

DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD: ¿QUÉ NOS PESA?



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

Encuentro en la XXIX Escola de Salut Pública de Menorca

El Llatzeret, Maó, días 20 y 21 de septiembre de 2018

DETERMINANTES SOCIALES DE LA OBESIDAD: ¿QUÉ NOS PESA?

Encuentro en la XXX Escola de Salut Pública de Menorca

*El Llatzeret, Maó,
días 20 y 21 de septiembre de 2018*

Direcció General de Salut Pública i Participació
Govern de les Illes Balears

Índice

1. INTRODUCCIÓN DEL ENCUENTRO	pág. 3
2. PROGRAMA DE INTERVENCIONES	pág. 4
3. DESCRIPCIÓN DE PONENTES	pág. 5
4. BIENVENIDA	pág. 14
5. PRIMERA MESA DE INTERVENCIONES	pág. 15
Políticas para el abordaje de la obesidad	
6. SEGUNDA MESA DE INTERVENCIONES	pág. 27
En el entorno, ¿quién hace qué?	
7. TERCERA MESA DE INTERVENCIONES	pág. 37
Cómo abordamos la obesidad infantil y adulta con un enfoque de determinantes sociales	
8. IDEAS DESTACADAS DEL ENCUENTRO	pág. 49
9. ARTÍCULOS EN LA PRENSA BALEAR	pág. 51

1. Introducción

La propuesta de este encuentro sobre determinantes sociales de la obesidad, que parte de la Direcció General de Salut Pública i Participació del Govern de les Illes Balears, fue evaluada favorablemente por el Consejo Académico de la Escuela Pública de Menorca, EMSP, y se celebró en su 29ª edición en Llatzeret, en Maó (Menorca), los días 20 y 21 de septiembre de 2018. El objetivo principal: analizar las herramientas y los mecanismos para el abordaje de la obesidad y sus determinantes sociales.

Se planteó como un espacio de debate sobre las medidas de la lucha contra la obesidad desde la perspectiva de salud pública, con un análisis de las políticas fiscales (impuestos sobre las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional), la reglamentación de la publicidad y el etiquetado de los alimentos o el mejoramiento del entorno.

El encuentro se estructuró en tres mesas de ponencias para un análisis desde distintos puntos de vista y sectores, y contó con la participación de directores generales y responsables de servicios de salud pública, técnicos de servicios de promoción de la salud, portavoces de la industria alimentaria y restauración y responsables de grandes cadenas de supermercados.



Grupo de asistentes y ponentes del encuentro en el Llatzeret, Maó.

2. Programa del encuentro

Primera sesión: Políticas para el abordaje de la obesidad

- Plan de mejora de composición de alimentos y bebidas: Marian Dal Re. Coordinadora de la Estrategia NAOS de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición AECOSAN
- Ley de la prevención de la Obesidad de Andalucía. Begoña Gil Barcenilla. Directora Plan Integral de Obesidad. Infantil de Andalucía (PIOBIN)
- Impuesto de bebidas azucaradas en Cataluña: Carmen Cabezas. Subdirectora General de Promoción de la Salud. Agència de Salut Pública de Catalunya
- Decreto de promoción de la dieta mediterránea en Baleares: Maria Ramos. Directora General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. Govern Balear

Segunda sesión: En el entorno: ¿quién hace qué?

- Qué se puede aportar desde el sector de la alimentación:
 - Enrico Frabetti. Director de política alimentaria, nutrición y salud. Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB)
 - Eduardo Cifrián. Responsable de la Escuela de Alimentación Eroski
- Qué se puede aportar desde el ámbito de la restauración
 - Pep Pelfort. Médico y director del Centre d'Estudis Gastronòmics de Menorca.
- Qué se puede aportar desde otros sectores:
 - Núria Llabrés. Coordinadora en Balears de Justícia Alimentària

Tercera sesión: Cómo abordamos la obesidad infantil y adulta con un enfoque de determinantes sociales

José Manuel Aranda. Doctor en Medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria. Centre de Salut Alcúdia. Servei Balear de Salut

Begoña Gil Barcenilla. Directora Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)

Moderadora: Elena Cabeza, Jefe de servicio de promoción de la salud en Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut de Govern de les Illes Balears.

