



**DAME
VENENO**

CAMPAÑA
CONTRA LA
ALIMENTACIÓN
QUE NOS ENFERMA

LA ALIMENTACIÓN INSANA: UNA EPIDEMIA MUNDIAL



VSF
JUSTICIA
ALIMENTARIA
GLOBAL



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

@ VSF Justicia Alimentaria Global

C. Floridablanca, 66-72

08015 Barcelona

Septiembre 2016



Autoría: VSF Justicia Alimentaria Global

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

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

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

Depósito legal: B 2612-2017

Diseño, maquetación y revisión: LaBox Marketing y Comunicación

Impresión: Grupo Mundoprint, S. L.

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



**«Una dieta inadecuada es el factor de riesgo
que más problemas causa en nuestra salud y es
responsable del 21% de las muertes evitables».**

Coste mundial de la enfermedad.
Macroestudio publicado en *The Lancet*¹

1. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/fulltext)

La evidencia científica es incuestionable. La alimentación insana es ya la primera causa de enfermedad y pérdida de calidad de vida en el mundo, también en el Estado español.

La alimentación insana está provocando un aumento alarmante de la obesidad y el sobrepeso, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. No es una opinión, es un hecho contrastado. Y no existe ni un solo país en el mundo que no esté empeorando en salud alimentaria ni donde las enfermedades asociadas a ella hayan disminuido.

Comer nos alimenta, pero también nos enferma. Y, actualmente, sucede más la segunda afirmación que la primera. Incluso podemos decir que **comer es lo que más nos enferma, cada vez más y no a todos por igual**, ya que existe una **diferencia social** (afecta más a las clases populares) y una **diferencia de género** (afecta más a las mujeres). Y para rematar este nefasto panorama, hay que decir que **el colectivo que tiene peores índices de alimentación es la población infantil**, lo cual implica una hipoteca sanitaria futura de consecuencias imprevisibles.

Y mientras todo esto ocurre, las Administraciones públicas, en su gran mayoría, permanecen en un estado de parálisis. **Las políticas públicas para garantizar una alimentación saludable y proteger nuestra salud son el gran ausente del panorama actual.**

¿Qué ha pasado con nuestra dieta para que más que una fuente de nutrientes los alimentos sean causa de enfermedad? ¿Por qué consumimos, cada vez más, una dieta perjudicial?

Una primera consideración es que comer no es simplemente ingerir alimentos. Es un acto profundamente social. Lo decimos porque es necesario combatir la idea dominante según la cual enfermar o morir de forma prematura estaría condicionado principalmente por nuestra herencia genética y por nuestros hábitos de salud libremente elegidos (no engordar, hacer ejercicio, beber con moderación, no fumar, etc.), de la misma manera que comer más o menos sano dependería, sobre todo, de cada persona, siendo la alimentación un acto individual prácticamente independiente de los fenómenos sociales y colectivos. Comer insano, por tanto, sería fruto de una decisión individual (cada una de nosotras sería culpable de sus propias enfermedades por «no haberse cuidado»). Pero en realidad, **es una evidencia fuera de toda duda que la alimentación insana no es un problema individual**. Nada que afecte a un 50%, 60% o 70% de la población puede ser la suma de malas decisiones individuales, **sino el resultado de un contexto sociopolítico y económico que empuja a amplias capas de la sociedad a ese estado**.

Una vez dicho esto, **volvamos a la pregunta de qué ha pasado con nuestra dieta** para que más que una fuente de nutrientes los alimentos sean causa de enfermedad. No existe una razón única que explique la actual epidemia de alimentación insana. Es la combinación

de una serie de factores, pero el más importante es el cambio de nuestro patrón alimentario, que ha supuesto un **incremento muy significativo del consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas e hidrogenadas, azúcares añadidos y sal, vehiculados la mayoría de ellos a través de los alimentos procesados que han inundado nuestras dietas.**

La progresiva industrialización de nuestros alimentos es un factor, pero también lo son la progresiva desconexión de la población con los alimentos, con su origen, variedad, temporalidad, cocina y cultura, combinada con cambios significativos en la producción de los mismos y un sofisticado y constante uso de la promoción y persuasión por parte de la industria alimentaria. Es el denominado **ambiente o clima alimentario insano.**

Se ha abandonado la agricultura sostenible, campesina y familiar, centrada en la producción de alimentos saludables, cercanos, diversos y de temporada. La gran industria alimentaria fabrica ahora los alimentos, y los procesa con una buena carga de componentes insanos. Y en el ámbito de la distribución, las grandes cadenas se han adueñado de la comercialización. En resumen, se han abandonado los circuitos cortos de producción, comercialización y consumo alimentario, al tiempo que un reducido número de grandes empresas controlan la producción, distribución y venta de los alimentos. La publicidad hace el resto.

Esta situación es evitable, pero de nada sirven las campañas educativas recomendando una dieta saludable, única iniciativa política puesta en marcha en nuestro país. Tampoco sirven los acuerdos voluntarios de la industria, cuyo objetivo es aparentar que se están tomando medidas mientras, en realidad, nada cambia. Como decíamos, **las causas de la alimentación insana y su impacto en la salud son estructurales, no individuales, y hacen falta políticas públicas encaminadas a reducir el consumo de alimentos procesados, anteponiendo la salud de la población a los intereses de la gran industria alimentaria.**

En la formulación de políticas públicas que pongan freno a la alimentación insana, se deben identificar los factores sociales y económicos que influyen en el crecimiento de la alimentación procesada y ultraprocesada. Ahí aparecen elementos como el etiquetado, la publicidad, el coste de ciertos tipos de alimentos o el reparto de tareas y usos del tiempo en los hogares entre hombres y mujeres.

La Organización Mundial de la Salud lleva años dando la voz de alarma. Sabe lo que ocurre (alimentación procesada) y quién está bloqueando las respuestas políticas para revertir la situación (la industria alimentaria).

Algunos países están empezando a dar pasos para abordar el problema a través de políticas públicas. Un ejemplo es Finlandia, donde la reducción de la ingesta de grasas saturadas

de la carne y derivados lácteos ha conllevado mejoras importantes del perfil lipídico de la población y un descenso próximo al 50% de la mortalidad por cardiopatía isquémica².

Centenares de organizaciones, sociedad civil organizada, academia e instituciones internacionales, entre otras, están alertando, ofreciendo datos rigurosos, haciendo propuestas realistas y presionando para que las políticas públicas necesarias sean finalmente puestas en marcha. Este informe y esta campaña quieren contribuir a impulsar ese proceso.

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



01

PELIGRO: ALIMENTOS

«Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 adultos 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.»

Margaret Chan, directora general de la OMS (2012)

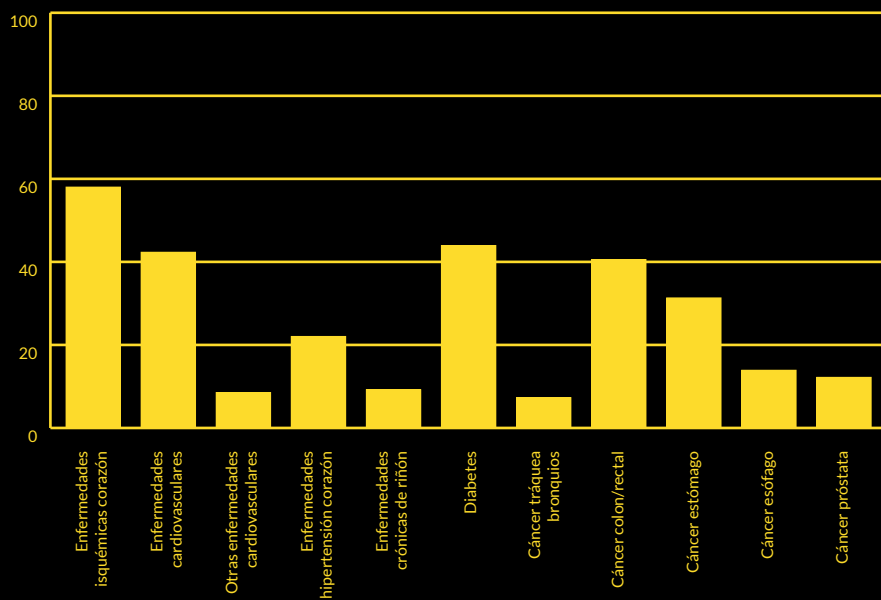
DE QUÉ ENFERMAMOS CON LA ALIMENTACIÓN INSANA

Hay tres grandes tipos de afecciones alimento-dependientes: **enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cánceres**. Se trata precisamente de tres de las enfermedades con mayor impacto en los niveles de mortalidad y pérdida de salud en la población. Además, la alimentación está claramente implicada en **el sobrepeso y la obesidad**.

Si nos fijamos en el Estado español, pueden atribuirse a la alimentación insana entre un 40-55% de las dolencias cardiovasculares, un 45% de las diabetes y entre un 30-40% de algunos cánceres como los de estómago y colon. En total, tenemos 6 millones de personas enfermas cuyo principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana³. (ver gráfico 01)

Pero además, **las enfermedades vinculadas con la alimentación insana interaccionan entre ellas y se retroalimentan**, de manera que padecer una de estas dolencias puede incrementar el riesgo de padecer las otras. Por ejemplo, el sobrepeso y en especial la obesidad son los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La diabetes, por su parte, es el doble de frecuente en las personas obesas que en las no obesas.

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

GRÁFICO 01 % atribuido a la alimentación

A continuación, vamos a detenernos brevemente en tres de las afecciones asociadas de forma directa a la alimentación insana: obesidad y sobrepeso, diabetes y alteraciones cardiovasculares.

■ **Obesidad y sobrepeso**

Según datos de la OMS, la pandemia del sobrepeso y la obesidad es el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Y su impacto sobre la salud implica también una peor calidad de vida. Veamos algunos datos que ilustran la magnitud del problema:

- La obesidad explica el 80% de los casos de diabetes en personas adultas, el 55% de los de hipertensión arterial, el 35% de los de enfermedad coronaria y el 41% de algunos cánceres.
- En Europa, al menos una de cada 13 muertes podría estar asociada a la obesidad.
- El Estado español es uno de los líderes mundiales, con un 44% de personas con sobrepeso, de las que casi un 20% tienen obesidad. (ver gráfico 02)

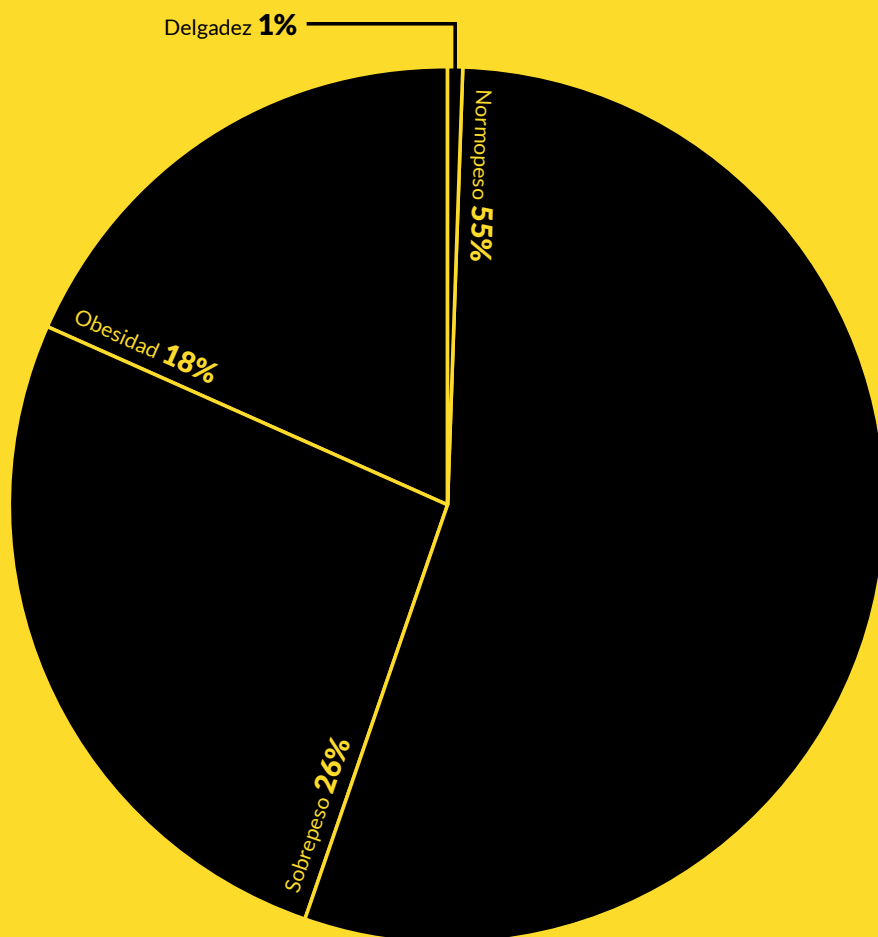
La **obesidad y el sobrepeso infantil** merecen atención especial. Según la OCDE, el Estado español se sitúa a la cabeza del sobrepeso infantil, compartiendo el liderazgo mundial con Estados Unidos. En nuestro país, el 45,5% de la población de entre 6 y 10 años tiene exceso de peso. Un lastre para su salud que arrastrarán el resto de su vida. La mala alimentación en la infancia aumenta el riesgo de enfermedades en la edad adulta, por no mencionar las consecuencias y trastornos emocionales y el estigma social que conllevan.

■ **Diabetes**

La diabetes tipo II está estrechamente relacionada con la dieta insana, en concreto, con el consumo excesivo de azúcares añadidos. En el Estado español⁴, el 11,2% de la población sabe que tiene diabetes, pero existe un 5% que la padece y no lo sabe. En total, son más de siete millones de personas. Pero la cosa llega más lejos, ya que hay otros cuatro millones que se encuentran en estados prediabéticos, con un alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Prácticamente una de cada tres personas (un 30% de la población) tiene problemas de glucosa que pueden generar alteraciones de salud importantes.

