



CAMPAÑA
CONTRA LA
ALIMENTACIÓN
QUE NOS ENFERMA

¡PELIGRO, ALIMENTOS!

La alimentación insana se ha adueñado
de nuestra dieta; es el momento
de tomar las riendas





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.

Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria

Los baños 35,
48910 Sestao



EHIGE

Ronda, 27 1º izda.
48005 Bilbao



Diciembre 2018

Autoría: Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria y EHIGE

Investigación a cargo de: Ferran García. *Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria*

Coordinación de la publicación: Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria Euskadi y EHIGE

Depósito legal: BI 00348-2021

Diseño y maquetación: Labox Marketing y Comunicación

Traducción: maramara taldea

Impresión: Txemisa Servicios Generales de Impresión

Esta publicación cuenta con la colaboración de la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo.

El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria y EHIGE y no refleja, necesariamente, la postura del Gobierno Vasco.



NIF G-58429077 - Veterinarios Sin Fronteras, Declarada de utilidad pública por el Ministerio del Interior el 8 de marzo de 2000.
NIF V95246104 - EHIGE Gurasoen Elkartea.

El espejismo de la alimentación «saludable»

En pocas décadas se ha montado un entramado sorprendente en torno a la alimentación: nos invade la publicidad de alimentos saludables, las estanterías de los supermercados están abarrotadas de productos aparentemente variados. Alimentos sanos, enriquecidos con mil nutrientes, naturales 100 %, bajos en grasa, sin azúcares añadidos, frescos, caseros, buenos para tus defensas... **Se diría que comemos mejor que nunca. ¿Esto es real o es pura ficción?** Veámoslo.

INTRODUCCIÓN	10
01. ¿DE QUÉ ENFERMAMOS CON LA ALIMENTACIÓN INSANA?	13
ENFERMEDADES	14
EL IMPACTO ECONÓMICO	19
DESIGUALDAD SOCIAL Y DESIGUALDAD DE GÉNERO	20
02. LA ALIMENTACIÓN QUE NOS ENFERMA	27
TRANSICIÓN NUTRICIONAL: RÁPIDA, GLOBAL Y FORZADA	28
ALIMENTOS PROCESADOS: MÁS GRASA, MÁS SAL, MÁS AZÚCAR	28
CÓMO IDENTIFICAR LOS ALIMENTOS INSANOS: LOS PERFILES NUTRICIONALES	34
03. BUSCANDO LA SALIDA: ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	37
LA PUBLICIDAD	38
EL ETIQUETADO	42
EL PRECIO	46
04. ES HORA DE TOMAR DECISIONES	51
UN PROBLEMA GLOBAL	52
ALIMENTACIÓN SANA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE	54
EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	56
NO TE QUEDES FUERA, ¡IMPLÍCATE!	57

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

Carga 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 no deja lugar a dudas. La alimentación insana es la primera causa de enfermedad y pérdida de calidad de vida en el mundo, y también en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Hoy en día, comer nos enferma. De hecho, es lo que más nos enferma y lo hace cada vez más. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva tiempo alertando sobre esta realidad, una evidencia que es reconocida también en las «Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi», elaboradas por el Gobierno Vasco.

¿Qué ha cambiado en nuestra alimentación para que se haya convertido en uno de los principales riesgos para nuestra salud? Lo veremos en detalle, pero, básicamente, nuestra comida se ha cargado de grasas de mala calidad, un exceso de azúcares añadidos y un exceso de sal. ¿Cómo? A través de los alimentos procesados y ultraprocesados, que se han adueñado de nuestra dieta. Y lo peor es que buena parte de estos ingredientes insanos están «ocultos». Sí, la comida es, cada vez más, un producto industrial y no sabemos lo que comemos.

En el otro extremo de la cadena, **este modelo agroindustrial de producción y consumo de alimentos ha hecho desaparecer progresivamente los sistemas alimentarios locales** basados en una agricultura sostenible, campesina y familiar, productora de alimentos frescos, saludables y de temporada. Tiene que quedar claro desde el principio. **No puede haber una alimentación saludable sin un sistema agrario que garantice la producción y el consumo de alimentos frescos y saludables.**

En esta breve introducción nos falta dar respuesta a una pregunta. ¿De qué enfermamos a causa de la alimentación insana? Principalmente, **enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos cánceres**. Se trata, precisamente, de tres de las enfermedades con mayor impacto en los niveles de mortalidad y de pérdida de salud. Además, la alimentación insana está claramente implicada en el creciente aumento del **sobrepeso** y la **obesidad**, que a su vez inciden en las enfermedades mencionadas.

Es un problema global, pero no afecta por igual a toda la población: **hay un gradiente social (afecta más a las clases populares) y un gradiente de género (afecta más a las mujeres)**. Lo veremos. Y también nos fijaremos en la población infantil, especialmente vulnerable a la mala alimentación.

Si **los problemas de salud derivados de la dieta** tienen un alcance global y además inciden con diferente intensidad en distintos sectores de la población, **no son un asunto individual, sino social y, por tanto, político**. Sin embargo, los Gobiernos de la gran mayoría de países en lugar de acometer políticas públicas que hagan posible una alimentación saludable para toda la población, se limitan a emitir recomendaciones de estilos de vida saludable, trasladando a la ciudadanía la responsabilidad de un problema que tiene causas

estructurales. Entre las posibles medidas (hablaremos de ello), los Gobiernos pueden regular la publicidad de los alimentos insanos, garantizar un etiquetado claro o aplicar políticas impositivas que graven los alimentos insanos e incentiven los saludables.

A continuación, vamos a echar luz sobre el laberinto que nos ha traído hasta aquí. Pero, sobre todo, vamos a buscar la salida. En la medida de lo posible, aportaremos datos que nos permitan entender la situación en el País Vasco. Empieza el viaje².

2. Todos los datos se pueden consultar ampliados en el informe «Viaje al centro de la alimentación que nos enferma».



01

**¿DE QUÉ ENFERMAMOS CON
LA ALIMENTACIÓN INSANA?**

ENFERMEDADES

Hemos adelantado en la introducción que estamos hablando básicamente de **enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer**. Y que la alimentación está claramente implicada en el **sobrepeso** y la **obesidad**.

Si nos centramos en el Estado español, pueden atribuirse a la alimentación insana:

- › 40-55 % de las dolencias cardiovasculares
- › 45 % de las diabetes
- › 30-40 % de algunos cánceres, como el de estómago y el de colon

En total, tendríamos 6 millones de personas enfermas cuyo principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana³.

Estas **enfermedades interaccionan entre ellas**, de manera que padecer una puede incrementar el riesgo de padecer las otras. Un par de ejemplos para ilustrar esta realidad: el sobrepeso y la obesidad son los mayores factores de riesgo de padecer enfermedad cardiovascular; la diabetes es el doble de frecuente en las personas obesas que en las no obesas.

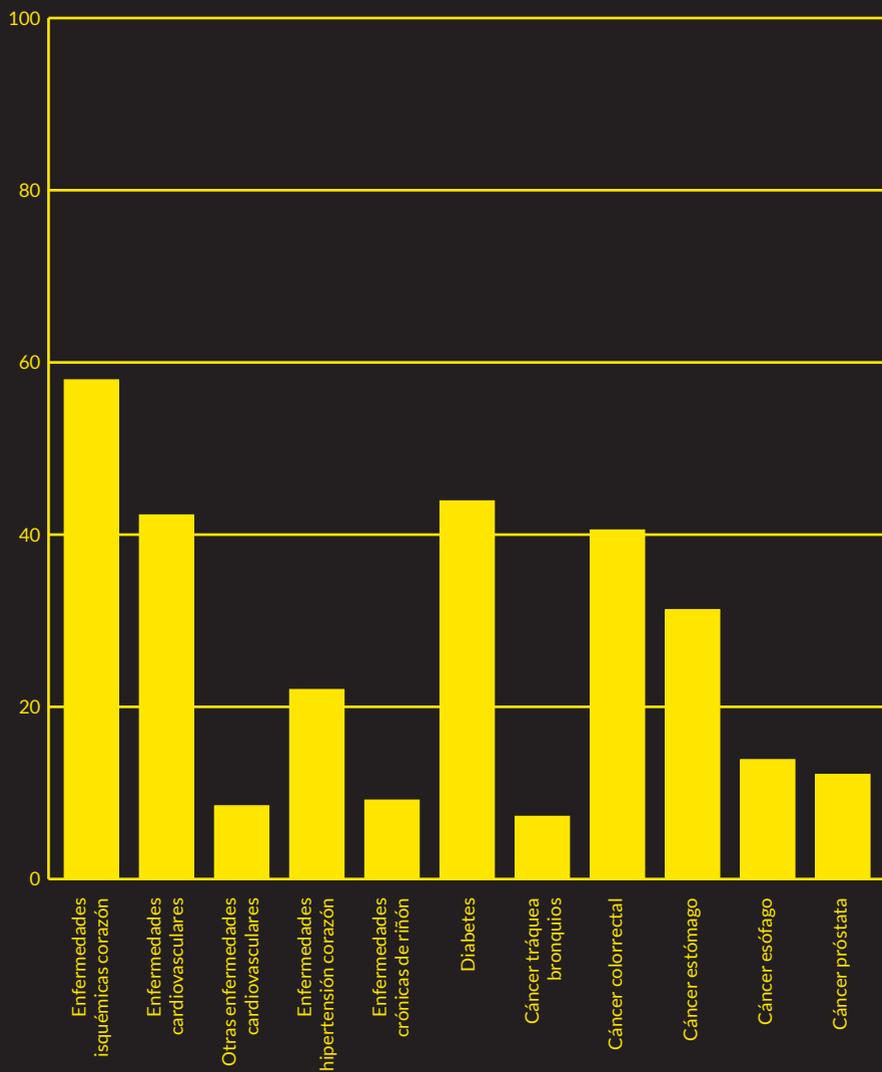
Otro dato a destacar: **hay diferencias de género**. La pérdida de salud a causa de la mala alimentación es diferente entre mujeres y hombres: si bien es cierto que las mujeres viven más que los hombres, lo hacen con peor salud. Volveremos sobre este tema.