3. Descripción de ponentes



M^a ÁNGELES DAL RE SAAVEDRA

Es licenciada en Farmacia y Especialista en Farmacia Hospitalaria. Desde marzo 2015 es vocal asesora para la Estrategia NAOS de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, unidad en la que trabaja desde 2007. Ha desarrollado su vida profesional en diversos departamentos de la Administración del Estado y de la Comunidad de Madrid tanto en el campo de la alimentación como en el de los medicamentos. Entre otros puestos, ha sido subdirectora General de Inspección y Control de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; jefa del Servicio de Ordenación, Asistencia Farmacéutica y Control de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y subdirectora General de Higiene de los Alimentos también del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ha colaborado con diversos organismos internacionales y durante cinco años fue miembro del Cuadro de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Farmacopea Internacional y Preparaciones Farmacéuticas. También ha realizado consultoría técnica con la ONUDI, OMS, OPS y con la FAO, en Ginebra, Guatemala, Washington y Roma, respectivamente. Es autora y coautora de más de 80 comunicaciones en congresos o en cursos y ha participado en numerosas publicaciones técnico-científicas.



BEGOÑA GIL BARCENILLA

Es Directora del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía con las siguientes funciones: dirección y gestión de líneas de trabajo sobre prevención y tratamiento de la obesidad infantil en los centros sanitarios dependientes del Servicio Andaluz de Salud. Diseño, organización y desarrollo de formación para el abordaje de la obesidad infantil.

Dinamización de la red de profesionales del plan integral de obesidad infantil de Andalucía. Es licenciada en Medicina y médico especialista en Pediatría. Se ha formado como especialista en planificación de Sistemas de Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil, recibió el Diploma en Promoción de la Salud en Contextos Sanitarios, Educativos y Sociales de la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Diploma Especialización Salud Pública y género de la Escuela Nacional de Salud.

Ha participado, entre otros, en el grupo de trabajo para el Anteproyecto de Ley para la Promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía. También en la creación, dinamización y mantenimiento de la red de profesionales para el abordaje de la obesidad infantil de Andalucía, que desarrolla y difunde recursos de prevención y tratamiento y organiza actividades de formación para el control de la epidemia de obesidad. Tiene amplia experiencia en el diseño y la implementación de programas de formación a través de la Escuela Andaluza de Salud, en obesidad infantil y en tabaquismo, y en el enfoque de género como herramienta de trabajo en salud.



MARÍA CARMEN CABEZAS

Doctora en Medicina por la Universidad de Barcelona. Máster en metodología de Ciencias de la salud. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Diplomada en Sanidad y en Metodología de la Gestión y Evaluación de la Calidad.

Ha trabajado en el marco de la prevención y la promoción de la salud más de 30 años, desde diferentes lugares de trabajo de la Administración (en Salud pública y en Atención Primaria), y como miembro y coordinadora de grupos de sociedades científicas. Tiene amplia experiencia docente e investigadora en prevención y promoción, siendo investigadora principal de diversos proyectos y autora de más de 100 publicaciones.

Desde el año 2006, ocupa la Subdirección General de Promoción de la Salud en el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.



MARIA RAMOS MONSERRAT

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universitat de les Illes Balears. Médica, MIR en Neurología y máster en Salud Pública y Administración de empresas por la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. Lleva veintidós años trabajando en salud pública en diferentes contextos: cooperación, investigación y docencia o Atención Primaria, y desde 2003, en la Dirección General de Salud Pública i Participació de la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, donde es la directora general desde julio de 2015. La lucha contra el sobrepeso y la obesidad es una de sus prioridades.



ENRICO FRABETTI

Es politólogo y experto en relaciones internacionales por la Universidad de Bolonia, en Italia, de donde es orginiario. Lleva tres años en España desempeñando el cargo de Director de Política Alimentaria, Nutrición y Salud en FIAB (Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas). Se ocupa de temas como la legislación alimentaria, la calidad, la seguridad y también la nutrición. Anteriormente ha estado trabajando, durante 10 años, en Bruselas, en la Cámara de comercio italiana y como Secretario General adjunto en la federación europea de industrias cárnicas. Es miembro del Consejo asesor de la web InfoAlimenta y colabora con varias instituciones universitarias en la organización de cursos y másters vinculados a la alimentación.



EDUARDO CIFRIÁN

Licenciado en Veterinaria por la Universidad Complutense de Madrid, y PhD en Microbiología por la Universidad de Maryland, EEUU. Tras seis años trabajando en el Departamento de Agricultura Americano (USDA), se incorporó a Eroski, donde he desempeñado varias funciones, como director de Sistemas de Calidad y Medioambiente, director de Innovación y Desarrollo Tecnológico, y en la actualidad, como responsable del Departamento de Desarrollo de Salud. La finalidad aquí es diseñar y aterrizar en proyectos concretos la estrategia de Salud de Eroski, principalmente, enfocada en la promoción de una alimentación equilibrada basada en las recomendaciones de la dieta mediterránea. Además, desempeña la función de Responsable de la Escuela de Alimentación de la Fundación Eroski, a través de la cual se llevan a cabo iniciativas orientadas a promover una alimentación sana y unos hábitos de vida saludable entre los más pequeños, y con el fin de ayudar a reducir las preocupantes tasas de obesidad infantil que encontramos en España.