4. www.ciberdem.org/programas-de-investigacion/proyectos/estudio-di-betes

GRÁFICO 02 % sobrepeso + obesidad (Estado español)



La diabetes tiene un impacto muy alto en la salud. Cada año, 25.000 personas mueren a causa de ella y un 16% de las personas ciegas lo son debido a esta enfermedad⁵.

■ *Enfermedades cardiovasculares*

Son la primera causa de defunción en el Estado español, representando aproximadamente el 40% de las muertes⁶.

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

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

EL IMPACTO ECONÓMICO

Un estudio realizado por la Clínica Mayo (Estados Unidos)⁷ permite que no hagamos una idea del impacto de la alimentación insana sobre las arcas públicas. Calculó que mientras **el tabaquismo aumenta los costes de la atención sanitaria un 20%, la obesidad lo hace en un 50%**.

La **obesidad** supone el 8% del gasto sanitario público en el Estado español, es decir, más de 2.500 millones de euros⁸.

El gasto sanitario directo ocasionado por la **diabetes** se calcula en 5.900 millones de euros⁹, lo que representa el 8% del gasto sanitario total.

El coste directo de las **enfermedades cardiovasculares** se cifra en 5.800 millones de euros¹⁰.

5. www.adc.cat/not/not-271.pdf

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

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

8. Datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y el Ministerio de Sanidad.

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

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

Si a estos costes directos les sumamos los **gastos indirectos** (absentismo laboral y jubilaciones anticipadas, esencialmente), la alimentación insana nos está costando 33.000 millones de euros anuales, es decir, 702 euros por persona y 1.800 por hogar.

DESIGUALDAD SOCIAL Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

La salud y la enfermedad no se distribuyen homogéneamente en la sociedad. No dependen simplemente de factores genéticos o de hábitos de vida libremente elegidos. **La salud no la elige quien quiere, sino quien puede.** Alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no puede escoger libremente comportamientos relacionados con la salud, entre ellos llevar una alimentación adecuada.

Diversos estudios muestran que **la salud difiere mucho entre los distintos grupos sociales. También que las enfermedades asociadas a una mala alimentación tienen un componente de clase social claro.** En la ciudad de **Glasgow**, por ejemplo, las personas pobres viven 30 años menos que las ricas (datos de 2016). Según un estudio¹¹, la causa es la dieta: quienes mantienen una dieta basada en productos de mala calidad son personas que no pueden permitirse otro tipo de comida. Literalmente: «no es una elección personal, se trata de pobreza». Otro ejemplo más cercano, en **Barcelona**, vivir en un barrio pobre significa 11 años menos de vida que vivir en uno de renta alta¹².

Las enfermedades están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos. Si nos fijamos en el Estado español, los datos indican que las personas con niveles socioeconómicos más altos tienden a tener más esperanza de vida, menos enfermedades crónicas y más años vividos sin discapacidad.

También existe una diferencia de género, y es que las mujeres, también aquí, salen peor paradas. Esto se debe a la discriminación de la que son objeto y a sus diferentes condiciones de vida. Por ejemplo, las tareas domésticas y de cuidado de la familia recaen mayoritariamente en las mujeres, que tienen que sumarlas al trabajo remunerado. Las condiciones laborales, así como los recursos materiales y personales disponibles para hacer frente a esa sobrecarga de trabajo, son factores relevantes que pueden empeorar (y empeoran) su

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

12. *La salud en Barcelona* (2014), Agència de Salut Pública de Catalunya.

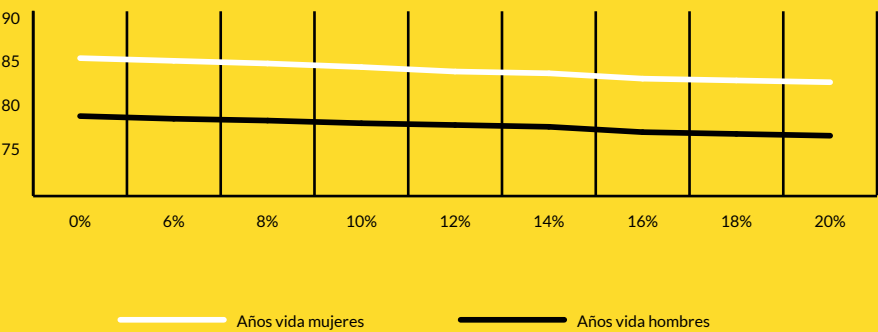
salud. La mujeres viven, de media, más años que los hombres, pero tienen menos calidad de vida que ellos.

Las dos desigualdades (mujer y clase social) se cruzan, generando auténticos abismos de desigualdad en salud alimentaria: **las mujeres pobres y las familias sustentadas por mujeres pobres constituyen los principales núcleos de la alimentación insana.**

Disponemos de multitud de estudios que certifican que entre las clases populares y las altas existe un gradiente de mala salud asociada a una mala alimentación, y que estas diferencias no son iguales para hombres y mujeres. Veamos algunos ejemplos:

- › En una ciudad como Madrid, se puede apreciar la relación entre la esperanza de vida y el porcentaje de desempleo en sus barrios¹³. (ver gráfico 03)
- › En términos de **obesidad**, los estudios¹⁴ realizados en los últimos años son, en general, muy consistentes en mostrar una mayor prevalencia de la obesidad en las personas de menor nivel socioeconómico. En el Estado español¹⁵, varios trabajos han mostrado la asociación entre nivel de estudios y prevalencia de la obesidad. (ver gráficos 04 y 05)

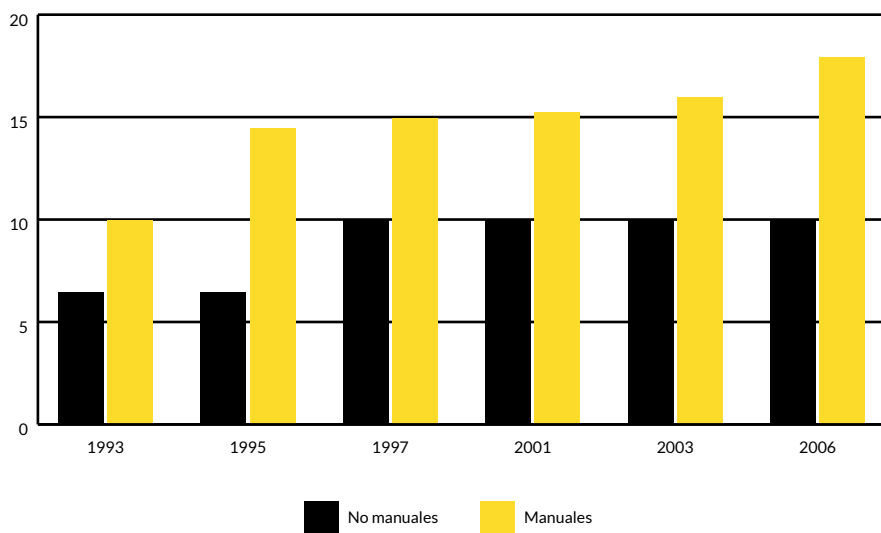
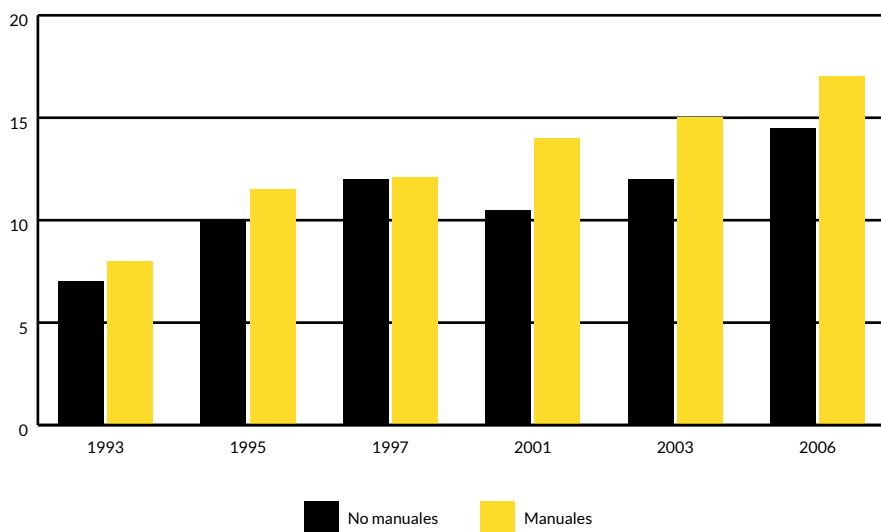
GRÁFICO 03 Esperanza de vida vs % de desempleo



13. <http://www.madrid.org/iestadis/>

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

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

GRÁFICO 04 Obesidad estandarizada por edad (mujeres)**GRÁFICO 05** Obesidad estandarizada por edad (hombres)

- › Un estudio encontró una prevalencia del **sobrepeso** y la **obesidad** entre las mujeres profesionales y empresarias del 25%, mientras que en las clases obreras se duplicaba¹⁶.
- › La incidencia de la **obesidad** en mujeres con estudios primarios es cuatro veces superior a la de aquellas con estudios universitarios¹⁷.
- › Otro estudio¹⁸ señala que las diferencias socioeconómicas explican muchas de las desigualdades en salud de la población española. A menos ingresos, mayor prevalencia de dolencias como la **diabetes**.
- › Lo mismo ocurre con **la obesidad y el sobrepeso infantil**. En el Estado español¹⁹, al pasar de niveles de renta altos a bajos, la obesidad se incrementa en más de un 30%, y cuando se pasa de un nivel de instrucción de los padres y madres de alto a bajo, la obesidad se incrementa en un 40% y el sobrepeso, en un 30%.
- › Un estudio²⁰ concluye que entre las personas enfermas de **diabetes** hay el doble de probabilidades de tener estudios primarios que superiores.
- › Las mujeres sin estudios sufren tres veces más **enfermedades cardiovasculares** que las que tienen estudios universitarios²¹.
- › Y para finalizar, dos gráficas elaboradas a partir de datos de la Agencia Catalana de Salud²² que representan la **mala salud percibida**, la **obesidad** y la **diabetes**, con relación a la clase social. Esta se ha categorizado en función de la ocupación, siendo I la más alta y V la más baja. De nuevo, el gradiente social es mucho más pronunciado entre las mujeres.

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

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

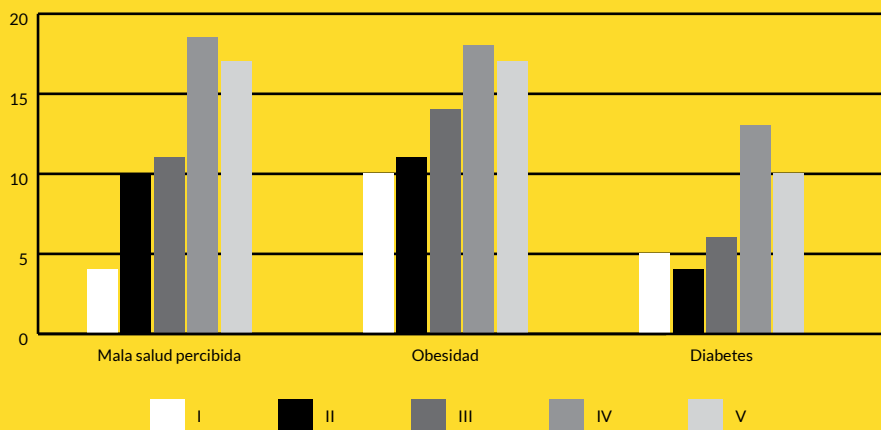
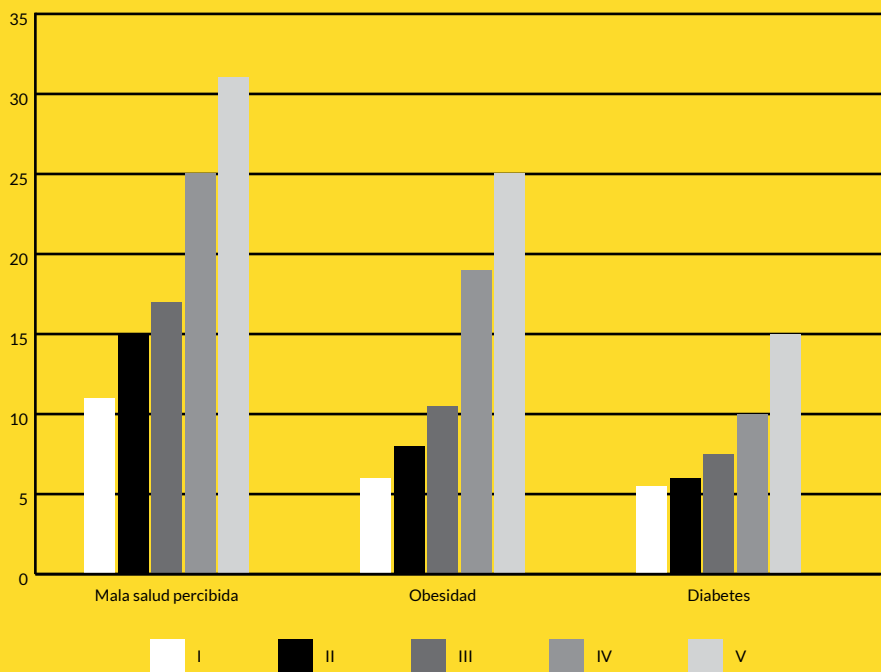
18. http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf

