Plan de reducción del consumo de sal.
- ▶ Reducción de nutrientes seleccionados (grasas, grasas saturadas, grasas trans, azúcares añadidos y contenido energético). Reformulación de productos.
- ▶ Grupo de trabajo con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB).

Según un estudio realizado en 2012¹⁰¹, con respecto al año 2009 en que se empezó a reducir la sal en algunos productos siguiendo el plan de reducción de su consumo, hubo reducciones significativas en algunas categorías de alimentos, como el pan de leche (entorno al 33%), pan de molde (16%) y algunas conservas, como las de caballa (hasta el 45%). Sin embargo, otras categorías aumentaron el contenido en sal durante este mismo periodo, como las magdalenas (20%), las galletas tipo María (17%), las anchoas (11%), las conservas de verduras (18%) o la mayonesa (29%).

La reducción de sal y grasa se ha realizado en productos de carnicería y charcutería a través de acuerdos con las asociaciones fabricantes del sector, con las que se firmó un convenio en julio de 2012 para la reducción, con respecto a los niveles de 2011, del 10% del contenido medio de sal y del 5% del contenido medio de grasas en

101 Contenido de sal de los alimentos en España. 2012.

diversos productos de carnicería y charcutería elaborados artesanalmente y vendidos en los comercios minoristas.

En cuanto a la reducción de grasas trans, un estudio¹⁰² publicado en 2015 con datos de 2010 concluye que la gran mayoría de los grupos de alimentos (se estudió en 277 alimentos) presentan un porcentaje inferior al 2% con respecto a la grasa total. Los pocos alimentos que lo superan pertenecen al grupo de los lácteos (helados, mantequillas y postres lácteos).

Por lo que se refiere a la reducción de azúcares añadidos, la AECOSAN solo recoge su compromiso de trabajar en esta línea de acción mediante nuevos acuerdos voluntarios con los fabricantes, la distribución y la restauración.

La última línea de acción es el grupo de trabajo con la FIAB. En el año 2005, cuando se lanzó la Estrategia NAOS, se firmó un acuerdo general entre la AESAN (actual AECOSAN) y la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB), con el objetivo de mejorar la composición de los alimentos. Posteriormente, en 2012 se ha constituido un Grupo de Trabajo con FIAB cuyo objetivo es promover acuerdos voluntarios sectoriales en este ámbito.

■ Publicidad dirigida al público infantil

Aquí nos movemos en el terreno de la autorregulación. El sistema empleado es el Código PAOS¹⁰³ (Publicidad, Actividad, Obesidad y Salud), aprobado en 2005 y modificado en 2013. Consta de una serie de principios relativos a la publicidad dirigida a la infancia, que las empresas firmantes se comprometen voluntariamente a respetar. No se fija en el contenido alimenticio de los productos, se centra únicamente en cuestiones más generales como no inducir al consumo excesivo, a la compra directa o que no aparezcan personajes famosos.

En esta iniciativa de autorregulación están implicadas la Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB), la Asociación para la Autorregulación

de la Comunicación Comercial (AUTOCONTROL), el sector de la distribución (ANGED, ASEDAS y ACES), la hostelería (FEHR) y la restauración (FEHCAREM), como agentes estratégicos en la cadena de la alimentación, lo cual se traduce en siete empresas de distribución, tres de restauración y 37 fabricantes.

Es fácil comprobar la poca efectividad de los compromisos alcanzados dentro del Código PAOS. En 2010, la publicidad de alimentación y bebidas dirigida al público infantil de 4-12 años era del 10,2%; mientras que en 2018 alcanzaba el 13,2%¹⁰⁴.

La situación se agrava cuando se analiza la publicidad de alimentos dirigida a niños y niñas entre 4-12 años realizada por las empresas firmantes del Código PAOS, que en 2017 se había incrementado considerablemente respecto a 2010.