NÚRIA LLABRÉS

Es licenciada en Geografía. Ha trabajado en el área de medio ambiente del Ayuntamiento de Esporles (Mallorca) y en el GOB Menorca, entidad sin ánimo de lucro dedicada a la conservación y la protección del territorio, como responsable del programa de custodia agraria. Actualmente es la coordinadora de la delegación de les Illes Balears de Justícia Alimentària, asociación que promueve desde la cooperación, la educación y la movilización un modelo alimentario saludable, sostenible y justo, basado en los principios de la soberanía alimentaria. Investiga y promueve proyectos para la generación de alternativas políticas y sociales basadas, además de la soberanía alimentaria, la justicia y la equidad entre mujeres y hombres. Un ejemplo es el proyecto “Alimentación”, enfocado en el trabajo en los centros educativos, que considera clave para la formación de alternativas basadas en la soberanía alimentaria a la población del futuro. Otro es el acompañamiento e incidencia en torno a las políticas alimentarias a diferentes niveles de la administración pública para que se pongan en marcha iniciativas encaminadas al modelo alimentario deseado.



PEP PELFORT

Es médico de formación y ha trabajado siempre en el ámbito de la gastronomía, como cocinero, investigador, escritor e impulsor de distintos proyectos. En 1995 funda el Centro de Estudios Gastronómicos, del que es su director, basado en una visión interdisciplinar de la alimentación con conexiones con la historia, el arte, la tecnología, la dietética y la medicina. Desde aquí ofrece una visión actualizada del antiguo lema hipocrático “que el alimento sea tu medicina” y transformado en “la cocina es la parte más importante de la medicina”. Esta tarea se ha materializado en múltiples publicaciones, colaboraciones en medios audiovisuales, así como en la creación de varios proyectos asociados, docencia y asesoramiento a restaurantes o productores. Desde el 2011 ha profundizado en la gastronomía y el producto local de Menorca, especialmente con estudios tanto técnicos como históricos sobre la salsa mahonesa y derivados y su vinculación especial con la salud, que dio forma a una ponencia presentada en la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares. También en estudios de análisis gastronómico y dietético de antiguos recetarios, así como en la elaboración de “Arca del Gusto de Menorca”. Es autor también del estudio “La Dieta Menorquina”, miembro del Institut Menorquí d’Estudis y miembro Fundador de Fra Roger (Gastronomia i Cultura).



JOSÉ MANUEL ARANDA REGULES

Doctor en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, especialista en Medicina preventiva y Salud Pública y máster en Administración sanitaria. Actualmente, trabaja de médico de familia en el centro de salud de Alcudia (Mallorca). Durante ocho años desempeñó diversos cargos en la Administración andaluza relacionados con la planificación y gestión de servicios de Atención Primaria. Ha sido docente en la Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada y Málaga y profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Es investigador de la Red de investigación en Atención Primaria y promoción de salud Rediapp. Tiene experiencia de cooperación internacional en los países de Nicaragua, República Dominicana y Albania. Su campo de interés ha sido y es la Atención Primaria y la promoción de salud. En la actualidad está trabajando con la obesidad, las desigualdades y con la acción social, la elaboración de mapas de activos y la prescripción social.

4. Bienvenida

El director académico de la Escola de Salut Pública de Menorca, Esteve Fernández, y la directora de Salud Pública de les Illes Balears, Maria Ramos Monserrat, dan la bienvenida a todas las personas participantes del encuentro y ceden la palabra a Marta García Pérez, Directora Ejecutiva de AECOSAN, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.

“El tema que nos ocupa está presente en todas las agendas internacionales y es máxima importancia para la prevención de la salud, dadas las actuales tasas de sobrepeso (que llegan a sobrepasar las de malnutrición). Ha llevado al Gobierno español a reforzar iniciativas a través de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición dirigidas a bajar la obesidad, especialmente, la infantil, donde el índice está estancado. La intención es trabajar en equipo junto a las distintas comunidades autónomas y buscar la armonización, con el objetivo de revertir las tasas de sobrepeso y obesidad.” **Marta García Pérez.**



El director académico de la Escola de Salut Pública de Menorca, Esteve Fernández, inaugurando el encuentro. En la foto, de pie, junto a María Ramos y Marta García.

5. Primera mesa de intervenciones

Políticas para el abordaje de la obesidad

A lo largo de la primera sesión se presentaron cuatro medidas que se están llevando a cabo en nuestro país desde diferentes ámbitos de la administración nacional y autonómica.