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

20. <http://www.adc.cat/not/not-271.pdf>

21. Estudio Predimec, Comunidad de Madrid.

22. http://salutpublica.gencat.cat/web/content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/pinsap.pdf

GRÁFICO 06 % afectación en función de clase social (hombres)**GRÁFICO 07** % afectación en función de clase social (mujeres)



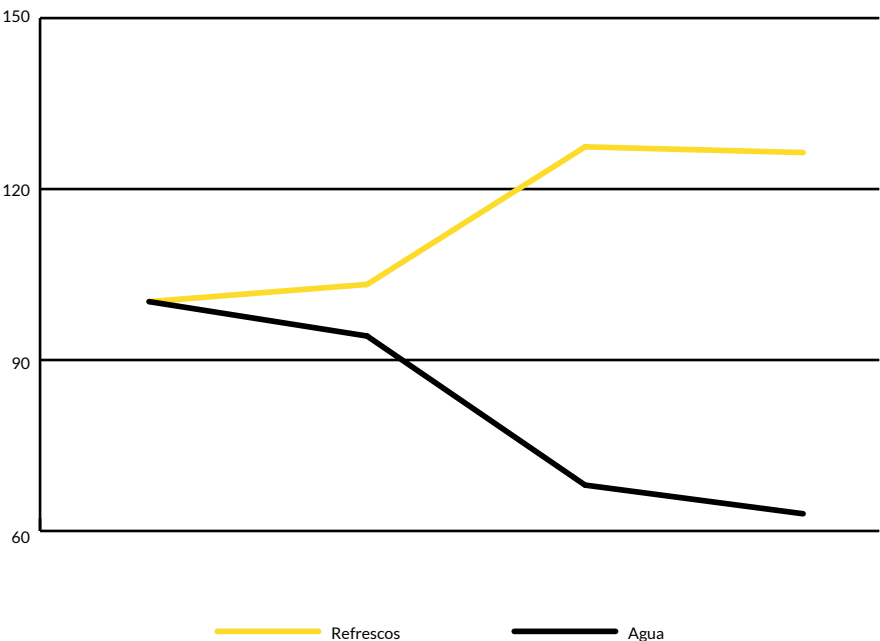
02

**LA ALIMENTACIÓN QUE
NOS ENFERMA**

TRANSICIÓN NUTRICIONAL: DEPRISA, DEPRISA

Desde los inicios de la humanidad, los patrones de alimentación han ido evolucionando, pero si consideramos las diferentes transiciones nutricionales que han tenido lugar a lo largo de la historia, la que estamos viviendo presenta características que la hacen única: la rapidez del cambio y la gran cantidad de población a la que afecta. Los efectos de nuestra dieta sobre la salud pueden constatarse ya en una misma generación, cosa que no había pasado antes.

GRÁFICO 08 Evolución consumo tipos de bebida 2009-2012 (2009, base 100)



En la transición actual, las dietas tradicionales han sido reemplazadas rápidamente por otras con más grasa (principalmente de origen animal) y más azúcar añadido, unido 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, mayor presencia de grasas y un importante aumento del consumo de alimentos refinados y procesados.** Estas tendencias se suman al drástico descenso en el consumo de legumbres y granos.

Esta rápida transición nutricional no ha sido un proceso natural. **Se trata de un cambio forzado y dirigido por quien ha tomado el control de la cadena alimentaria,** hacia unas dietas que les suponen una mayor rentabilidad, pero que son altamente insanas.

El capitalismo globalizado condiciona qué y cómo comemos. El siguiente gráfico recoge algunos de los elementos del capitalismo actual implicados en la alimentación insana (ver gráfico 09 en página 26).

Se puede cuantificar el grado de globalización económica de un país y compararlo con la evolución de las enfermedades asociadas a la mala alimentación, por ejemplo, con el índice de obesidad. Los resultados son claros: **a más globalización, más obesidad.** Aunque a menudo vivimos nuestra alimentación como un hecho puramente doméstico, en realidad, lo que comemos, quién y cómo lo produce, dónde lo compramos e incluso cómo comemos, son fenómenos altamente imbricados en las dinámicas socioeconómicas globales. Para La Vía Campesina²³, la alimentación es, seguramente, la manera más sutil y al mismo tiempo más potente en que el neoliberalismo ha entrado en nuestras casas.

El gráfico 10 (página 26) sintetiza algunos de los cambios implicados en el actual sistema alimentario, que están alterando la calidad nutricional de la dieta.

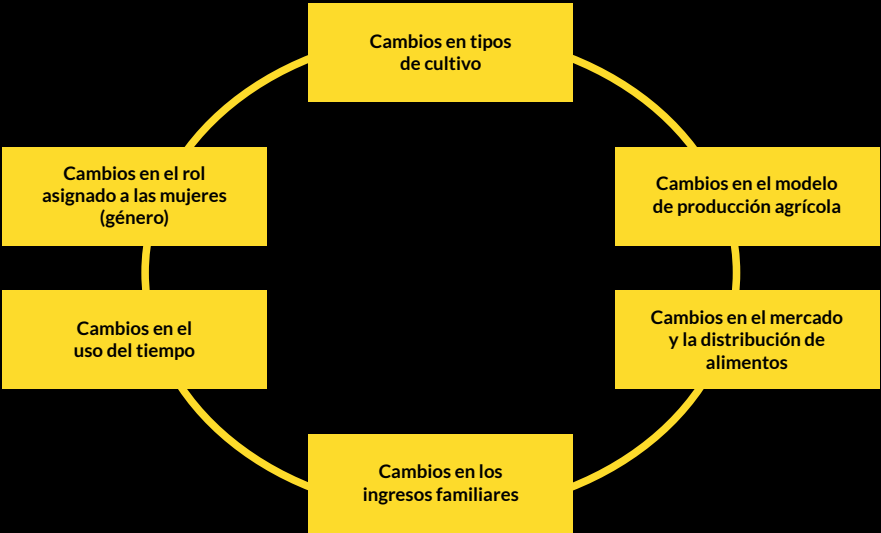
El Estado español no escapa a este fenómeno. Al contrario, es uno de los mejores ejemplos. Tradicionalmente ha sido considerado (junto con el resto de países mediterráneos) uno de los lugares con una dieta más sana. Pero hoy en día, nuestra alimentación se ha ido alejando de la pirámide nutricional, que indica el consumo ideal de distintos tipos de alimentos. **Comparando la dieta media en 1964 y la actual, vemos cómo se ha despedido el consumo de cereales, hortalizas y leguminosas, al tiempo que se ha disparado el de azúcares, carne y lácteos.**

23. www.viacampesina.org

GRÁFICO 09 Elementos del capitalismo implicados en la alimentación insana



GRÁFICO 10 Cambios del actual sistema alimentario

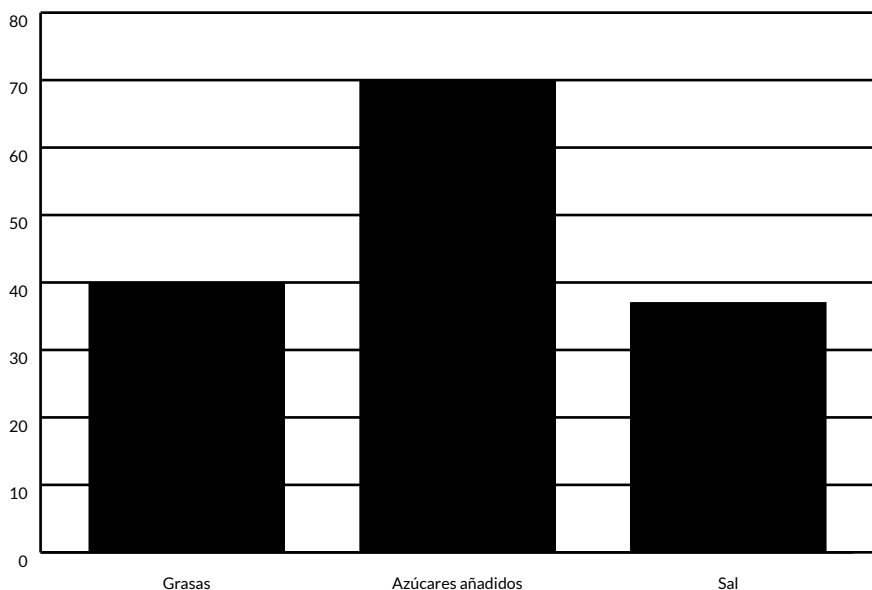


ALIMENTOS PROCESADOS: MÁS GRASA, MÁS SAL, MÁS AZÚCAR

Sabemos que comemos más carne, más lácteos, más grasas y menos legumbres y hortalizas. Pero sobre todo, apenas comemos alimentos frescos. Tan solo un 30% del presupuesto alimentario se destina a alimentos frescos, el resto es alimentación procesada.²⁴

Cuando hablamos aquí de comida procesada, nos referimos a aquellos alimentos sometidos a transformaciones industriales que los hacen especialmente ricos en sal, azúcares y grasas poco saludables. Esos son los **ingredientes críticos** que más están impactando en nuestra salud. En el Estado español, se ha incrementado muy considerablemente su consumo, a pesar de que la inmensa mayoría de la población sabe que hay que reducirlos. Esta aparente contradicción es el resultado de uno de los grandes trucos de magia de la industria alimentaria, con la indispensable ayuda de las Administraciones implicadas: **son ingredientes que están en todas partes, pero nadie los ve.** Están en la sombra, son los **ingredientes B**.

GRÁFICO 11 Incremento del consumo en 10 años



24. www.freshplaza.es/article/88272/La-ca%C3%ADda-de-losprecios-de-los-alimentos-en-Espa%C3%B1a-hace-que-crezca-el-consumo

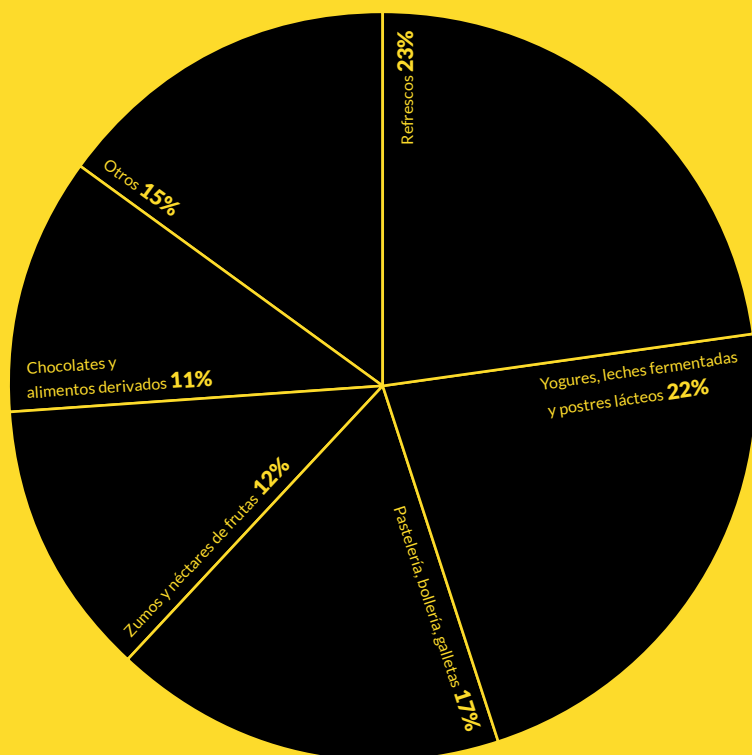
■ El azúcar B

La compra de azúcar en los hogares españoles ha permanecido constante en los últimos cinco años y equivale a unos 4 kg por habitante al año. Ahora bien, este dato no es el consumo total. De hecho, el consumo directo de azúcar es la cantidad menos importante.

Más del 75% del azúcar que ingerimos nos llega incorporado a los alimentos elaborados. Y no nos referimos necesariamente 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.

La OMS recomienda no superar los 25 gramos de azúcares añadidos al día. En el Estado español consumimos, de media, alrededor de 80 gramos al día.²⁵

GRÁFICO 12 Consumo de azúcares añadidos (% por tipo de alimento)



25. Encuesta Nacional de Ingesta Dietética de España (ENIDE)

Todo parece indicar que el sector de la población que más está incrementando su consumo de azúcares añadidos es la **población infantil**. Aunque no hay suficientes datos a nivel estatal, sí podemos fijarnos en algunas comunidades autónomas.

En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, productos como repostería, dulces, chucherías saladas, alimentos precocinados y bebidas comerciales procesadas de elaboración industrial, constituyen el 20% de la ingesta alimentaria de la población infantil y juvenil. Si añadimos los cereales de desayuno con alto contenido en azúcar y los lácteos altamente azucarados como batidos, yogures y postres frescos, nos encontramos con que más de uno de cada cuatro gramos de los alimentos que ingieren pertenecen a categorías altamente azucaradas.

■ **La sal B**

La sal sigue el mismo patrón que el azúcar: presencia masiva en la dieta, dificultad para detectarla por parte de la persona consumidora, efecto negativo sobre la salud e incremento de su consumo en los últimos años.

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

A la alimentación procesada no solo se le añade sal común. A una buena parte de las conservas, sopas, platos preparados y salsas también se les incorpora sodio en forma de otros ingredientes (glutamato sódico, fosfato disódico, benzoato sódico, bicarbonato sódico, etc.).

En el Estado español, consumimos el doble de la sal diaria recomendada por la OMS²⁶, que fija el máximo saludable en 5 gramos al día. La dificultad para limitar nuestro consumo está en que **casi el 80% de la sal que ingerimos está oculta**. Su presencia en los alimentos procesados ha crecido un 6% con respecto a 2010, sobre todo en platos preparados de carnes y pescados, sucedáneos de angulas, fuet y jamón cocido y, especialmente, en bollos y galletas, donde ha aumentado un 118%, de acuerdo a un estudio de la OCU.