Si nos centramos en el País Vasco, la alimentación insana es también la primera causa de enfermedad y pérdida de calidad de vida.

- › El 95 % de las enfermedades crónicas están relacionadas con los hábitos alimentarios.
- › Del *top 5* de las afecciones no infecciosas (enfermedades isquémicas del corazón, otras enfermedades cardiovasculares, diabetes, diversos tipos de cáncer y afectaciones de cuello y espalda), las cuatro primeras dependen de la alimentación.
- › Si sumamos las personas con diabetes, hipertensión y cánceres atribuibles a la alimentación, tendríamos 125 000 mujeres y 127 000 hombres con enfermedades

3. Los datos están tomados del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la mayor base de datos independiente. Estos datos proceden de fuentes oficiales y de publicaciones científicas y son recogidos y analizados por un consorcio de más de 1 600 personas investigadoras en 120 países, que capturan datos de más de 300 enfermedades y lesiones en 188 países, desagregados por edad y sexo, desde 1990 hasta la actualidad, lo que permite comparaciones en el tiempo, a través de grupos de edad y entre poblaciones.

GRÁFICO 01 % atribuido a la alimentación



(solo estas tres) cuyo principal factor de riesgo ha sido la alimentación insana. Si calculamos la mortalidad debida a estas tres dolencias, unas 2 300 personas mueren al año en el País Vasco habiendo tenido como principal factor de riesgo la alimentación insana.

Ahora vamos a detenernos muy 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, el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Su impacto en la salud implica, además, una peor calidad de vida.

La obesidad explica el 80 % de los casos de diabetes en personas adultas, el 55 % de los de hipertensión, el 35 % de los de enfermedad coronaria y el 41 % de algunos cánceres.

Según un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Madrid, en Europa **al menos 1 de cada 13 muertes podría estar asociada a la obesidad**. Usando esa ratio para el País Vasco, podemos estimar que cada año son atribuibles al exceso de peso unas 1 600 muertes de personas adultas.

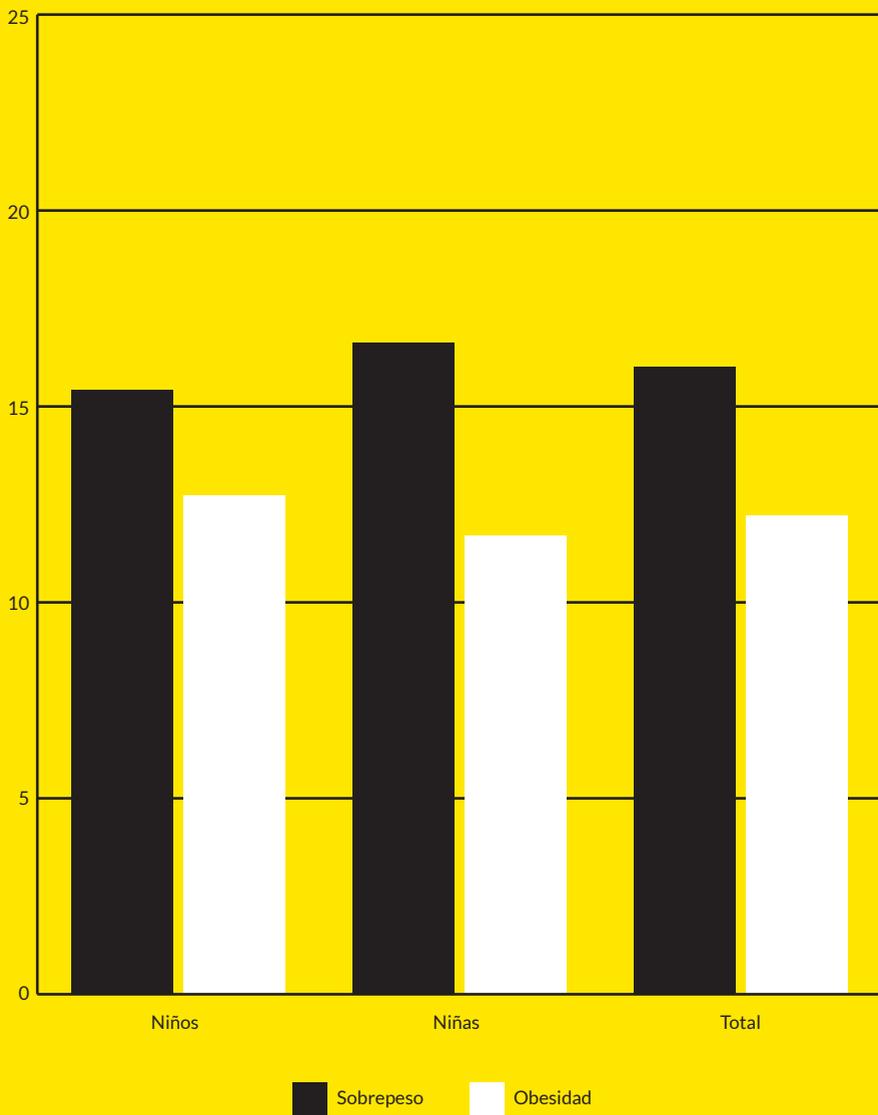
En la CAPV, más de 1 de cada 3 personas (el 36,7 %) tiene sobrepeso y un 16 % obesidad.⁴ En tan solo 10 años, el sobrepeso se ha incrementado un 33 % en hombres y un 21 % en mujeres.

La obesidad y el sobrepeso infantil merecen una atención especial. El último estudio ALADINO llevado a cabo en el marco de la Estrategia NAOS⁵, indica que el 24 % de la población infantil de entre 6 y 9 años tienen exceso de peso.

Si ampliamos el margen de edad (4-18 años), el porcentaje de sobrepeso en el País Vasco es del 16 % y el de obesidad, del 12 %. Este exceso de peso es un lastre para su salud que arrastrarán el resto de su vida.

4. Datos ENSE 2011/12 para Euskadi

5. Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

GRÁFICO 02 Obesidad y sobrepeso de niños y niñas de 4-18 años (CAPV)

■ **Diabetes**

La diabetes tipo 2 está relacionada con el consumo excesivo de azúcares añadidos (y la alimentación procesada está cargada de ellos).

En el País Vasco, un 10,6 % de la población tiene diabetes (aproximadamente 130 000 hombres y 100 000 mujeres). Un 35 % de estas personas no lo saben. Hay además miles de personas que se encuentran en estados prediabéticos o que tienen algún tipo de trastorno metabólico relacionado con los hidratos de carbono. En total, prácticamente 1 de cada 4 personas tiene problemas de glucosa que pueden generar alteraciones de salud importantes.

Unas 500 personas mueren al año en el País Vasco a causa de la diabetes (270 mujeres y 213 hombres). Un 16 % de las personas ciegas lo son a causa de ella⁶.

■ **Alteraciones cardiovasculares**

Son la primera causa de defunción para las mujeres y la segunda para los hombres en el País Vasco, representando aproximadamente el 27 % de las muertes (29 % en mujeres, 25 % en hombres)⁷. En general, las enfermedades cardiovasculares suelen ser más graves en las mujeres, aunque siguiendo el mismo patrón que la inmensa mayoría de enfermedades, en las mujeres son infradiagnosticadas, infratratadas e infrarrepresentadas⁸.

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

6. Federación Española de Diabetes

7. Mortalidad en el País Vasco. Gobierno de Euskadi, 2015

8. <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2024-enfermedad-cardiovascular-mujer-infra-diagnosticada-infratratada-e-infrarepresentada.html>

El sobrepeso y la obesidad son los mayores factores de riesgo de enfermedad cardiovascular⁹. Además, la implicación de la diabetes en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares está fuera de toda duda¹⁰. La diabetes es el factor de riesgo cardiovascular que más crecimiento ha experimentado durante los últimos años. Como decíamos, son enfermedades que interactúan entre ellas.

EL IMPACTO ECONÓMICO

Los problemas de salud derivados de la mala alimentación tienen un impacto importante en las arcas públicas. Una estimación del gasto para la sanidad pública vasca derivado de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (en base a los datos del Estado español) nos indica:

- › Obesidad: 120 millones de euros
- › Diabetes: 400 millones de euros
- › Enfermedades cardiovasculares: 380 millones de euros

¡Un total de 900 millones de euros anuales! Esto implica que **un 25 % del presupuesto de sanidad** se destina a enfermedades cuyo principal factor de riesgo es la mala alimentación. Y solo hemos considerado los gastos directos en atención sanitaria. Otros gastos indirectos, como el absentismo laboral o las jubilaciones anticipadas, también recaen sobre las arcas públicas.

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

10. <http://www.revvespcardiol.org/es/situacion-enfermedad-cardiovascular-espana-del/articulo/13128799/>

DESIGUALDAD SOCIAL Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

La salud y la enfermedad no se distribuyen homogéneamente en la sociedad. No dependen solo de factores genéticos o de hábitos de vida que podamos elegir libremente. Alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no puede elegir comportamientos saludables, entre ellos llevar una alimentación adecuada. En definitiva, **la salud no la elige quien quiere, sino quien puede. Hay un gradiente social entre las clases populares y las clases altas.**

También hay diferencias de género. Las mujeres salen peor paradas. Y no se debe a diferencias biológicas, sino a la discriminación de la que son objeto y a sus diferentes condiciones de vida.

Una de las características de la sociedad patriarcal en la que vivimos es que las tareas domésticas y de cuidado de la vida están peor valoradas que el trabajo productivo fuera del hogar y no se reparten equitativamente. Recaen mayoritariamente en las mujeres, que tienen que sumarlas al trabajo fuera del hogar, lo que empeora sus condiciones de vida. Pero esto ha tenido, además, otra consecuencia. A medida que la mujer se ha ido incorporando al trabajo remunerado, la falta de un reparto equitativo de las tareas domésticas ha propiciado que en los hogares se dedique menos tiempo a comprar y preparar los alimentos, lo que ha facilitado la expansión de la comida industrializada.