- Plan de mejora de composición de alimentos y bebidas: Marian Dal Re. Coordinadora de la Estrategia NAOS de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición AECOSAN
- Ley de la prevención de la Obesidad de Andalucía. Begoña Gil Barcenilla. Directora del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)
- Impuesto de bebidas azucaradas en Cataluña: Carmen Cabezas. Subdirectora General de Promoción de la Salud. Agència de Salut Pública de Catalunya
- Decreto de promoción de la dieta mediterránea en Baleares: Maria Ramos. Directora General de Salud Pública i Participació. Conselleria de Salut. Govern Balear

Plan de mejora de composición de alimentos y bebidas

Marian Dal Re

El Plan de colaboración para la mejora de la composición de alimentos y bebidas y otras medidas 2017-2020 es un plan de reformulación amplio. Esta reformulación afecta a productos con elevados contenidos en azúcar, sal o grasas saturadas, y va en línea con las acciones que se impulsan en la Unión Europea y desde la OMS como medidas eficaces para facilitar una dieta saludable. Este Plan consiste en 180 compromisos acordados con 20 asociaciones de cinco sectores (fabricación, distribución, vending, restauración social y moderna), que afectará a más de 3.500 productos de 57 subcategorías de alimentos y bebidas, consumidos fundamentalmente por niños, jóvenes y familias y en varios entornos alimentarios que están cerca del ciudadano. Está enfocado prioritariamente a reducir en torno al 10 % del contenido mediano en azúcares añadidos. En algunos grupos también se llevarán a cabo reducciones de sal y/o grasa saturada. Toda la metodología del Plan se ha desarrollado de acuerdo a la Unión Europea y responde a la salud pública y a la demanda actual de los consumidores. En tres años, la cesta de la compra de todas las familias de España podrá contener más productos con menos azúcares, sal y grasas saturadas. El consumidor tendrá acceso más fácilmente a productos o comidas más saludables, y toda esta reducción de azúcares añadidos y otros nutrientes tendrá impacto en su alimentación, y por lo tanto,

beneficios en su salud. El Plan, asimismo, ha de contribuir a disminuir desigualdades en salud en el acceso a una alimentación saludable, ya que al afectar a una amplia y variada oferta de productos y de comidas, que tendrán mejor calidad nutricional, beneficiará tanto al consumidor comprometido con la salud, quien escoge adecuadamente su comida, como a quien no lo está (porque no tiene tiempo, porque no lee las etiquetas, etc.). Podrá acceder a ellos través de muchas cadenas y supermercados y en distintos lugares. Es una iniciativa sostenible además por generar cambios paulatinos y aceptación gradual del sabor por los consumidores, que impactará en la demanda y oferta de alimentos con mejor calidad nutricional. Esta colaboración se formalizará con convenios y habrá un seguimiento y control de su cumplimiento por parte de las administraciones públicas.



“El cambio de sabor es salud”

“A nivel europeo, una de los retos es reforzar la salud en todas las áreas, para que llegue de una forma horizontal, y donde el foco principal está puesto en los niños y en la importancia de la prevención. Desde AECOSAN nos alineamos con la estrategia europea y la OMS, partiendo de la premisa clara de que la importancia de una alimentación saludable desde el inicio de la vida, introduciendo medidas que la faciliten, promoviendo entornos saludables o empoderando a las familias. La difusión de evidencia es importante para que haya un camino sólido, y debe hacerse con mensajes claros y sencillos. Creemos que el cambio de sabor es salud. Entre los siguientes pasos del plan está lanzar la campaña “Un poquito de azúcar es suficiente”. Estamos aliados también con la importancia de la actividad física, con el foco puesto en población infantil (la prevalencia de obesidad en niños y niñas va bajando desde unos datos muy altos) y mujeres, que son poblaciones más vulnerables. Además, la obesidad está situada en personas de menor poder adquisitivo. La brecha de la desigualdad es clara, y por ello, hay que favorecer la igualdad, haciendo que esta brecha sea menor.

Creemos en la importancia de la adopción de perfiles normalizados, en regular el marketing dirigido a la población infantil, también en redes sociales, que no son nada fáciles de controlar, en las acciones escolares o en implantar una etiqueta nutricional. Y con la idea de que es el conjunto de la dieta lo que marca la salud. En definitiva, apostamos por más productos de calidad nutricional y mayor seguridad de esta calidad nutricional.

Los datos son preocupantes; superamos las recomendaciones de la OMS, estando España, por ejemplo, cinco puntos por encima de lo recomendado en sal. En general, en Europa el escenario es parecido, pero esta comparación no consuela. Si hablamos de azúcares añadidos, sabemos que los niños de tres a cinco años superan las recomendaciones de su consumo.