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

■ **Las grasas**

Nuestras comidas se han llenado de grasa, hasta un **44% más que hace 40 años**. Casi el 46% de nuestra dieta es a base de grasas, cuando las recomendaciones son del 30%.²⁷

La adición de grasa suele ayudar a que los alimentos conservados sean más estables y menos perecederos, al tiempo que les da una cierta textura y untuosidad normalmente apetecibles. Pero hay distintos tipos y conviene distinguirlas. **Las más perjudiciales son 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, adaptarlo a la temperatura o mejorar su textura. Además de que le permite abaratar costes.

¿El problema? Son perjudiciales para la salud. Con la ingesta de **aceites hidrogenados** aumentan los niveles en sangre del colesterol malo (colesterol LDL) y caen en picado los niveles del bueno (colesterol HDL), 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 un 25% el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Las grasas trans se han hecho omnipresentes. Podemos encontrarlas en frituras, bollería industrial, galletas, margarinas, patatas fritas de bolsa y congeladas, productos precocinados (empanadillas, croquetas, canelones o pizzas), hamburguesas, cereales o palomitas. Evitarlas es difícil, ya que en la UE no es obligatorio etiquetarlas. Para identificarlas, podemos fijarnos en los alimentos cuya lista de ingredientes incluya grasas (o aceites) vegetales hidrogenados (o parcialmente hidrogenados). Serán firmes candidatos a aportar una importante cantidad de este tipo de grasas.

En junio de 2015, la Agencia Alimentaria de Estados Unidos (FDA) anunció que prohibía las grasas artificiales trans y daba tres años a la industria alimentaria para sacarlas de sus productos. Sin embargo, la UE ni siquiera tiene una legislación específica. Algunos países como Dinamarca, Austria, Suiza, Islandia, Hungría y Letonia han establecido un marco legal que obliga a la industria a limitar la cantidad de grasas trans. En Dinamarca, donde la regulación ha hecho que prácticamente desaparezcan de los alimentos, las enfermedades coronarias se han reducido²⁸.

27. Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente

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

› GRASAS SATURADAS

En el Estado español, las grasas saturadas proporcionan el 11,6% y 11,9% de las calorías de la dieta de mujeres y hombres respectivamente, lo que supera la ingesta media recomendada (menos del 10% de la energía) por organismos como la FAO. 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 los aceites vegetales.

Durante los últimos años, se ha recomendado disminuir el consumo de grasas saturadas como una estrategia de salud pública para prevenir, especialmente, la enfermedad cardiovascular²⁹.

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

¿COMEMOS REALMENTE TAN MAL?

Para valorar si una alimentación es saludable o no, podemos fijarnos en la dieta (qué alimentos consumimos) o en los nutrientes (energía, grasas, azúcares, proteínas, fibra, etc.).

■ *Evaluar la dieta*

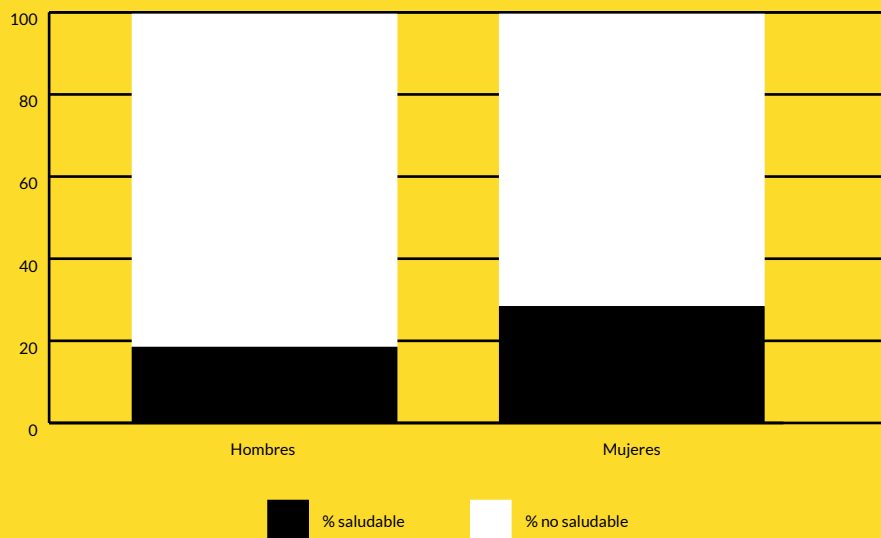
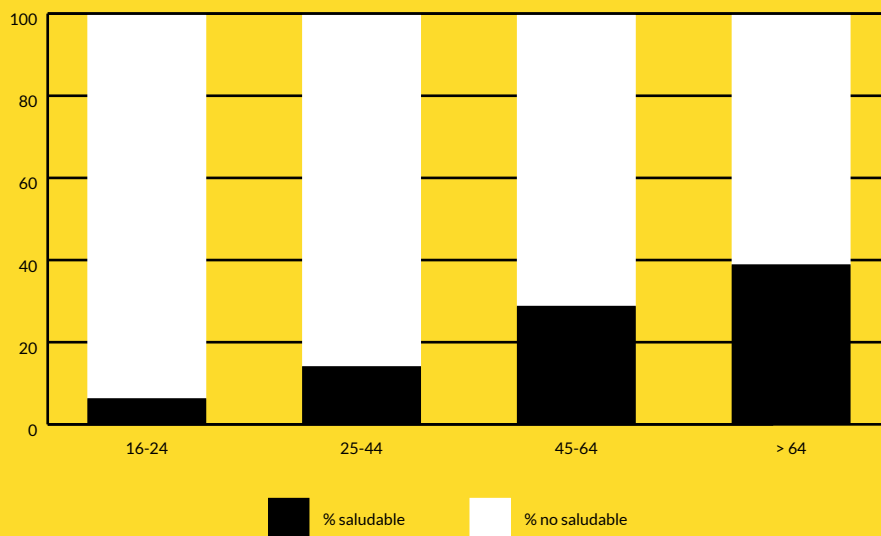
Existen diversos métodos para evaluar en qué grado una dieta es saludable. Aquí nos vamos a centrar en el **Índice de Alimentación Saludable**. Según este índice, en el Estado español el 75% de la población no sigue una dieta adecuada (un 81% de los hombres, un 71,7% de las mujeres)³⁰. Los peores resultados se dan en la población juvenil, donde solamente un 6% puede considerarse que sigue una dieta saludable. (ver gráficos 13 y 14)

También podemos fijarnos en qué alimentos se comen en exceso y cuáles de manera insuficiente.

TABLA 01 % de población que no cumple con el consumo de raciones recomendadas por la SENC

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

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

GRÁFICO 13 % población dieta recomendada**GRÁFICO 14** % población dieta saludable (edad)

■ ***Evaluar los nutrientes***

Aquí entran en juego los **perfiles nutricionales**, que **permiten diferenciar los alimentos insanos de los sanos** en función de su contenido en los ingredientes críticos para la salud (azúcares añadidos, sal, grasas saturadas y grasas trans).

Esto es especialmente relevante ante la avalancha de alimentos que utilizan como reclamo declaraciones nutricionales o de salud del tipo «saludable», «ayuda a tus defensas» o «mejora la digestión». En un estudio reciente³¹, se analizaron las declaraciones nutricionales de 382 productos en Reino Unido. Los resultados indicaron que no eran más saludables que los otros. Eran, por tanto, un fraude para las personas consumidoras.

En el ámbito europeo, un reglamento³² de 2006 requiere que los alimentos que indiquen alegaciones nutricionales y de salud cumplan ciertos requisitos, y obliga a la Comisión Europea a establecer perfiles nutricionales con el objetivo de asegurar que si un alimento se publicita como sano tenga un buen perfil nutricional. Pero a pesar del tiempo transcurrido, los perfiles siguen sin presentarse. ¿Cuál es el problema? Que **la industria alimentaria no quiere ni oír hablar de perfiles nutricionales**.

¿Por qué? Porque sin perfiles nutricionales no hay regulación. Existe consenso entre las organizaciones sociales, de consumo, la ciencia y los organismos de salud independientes, bajo el paraguas de la OMS, de que **las tres medidas que deben tomarse para atajar el problema de la mala alimentación son:**

- › **Regular la publicidad** de los alimentos insanos (especialmente la dirigida al público infantil).
- › **Etiquetado nutricional** claro.
- › **Política impositiva** que grave a los alimentos insanos y premie a los saludables.

El elemento clave para desarrollar estos tres tipos de medidas son los perfiles nutricionales, puesto que permiten clasificar los alimentos en sanos e insanos. **Esta es la razón por la que la industria alimentaria se ha atrincherado ante los perfiles nutricionales**, entorpeciendo de manera sistemática su desarrollo y alargando los debates hasta el infinito. Y es por esto que los perfiles nutricionales europeos están encerrados a cal y canto en los cajones de Bruselas.

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

32. Reglamento 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos.

Sin embargo, hay países que sí los aplican, por ejemplo, Reino Unido, Noruega, Dinamarca o Irlanda. En 2013, un informe de la Oficina Regional para Europa de la OMS recopiló la experiencia de países europeos que están aplicando este tipo de regulaciones basadas en perfiles nutricionales propios³³. La OMS también ha desarrollado un catálogo de modelos de perfil nutricional para que puedan ser adoptados por cada país.

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



03

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

La alimentación insana, como ya hemos visto, no es un problema individual. Se trata de una pandemia cuyas principales causas son estructurales. Y es que la industria alimentaria se ha convertido en un agente poderosísimo con enorme capacidad de condicionar el sistema de producción y consumo de alimentos. Su capacidad de influir en las decisiones políticas es determinante. Pero hay más, nos vamos a fijar ahora en otra de sus potentes herramientas.

LA PUBLICIDAD: VUESTRO DESEO ES EL RESULTADO DE MI INVERSIÓN³⁴

Vivimos inmersos en la publicidad. Desde la infancia y a lo largo de toda nuestra vida, somos receptores permanentes de mensajes publicitarios.

La refinada y muy abundante mercadotecnia de la gran industria alimentaria es una poderosa fuerza sociocultural, hasta el punto de que nuestra capacidad de decidir conscientemente sobre lo que compramos es mucho menor de lo que suponemos.

La diversidad de **medios publicitarios** es muy amplia:

Medios convencionales

- › Prensa: diarios, revistas y publicaciones gratuitas
- › Radio
- › Televisión
- › Cine
- › Exterior

Medios no convencionales

- › Publicidad directa
- › Publicidad en puntos de venta

34. Frase tomada del libro *99 francs*, de Frédéric Beigbeder.

- › Medios electrónicos, informáticos
- › Anuarios y directorios
- › Patrocinios y esponsorización
- › Ferias y exposiciones
- › Regalos publicitarios
- › Promociones de venta
- › Relaciones públicas

El medio televisivo es el más utilizado por la industria. La televisión pone a su disposición múltiples formas de anunciarse, algunas de ellas muy sutiles: *spot*, patrocinio, publicidad estática, publicidad interactiva, sobreimpresiones, publlirreportaje, inserción durante una emisión, televenta, etc.

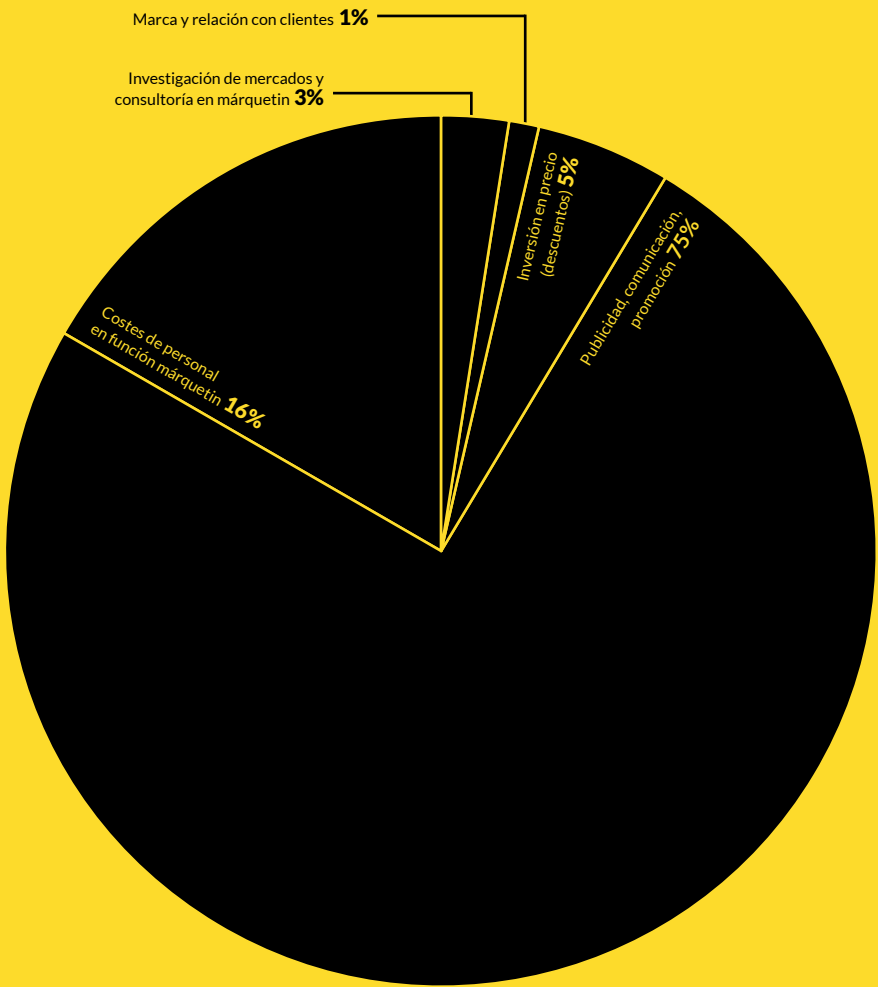
En el Estado español³⁵, los sectores de alimentación y distribución invierten en publicidad más de 1.000 millones de euros. **Uno de cada cuatro euros gastados en publicidad está relacionado con los alimentos.** En el último año, los dos sectores que más han incrementado su gasto publicitario han sido alimentación (13%) y bebidas (10%).