Por otra parte, las mujeres tienen salarios más bajos y existe una feminización de la pobreza que influye en la calidad de la alimentación. **Las dos desigualdades (clase social y género) se cruzan**, de manera que las mujeres empobrecidas y las familias sustentadas por ellas constituyen los principales focos de la alimentación insana.

Son muchos los estudios que muestran que las enfermedades asociadas a una alimentación insana tienen un componente de clase social y un componente de género. Recogemos a modo de ejemplo algunos datos de diferentes estudios.

- ▶ En la CAPV, los datos indican que las personas con niveles socioeconómicos más altos tienden a tener una mayor esperanza de vida, menos enfermedades crónicas y más años vividos libres de discapacidad (ver gráfico 03, página 21).

De igual modo, si nos fijamos en los datos sobre **obesidad**, se aprecia la diferencia en función de la clase social o del nivel de estudios (ver gráficos 04 y 05, páginas 22 y 23).

GRÁFICO 03 Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por todas las causas según nivel de estudios y sexo (Tasa por 100.000 habitantes, País Vasco 2009-12)

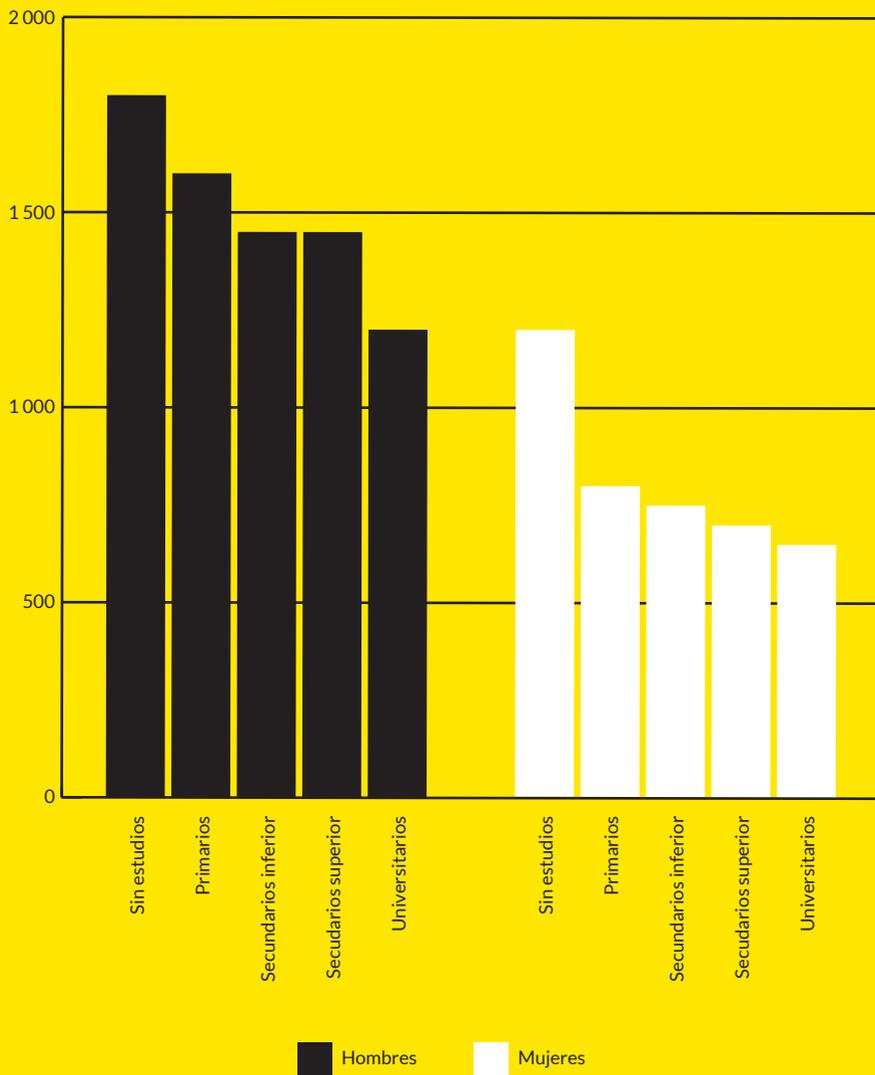


GRÁFICO 04 % obesidad en CAPV según la clase social

(estandarizado por edad, 2011)

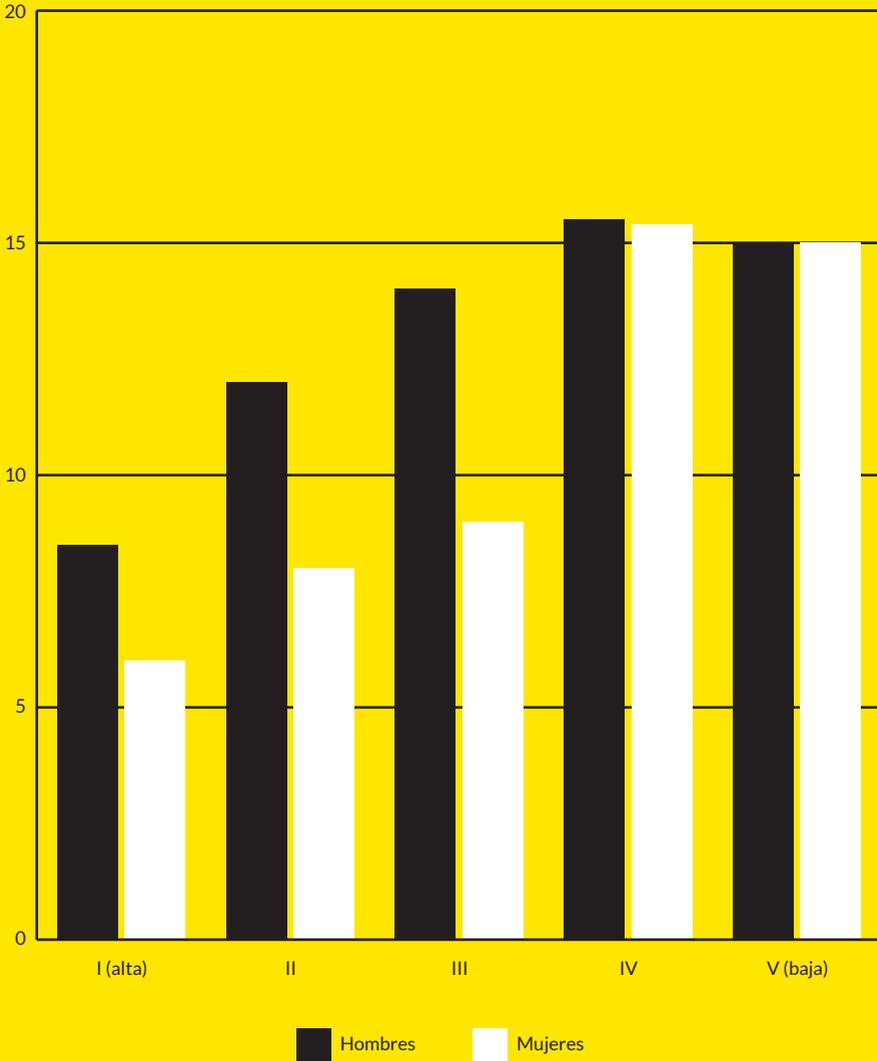
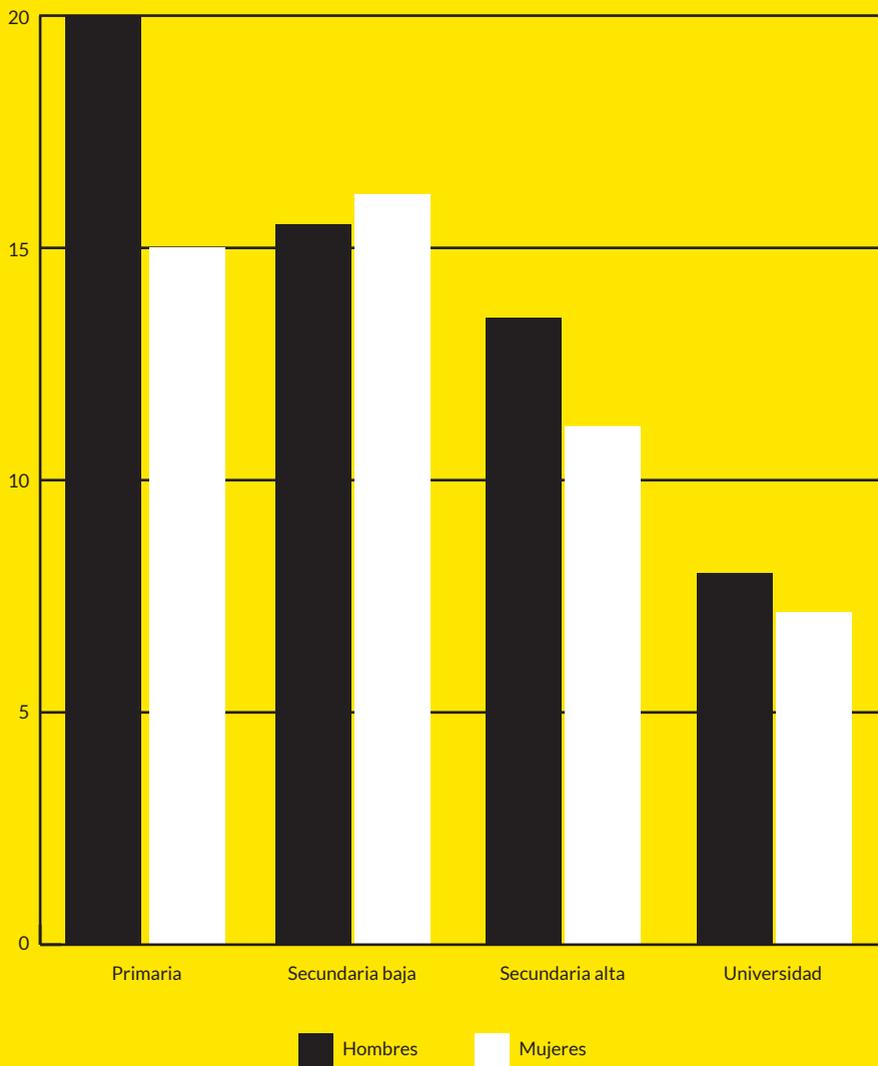