En el estudio a partir de 1.600 productos de mayor cuota de mercado, comparando el etiquetado, se vio que en todos los grupos de alimentos existen diferencias en los nutrientes, por lo que hay margen de trabajo para reducir azúcares y grasas saturadas. Por otro lado, es importante destacar que la información nutricional del etiquetado coincide con la analítica que se hizo en este estudio, con lo cual, podemos utilizar esta herramienta, que es fiable.

La idea es impulsar una reformulación y que entren todos los sectores, incluyendo empresas cercanas o pequeñas fábricas. La clave del programa es que sea transversal, que coja a todas las empresas y todos los productos que impactan en la salud. El control es clave, pero el autocontrol de la industria, al entrar todos, también es clave. Hemos conseguido ya acuerdos y medidas con diferentes grupos de alimentos y bebidas. Son acuerdos técnicos y numéricos de reformulación con empresas fabricantes y de distribución en muchos productos de consumo habitual en familias, niños y niñas y jóvenes. Acuerdos cuantitativos para reducir nutrientes donde están todos los sectores comprometidos, porque que todos se comprometan y mirarse los unos a los otros consideramos que es muy importante.

En los objetivos del plan están: potenciar la colaboración voluntaria de las empresas; la reducción del azúcar añadido en un 20 %, sobre todo, en productos dirigidos a población infantil; reducción de sal, grasas saturadas o grasas de origen industrial; fomentar la oferta de menús equilibrados fuera del hogar; fomentar las I+D; impactar socialmente en la cesta de la compra y reducir, en definitiva, las desigualdades.”



La primera mesa, con María Ramos, Begoña Gil, Marian Dal Re, Carmen Cabezas y Elena Cabeza.

Ley de la Prevención de la Obesidad de Andalucía

Begoña Gil Barcenilla

La obesidad, que se da a lo largo de todo el ciclo vital, es el principal problema de Andalucía en relación con la malnutrición. Esta epidemia ocasiona una importante carga de enfermedad y sufrimiento a las personas y a los grupos afectados. Por otro lado, los costes sanitarios que ocasiona implican un auténtico desafío para los servicios de salud, comprometiendo el mantenimiento del estado del bienestar. Como paso previo al diseño de la Ley de la Prevención de la Obesidad de Andalucía, se realizó un estudio de prospectiva, cuyas principales conclusiones fueron: tendencia creciente de la epidemia, multicausalidad de la obesidad (108 factores agrupados en 7 *clusters* que configuran el sistema causal de la obesidad) y la necesidad de un enfoque sistémico en el abordaje. Se reconoce la necesidad de la modificación de los entornos (con medidas regulatorias y autorregulatorias), como apoyo al cambio del comportamiento individual. Los principales aspectos recogidos en la ley son: derecho al agua potable gratuita en espacios de uso público; a menús saludables y de diferentes tamaños en empresas de restauración; a disponer de aparcamiento de bicicletas en espacios de trabajo, centros educativos, de ocio y de uso público; a la atención sanitaria integral y continuada para las personas afectadas y a la no discriminación social, laboral o sanitaria por razón de su problema de salud. Entre las medidas destacan: cinco horas de actividad física en centros docentes, fuentes de agua potable para el alumnado, protección frente a la publicidad en centros educativos y sanitarios con atención a menores, prohibición de venta de alimentos y bebidas no saludables en centros educativos, limitación de máquinas expendedoras en centros educativos, evaluación de impacto en salud de planes urbanísticos, espacios para la práctica de lactancia materna, fuentes de agua potable gratuita en máquinas expendedoras de alimentos y bebidas en centros docentes y de ocio de uso infantil y oferta de agua en establecimientos de restauración. También recoge evitar la estigmatización en la publicidad, información sobre calorías en establecimientos de restauración y creación de un sistema de información de calidad nutricional de Andalucía.

“La obesidad es un problema que ha venido para quedarse. Salvo que hagamos cosas útiles...”

“Se trata de una Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, donde la situación de la obesidad es un poco más grave que en el resto de España. Se optó por no llamarla ley contra la obesidad para evitar el problema de estigmatización, para que las personas con obesidad no se sintieran atacadas.

Tres de cada diez menores tienen exceso de peso y cuatro de cada diez mujeres gestantes tienen problemas de sobrepeso. En la población adulta (de dieciséis años en adelante), más de la mitad tiene exceso de peso. Se ve, por tanto, cómo la obesidad se da en todas las etapas de la vida.