La publicidad es la herramienta de márketing más importante, pero no la única. **Si nos fijamos en la inversión en márketing, el sector alimentario es el que más invierte,** llegando casi a los 4.000 millones de euros anuales. Si añadimos la distribución y la hostelería, la cifra asciende a 5.500 millones de euros, lo que representa un 20% del total. Para poner estas cifras en contexto, basta un dato, el gasto en márketing alimentario equivale al 10% del gasto público en salud. (ver gráfico 15 en página 40)

También podemos comparar las cifras con el presupuesto del organismo encargado de planificar, coordinar y desarrollar estrategias y actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición (AECOSAN), que cuenta con un presupuesto de 30 millones de euros. O con la estrategia de promoción de la salud del Ministerio de Sanidad en el ámbito de la nutrición y prevención de la obesidad, que no llega a los 12 millones de euros.

35. Todas las fuentes de este apartado se pueden encontrar en el informe completo: https://vsforg.es/sites/default/files/campaign/informe_dameveneno.pdf

GRÁFICO 15 Inversión márketing alimentación



■ **El deseado público infantil**

Se ha estimado que la población infantil ve una media de 95 anuncios al día, más de 34.000 en un año³⁶. **En el Estado español, se crean en un año alrededor de 5.000 campañas dirigidas al público infantil**³⁷.

Este interés se debe, en buena parte, a que la infancia tiene una influencia destacada en las compras familiares, pero también a que es una fuente de consumidoras y consumidores futuros, y a que tiene una cierta capacidad de compra. Si analizamos las compras realizadas por población infantil (de 4 a 12 años), nos encontramos con el siguiente resultado³⁸:

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

La población infantil tiene una gran confianza en la publicidad. A los 10 años, un niño o niña ha aprendido de memoria de 300 a 400 marcas³⁹. Según un estudio⁴⁰, la mitad de las marcas escogidas en la adolescencia coinciden con las seleccionadas en la infancia, es decir, los impactos en la infancia se arrastran durante años.

El gráfico 16 (página 42) recoge los resultados de una amplia revisión sobre la promoción de alimentos dirigida a la infancia⁴¹.

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

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

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

39. http://childhoodobesityfoundation.ca/wp-content/uploads/2015/02/AMorel_food_advertising_directed_at_children.pdf

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

41. [www.researchgate.net/profile/Martin_Caraher/publication/224913736_Systematic_reviews_of_the_evidence_on_the_nature_extent_and_effects_of_food_marketing_to_children_A_retrospective_summary_httpdx.doi.org10.1016/j.appet.2012.04.017_\(accessed_January_2015\)/links/0912f510ab941d48c4000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Martin_Caraher/publication/224913736_Systematic_reviews_of_the_evidence_on_the_nature_extent_and_effects_of_food_marketing_to_children_A_retrospective_summary_httpdx.doi.org10.1016/j.appet.2012.04.017_(accessed_January_2015)/links/0912f510ab941d48c4000000.pdf)

GRÁFICO 16 Naturaleza de la publicidad dirigida a población infantil (tomado de Cairns, Hastings, Caraher, 2012)



Para influir en el público infantil, es habitual que se utilicen ganchos comerciales: juguetes, artículos coleccionables, concursos, cupones, juegos, etc. **Pues bien, el uso de estos ganchos comerciales se concentra, justamente, en los alimentos más insanos:** comida rápida, cereales para el desayuno, confites y chocolates, galletas, helados, saborizantes para leche, productos lácteos, zumos y bebidas gaseosas, gelatinas, fideos, *snacks* y salsas de tomate⁴².

Se anuncia lo contrario de lo que se recomienda. Son muchos los estudios que certifican el bombardeo de publicidad de alimentos insanos al que está sometida la población infantil. Veamos algunos ejemplos⁴³:

- ▶ Los cereales anunciados para el público infantil tienen, en general, un 85% más de azúcar, un 65% menos de fibra y un 60% más de sal que los cereales para adultos⁴⁴.
- ▶ Un estudio evaluó qué porcentaje de publicidad alimentaria emitida en horario infantil en el Estado español sería catalogada como «poco saludable» en función del perfil nutricional del Reino Unido. Los anuncios de alimentos o bebidas poco saludables llegaban al 59,7%. Y el porcentaje se incrementó hasta el 71,2% en horario de protección reforzada para la infancia. La industria alimentaria intensifica su estrategia en esa franja horaria.
- ▶ Una investigación de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (Madrid) concluyó que el 61% de los anuncios que aparecen en la televisión son de alimentos poco saludables, pero que la proporción se eleva a más de dos tercios en el horario de protección especial para la población infantil.
- ▶ Según un estudio realizado por 13 grupos de investigación de 11 países (incluido el Estado español), el 71,2% de los productos alimentarios anunciados en horario infantil son de «un perfil nutricional bajo o muy bajo» y «poco recomendables para la dieta de la población infantil».
- ▶ La OMS señala que más del 50% de los anuncios de comida en televisión, a los que la población infantil se expone, promocionan productos ricos en grasas, azúcares y sal.
- ▶ En un macroestudio sobre la publicidad infantil televisiva en diversos países (incluido el Estado español), se comprobó que cuatro de cada cinco alimentos que se publicitan en los espacios infantiles son de comida insana.

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

43. Todas las fuentes de este apartado se pueden encontrar en el informe completo: https://vsf.org.es/sites/default/files/campaign/informe_dameveneno.pdf

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

- ▶ Si nos centramos en el Estado español⁴⁵, el 44% de los productos de alimentación anunciados a la hora en que la población infantil ve más la tele son chocolates y derivados (9,5%), caramelos y golosinas (8%), bollería y pastelería (8%), embutidos (7%), aperitivos (4,5%), salsas y mahonesas (3%) y helados (3%). Tampoco mejoran las cosas si se analiza el otro 46%, donde encontramos alimentos que, en muchos casos, pese a contar con una apariencia nutritiva más saludable, representan un aporte de azúcares excesivo si se consumen a diario. Son los yogures y postres lácteos azucarados (16%), productos lácteos (12%), cereales de desayuno (7,5%), galletas (5,5%) y quesos (4%). ¿Qué lugar queda para los alimentos especialmente indicados en la dieta infantil, como fruta y verdura, pescado, aceite, arroz y pasta? Un anecdótico 2%.

El mensaje predominante que llega al telespectador infantil y juvenil va justo en la dirección opuesta a una educación alimentaria basada en una dieta equilibrada. Un mensaje que difícilmente van a contrarrestar las campañas institucionales en contra de la obesidad infantil y a favor de un estilo de vida sano.

Un informe publicado por la OMS en 2012⁴⁶ dice que «por desgracia, el márketing de alimentos poco saludables dirigido a la población infantil ha demostrado ser desastrosamente eficaz». Y esta publicidad irrumpe, según la OMS, en escuelas, guarderías, supermercados, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, televisión, Internet y «muchos otros entornos». Está claro que urge regular la publicidad. Veamos qué se está haciendo en este terreno.

■ **Formas de regular la publicidad de alimentos insanos**

Los sistemas de regulación de la publicidad alimentaria pueden dividirse en tres categorías:

- ▶ **Normativa estatutaria.** Se refiere al desarrollo de normativa por parte del Gobierno o de un organismo avalado por este.
- ▶ **Directrices del Gobierno no estatutarias.** Tienen la misma finalidad, pero carecen de soporte legal.
- ▶ **Autorregulación.** La industria se responsabiliza de su propia regulación.

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

46. Marketing de alimentos ricos en grasa, sal y azúcar para la población infantil: actualización 2012-2013

Entre las iniciativas regulatorias de la publicidad alimentaria, las más abundantes son las que abordan la publicidad infantil. **Las tendencias a nivel mundial son**⁴⁷:

- › El desarrollo de códigos de autorregulación por parte de la industria publicitaria y alimentaria.
- › Un lento desarrollo de normativa legal por parte de algunos Gobiernos.
- › La acción reguladora se concentra en unos pocos países y se focaliza en la publicidad televisiva, aunque con una creciente atención a otras técnicas de márketing.
- › Una mayor atención a la supervisión y el cumplimiento de las regulaciones, aunque sigue siendo inadecuada.

■ **Situación en el Estado español: el código PAOS**

Aquí nos encontramos en el terreno de la autorregulación. Y con tácticas de las industrias alimentarias y de la publicidad, para oponerse con fuerza a la regulación estatal y promover acuerdos voluntarios, similares a las utilizadas por las industrias del tabaco y el alcohol, cuya autorregulación se ha demostrado ineficaz.

El sistema de autorregulación es el código PAOS (Publicidad, Actividad, Obesidad y Salud), promovido por la industria alimentaria. Se puso en marcha en 2005 y consta de una serie de principios éticos relativos a la publicidad dirigida a la infancia, que las empresas firmantes se comprometen voluntariamente a respetar. Lo adoptaron inicialmente 36 empresas que representaban más del 90% del márketing de alimentos y bebidas. En 2009 se sumaron las principales cadenas de televisión, comprometiéndose a colaborar en la vigilancia y control de su cumplimiento. En enero de 2013 entró en vigor una nueva actualización del Código a la que se sumaron los sectores de distribución, hostelería y restauración.

Se aplica a la publicidad y promoción de alimentos y bebidas dirigida a menores de hasta 12 años en medios audiovisuales e impresos, y a menores de 15 años en Internet, que realicen las empresas que se han adherido al Código.

La supervisión de su cumplimiento es responsabilidad de la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), formada por medios de comunicación, la propia industria y sus asociaciones sectoriales. **No hay un control independiente.**

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

El órgano que resuelve las posibles reclamaciones es el Jurado de la Publicidad, cuya composición merece la pena analizar. Las personas que lo integran son designadas por la Junta Directiva de Autocontrol (presidida por Campofrío y con vocales como Danone, Coca-Cola, Gallina Blanca, Kellogg's, Nestlé o Unilever) y por el Instituto Nacional de Consumo, recientemente absorbido por AECOSAN, cuya dirección recae en Ángela López de Sá, quien justo antes de asumirla, era alto cargo directivo de Coca-Cola España y miembro destacado de la Asociación Española de Refrescos. Sin duda, uno de los casos más flagrantes de conflicto de intereses.

El contenido del Código responde a los intereses de la industria. Está repleto de ambigüedades, solo cubre un pequeño espectro de la publicidad infantil y contiene numerosas y evidentes vías de escape y excepciones al servicio de la industria. **Por si no fuera suficiente, se incumple sistemáticamente.**

Un primer estudio⁴⁸ de valoración del Código, que comparaba la publicidad televisiva emitida durante la programación infantil, concluyó que **«la puesta en marcha del código PAOS no ha tenido mucha repercusión sobre la cantidad y la calidad de los anuncios de alimentos destinados al público infantil».**

Una evaluación independiente⁴⁹ analizó los anuncios dirigidos a menores durante dos días, uno laborable y uno en fin de semana, en cuatro cadenas de televisión, dos con emisión nacional y dos autonómicas. Los resultados muestran que el Código es incumplido por el 49,3% de los anuncios de empresas adheridas al mismo, existiendo además un 20,7% de anuncios cuya evaluación presentaba dudas. En total, entre los anuncios que claramente incumplen y los dudosos, el porcentaje se eleva a más del 70%.

El informe de la OMS *Marketing de alimentos 2012-2013*⁵⁰ dice que «el incumplimiento de dicho acuerdo (se refiere al código PAOS) en España es muy alto».

Además, un estudio realizado por el Grupo de Investigación sobre Comunicación, Sociedad y Cultura de la Universidad Juan Carlos I⁵¹ demostró que las cadenas televisivas incumplen el Código del que ellas mismas han sido artífices. En las 14 semanas que duró el estudio, obviaron su propia normativa en 9.000 ocasiones.

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

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

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

51. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2007/09/28/170109.php?page=6#sthash.czY8041q.dpuf

El código PAOS es un absoluto fracaso. No dice nada sobre la calidad nutricional de los alimentos publicitados, no es de obligado cumplimiento, no es controlado por organismos públicos y, además, se incumple.



04

**EL ETIQUETADO:
VEO, VEO, ¿QUÉ VES?**

La etiqueta juega un papel esencial.

- **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 fundadas sobre nuestra alimentación.
- **Para las empresas alimentarias**, el envase y la etiqueta son un espacio publicitario fundamental, trasladan el mensaje directamente a la persona consumidora y son menos costosos que una campaña publicitaria.

En el etiquetado existe, por ley, una **información obligatoria** (la información nutricional de los alimentos lo es) **y otra facultativa**. El análisis de la información voluntaria nos permite descifrar lo que la industria quiere mostrar (u ocultar) y la forma en que lo hace.

No es casual que la complejidad acompañe al etiquetado de alimentos. Los resultados de diversos estudios indican que las etiquetas a menudo aportan más opacidad que transparencia. Tienden a desorientar más que a informar. La ubicación de la etiqueta también es importante.

Las empresas recurren a múltiples estímulos: colores, formas, imágenes, mensajes, etc. para fomentar que determinados alimentos sean considerados más atractivos, sanos, sabrosos, ecológicos, tradicionales, frescos, etc.

El proceso de compra está muy estudiado. La mayor parte de nuestras compras están guiadas por lo emocional más que por lo racional. Las decisiones que marcan nuestros hábitos alimentarios son en su mayoría rápidas, inconscientes y automáticas.⁵² Sin olvidar la gran cantidad de referencias comerciales a las que nos enfrentamos.