Un estudio publicado en la revista *Public Health*¹⁰⁵ pone de manifiesto que casi nueve de cada diez anuncios (el 88%) vulnera el Código PAOS, un porcentaje superior al registrado en 2008, cuando el nivel de incumplimiento rondaba el 50%. La mayoría de los anuncios incumple más de uno de los 25 compromisos incluidos en el acuerdo. Uno de los que registra un mayor nivel de incumplimiento es el que atañe a la aparición en la publicidad de personajes de ficción y famosos. El incumplimiento de las normas resulta mayor en los canales infantiles, que son, a su vez, los que más anuncios emiten. De los 2.582 anuncios analizados, el 64% era de bebidas y alimentos altos en sal, azúcar o grasas. El aumento de anuncios que infringen las normas para proteger a los menores es “particularmente pronunciado” en los horarios de protección infantil y para los anuncios de bebidas como zumos, refrescos, batidos, etc.

No existe un sistema de control independiente y, a la vista de estos datos, se puede concluir que no está cumpliendo con sus objetivos. Una vez más, se pone de manifiesto la necesidad de una política pública con normas de obligado cumplimiento, que sigan las recomendaciones de organizaciones como la OMS.

102 Contenido de ácidos grasos trans en los alimentos en España. 2015.

103 Código de Corregulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud.

104 Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. [www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Porcentaje_publicidad_\(PAB\)_ninos.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Porcentaje_publicidad_(PAB)_ninos.pdf)

105 Evaluation of compliance with the Spanish Code of self-regulation of food and drinks advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012. *Public Health*, 2017.

■ Políticas fiscales

A nivel estatal no se han aplicado medidas fiscales sobre los alimentos (impuestos o subvenciones) con la finalidad de mejorar la salud de la población.

Solo existe una experiencia en Catalunya, donde en 2017 se incorporó un impuesto sobre las bebidas azucaradas. La tasa se aplica a las bebidas con más de 8 gramos de azúcar por cada 100 mililitros, lo que implica una carga de 0,12 euros por litro. Por otro lado, las bebidas que contienen entre 5 y 8 gramos de azúcar por cada 100 mililitros están gravadas con 0,08 euros por litro. Esta medida afecta principalmente a los refrescos, las bebidas de néctar de frutas, las bebidas energéticas, té, café, leches azucaradas, las alternativas de la leche, batidos, aguas de sabores o bebidas vegetales. El precio de las bebidas azucaradas envasadas en recipientes grandes (de uno o dos litros) ha aumentado un 20%, mientras que el coste de las bebidas en lata, entre un 5 y un 10%.

Según un estudio realizado un año después, se ha reducido un 22% el consumo de este tipo de productos¹⁰⁶.

106 Impact of SBB taxes on consumption. Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. 2018.

BIBLIOGRAFÍA

- AECOSAN (2010). Documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos.
- AECOSAN (2013). Estudio Aladino 2011.
- AECOSAN (2014). Estudio Aladino 2013.
- AECOSAN (2015). Contenido de sal de los alimentos en España. 2012.
- AECOSAN (2015). Contenido de ácidos grasos trans en los alimentos en España.
- AECOSAN (2016). Estudio Aladino 2015.
- AECOSAN (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en Población Infantil y Adolescente. 2017.
- AECOSAN 2018. Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas. 2017-2020.
- COMISCA, SICA, INCAP (2014). Estrategia para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana. 2014-2025.
- Development Initiatives. Informe de la Nutrición Mundial 2017: Alimentar los ODS. 2017.
- Díaz, A. A., Veliz, P. M., Rivas-Mariño, G., Vance Mafla C., Martínez Altamirano, L. M., Vaca Jones, C. Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. Revista Panamericana de Salud Pública. 2017.
- FAO. Hábitos alimentarios de niños en Choluleca. FAO Honduras. 2008.
- FAO (2016). Análisis de los marcos jurídicos en materia de alimentación escolar de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS (2018). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo.
- FAO, OPS (2018).. Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad.
- FAO, OPS (2017). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición.
- Félix Rivera, M., Rivera, I. C. Conductas alimentarias y actividad física en niños escolares de Tegucigalpa. Revista Médica Hondureña. 2010.
- D+i Desarrollando Ideas, Llorente & Cuenca. Ley de etiquetado y publicidad de alimentos en Chile: ¿Un modelo replicable para Latinoamérica? 2016.
- Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). Informe de la nutrición mundial 2016: De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030. 2016.
- Kanter, R., Caballero, B. Global gender disparities in obesity: a review. Advances in Nutrition: An International Review Journal. 2012.
- Menchú, M. T., Méndez, H., Dary, O. La calidad de la dieta en República Dominicana aproximada con los datos de la ENIGH-2007. INCAP-USAID. 2013.
- Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (2018). Informe del consumo de alimentación en España 2017.
- Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) (2012). Encuesta Nacional de Micronutrientes en la Población Escolar de la República Dominicana. 2013.
- Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Agricultura. Informe sobre la situación de nutrición y seguridad alimentaria. 2014.
- Ministerio de Salud Pública, Centro de Estudios Sociales y Demográficos de República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud, 2013. 2014.