*En las mujeres, pertenecer a clases sociales más desfavorecidas es un factor determinante. Antes se decía que la etiología de las causas de la obesidad era comer demasiado y hacer poco ejercicio físico. Ahora sabemos que eso es una simplificación. De hecho, hay todo un sistema causal de la obesidad conformado por 108 factores agrupados en 7 *clusters*. Independientemente de la base genética, está la producción y el consumo de alimentos, los mecanismos de influencia social, la psicología individual y las oportunidades reales de practicar actividad física. Conocer las causas es básico para diseñar un plan de prevención de la obesidad y también para el trabajo en las consultas.*

La noción de elección individual, responsabilidad y autonomía es especialmente difícil de aplicar en relación con la obesidad. Las elecciones sobre la conducta personal de la población están en gran medida conformadas por su entorno, el cual, a su vez, está fuertemente determinado por las autoridades locales, el gobierno, la industria y otros.

Entender el grado en el que los individuos son capaces de hacer elecciones genuinas es también importante para la discusión sobre los derechos y las responsabilidades de individuos, industria y estado.

Como consecuencias de la obesidad, en la etapa infanto-juvenil, vemos que la obesidad es un acelerador de enfermedades que se ven en la etapa adulta. Por otro lado, las personas con obesidad tienen que hacer frente a prejuicios, estigmatización y rechazo social. Se ve cómo hay una disminución de las oportunidades laborales y vitales, que se acentúa más en las mujeres. La obesidad disminuye la fertilidad y ocasiona problemas para la gestante y la descendencia. Agrava las desigualdades ligadas al género y a la clase social. Además, la obesidad es una amenaza para el sistema de salud.

En definitiva, la obesidad empobrece a la sociedad. ¿Cuáles son las vías de abordaje? Desde luego, no hay una varita mágica y es necesario un enfoque ecológico, con acciones a varios niveles para un cambio claro del entorno y con cambios en el macrosistema dependiente de la voluntad política y tomando como referencia el abordaje del tabaquismo. Las medidas de control son: restricciones en el marketing sobre alimentos, medidas económicas (tasas y subsidios), etiquetado nutricional claro, reformulación de alimentos, estándares de menús saludables para comedores colectivos, desarrollar un sistema de suministro saludable, mejorar la educación nutricional, dar consejo dietético en los centros sanitarios, mejorar la conciencia social sobre el problema, implementar políticas que favorezcan la actividad física y proporcionar educación física de calidad en las escuelas.

Si analizamos los niveles de intervención, vemos que en el superior están las medidas de regulación, de reformulación obligatoria para algún tipo de nutriente y los subsidios o impuestos. En el inferior está la reformulación, el etiquetado, las campañas en los

medios o intervenciones en los comedores colectivos. Para valorar la aceptabilidad social es útil tener en cuenta la escalera de las intervenciones, que incluye las siguientes opciones: no hacer nada, dar información, capacitar a la población para elegir, guiar elecciones con incentivos o desincentivos y restringir las elecciones. La eficacia de las intervenciones es mayor a medida que sube esta escalera, pero, paralelamente, la aceptabilidad de estas medidas varía a medida que subimos peldaños. Las medidas relevantes incluidas en la ley son: cinco horas de actividad física en centros docentes, fuentes de agua potable para el alumnado, protección frente a la publicidad en centros educativos y sanitarios, con especial atención a menores y sanciones para la publicidad que estigmatice. Acceso al agua potable gratuita cuando haya máquinas expendedoras de alimentos o bebidas en centros docentes o de ocio infantil y oferta de agua potable gratuita en los establecimientos de restauración. También, la prohibición de venta de alimentos y bebidas no saludables en centros educativos, que incluye limitación de máquinas expendedoras, y la evaluación del impacto en salud en planes urbanísticos. Destacar que se da impulso a la autorregulación para el fomento de la actividad física y acciones saludables.

La ley tiene claras áreas de mejora: incluir impuestos para las bebidas azucaradas, establecer limitaciones más efectivas a la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a los menores o extender el acceso al agua potable gratuita en todos los espacios públicos con máquinas expendedoras de alimentos y bebidas. Esta Ley tiene trascendencia para Andalucía por su capacidad para mejorar la calidad de vida de su población, disminuir la carga de enfermedad, sufrimiento y muerte y contribuir a acortar la brecha de desigualdades. Hay que destacar la importancia de tener cuidado en no culpabilizar a la población. Y, por último, decir que estamos ante una legislación muy incipiente, como ocurrió al principio con el control del tabaquismo. Se necesitan leyes más integrales y efectivas.