‣ ¿QUÉ PENSAMOS LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DEL ETIQUETADO?

Los datos indican que un 60% de las personas se queja del exceso de información, el 53% del tamaño de la letra y un tercio apunta, además, la dificultad para comprender el mensaje. El 64% de las personas no entiende prácticamente nada de lo que lee en las etiquetas sobre los valores nutricionales y los ingredientes.

52. Wansink y Sobal, (2007). Kahneman, D., Rothman, A. J., Sheeran, P. y Wood, W. (2009).

Otro dato revelador indica que nos gustaría que las etiquetas de los alimentos fueran más claras (70%), que solo llevaran información útil (60%) y que no hiciera falta utilizar la lupa para leerlas (55%). Un 60% de la población manifiesta no leer toda la información de la etiqueta, como mucho lee una parte.

¿Cómo debería ser una etiqueta? Las sugerencias que hacen las personas consumidoras son:

- › Claridad en la información
- › Utilidad de la información
- › Eliminar información no esencial
- › Presentación de fácil lectura, tamaño de letra adecuado
- › Palabras menos técnicas

En cuanto a **normativa**, a nivel europeo contamos con el **Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor** (2011), que vio la luz después de dos años de duras presiones por parte de la industria alimentaria. Al ser un reglamento, se trata de una normativa directamente aplicable en los Estados miembros. Establece la obligatoriedad del **etiquetado nutricional**, que debe incluir los valores referentes a energía, grasas, ácidos grasos saturados, hidratos de carbono, proteínas, azúcares y sal en forma de tabla.

TABLA 02 Información nutricional obligatoria

Información nutricional	Por 100 g
Valor Energético	309 kj / 74 kcal
Proteínas	1,4 g
Hidratos de carbono	9 g
de los cuales azúcares	7,4 g
Grasas	3,3 g
de las cuales saturadas	0,4 g
Fibra alimentaria	1,2 g
Sodio	0,44 g

La gran pelea de la industria fue qué poner en el frontal del envase, el lugar más visible. La OMS destaca la importancia de que la información nutricional aparezca en el frontal, posición que defienden también las organizaciones de consumo. Pero la propuesta de la industria iba encaminada a alejar esa información de la vista. **Y ganó. No es obligatorio que la información nutricional aparezca en el frontal.**

La industria consiguió también que junto a los datos absolutos de nutrientes por 100 gr. (o mililitros, según el caso) se pudieran incorporar los nutrientes por ración y en % de la Cantidad Diaria Orientativa (CDO). Este es el camino perfecto hacia la confusión, pero a las empresas les encanta porque la información es fácilmente manipulable. Incluso los productos dirigidos al público infantil tienen CDO basadas en los requerimientos calóricos de adultos. Y si añadimos el truco del tamaño de las porciones, la confusión está asegurada, porque la industria establece el tamaño de la porción que le interesa y que no tiene por qué corresponderse con la porción real que se consume.

TABLA 03 Ejemplo de tabla de la información nutricional obligatoria. Confusión final aprobada en la UE

Información Nutricional	Por 100 g	Por ración (50 g)	% CDO
Valor Energético	309 kj / 74 kcal	157 kj / 38 kcal	2 %
Proteínas	1,4 g	0,7 g	1 %
Hidratos de carbono	9 g	4,5 g	2%
de los cuales azúcares	7,4 g	3,7 g	4%
Grasas	3,3 g	1,7 g	2%
de las cuales saturadas	0,4 g	0,2 g	1%
Fibra alimentaria	1,2 g	0,7 g	3%
Sodio	0,44 g	0,22 g	9%

SISTEMAS DE ETIQUETADO NUTRICIONAL ALTERNATIVOS

Todo lo visto hasta ahora indica que para hacer frente a la mala alimentación se hace necesario utilizar etiquetados simples, que muestren claramente y de un vistazo las características nutricionales (saludables o no) de los productos. Las dos principales iniciativas en Europa al respecto son el etiquetado semáforo y la «llave verde» (Key Hole) nórdica.

■ *Etiquetado semáforo*

Es un sistema intuitivo, sencillo, riguroso y práctico, avalado científicamente, aplaudido por las organizaciones de consumo y rechazado por la industria.

Consiste en determinar las cantidades de energía, grasas, azúcares y sal que contiene un alimento, compararlas con las cantidades máximas recomendadas y otorgar un color a cada una en función de si está lejos, cerca o muy cerca de ese límite. **Verde indica que no hay problema; naranja, precaución; y rojo, mucha atención.**

La mayor parte del etiquetado semáforo que existe se basa en los estudios de la Agencia de Salud Pública del Reino Unido. La tabla muestra los rangos para 100 g/100 ml.

TABLA 04 Tabla de perfiles nutricionales para alimentos sólidos

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

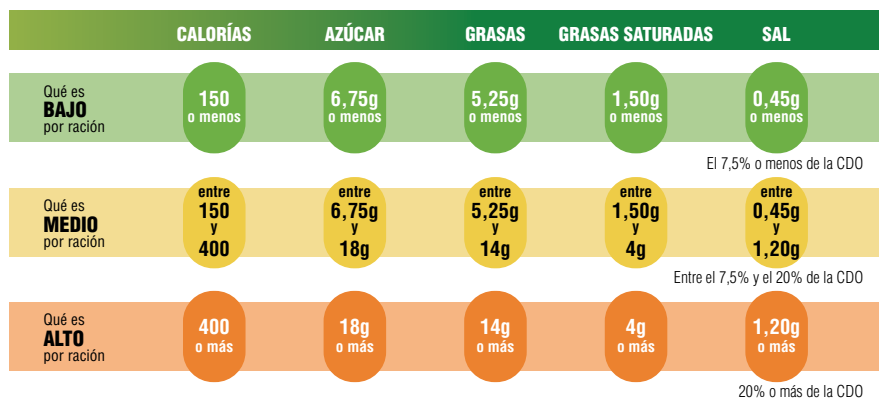


Imagen de etiqueta nutricional semáforo de Eroski.

En el Estado español, el grupo de distribución Eroski ha adoptado el etiquetado nutricional en semáforo para sus productos.

El etiquetado semáforo es más útil, se entiende mejor y ayuda a elegir los alimentos en función de su composición nutricional. La mayoría de la ciudadanía lo prefiere y las investigaciones llevadas a cabo con independencia de la industria proporcionan evidencias a favor de un sistema de código de colores para el etiquetado de los alimentos^{53 54 55 56 57 58 59}.

Un estudio independiente australiano⁶⁰ demuestra que las probabilidades de elegir productos más saludables se incrementan cinco veces con el sistema semáforo y que el consumo de azúcar se reduce un 20%.

La cadena de distribución Eroski realizó un estudio sobre el semáforo nutricional entre sus consumidores. El resultado fue que al 90% les pareció un sistema comprensible y útil para

53. www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6254.pdf

54. Kelly, B., Hughes, C., Chapman, K., Louie, J. C., Dixon, H., Crawford, J., et al. Consumer testing of the acceptability and effectiveness of front-of-pack food labelling systems for the Australian grocery market.

55. www.foodwatch.org/en/what-we-do/news/the-new-british-traffic-light-label-a-case-of-foul-play/

56. Jones, G., Richardson, M. An objective examination of consumer perception of nutrition information based on healthiness ratings and eye movements.

57. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/12/02/eurpub.ckr144>

58. Baromètre Santé Nutrition 2008, bajo la dirección de Hélène Escalon, Claire Bossard y François Beck, ed. INPES (2009).

59. <http://scienceblog.com/20910/consumers-more-likely-to-identify-healthy-food-using-traffic-light-nutrition-labels/>

60. http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/ev20120524_co07_en.pdf



Ejemplo visual del semáforo de Eroski.



Imagen del símbolo Key Hole

realizar compras más saludables, además de que les permitía identificar a primera vista de qué tipo de alimento se trata y conocer rápidamente los nutrientes que aporta. Otro estudio⁶¹ encontró que con el sistema semáforo se reducía la ingesta de azúcares y sal.

Sin embargo, el Gobierno español opina lo mismo que la industria, que el etiquetado semáforo no es buena idea.

■ Sistema Key Hole

Creado por la Agencia Nacional de Alimentos de Suecia, se ha extendido al resto de la comunidad escandinava. Incorpora un logotipo a las opciones más saludables de los distintos tipos de alimentos.

Según las Administraciones que lo han implantado, «elegir alimentos con el símbolo Key Hole hace que sea más fácil y se necesite menos tiempo para encontrar los productos más saludables. Los alimentos etiquetados con dicho símbolo contienen menos grasas, azúcares y sal, y más fibra que los alimentos del mismo tipo que no llevan el símbolo».

Es una etiqueta voluntaria. Para llevarla, los alimentos deben cumplir unos requisitos especificados por las autoridades en cuanto a su contenido en grasa, azúcares, sal y fibra dietética. Detrás del uso del logotipo existe un complejo proceso de catalogación y sistematización tanto de alimentos como de nutrientes, lo que lo convierte en un sistema mucho más sofisticado que el etiquetado semáforo.

61. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100024

EL INSOPORTABLE PRECIO DE LA ALIMENTACIÓN SANA

Otra de las causas de la mala alimentación es la dificultad para acceder a una dieta sana. Es decir, el precio de la alimentación sana respecto a la insana y la posibilidad real de compra de estos alimentos. En este terreno también hay un gradiente social y de género.

Aconsejar que se coman alimentos sanos y nutritivos (que es la base de las acciones políticas de las Administraciones estatales y autonómicas) **es inútil si las personas no tienen suficientes ingresos para comprarlos o si no son fáciles de conseguir.**

Un estudio⁶² analizó la evolución relativa de los precios entre dos grupos de alimentos: por un lado, aceites/grasas/azúcares y alimentos altamente procesados; y por el otro, 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.

Un metaanálisis⁶³ que sistematizó las investigaciones existentes encontró que las opciones alimentarias sanas son más caras que las insanas.

Los datos referentes al Estado español indican una diferencia de precio de 1,4 euros por persona y día entre una dieta sana y otra insana⁶⁴. Esto **puede suponer más de 100 euros por semana para una familia**. Para muchas familias de bajos ingresos, este costo adicional representa un auténtico obstáculo para una alimentación más saludable.

■ *¿Cuánto cuesta seguir la dieta 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. ¿Esto es mucho o poco? Si consideramos el gasto promedio de 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 puede seguir las recomendaciones nutricionales para una alimentación saludable.

62. www.odj.org/sites/odj.org.uk/files/odj-assets/publications-opinion-files/9580.pdf

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

64. Tomando como dieta sana la ajustada al patrón de dieta mediterránea y la insana, la rica en alimentos procesados, carnes y refinados.

Hemos analizado el gasto alimentario⁶⁵ en función de distintas variables sociales, con el objetivo de identificar los estratos y tipos sociales que están por debajo del coste de una alimentación saludable. Los hogares con unos ingresos netos mensuales inferiores a 1.500 euros tendrían que incrementar su gasto en alimentación para poder seguir las recomendaciones nutricionales. Y el 45% de los hogares están por debajo de esa cifra.

Casi la mitad de la población estatal no puede seguir las recomendaciones nutricionales sin incrementar su gasto en alimentación, cosa que no puede hacer. El precio de la alimentación saludable es un claro limitante para las clases populares.

En el caso de las mujeres las cifras empeoran. En buena medida, debido a la brecha salarial entre unos y otras. Pero no es solo una cuestión de salarios, también 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 mercado 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.

■ ***El no va más: alimentación ecológica y de proximidad***

Los precios serían muy distintos si, además de seguir las indicaciones sobre alimentos recomendados, queremos potenciar la agricultura y la alimentación ecológica y de proximidad. Para situarnos basta un dato. Aunque varía de un producto a otro, en el Estado español, de promedio, la alimentación ecológica es un 35% más cara que la convencional⁶⁶ (ver tabla 05 en página 58). **¿Cuánto tendrían que incrementar los hogares su gasto en alimentación?** (ver tabla 06 en página 59).

Este tipo de alimentación es prohibitiva para las clases populares. Si calculamos el gasto alimentario de la pirámide nutricional en base a los precios medios de los alimentos ecológicos, nos encontramos con que una dieta saludable con productos ecológicos quedaría fuera del alcance del 85% de los hogares (aquellos con un ingreso inferior a 3.000 euros netos mensuales).

¿Se podría reducir lo que pagamos por los alimentos ecológicos? Hay varias formas de hacerlo, destacamos aquí la que está más contrastada. Según el Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente⁶⁷, **si se mejorara la logística entre la producción y el consumo, el precio de los productos ecológicos se reduciría entre un 30 y un 50%.**

65. Todos los datos están tomados del INE y MAGRAMA.

66. Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente.

67. www.magrama.gob.es/es/alimentacion/publicaciones/INFORME_Caracterizaci%C3%B3n_de_canales_especializados_de_venta_de_producto_ecol%C3%B3gico_tcm7-202140.pdf

TABLA 05 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional de alimentos locales

Incremento medio del precio en los alimentos ecológicos respecto a sus homólogos convencionales	
Yogures	92%
Huevos	78%
Pastas alimenticias	68%
Caldos	55%
Aceite de oliva	43%
Mantequilla	42%
Pan	36%
Postres lácteos	36%
Leche	32%
Mermeladas	30%
Quesos	26%
Conservas vegetales	24%
Verduras y hortalizas	12%

TABLA 06 Porcentajes de incremento en gasto de alimentación para seguir la pirámide nutricional en ecológico

Categoría	% incremento necesario de gasto en alimentación si fuera ecológica
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 499 €	68%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 500-999 €	37%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.000-1.499 €	32%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1.500-1.999 €	25%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 2.000-2.499 €	23%
Hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 2.500-2.999 €	22%

■ **Mejorar el acceso a los alimentos saludables: intervenir en los precios**

Una manera de modificar el consumo 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.**

Diversos estudios⁶⁸ han mostrado que disminuir los precios de ciertos alimentos tiene un efecto directo sobre su adquisición, especialmente entre los grupos de población con menos ingresos.