GRÁFICO 05 % obesidad en CAPV según el nivel de estudios

(estandarizado por edad, 2011)



- ▶ **La diferencia también se aprecia por barrios.** Por ejemplo, en hombres, la diferencia de esperanza de vida entre la parte sur de Vitoria y Bilbao La Vieja es de 11,5 años. En mujeres, la diferencia entre el barrio de Santa Lucía (Vitoria) y Bilbao La Vieja es de 7 años.
- ▶ Otra forma de visualizar el **gradiente social y de género** nos la proporcionan los datos sobre la mortalidad ocasionada por enfermedades relacionadas con la alimentación insana (ver gráfico O6, página 25).
- ▶ Otro estudio encontró una prevalencia del **sobrepeso** y la **obesidad** entre las mujeres profesionales y empresarias del 25 %, mientras que en las clases obreras se duplicaba¹¹.
- ▶ Un estudio realizado en Andalucía indica que a menos ingresos, mayor prevalencia de dolencias como la **diabetes**¹².
- ▶ En el Estado español¹³, al pasar de niveles de renta altos a bajos, la **obesidad infantil** 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 %.
- ▶ Por último, otro estudio encontró que las mujeres sin estudios padecen tres veces más **enfermedades cardiovasculares** que las que tienen estudios universitarios¹⁴.

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

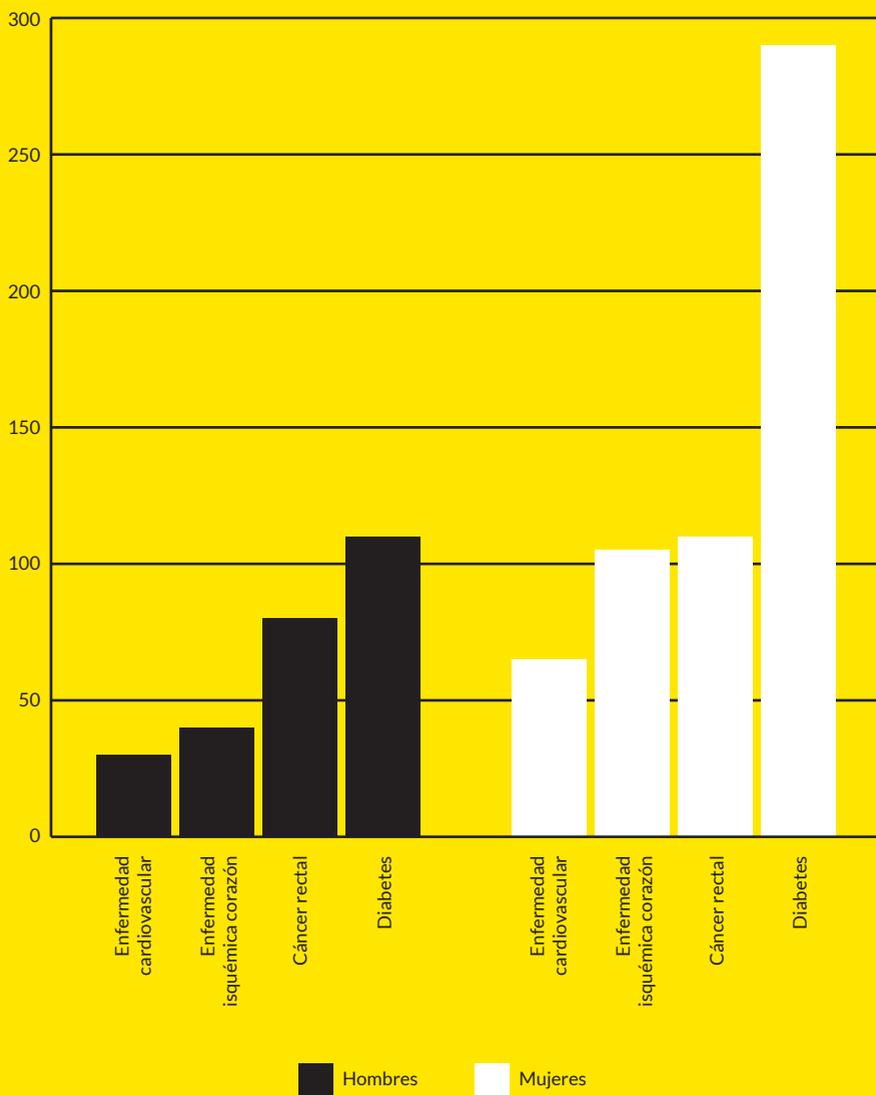
12. http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf

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

14. www.revespcardiolo.org/es/epidemiologia-las-enfermedades-cardiovasculares-mujer/articulo/13086084/

GRÁFICO 06 Desigualdad absoluta en la mortalidad según el nivel de estudios y sexo

(defunciones / 100 000 hab.)





02

**LA ALIMENTACIÓN QUE
NOS ENFERMA**

¿Qué hay en nuestra dieta para que nos enferme hasta llegar a unos niveles de pérdida de salud tan escandalosos? ¿Cómo se ha convertido la alimentación en el mayor riesgo para nuestra salud? Veámoslo.

TRANSICIÓN NUTRICIONAL: RÁPIDA, GLOBAL Y FORZADA

Desde los inicios de la humanidad, la alimentación ha evolucionado, han tenido lugar diferentes transiciones nutricionales. Pero la que estamos viviendo en la actualidad tiene características que la hacen única: la rapidez del cambio, la gran cantidad de población a la que afecta (es un fenómeno global) y que no ha sido un proceso natural, sino un cambio dirigido y forzado. ¿En qué consiste el cambio? ¿Y quién lo ha forzado?

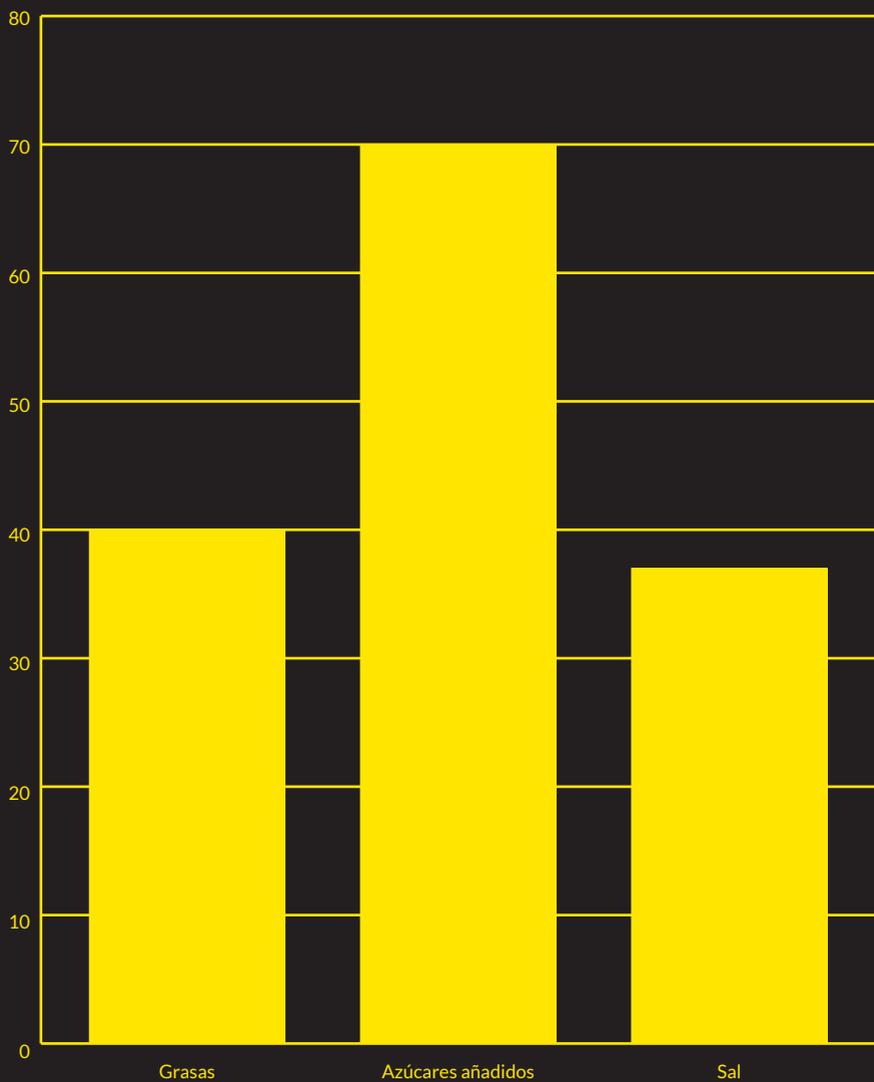
Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por otras con más grasa y más azúcares añadidos, junto a una disminución de carbohidratos complejos y de fibra. Básicamente, un aumento en la ingesta de carne, mayor consumo de azúcares, mayor presencia de grasas y un importante aumento del consumo de alimentos refinados y procesados. A ello se suma un drástico descenso en el consumo de legumbres y granos.

Un cambio que ha sido dirigido por grandes empresas que han tomado el control de la cadena alimentaria y para las que este nuevo modelo de alimentación supone una mayor rentabilidad. Este cambio se enmarca en el actual contexto de globalización económica. Básicamente, podemos decir que, a más globalización, más alimentación insana.

ALIMENTOS PROCESADOS: MÁS GRASA, MÁS SAL, MÁS AZÚCAR

Tan solo un 30 % de lo que gastamos en alimentación se destina a alimentos frescos; el resto es alimentación procesada. Lo decíamos al principio: la comida es, cada vez más, un producto industrial. Y es ahí donde tenemos que mirar.