Impuesto de bebidas azucaradas en Cataluña

Carmen Cabezas

Para combatir el exceso de peso se recomiendan estrategias intersectoriales y multinivel que trabajen la alimentación saludable y la actividad física, teniendo en cuenta de manera muy clara los determinantes sociales de la salud. Estas estrategias por un lado se dirigen a las personas y por el otro a los entornos, intentando que las opciones saludables sean las más accesibles y las preferidas para todos. El informe de la Organización Mundial de Salud de 2016 que recomendaba la aplicación de impuestos sobre las bebidas azucaradas para frenar el preocupante aumento de obesidad a nivel mundial promovió que la Generalitat de Catalunya implantara el impuesto sobre bebidas azucaradas embotelladas (IBEE) en mayo de

2017. Para diseñarlo, el Departamento de Economía se basó en la experiencia de Berkeley (Estados Unidos), entre otras, y en la propuesta del Reino Unido.

Una de las características principales del IBEE es su proporcionalidad:

- 0,08 euros por litro para bebidas con un contenido de azúcar de entre 5 y 8 gramos por 100 mililitros.
- 0,12 euros por litro para bebidas con un contenido de azúcar superior a 8 gramos por 100 mililitros.

Otra característica es que repercute el 100 % en el consumidor final, para así maximizar su efecto, para disuadir del consumo de este tipo de bebidas.

Impacto de la aplicación del impuesto:

- La recaudación de dinero durante los cinco meses de 2017 en los que ha estado activo ha sido de 22,7 millones de euros.
- El CRES, Centre de Recerca en Economia i Salut de la UPF (Judith Valls, Guillem López-Casasnovas) ha realizado un estudio independiente (no financiado por la Generalitat) a partir de los datos de una cadena de supermercados que tiene el 10 % del mercado en Cataluña, con distribución por todo el territorio. El estudio muestra que el impuesto se ha repercutido en el precio y esta repercusión es mayor porcentualmente en los envases de mayor capacidad (que son de base más baratos), llegando al 20 % del precio, y que ha habido un descenso importante de ventas de bebidas azucaradas y un desplazamiento hacia cero/light/agua.

Otros estudios independientes en marcha muestran también que el IBEE está teniendo efecto en la reducción de consumo de azúcares.

“Cambiar el contexto para que la opción saludable sea la más fácil”

“Si nos miramos los objetivos del desarrollo sostenible, en España suspendemos en obesidad infantil, abuso sexual y consumo de alcohol y tabaco. Uno de cada dos adultos tiene exceso de peso. Y uno de cada tres niños y niñas. La tasa de peso en mujeres se multiplica hasta 3,8 veces más. 2 de 10 adultos consumen bebidas azucaradas, y hay diferencias importantes según el nivel de estudios y la clase social. España respecto al resto del mundo está en una situación intermedia: entre un 20 y 30 por ciento bebe bebidas azucaradas.

La salud se genera en el entorno donde nos movemos, donde vivimos.

Es importante el peso de los determinantes comerciales en la salud, y concretamente, en la obesidad. Se trataría, por tanto, de cambiar el contexto para que la opción saludable sea la opción más fácil. Es decir, que la gente esté en un entorno saludable. De hecho, se ha visto que lo que tiene más impacto es actuar en determinantes

estructurales y que la ciudadanía se implique en esta tema. Hay que combinar actuaciones sobre personas, entornos y sobre determinantes estructurales. Y dedicar los recursos adecuados a la magnitud del problema. Consideramos importante la ley de seguridad alimentaria y nutrición o el Plan de colaboración para la mejora de composición de alimentos y bebidas; que el pan, por ejemplo, tenga un 20 por ciento menos de contenido de sal. Los elementos esenciales de estas estrategias de tipo fiscal tienen el punto de partida en la idea de que una intervención aislada no soluciona el problema; las acciones deben ser intersectoriales. Un ejemplo es la experiencia de los 618 restaurantes acreditados en Amed (Alimentació Mediterrània), que ofrecen una dieta mediterránea que incorpora fruta y verdura y aceite de oliva virgen extra, además de agua gratuita en las mesas. También es importante que los menús en las escuelas promocionen la fruta y la verdura y los talleres escolares para que los niños y niñas aprendan a hacer la elección más adecuada.

Las bebidas azucaradas están definidas como aquellas que tienen edulcorantes calóricos añadidos. La obesidad es el efecto llamativo de las bebidas azucaradas, pero no es el único efecto, también se podría citar la caries u otras consecuencias para la salud.

El impuesto que nos ocupa está relacionado con la importancia de reducir la apetencia de bebidas azucaradas y desviar la atención hacia bebidas saludables. De la misma forma, hay evidencia en los resultados que se obtienen reduciendo el precio entre un 10 y un 30 por ciento de las frutas y verduras. La ley no quiere ser una medida aislada y uno de sus mensajes claros es incrementar el consumo de fruta y verdura.