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.**

El Centro Común de Investigación⁶⁹ indica que las medidas fiscales son herramientas muy 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.

Hay que señalar que 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.

La OCDE ha llegado a la conclusión de que, de todas las medidas para prevenir la obesidad, las fiscales son «la única intervención que produce beneficios para la salud consistentemente mayores en las clases con menos renta».

Se pueden tasar los productos o los ingredientes. Por ejemplo, se pueden tasar las bebidas con azúcar añadido (refrescos) o el azúcar añadido como ingrediente. La efectividad y la mayor o menor complejidad de la puesta en marcha será diferente.

68. <https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc-study-tomorrow-healthy-society.pdf>

69. El servicio de la ciencia y el conocimiento de la Comisión Europea, que emplea a los científicos para llevar a cabo la investigación con el fin de proporcionar asesoramiento científico independiente y el apoyo a la política de la UE. <http://ec.europa.eu/dgs/jrc/index.cfm>. *Tomorrow's healthy society – research priorities for food and diets. Background document V3* 08/10/2012

Un objetivo puede ser no aumentar la carga administrativa. En este caso, se puede tener en consideración que los impuestos sobre las bebidas con azúcar añadido y los subsidios a frutas y hortalizas sean menos costosos de poner en marcha (teniendo en cuenta que la definición de los alimentos afectados es sencilla) que los impuestos sobre ingredientes particulares (el azúcar, por ejemplo) que generarían más complejidad administrativa y mayores costes, ya que será necesario comprobar la composición nutricional de una amplia gama de productos alimenticios.

Una vez definidos los objetivos y si la medida se va a aplicar a un grupo de alimentos o a un ingrediente, la siguiente consideración es el tipo de impuesto. **Podemos distinguir tres tipos de impuestos que afectan (o pueden afectar) a los alimentos: el IVA, los aranceles de importación y los impuestos especiales.** El último punto a considerar será el volumen de la tasa.

En la tabla 07 (en página 62-63) se muestran ejemplos de algunas medidas impositivas sobre alimentos relacionadas con la salud.

El sistema impositivo español refleja inconsistencias profundas con las actuales realidades de consumo y con las políticas de promoción y protección de la salud de las Administraciones estatales y autonómicas. A los alimentos se les aplican dos tramos de IVA, el 4% o el 10%. El 4% se aplica a algunos alimentos como pan común, leche, quesos, huevos, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos y cereales. El resto son gravados con el 10%. No se tiene en cuenta el impacto sobre la salud ni la asequibilidad de ciertos alimentos para determinados grupos de población.

Es un caso peculiar dentro de la UE, donde en la inmensa mayoría de países, los alimentos de perfil nutricional claramente insano tienen un IVA superior al de los alimentos básicos o con un mejor perfil nutricional. Que tengan el mismo IVA una Coca-Cola, un Kit Kat o una manzana no tiene ninguna lógica desde el punto de vista sanitario. El Reino Unido, por ejemplo, aplica un IVA del 0% a la mayoría de los alimentos, mientras que aperitivos salados, zumos de frutas, refrescos o golosinas están gravados con el 20%.

La reducción del IVA a productos básicos, como frutas y verduras, podría significar un descenso en la recaudación impositiva, pero podría verse compensado por el incremento del IVA a determinados alimentos de perfil nutricional claramente insano.

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 que diferencia los alimentos en términos de «saludables» o «menos saludables».

TABLA 07 Países que aplican impuestos sobre alimentación

País	Año	Qué se tasa
Hungría	2011	Los alimentos altos en azúcar, grasa o sal y las bebidas azucaradas
Dinamarca	De 2011-2013	Los productos con más de 2,3% de grasas saturadas (carne, lácteos, grasas animales y aceites)
Francia	2012	Bebidas que contienen azúcar o edulcorante
Finlandia	2011	Dulces, helados y refrescos
México	2014	Bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido calórico (por ejemplo, patatas fritas, dulces, cereales de desayuno)
California (EEUU)	2014	Bebidas azucaradas

Debilidades	Objetivo declarado de la tasa	Ingresos obtenidos (últimos datos disponibles)
Refrescos: 0,02 €/l Jarabes o concentrados: 0,6 €/l Bebidas energéticas: 0,76 €/l Productos azucarados: 0,04 €/kg Aperitivos salados (sal > 1 g / 100g): 0,76 €/kg	Impuesto especial/ Salud pública/ Ingresos para los servicios de salud	2011: 9 M € 2012: 56,4 M € 2013: 55,2 M €
Grasas saturadas: 2,1 €/kg	Impuesto especial/ Salud pública Recaudación para aliviar recortes en otros sectores públicos	138 M € Coses administrativos estimados: 5-22 M €
2012: 0,68 €/l 2013: 0,69 €/l 2014: 0,71 €/l Bebidas energéticas: 0,95€/L	Impuestos especiales, ajustados anualmente a la inflación / Salud pública e ingresos	320 M €
2011: 0,072 €/l; 0,72 €/kg 2012: 0,1 €/l; 0,85 €/kg 2014: 0,2 €/l; 0,86 €/kg	Impuestos especiales con incremento gradual; la recaudación de impuestos/ salud pública.	2011: 114 M € 2012: 155 M € 2013: 164 M €
Bebidas azucaradas: 0,05 €/l Alimentos ricos en calorías: aumento del 8% en IVA	Impuesto especial / IVA; salud	2014: 1.500 M € (el 58% del impuesto sobre refrescos y el 42% del IVA de los alimentos hipercalóricos)
0,3 €/l	Impuesto especial / salud	Sin datos

■ **Efectividad de las tasas**

Según un estudio de la OCU sobre los hábitos de consumo, a la hora de elegir un establecimiento para hacer la compra, el 70% de las personas encuestadas afirma elegir en función de los precios.

La crisis económica ha acentuado aún más el papel del precio como elemento decisor de la compra alimentaria. El 44% de la población declara que «calcula hasta el último céntimo» al planificar las compras, cifra que se ha incrementado un 20,6% desde 2003.

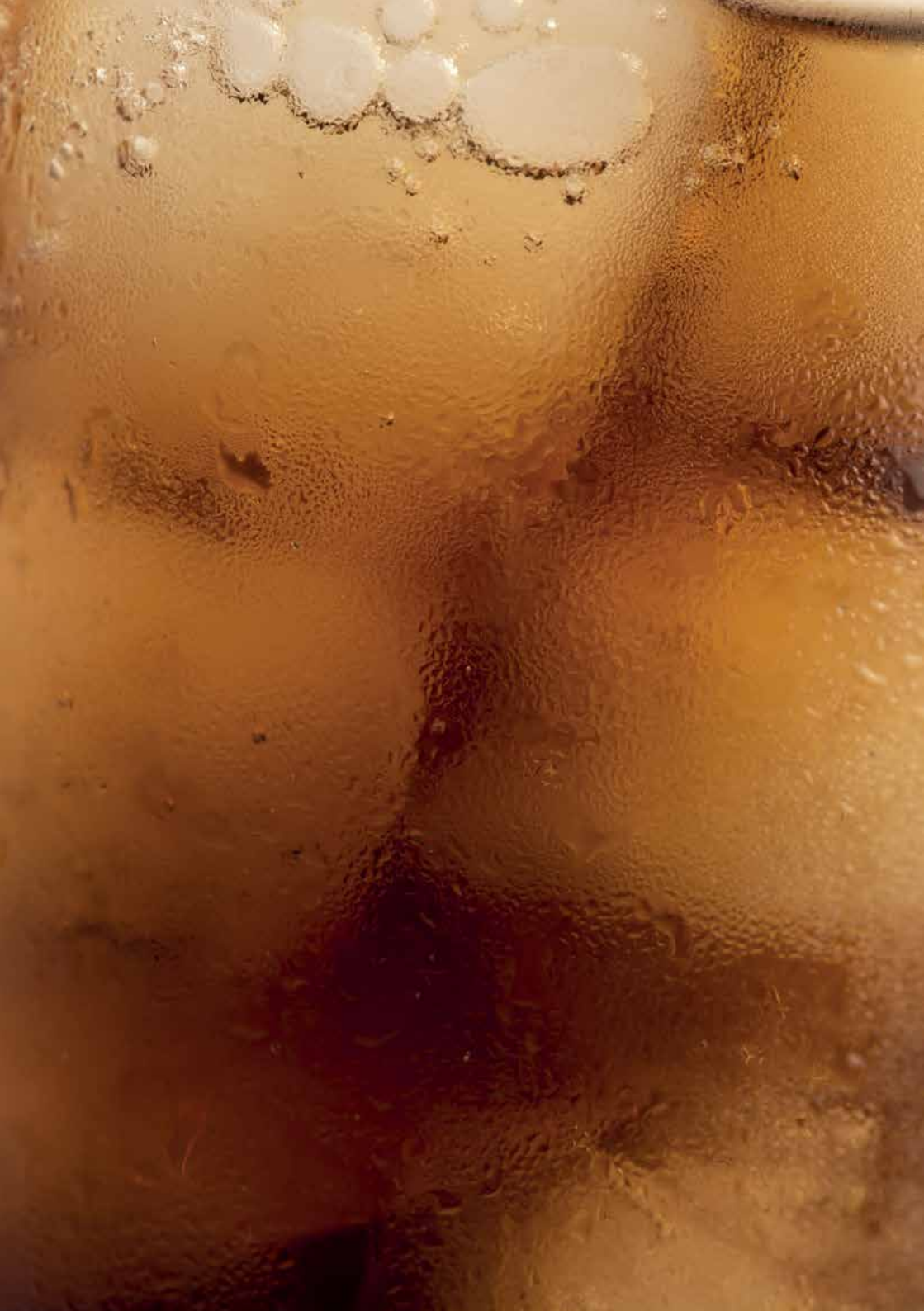
Una vez en el establecimiento, buscamos las promociones y las ofertas (63% de las personas encuestadas) y los productos con precios más bajos (48,3%)⁷⁰.

La evidencia existente a nivel internacional sobre la eficacia de los impuestos, que recoge la OMS en sus informes, indica que tienen el potencial de influir en las decisiones de consumo y que se pueden utilizar para incentivar la alimentación saludable de la población. Veamos algunos ejemplos:

- › El estudio más completo sobre el efecto de los impuestos en Europa indica una reducción en el consumo como resultado del aumento de precios. Para los refrescos, las tasas se han traducido en un aumento en el precio de entre el 3 y el 10% y en una reducción en el consumo de entre un 4 y un 10% en los cuatro países estudiados.
- › El impacto de los impuestos sobre los alimentos parece ser menos pronunciado que en las bebidas, pero hay ejemplos que ofrecen resultados positivos. En Hungría, el consumo de **snacks** salados disminuyó a pesar de que el impuesto era bajo y los precios aumentaron menos de lo esperado. Informes recientes sobre el impuesto mexicano sugieren la reducción de la demanda de productos de confitería y **snacks**.

La industria alimentaria se opone con rotundidad a la intervención en los precios de los alimentos, pero la responsabilidad de las Administraciones públicas es poner freno a la epidemia de la alimentación insana y dar prioridad a la salud de la población por encima de los intereses de la industria.

70. www.aimc.es/Planificacion-calidad-y-precio.html, los datos disponibles no están desagregados.



05

**ALIMENTACIÓN INSANA
EN EL MUNDO
*ES HORA DE TOMAR DECISIONES***

El incremento de las enfermedades asociadas a la alimentación insana es un fenómeno global. En los países de capitalismo maduro, el llamado Norte Global, la prevalencia de estas enfermedades y la extensión de la alimentación procesada insana son muy elevadas. Pero si miramos al Sur Global, países donde el capitalismo (también el alimentario) está creciendo a un ritmo acelerado, vemos que la epidemia de la alimentación excesivamente alta en azúcares, grasas y sal, vehiculada a través de los alimentos procesados, está experimentando un crecimiento exponencial. Además, en estos países, el gradiente social es aún más acentuado que en el contexto europeo, tanto en lo que se refiere a la clase social como a nivel de género y de afectación de la población infantil.

En los países latinoamericanos, por ejemplo, la mala alimentación es como un tsunami. Es por eso que la Organización Panamericana de la Salud se muestra aún más dura que la OMS hacia la alimentación procesada, la agricultura industrial y las grandes corporaciones agroalimentarias. Es en esa parte del mundo donde más movimientos se están produciendo (mucho más que en Europa y, desde luego, que en el Estado español) a nivel de políticas públicas para revertir la situación.

LA ALIMENTACIÓN INSANA: UN PROBLEMA GLOBAL

Una de cada tres personas sigue una dieta insana que compromete su estado de salud a corto y/o largo plazo⁷¹. **El mundo vive, cada vez más, inmerso en un ambiente alimentario que determina la prevalencia creciente de las dietas insanas.** Las cifras de obesidad no paran de crecer, especialmente en los países con menos renta; y dentro de los países, con un gradiente de clase social muy claro. La diabetes tipo II tampoco deja de crecer, como el resto de enfermedades asociadas a la alimentación insana. Ningún país ha revertido sus cifras de obesidad o sobrepeso. Ni uno solo⁷².

Existe una relación entre alimentación insana y grado de industrialización del sistema alimentario. Un dato: el porcentaje del gasto alimentario que se dedica a frutas y verduras se reduce más del 10% al pasar de un sistema alimentario de base rural a otro industrial.⁷³

71. <http://globalnutritionreport.org/the-report/>

72. <http://globalnutritionreport.org/the-data/dataset-and-metadata/>

73. Como ejemplos de cada caso, tenemos que Dinamarca sería un sistema alimentario industrial; Bulgaria, mixto; Brasil, en transición; Filipinas, emergente y Senegal, rural.