Cuando hablamos de comida procesada (y también ultraprocesada), no estamos hablando de los métodos tradicionales de conservación y envasado, nos referimos a **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 para la salud, cuyo consumo está aumentando a pesar de que sabemos que hay que reducirlo. Esta contradicción es uno de los grandes triunfos de la industria alimentaria (con la indispensable ayuda de las Administraciones públicas). Son **ingredientes ocultos, abundan en los alimentos, pero no los vemos, los llamaremos ingredientes B.**

GRÁFICO 07 Incremento del consumo en 10 años

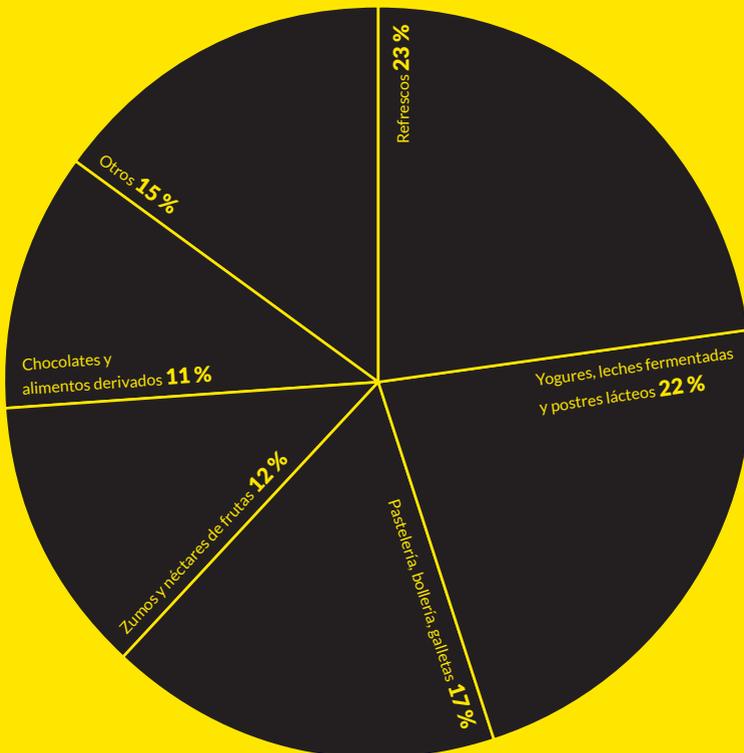
■ El azúcar B

La compra de azúcar en los hogares 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.

Hoy en día, **más del 75 % del azúcar que ingerimos nos llega incorporado en alimentos elaborados**. Y no nos referimos solo a dulces y pasteles, sino también a embutidos, encurtidos, lácteos, refrescos o caldos preparados, por poner solo algunos ejemplos cotidianos.

El azúcar o sus derivados suelen añadirse a los alimentos procesados para mejorar el aspecto, la textura, el sabor, etc. o también para conservarlos. ¿El resultado? Mientras **la OMS recomienda no superar los 25 gramos de azúcares añadidos al día, en el Estado español consumimos, de media, alrededor de 80 gramos de azúcares añadidos al día**. En el gráfico detallamos las fuentes más importantes de azúcares añadidos.

GRÁFICO 08 Consumo de azúcares añadidos (% por tipo de alimento)



■ **La sal B**

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

La sal común está compuesta por sodio y cloro. El componente problemático es el sodio, ya que 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.

En el Estado español **tomamos el doble de la sal diaria recomendada por la OMS¹⁵**, que fija el máximo saludable en 5 gramos al día. La dificultad para controlar nuestro consumo de sal está en que **casi el 80 % de la que ingerimos se encuentra en alimentos procesados**. A veces, ni siquiera lo imaginamos, como por ejemplo cuando tomamos cereales para el desayuno o jamón de York.

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, jamón cocido y, especialmente, en bollos y galletas, donde ha aumentado un 118 %, de acuerdo con un estudio de la OCU.

Pero hay más. Como hemos dicho, el problema no es la sal, sino el sodio, **y hay sodio en los alimentos procesados más allá de la sal**. A una buena parte de las conservas, sopas, platos preparados y salsas se les incorpora sodio en forma de otros ingredientes (glutamato sódico, fosfato disódico, benzoato sódico, bicarbonato sódico, etc.).

■ **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 %. Y es que las grasas son un buen aliado de la industria alimentaria, que las añade a los alimentos para hacerlos menos perecederos y mejorar su conservación, así como para darles una cierta textura y untuosidad que los hace más apetecibles.

Pero hay distintos tipos y conviene distinguirlas. Las más perjudiciales para la salud son las grasas trans y las saturadas.

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

› GRASAS TRANS

Cuando se añade hidrógeno a los aceites vegetales, se solidifican. Y esto resulta muy útil para la industria. Los aceites vegetales solidificados permiten el almacenamiento por largo tiempo y, además, son baratos. Pero son perjudiciales para la salud.

Con la ingesta de grasas hidrogenadas aumentan los niveles en sangre del colesterol malo (colesterol LDL) y caen en picado los niveles del bueno (colesterol HDL), con lo que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

¿Dónde están? Pues es difícil saberlo, porque en la Unión Europea no es obligatorio etiquetarlas. **Una forma de identificarlas es buscar 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 este tipo de grasas.

La Asociación Británica de Dietética ha elaborado una lista de productos en los que es muy probable que se encuentren grasas parcialmente hidrogenadas.

- › Bollería industrial
- › Comida para llevar
- › Cremas
- › Comida rápida
- › Fritos
- › Galletas
- › Palomitas de maíz para el microondas
- › Pastelería
- › Patatas fritas de bolsa u otros aperitivos similares
- › Pizza congelada
- › Postres o helados
- › Precocinados (empanadas, croquetas, etc.)

En junio de 2015, la Agencia Alimentaria 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 para sacarlas de sus productos. En la Unión Europea, sin embargo, no hay una legislación específica sobre este tema. Algunos países como Dinamarca, Austria, Suiza, Islandia, Hungría y Letonia han establecido un marco legal. En Dinamarca, donde la regulación ha hecho que las trans prácticamente desaparezcan de los productos, las enfermedades coronarias se han reducido¹⁶.

› GRASAS SATURADAS

El segundo tipo de grasa pernicioso para la salud son los ácidos grasos saturados. Las fuentes más importantes de grasas saturadas son quesos (16,3 %), embutidos y carnes procesadas (14,6 %), leche y productos lácteos (11,6 %) y pastelería, bollería y galletas (11,6 %). Otras fuentes importantes de grasas saturadas en alimentos no procesados son las carnes rojas (11,98 %) y los aceites vegetales (9,64 %).

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

CÓMO IDENTIFICAR LOS ALIMENTOS INSANOS: LOS PERFILES NUTRICIONALES

El objetivo de los perfiles nutricionales es diferenciar los alimentos insanos de los sanos en base a su contenido en los ingredientes críticos para la salud (azúcares añadidos, sal, grasas saturadas y grasas trans). El primer modelo fue implementado por el Grupo de Prevención Coronaria del Reino Unido en 1986.

Los perfiles nutricionales son especialmente necesarios ante la avalancha de productos que utilizan como reclamo declaraciones nutricionales o de salud del tipo «saludable», «ayuda a tus defensas» o «mejora la digestión». En un estudio reciente¹⁷ se analizaron en el Reino Unido las declaraciones nutricionales de 382 productos. Los resultados indicaron que no eran más saludables que los otros; eran, por tanto, un fraude para las personas consumidoras.

Disponer del perfil nutricional de los alimentos es la base para diferenciarlos y poder potenciar el consumo de los alimentos saludables y frenar la ingesta de los insanos. De hecho, **la OMS los considera una herramienta crítica en la implementación de políticas públicas que favorezcan la salud alimentaria y frenen la epidemia de alimentación insana.**

Organizaciones científicas independientes los describen como un método científico para evaluar la calidad nutricional de los alimentos y bebidas, que podría ser utilizado por las autoridades nacionales para promover la salud pública y conseguir los objetivos nutricionales propuestos para la población¹⁸.

En el ámbito europeo, un reglamento¹⁹ 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. Han pasado más de 10 años, ¿dónde están los perfiles nutricionales de la Unión Europea? ¡Ni rastro! Tan solo unos pocos países los aplican de forma individual (el Estado español no es uno de ellos).

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

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

19. Reglamento 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos <https://www.boe.es/boe/2006/404/L00009-00025.pdf>

Si todo indica que son una buena idea, ¿por qué no disponemos de perfiles nutricionales? La respuesta es clara: **la industria alimentaria no quiere ni oír hablar del tema**. Veamos por qué.

Las tres medidas que deben aplicarse para atajar el problema de la mala alimentación son:

- › Regular la publicidad de los alimentos insanos (especialmente la dirigida al público infantil).
- › Implantar un etiquetado nutricional claro.
- › Aplicar una política impositiva que grave los alimentos insanos y premie los saludables.

El elemento clave para desarrollar estos tres tipos de medidas son los perfiles nutricionales. **Sin perfiles, no hay regulación. Y la industria alimentaria lo sabe**. Por eso se ha atrincherado ante los perfiles nutricionales, entorpeciendo de manera sistemática su desarrollo y alargando los debates hasta el infinito.

Pero la historia no termina aquí. En el siguiente capítulo vamos a centrarnos en esas tres medidas que nos permitirían salir de laberinto.



03

**BUSCANDO LA SALIDA:
ÁMBITOS DE ACTUACIÓN**

Acabamos de ver que, para hacer frente al problema de la alimentación que nos enferma, es necesario tomar medidas en tres ámbitos: **la publicidad, el etiquetado y el precio**. Veamos qué está pasando en cada uno de ellos.

LA PUBLICIDAD

Desde la infancia y a lo largo de toda nuestra vida, somos receptores permanentes de mensajes publicitarios. La diversidad de medios es muy amplia, vivimos realmente inmersos en publicidad.

La inversión publicitaria en el Estado español supera los 12 000 millones de euros anuales²⁰. Podemos asumir que el gasto correspondiente al País Vasco, en base a su población, ronda los 500 millones de euros. La industria de la alimentación (alimentación y distribución) invierte más de 1 000 millones de euros, unos 50 millones para el País Vasco.