- MSP, INABIE, RD (2017). Plan intersectorial para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia de la República Dominicana 2017-2021. 2017.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at glance. 2015.
- OMS. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. 2017.
- OMS. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. 2018.
- OMS. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. 2010.
- OMS. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. 2014.
- OMS, FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. 2003.
- OMS. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. 2016.
- OMS. Global status report on noncommunicable diseases. 2010.
- OMS. Healthy diet, fact sheet No394. 2015.
- OMS. Nutrient profile model. 2015.
- OMS. Plan de aplicación integral sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. 2014.
- OMS. Using price policies to promote healthier diets. 2015.
- OMS. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). 2014.
- OMS, OPS. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. 2015.
- OMS. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. 2016.
- OPS, Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CADMI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Tegucigalpa, Honduras, 2004. 2009.
- OPS, OMS. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. 2016.
- OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019.
- OPS. Alimentos y bebidas ultraprocesados en ALC: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. 2015.
- OPS. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. 2016.
- OPS. Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país. 2017.
- OPS. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. 2017.
- Palmieri, M., Méndez, H., Mesarina, K., Román, A. V., Pérez, W. La evolución de la nutrición en Centroamérica y República Dominicana: temas de la agenda pendiente y problemas emergentes. 2015.
- PARLATINO (2012). Tercera conferencia panamericana sobre obesidad, con especial atención a la obesidad infantil (PACO III).
- PARLATINO (2012). Proyecto de ley marco para América Latina sobre la regulación de la publicidad y promociones de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a los niños, niñas y adolescentes.
- PARLATINO (2013). Ley marco de alimentación escolar.
- PARLATINO (2017). Ley modelo de etiquetado de productos alimenticios procesados y ultraprocesados para el consumo humano y protección a la salud.

- Programa Mundial de Alimentos (2017). Programas de Alimentación Escolar Sensibles a la Nutrición en América Latina y el Caribe. Un estudio de 16 países.
- Secretaría de Educación de Honduras. Reglamento de venta de alimentos en casetas o tiendas escolares. Acuerdo N.º 15.368/SE/2012. 4 de septiembre de 2012.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, OPS, OMS. Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Honduras 2015-2025. 2015.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, OMS, OPS. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2018-2022. 2018.
- Secretaría de Salud Pública de Honduras. Guías alimentarias para Honduras. Manual para su uso. 2009.
- Secretaría de Salud Pública (SESPAS). Guías alimentarias basadas en alimentos de la República Dominicana. 2009.
- Stevens, G. A., Singh, G. M., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J. K., Finucane, M. M., Paciorek, C. J. 2012. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. Population Health Metrics. 2012.
- UNICEF (2017). El Estado Mundial de la Infancia.
- UNICEF (2011). La infancia en Honduras, Análisis de situación 2010.
- Unión Europea. Comparison of the nutrient profiling schemes of the EU Pledge and the World Health Organization Regional Office for Europe. 2015.





DAME VENENO

comunicacion@justiciaalimentaria.org

justiciaalimentaria.org/dame-veneno