El gráfico 17 muestra el porcentaje de obesidad en la población adulta por tipo de sistema alimentario.

A nivel mundial, las ventas de **productos ultraprocesados (AUP)** han aumentado un 43,7% en solo trece años (de 2000 a 2013), con diferencias importantes entre regiones. Algunos mercados (Europa Occidental y Norteamérica) están ya absolutamente invadidos por este tipo de alimentos, mientras que en el resto están creciendo de manera alarmante. (ver gráficos 18 y 19 en páginas 70-71)

Un dato significativo lo encontramos al comparar la evolución de las ventas de refrescos en América Latina y América del Norte. (ver gráfico 20 en página 71)

Si nos centramos en el subcontinente latinoamericano y nos fijamos en las ventas de alimentos ultraprocesados y su crecimiento, observamos que algunos países están ya en cifras norteamericanas y europeas, mientras que el resto avanza a galope hacia ellas. Cabe destacar el gran cambio alimentario que están sufriendo Bolivia, Perú y Uruguay. (tabla 08 en página 72)

La **venta de comida rápida** también aporta información muy relevante sobre la velocidad del cambio. En América Latina, la compra per cápita de comida rápida aumentó un 38,9% entre los años 2000 y 2013. Creció de manera continua en todos los países de la región. Aumentó al doble o más en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y República Dominicana. El crecimiento más rápido se observó en Perú.

GRÁFICO 17 % personas adultas con sobrepeso

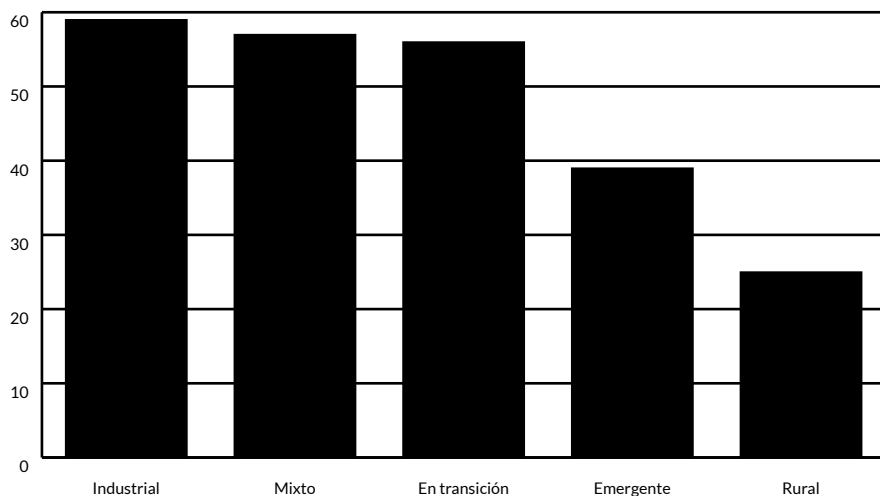


GRÁFICO 18 Ventas mundiales AUP por región

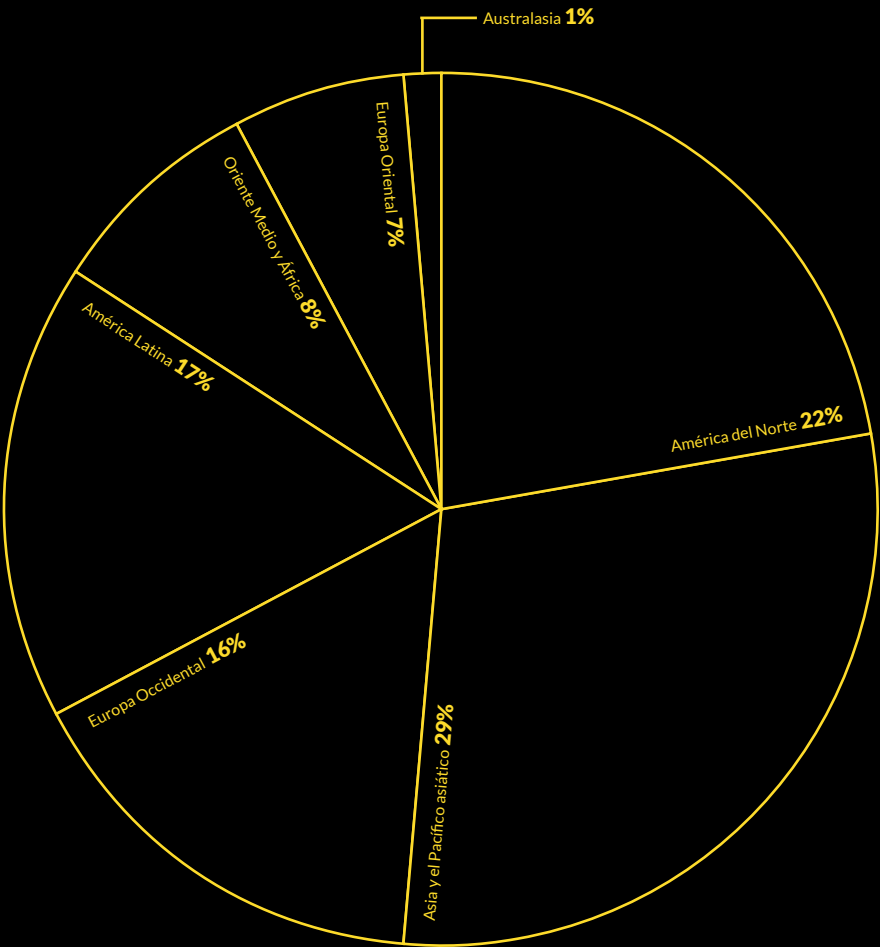


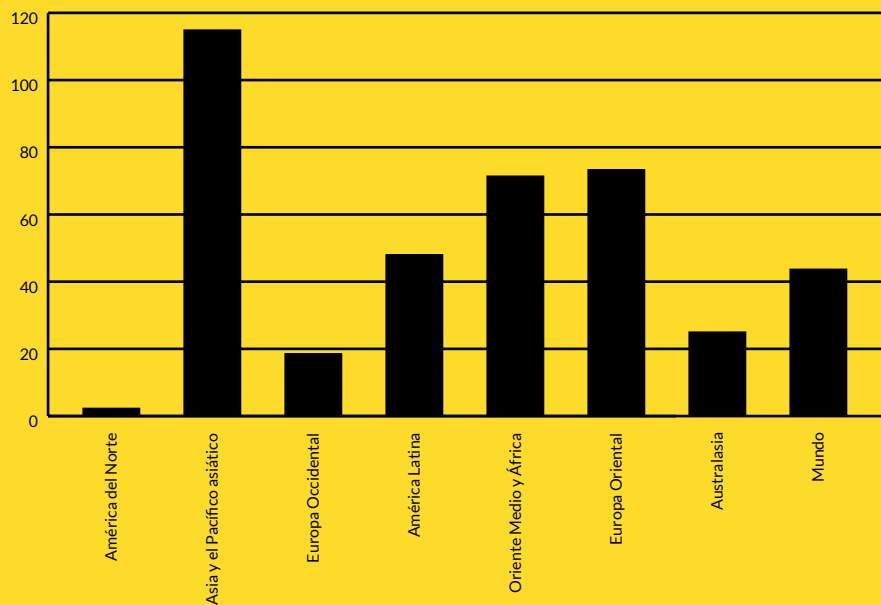
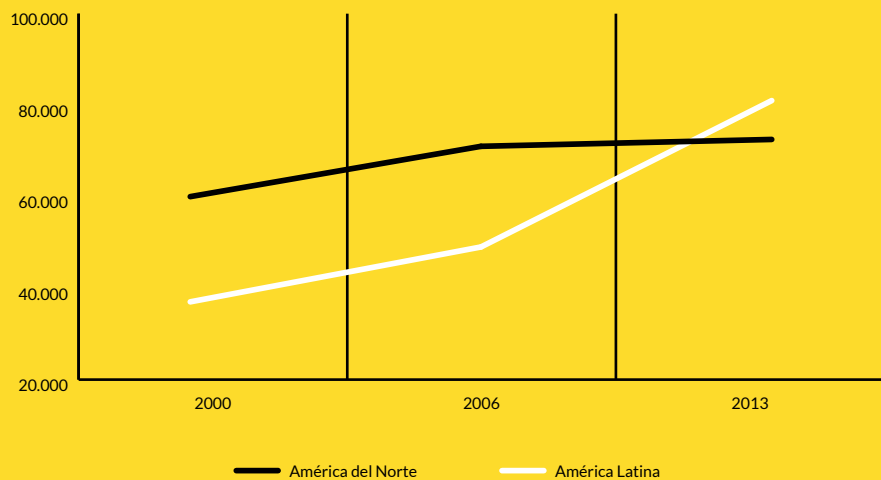
GRÁFICO 19 Crecimiento ventas alimentos ultraprocesados 2000-13**GRÁFICO 20** Ventas de refrescos (miles de millones USD)

TABLA 08 Alimentos y bebidas ultraprocesados (ventas/kg)

	2000	2013	% crecimiento
Argentina	194,1	185,6	-4,4
Bolivia	44,6	102,5	129,8
Brasil	86	112,3	30,6
Chile	125,5	200,6	59,8
Colombia	73,7	92,2	25,1
Costa Rica	107,8	119,7	11
Ecuador	73,4	87,9	19,8
Guatemala	90,7	113,5	25,1
México	164,3	212,2	29,2
Perú	40,2	83,2	107
República Dominicana	70,3	96,6	37,4
Uruguay	60,6	149,3	146,4
Venezuela	92	99,4	8

ALIMENTACIÓN SANA, AGRICULTURA SANA

La famosa frase «del campo a la mesa» ya no tiene mucho sentido. La realidad de hoy en día es «de la industria al súper y del súper a la mesa». Lo que pasa antes de la industria alimentaria no es más que la producción de componentes que esta ensambla. Hemos perdido la conexión con una agricultura de proximidad, de temporada, basada en explotaciones familiares; que ha sido sustituida por alimentos altamente procesados causantes, como hemos visto, de la epidemia de la alimentación insana.

Actualmente, cuando se habla de malnutrición, se habla de tres vertientes del problema: la más conocida es la subnutrición (que básicamente se entiende como un déficit de energía y proteínas), pero existen, al menos, otras dos: la carencia de micronutrientes y las enfermedades asociadas al consumo excesivo de sal, grasas insalubres y azúcares añadidos. Por primera vez en la historia, estas dos dimensiones de la malnutrición superan de largo a la primera.

En el marco de la **II Conferencia Internacional de Nutrición** organizada por la FAO y la OMS, que tuvo lugar en Roma a finales de 2014, ambas organizaciones señalaron como la principal causa de la situación alimentaria del mundo y la vulneración constante del Derecho a una Alimentación Adecuada el **fracaso del actual sistema agroalimentario**, generador no solo del alarmante estado alimentario del mundo, sino también de **otros efectos altamente negativos** tanto **sociales** (impacto en las poblaciones rurales, especialmente en las mujeres, desequilibrios territoriales, impactos sobre la cultura de las sociedades), como **ambientales** (cambio climático, pérdida de biodiversidad, contaminación de las aguas, erosión de los suelos).

De ahí que ambas organizaciones hicieran un llamamiento a los Estados y Administraciones de todo el mundo para que reconozcan el **papel de la agricultura familiar campesina y los mercados alimentarios locales como pieza clave en la lucha contra el hambre y la mala nutrición**. Estas peticiones vienen recogidas en las conclusiones de la mencionada Conferencia y en los dos últimos informes sobre el estado mundial de la agricultura y la alimentación.

Es importante tener en cuenta que la mayor parte de las estrategias puestas en marcha hasta ahora para hacer frente a la vulneración del Derecho a una Alimentación Adecuada, parten de la realidad socioeconómica y cultural de los años 80 y 90, que hoy en día ha cambiado significativamente. La población es cada vez más urbana (en los 80 lo era el 26% y actualmente, el 51%) y cada vez hay menos población agrícola (en los 80 la población que producía alimentos era el 69% y actualmente es menos de un 45%).

El sistema de distribución y comercio de los alimentos también ha sufrido cambios trascendentales, entre los que destaca la reducción de los circuitos cortos y los mercados locales, extendiéndose de manera creciente los sistemas de distribución moderna (supermercados) y el comercio a larga distancia. **La puesta en marcha de formas de comercialización como los mercados municipales, la venta directa de alimentos por parte del campesinado y la innovación en mercados alimentarios son alternativas con un claro potencial de contribuir de manera eficaz a la reducción de la mala alimentación.**

Las Administraciones públicas juegan un papel central dentro de este contexto, así como las organizaciones de productores y productoras, las de consumo y los diversos actores implicados en la comercialización y distribución alimentaria.

Utilizar el enfoque de la mala alimentación y los problemas de salud asociados para **informar, formar, sensibilizar y actuar sobre la importancia crucial de los sistemas alimentarios locales, diversos, de temporada y cercanos al lugar de consumo**, aparece como una gran oportunidad teniendo en cuenta las dinámicas sociales, culturales y económicas actuales. Todo esto, además, conecta con las múltiples iniciativas en todo el mundo vinculadas a la agricultura urbana y periurbana, y los diversos sistemas de mercados locales. **El camino hacia una alimentación sana pasa inexorablemente por una agricultura sana.**

Se acabó el tiempo. Ha llegado el momento de tomar decisiones que pongan freno a la epidemia de la alimentación insana que nos está enfermando.



comunicacion@vsf.org.es

vsf.org.es/dame-veneno