La publicidad no es la única herramienta de *marketing*, que incluye otras estrategias para mejorar la comercialización de un producto, como estudios de mercado, análisis de precios, etc. En 2014, la inversión en *marketing* en el Estado ascendió a 27 050 millones de euros, el equivalente para el País Vasco ascendería a 1 200 millones.

El sector alimentario es el que más invierte en *marketing*, con casi 180 millones de euros anuales en el País Vasco. Si le sumamos la distribución y la hostelería, nos vamos a 250 millones. Esto supone que **el gasto en *marketing* alimentario equivale al 20 % del gasto público en salud del País Vasco**.

Merece una atención destacada la **publicidad dirigida al público infantil**, por su especial vulnerabilidad. Según la OMS, mientras que las personas adultas sabemos cuándo estamos ante un anuncio, la población infantil no tiene esa capacidad. Si tenemos en cuenta que, según las estimaciones, la población infantil ve una media de 95 anuncios al día, más de 34 000 al año²¹, y que la OMS insiste en que «por desgracia, el *marketing* de alimentos poco saludables dirigido a la población infantil ha demostrado ser desastrosamente eficaz», tenemos un problema mayúsculo.

El interés de las empresas anunciantes se debe en 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.

20. <http://infoadex.factoriadigitalpremium.es/infoadex3/documentacion/2017NPN.pdf>

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

La publicidad dirigida a la población infantil se apoya en mensajes atractivos, animaciones, rostros conocidos, premios, regalos y ganchos comerciales como juegos, coleccionables, concursos o cupones de descuento, entre otros.

¿Y qué hay de la calidad nutricional? Las principales categorías de alimentos anunciados son refrescos²², cereales azucarados, galletas, confitería, bollería, platos preparados y restaurantes de comida rápida. Ni más ni menos que la pirámide nutricional invertida. Hay muchos estudios al respecto, veamos algunos datos.

- › 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 personas adultas²³.
- › En un estudio llevado a cabo en el Estado español, se evaluó el porcentaje de publicidad alimentaria emitida en horario infantil que sería catalogada como poco saludable en función del perfil nutricional del Reino Unido. Los resultados indicaron que un 59,7% eran alimentos o bebidas poco saludables. Pero la cosa no queda ahí. El porcentaje se incrementó hasta el 71,2 % en horario de protección reforzada para la infancia.
- › Una investigación llevada a cabo por la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid²⁴, concluyó que el 61 % de los anuncios de televisión son de alimentos poco saludables. Pero la proporción se eleva a más de dos tercios en el horario de protección especial para la infancia.
- › La OMS señala que más del 50 % de los anuncios de comida en televisión en países como España, a los que la población infantil se expone, promocionan productos ricos en grasas, azúcares y sal.
- › En los espacios infantiles, 4 de cada 5 alimentos que se publicitan son de comida insana.
- › Los anuncios de alimentación que más abundan en las horas en que más población infantil y juvenil hay delante de la televisión promocionan los productos menos recomendables para su dieta diaria, como bollería, dulces, golosinas, aperitivos, precocinados, alimentos muy grasos y refrescos. Por el contrario, los alimentos especialmente indicados en la dieta infantil apenas ocupan espacio en la publicidad.

22. http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2013/06/28/217141.php

23. Harris et al. (2009). Priming effects of television food advertising on eating behavior. 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.

24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=23174346>

Pero **si bien la televisión es un medio prioritario, la publicidad irrumpe también en otros muchos entornos**, como escuelas, guarderías, supermercados, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, Internet, etc. Para la OMS, los entornos donde hay población infantil «deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal». Sin embargo, la mayoría de los productos que aparecen publicitados en dichos espacios son alimentos insanos.

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

Está claro que regular la publicidad de los alimentos insanos es un campo de actuación prioritario. ¿No existe nada? Sí, pero no. Veamos.

Los sistemas para regular la publicidad 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 de Gobierno no estatutarias.** Tienen la misma finalidad, pero carecen de soporte legal.
- › **Autorregulación.** La industria se responsabiliza de su propia regulación.

Dado que en el País Vasco no existe normativa propia en este terreno, nos referiremos a la normativa estatal, que es la que se aplica. **De las tres categorías mencionadas, nos encontramos en la de autorregulación.** Por eso decíamos que sí, pero no; porque si hay algo peor que la falta de control, es que parezca que lo hay. En nuestro caso, este «aparente» control se llama **Código PAOS** (Publicidad, Actividad, Obesidad y Salud), **un sistema promovido por la industria alimentaria.**

El Código PAOS 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 *marketing* 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 que realicen las empresas que se han adherido al Código y que vaya dirigida a menores de hasta 12 años en medios audiovisuales e impresos, y a menores de 15 años en Internet.

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.** El órgano que resuelve las posibles reclamaciones es el Jurado de la Publicidad. Merece la pena detenerse en la composición de este «jurado». 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.

El contenido del Código está lleno de ambigüedades y tiene numerosas vías de escape y excepciones al servicio de la industria. Pero, en cualquier caso, ¿se cumple?

Una evaluación independiente²⁵ 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 sobre *marketing* de alimentos 2012-2013²⁶ dice que el incumplimiento del acuerdo en España es muy alto y similar tanto para las empresas que lo suscribieron como para las que no.

Además, un estudio realizado por el Grupo de Investigación sobre Comunicación, Sociedad y Cultura de la Universidad Juan Carlos I²⁷, 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.

En definitiva, el **Código PAOS** no sirve para proteger a la infancia de la publicidad de alimentos insanos. **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.**

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

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

27. www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/infancia_y_adolescencia/2007/09/28/170109.php?page=6#sthash.czV8041g.dpuf

EL ETIQUETADO

En el contexto actual en el que la mayor parte de lo que comemos son productos industriales, alejados de los alimentos originales, el etiquetado juega un papel primordial.

- › **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 para trasladar su mensaje directamente a la persona consumidora. Y son menos costosos que una campaña publicitaria.

En el pequeño espacio de la etiqueta, las empresas libran una auténtica batalla para conquistarnos. Recurren a múltiples estímulos (colores, formas, imágenes, mensajes...), buscando que los alimentos sean percibidos como atractivos, sanos, sabrosos, ecológicos, tradicionales, frescos, etc.

Eso sí, hay información que es obligatoria por ley. Actualmente, la información nutricional de los alimentos lo es. Pero veremos que la industria se las ha arreglado para poder presentarla de una forma confusa.

Entonces, **¿las etiquetas ayudan o confunden?** Las críticas más habituales son que hay un exceso de información, que esta no se entiende o que la letra es demasiado pequeña. En una encuesta realizada en el País Vasco²⁸, se constata que el 94 % de las personas creen que se utilizan términos excesivamente complejos y el 80 % considera que deberían realizarse modificaciones. También que a 3 de cada 4 personas la información de las etiquetas les ha inducido a error en alguna ocasión.

En cuanto a **normativa**, a nivel europeo contamos con el Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor²⁹, que vio la luz en 2011, después de dos años de duras presiones por parte de la industria alimentaria. Al ser un reglamento, es directamente aplicable en los Estados miembro. 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. Este sería un ejemplo:

28. http://www.eldiario.es/norte/euskadi/Solo-etiquetado-productos-Eroski-Consumer_0_186182135.html

29. <https://www.boe.es/boe/2011/304/L00018-00063.pdf>

TABLA 01 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. Y ganó. No es obligatorio que la información nutricional vaya en el frontal.

La industria consiguió también que, junto a los datos de nutrientes por 100 g (o por 100 ml), se pudieran incorporar los nutrientes por ración y en porcentaje de la Cantidad Diaria Orientativa (CDO). **El camino perfecto hacia la confusión, ya que la tabla se complica y, además, pone en bandeja utilizar un sencillo truco:** indicar como «ración» una cantidad inferior a la que normalmente se ingiere del producto.

TABLA 02 Ejemplo de tabla de la información nutricional obligatoria. Conclusión 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%

Pero a la hora de comprar, no actuamos solo en función de la información. El proceso de compra de alimentos está muy estudiado. Las decisiones son en su mayoría rápidas, inconscientes y automáticas.³⁰ De ahí la necesidad de utilizar etiquetados simples que muestren claramente y de un vistazo si las características nutricionales son saludables o no. En esta línea **han surgido iniciativas que buscan sortear las dificultades mencionadas y facilitar la elección de alimentos sanos**³¹.

La más destacada es el **etiquetado semáforo**³², que consiste en un código de colores que informa sobre los niveles de ciertos nutrientes. Es un sistema intuitivo, sencillo, riguroso y práctico, avalado científicamente, aplaudido por las organizaciones de consumo y... ¡rechazado por la industria!

¿Cómo se elabora? Se determinan las cantidades de energía, grasas, azúcares y sal que contiene un alimento, se comparan con las cantidades máximas recomendadas y se otorga un color a cada cifra en función de si está lejos, cerca o muy cerca de la cantidad recomendada. **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 siguiente tabla muestra los rangos para 100 g/100 ml:

TABLA 03 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

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

31. En el Estado español se planteó pero no se llegó a implantar el etiquetado en base a colores NutriScore, para ampliar la información ver: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_2_07_Articulo_especial_Galan_P_et_al_Lo-gotipo_NutriScore.pdf

32. <http://www.youtube.com/watch?v=7fthixwCVo>

El grupo de distribución Eroski ha adoptado un etiquetado semáforo propio para sus productos. Ha realizado una adaptación (más acorde a las exigencias de la industria alimentaria) del modelo inglés, suavizando los colores y apostando por la CDO por ración en lugar de los 100 gramos. Sus baremos los podemos ver en la imagen.

La encuesta que mencionamos anteriormente³³ también preguntaba por el etiquetado de Eroski. Estos son los resultados: 3 de cada 4 personas conoce este sistema; al 90 % les parece comprensible; 9 de cada 10 piensa que es útil para realizar compras más saludables; 4 de cada 5, para identificar a primera vista de qué tipo de alimento se trata y 3 de cada 4, para conocer rápidamente qué nutrientes aporta.

	CALORÍAS	AZÚCAR	GRASAS	GRASAS SATURADAS	SAL
Qué es BAJO por ración	150 o menos	6,75 g o menos	5,25 g o menos	1,50 g o menos	0,45 g o menos
					El 7,5 % o menos de la CDO
Qué es MEDIO por ración	entre 150 y 400	entre 6,75 g y 18 g	entre 5,25 g y 14 g	entre 1,50 g y 4 g	entre 0,45 g y 1,20 g
					Entre el 7,5 % y el 20 % de la CDO
Qué es ALTO por ración	400 o más	18 g o más	14 g o más	4 g o más	1,20 g o más
					20 % o más de la CDO

Imagen de etiqueta nutricional semáforo de Eroski.

33. http://www.eldiario.es/norte/euskadi/Solo-etiquetado-productos-Eroski-Consumer_0_186182135.html

EL PRECIO

¿Comer sano es más caro? ¿El precio de los alimentos saludables es una limitación para determinados sectores de la población? La respuesta es sí. Hay un gradiente social. Y también de género. Las clases populares y las mujeres (por su menor capacidad adquisitiva y por las diferencias en el uso de los tiempos) lo tienen más difícil.

¿Cuánto cuesta seguir la dieta recomendada? Para responder a esta pregunta nos hemos guiado por las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria³⁴ y por los precios medios de cada grupo de alimentos para el País Vasco (facilitados por el Ministerio de Agricultura).

Los datos indican que, para consumir los alimentos en las raciones recomendadas, se necesitan 1 477 € por persona y año. Podemos redondear a 1 500 €, ya que hay variaciones de un año a otro. Si tenemos en cuenta que el gasto medio en alimentación en el País Vasco es de unos 1 800 € por persona y año, parecería que las cifras encajan.

Pero estamos hablando de medias. Y hay que tener en cuenta que el 62,5 % de los hogares del País Vasco tienen ingresos inferiores a la media. ¿Qué familias no tendrían unos ingresos suficientes para poder afrontar el gasto de una dieta saludable? Las familias de riesgo son aquellas con una renta inferior a 27 000 € anuales. Y en el País Vasco son el 37 % del total³⁵.

En el caso de las mujeres, las cifras empeoran debido, en buena medida, a la brecha salarial. En el País Vasco, el salario medio bruto de las mujeres es un 77 % del salario de los hombres³⁶.

Pero no es solo cuestión de salarios, también se trata de tener o no trabajo, del tipo de contrato y de la temporalidad. En el País Vasco, del total de personas trabajadoras sin contrato, el 85 % son mujeres. Y de las personas con contrato a tiempo parcial, el 77,5 % son mujeres³⁷.

Si hablamos de pensiones, en la banda de 350-400 €, el 81,04 % de las personas que las perciben son mujeres. Mientras que en el tramo mayor, a partir de 2 567,49 €, encontramos que solo el 18,8 % son mujeres.

34. <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/19>

35. www.eustat.eus/elementos/ele0011300/La_renta_media_de_las_familias_de_la_CA_de_Euskadi_supera_los_42/not0011359_c.html

36. www.elcorreo.com/bizkaia/economia/201706/29/crece-brecha-salarial-entre-20170629004729.html

37. www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/servicio_cifras/es_emakunde/adjuntos/cifras_2016.pdf

En definitiva, una dieta saludable no está al alcance de todas las personas. Y a la desigualdad social se suma la desigualdad de género. La libre elección no siempre existe.

Veamos ahora las posibles **opciones para mejorar el acceso a una dieta saludable a través de la intervención en los precios**. Este es un mecanismo que las Administraciones han utilizado con diferentes objetivos en diversos sectores, por ejemplo, el tabaco o los combustibles. También en el caso de la alimentación, con ayudas públicas a determinados cultivos o formas de producción, transformación o comercialización.

El objetivo de una política de precios coherente con las políticas de salud sería abaratar alimentos saludables para hacerlos más accesibles y encarecer alimentos insanos para desincentivar su consumo.

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 en frutas y verduras, pescados y carnes bajas en grasa, podrían haber sido factores determinantes en la alarmante prevalencia de obesidad que sufre el país, especialmente en los grupos de población con menos ingresos.

Además del efecto directo en el consumo, una política de esta naturaleza tiene un efecto educativo en la ciudadanía, al señalar determinados alimentos como insanos.

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

Eso sí, la aplicación de este tipo de políticas públicas requiere de un diseño cuidadoso para que sean efectivas.

Se pueden elegir diferentes mecanismos. Se puede aplicar una tasa sobre los productos o sobre los ingredientes. Por ejemplo, se pueden tasar las bebidas con azúcar añadido (refrescos) o el azúcar añadido, como ingrediente. Por ejemplo, se puede impulsar una tasa a las bebidas con azúcar añadido (refrescos), como se ha hecho en Catalunya³⁸, o se puede impulsar una tasa sobre el azúcar añadido como ingrediente, al igual que en Noruega³⁹.

En general, es más sencillo tasar grupos de alimentos (los refrescos en este ejemplo), pero a cambio se pueden quedar fuera productos con alto contenido en azúcares añadidos. Por el contrario, la tasa sobre el azúcar como ingrediente tendría una mayor complejidad ad-

38. <https://atc.gencat.cat/es/tributs/ibee/>

39. <https://www.skatteetaten.no/en/business-and-organisation/vat-and-duties/excise-duties/>

ministrativa, ya que afecta a una gran gama de productos, pero su efecto puede ser mayor. Hay que considerar tanto la facilidad (o la dificultad) en su aplicación como la eficacia de la medida.

Otro elemento a tener en cuenta es el **tipo de impuesto**. Se podría aplicar el IVA o también un impuesto especial. Vamos a detenernos en el IVA.

El sistema fiscal español aplica tres tramos impositivos al IVA: general, reducido y superreducido. A diferencia de otros países, no aplica el tipo 0 %.

- › El superreducido (4 %) se aplica al pan común, harinas panificables, leche, quesos, huevos, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos y cereales, que tengan la condición de productos naturales según el Código Alimentario Español (CAE). En enero de 2013 se incluyó el pan común fabricado con ingredientes a los que se les haya extraído el gluten y que se comercialicen como «pan de contenido muy reducido o exento de gluten».
- › El tramo reducido (10 %) se aplica a los derivados de los alimentos gravados con el 4 %, además de carnes y pescados y sus derivados, aguas minerales y otras bebidas sin alcohol, y a los alimentos servidos en restaurantes, caterings y hoteles.
- › El tipo general (21 %) se aplica a bebidas con alcohol.

El sistema impositivo español refleja inconsistencias profundas con las actuales realidades de consumo y con las propias políticas de promoción y protección de la salud de las Administraciones estatales y autonómicas. Se trata de un caso peculiar dentro de la Unión Europea, donde en la inmensa mayoría de países, los alimentos de perfil nutricional claramente insano tienen un IVA superior al de los alimentos básicos o los que presentan un mejor perfil nutricional (ver en tabla 04).

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

¿Sería efectiva una política de precios? El precio es sin duda un factor que buena parte de la población tiene en cuenta a la hora de realizar sus compras. Un dato: según un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) sobre los hábitos de consumo, a la hora de elegir un establecimiento para hacer la compra, el 70 % de las personas encuestadas afirma elegir en función de los precios.

¿Y qué dice la industria? La industria alimentaria y de refrescos se opone frontalmente. En parte, por el aumento de precios a sus productos insanos, pero, sobre todo, porque se conseguiría diferenciar los alimentos en términos de su relación con la salud.

TABLA 04 IVA alimentarios aplicados en diferentes países

	España	Portugal	Italia	Irlanda	Reino Unido
Alimentos frescos	4 %	6 %	4 %	0 %	0 %
Alimentos elaborados	10 %	6 %	10 %	0 %	0 %
Frutas y verduras en conserva	10 %	23 %	10 %	0 %	0 %
Pan blanco	4 %	6 %	4 %	0 %	0 %
Pan enriquecido fibra	10 %	6 %	4 %	0 %	0 %
Pastas	10 %	6 %	4 %	0 %	0 %
Pastas sin gluten	10 %	6 %	4 %	0 %	0 %
Pescado	10 %	6 %	10 %	0 %	0 %
Legumbres crudas	4 %	6 %	10 %	0 %	0 %
Legumbres cocidas	10 %	6 %	10 %	0 %	0 %
Frutos secos crudos	4 %	6 %	10 %	0 %	0 %
Frutos secos crudos y tostados	10 %	23 %	-	21 %	21 %
Aceite de oliva	10 %	6 %	6 %	0 %	0 %
Grasas y aceites	10 %	23 %	6 %	0 %	0 %
Aperitivos, <i>snacks</i>	10 %	23 %	10 %	21 %	20 %
Refrescos	10 %	23 %	10 %	21 %	20 %



04

**ES HORA DE TOMAR
DECISIONES**

UN PROBLEMA GLOBAL

El incremento de las enfermedades asociadas a la alimentación insana es un fenómeno global. Hoy en día existen en el mundo más personas afectadas por una alimentación insana que por hambre y subnutrición. Para la OMS y la FAO, la mala alimentación es la pandemia más grave del siglo XXI.

Para hacernos una idea de cómo la mala alimentación también ha colonizado las dietas de los países del Sur Global, podemos fijarnos en los alimentos ultraprocesados. Algunas regiones como América del Norte y Europa Occidental están ya invadidas, pero en las restantes las ventas están creciendo de forma alarmante (ver gráfico 09, página 53).

Un dato significativo lo encontramos al comparar la evolución de las ventas de refrescos en América Latina y América del Norte. En el año 2012, se produjo el *sorpasso* latinoamericano, y actualmente se venden en el sur más refrescos que en el norte (ver gráfico 10, página 53).

Las ventas de comida rápida también están aumentando significativamente en América Latina.

No es sorprendente que, al analizar los textos e informes de la Organización Panamericana de Salud, nos demos cuenta de que está diciendo exactamente lo mismo que la OMS. La única diferencia es que lo hace de forma más apremiante y con más beligerancia hacia la alimentación procesada, la agricultura industrial y las grandes corporaciones agroalimentarias. Y es que, en los países latinoamericanos, la mala alimentación se expande como un tsunami. De ahí que sea la región donde más movimiento se aprecia a nivel de políticas públicas. Mucho más que en Europa.

Así las cosas, en el marco de la II Conferencia Internacional sobre Nutrición, que tuvo lugar en Roma a finales de 2014, **la OMS y la FAO 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**, que genera además graves impactos sociales, ambientales y culturales. De ahí que, conjuntamente con el Relator Internacional para el Derecho a la Alimentación de Naciones Unidas, hicieran un **llamamiento a los Estados y Administraciones de todo el mundo 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. Y esto nos lleva a la conclusión final.

GRÁFICO 09 Crecimiento de las ventas de alimentos ultraprocesados 2000-13

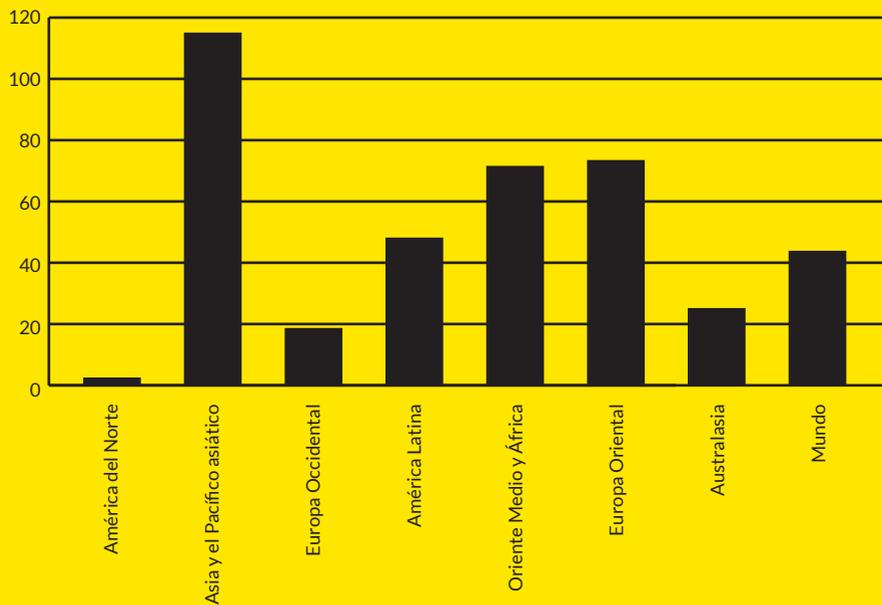
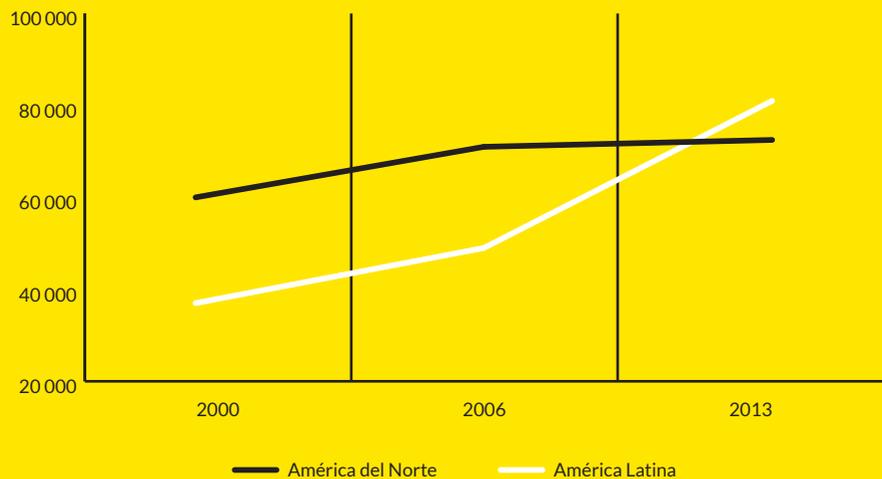


GRÁFICO 10 Ventas de refrescos (miles de millones USD)



ALIMENTACIÓN SANA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La famosa frase «del campo a la mesa» no tiene mucho sentido hoy en día. Sería más apropiada la frase «de la industria al súper y del súper a la mesa». Como hemos visto, la mayor parte de los alimentos son procesados, la industria alimentaria ensambla sus componentes al igual que si se tratara de un reloj o de un coche.

La concentración empresarial, la desregulación de los mercados y las medidas fiscales que favorecen a las grandes industrias alimentarias son factores que están detrás de esta rápida expansión de la comida procesada y ultraprocesada en todo el mundo⁴⁰.

Con la implantación del actual modelo agroindustrial, perdemos una dieta basada en alimentos frescos y sanos, vinculada a una agricultura sostenible, de base campesina y familiar, centrada en una producción cercana, diversa y de temporada.

El sistema de distribución y comercio de los alimentos también ha sufrido cambios trascendentales, entre los que destaca la sustitución de los circuitos cortos de comercialización y los mercados locales por las grandes cadenas de supermercados y el comercio a larga distancia. Vemos cómo las cadenas nacionales y transnacionales de supermercados están creciendo y desplazando a la tienda tradicional e independiente, a la vez que las cadenas de comida rápida están desplazando a los restaurantes y otros establecimientos tradicionales que sirven platos y comidas recién preparados.

Con todo ello, hemos perdido la cultura alimentaria.

Es necesario recuperar una agricultura sana que nos proporcione unos alimentos saludables y volver a conectar las dos realidades: la producción y el consumo de alimentos. 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 tanto de la mala alimentación como del hambre y la subnutrición. Esto, además, conecta con las múltiples iniciativas en todo el mundo vinculadas a la agricultura urbana y periurbana, y a diversos sistemas de mercados locales.

Los problemas de salud derivados de la mala alimentación son una apremiante llamada de atención. **Necesitamos políticas públicas en diversos ámbitos (lo hemos visto) que impulsen estos cambios.** El agronegocio y la industria alimentaria se esfuerzan con ahínco por evitarlo. En el otro extremo, centenares de organizaciones, sociedad civil organizada, academia e instituciones internacionales están alertando, ofreciendo datos rigurosos,

40. http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1774:nota2sept

haciendo propuestas realistas y ejerciendo presión para que esas políticas públicas que tanto necesitamos sean finalmente puestas en marcha.

En el País Vasco, por parte del Gobierno tenemos las recientemente aprobadas «Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi»⁴¹, que mencionamos en la introducción. Una estrategia que comparte buena parte del análisis que hemos realizado hasta aquí, pero que, curiosamente, se aleja por completo de las propuestas de acción política recomendadas por la OMS y demás organismos independientes, quedándose en iniciativas de bajo perfil.

No podemos terminar sin mencionar el importante papel que juega la educación. Incorporar en la escuela pública acciones que pongan el foco en el modelo alimentario ha de ser un elemento clave del proyecto educativo. Hablamos del ámbito curricular, pero también de comedores escolares con alimentos saludables y de proximidad o de los huertos escolares, entre otras iniciativas.

41. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/alimentacion_iniciativas_prog/es_def/adjuntos/iniciativas-alimentacion-saludable.pdf

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Al llegar al final de nuestro recorrido, queremos destacar que, con este documento, el informe del que procede y la campaña de la que forman parte (**Dame Veneno. Campaña contra la alimentación que nos enferma**), queremos contribuir a impulsar los cambios que nos conduzcan a una alimentación saludable.

Estos cambios requieren una actuación decidida por parte de las Administraciones públicas. Concretamos aquí algunas de las medidas que pueden ponerse en marcha:

- › Prohibir la **publicidad** de alimentos insanos dirigida al público infantil.
- › Establecer un **sistema de etiquetado** nutricional claro, situado en la parte frontal del envase, que permita identificar con facilidad si las características nutricionales del alimento son saludables o no.
- › Aplicar una **política fiscal basada en criterios de salud**, que grave los productos más insanos (por ejemplo, los que contienen cantidades elevadas de azúcar o las carnes procesadas) y que aplique un IVA 0 a los alimentos más saludables.
- › Establecer planes para la **compra pública de alimentos** que garanticen la compra de productos de proximidad, sanos y sostenibles.
- › Recuperar las **cocinas propias en las escuelas** y crear **cocinas municipales**.
- › Recuperar los **mercados municipales** y vincularlos al territorio.
- › Incorporar de forma transversal en las políticas públicas la **perspectiva de género** para abordar la brecha existente en el acceso a una dieta saludable (las mujeres, como hemos visto, salen peor paradas) y en los problemas de salud derivados de una alimentación insana.
- › En el caso concreto de la CAPV, impulsar la implementación del **Estatuto de las Mujeres Agricultoras**, una ley pionera que puede facilitar que la actividad agraria sea un medio de vida digno para muchas mujeres.

NO TE QUEDES FUERA, ¡IMPLÍCATE!

La participación de la sociedad también es importante. Por eso queremos concluir con algunas propuestas, a las que seguro podéis sumar otras:

- › Si tienes hijas o hijos en edad escolar, trabaja desde las asociaciones de madres y padres para exigir una alimentación saludable en el comedor escolar.
- › La iniciativa Gure Platera Gure Aukera, en la que confluyen diferentes colectivos que trabajan por un modelo de comedor escolar sano, cercano y justo, impulsa actuaciones en las que puedes participar. Infórmate en www.gureplateragureaukera.eus
- › Si formas parte de algún colectivo o asociación, organiza actividades informativas sobre los problemas de la alimentación industrializada, las alternativas existentes y las iniciativas en marcha.
- › En Bidezko Elikadura - Justicia Alimentaria trabajamos para transformar el sistema de alimentación agroindustrial y lograr una alimentación saludable, local y justa con las personas productoras. Infórmate, conoce nuestras campañas, ayúdanos a difundirlas y apoya las peticiones: www.justiciaalimentaria.org



DAME VENENO

euskadi@justiciaalimentaria.org

justiciaalimentaria.org/dame-veneno