Como precedentes de esta ley está Francia, que impone el impuesto a bebidas azucaradas y a las endulzadas. También el impuesto de México, donde hay una de las tasas más altas de la obesidad, y que consiguió una reducción de consumo del 6 %. Y el impuesto de Estados Unidos, en noviembre de 2014 en Berkley, donde se vio cómo las ventas bajaban un 9,6 %. Esta acción en Cataluña, inspirada sobre todo en Reino Unido y Berkley, es intersectorial, porque se realiza con el departamento de Economía, y tiene como objetivo corregir las externalidades negativas que genera el consumo de azúcar en las bebidas. El distribuidor está obligado a repercutir el impuesto en el consumidor. Esta forma es única en Cataluña. Para una bebida de 12 gramos de azúcar, una lata de 33 cc, hay un incremento de 4 céntimos; en los dos litros, 22 céntimos. El precio aumenta un 20 por ciento más en los recipientes de dos o más litros.

En cinco meses desde que la ley entra en vigor, en mayo de 2017, se recaptaron 22.00.600 euros. En otros países, como Reino Unido, se ve cómo conduce a una tendencia a la reformulación de la industria.

Son necesarios estudios académicos para analizar con detenimiento el impacto del IBEE. Lo que sí se ha visto es la necesidad de repercutirlo en el consumidor final al

cien por cien. Comparando 2016 y 2017, cuando empieza el impuesto, hay un cambio en la tendencia de compra. El consumo es de seis litros por semana por producto y tienda y de ocho litros menos en recipientes grandes. Varía según las zonas; donde se ven más los efectos es en Tarragona, con peor nivel socioeconómico. El impacto es mayor en las zonas donde hay más obesidad. Por otro lado, vemos cómo aumenta el consumo de lights. Y se ha visto que las personas vulnerables responden más a estas variaciones de los precios.

Es un impuesto efectivo. Falta evidencia, no obstante, de que la tendencia se mantiene.”

Decreto de promoción de la dieta mediterránea en Baleares

Maria Ramos

El decreto de promoción de la dieta mediterránea en centros educativos y sanitarios en el que está trabajando actualmente la Conselleria de Salut de les Illes Balears afectará a la oferta alimentaria de determinados alimentos perjudiciales para la salud, básicamente bebidas azucaradas y bollería industrial, en los centros educativos, y en la restricción de dichos alimentos en los centros sanitarios.

“La promoción de la salud desde diferentes ámbitos”

“El proyecto de decreto sobre la promoción de la dieta mediterránea en los centros educativos y sanitarios de les Illes Balears está enmarcado en el modelo de determinantes sociales y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, tal y como se recoge en esta presentación. Este proyecto de decreto pretende favorecer una alimentación saludable basada en los principios básicos del patrón de dieta mediterránea y fomentar la oferta y disponibilidad de alimentos saludables en los centros educativos y en los centros sanitarios. Se engloba dentro de la Estrategia de alimentación saludable y vida saludable, donde entendemos que la lucha contra la obesidad tiene que hacerse de forma intersectorial, es decir, que no puede abordarse solo desde el sector salud. Por ello, se creó un grupo de trabajo de lucha de la obesidad, con implicación de los servicios sanitarios, Atención Primaria y hospitalarias. Y desde fuera del sector salud, con los consells insulars, ayuntamientos, Educación, Universidad, colegios como el de nutricionista y sociedades científicas como el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria). Durante el curso anterior (2017-2018), se estudió la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en Balears. Estamos un poco

mejor que en el estudio anterior, realizado en el curso 2005-2006. Sin embargo, uno de cada cuatro niños y niñas o jóvenes tiene exceso de peso (sobrepeso u obesidad), y se observa una leve disminución en sobrepeso. Hay, por otro lado, una relación entre el nivel de estudio de los padres y madres y el exceso de peso de los alumnos; a menor nivel educativo, menor prevalencia de exceso de peso. Además, se ve cómo el consumo de bebidas azucaradas está muy relacionado con el nivel de estudio de los padres, pero sobre todo con el de la madre.

El proyecto de decreto de promoción de la dieta mediterránea en los centros educativos y sanitarios se empezó a trabajar a partir del año pasado, mediante una revisión de las normativas vigentes o en proyecto, en concreto:

- Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- Decreto 97/2010 por el que se establecen las características nutricionales de los menús y el fomento de hábitos alimentarios saludables en los centros docentes no universitarios de Murcia.
- Decreto ley sobre un impuesto a las bebidas azucaradas en Cataluña, 1 agosto de 2017.
- Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada de Andalucía de 2018.
- Decreto 84/2018, de 15 de junio, de fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de la Generalitat Valenciana.
- Proyecto de decreto por el que se establecen las condiciones de los programas de fomento de estilos saludables de alimentación y actividad física para los centros docentes no universitarios de Navarra.

Se han priorizado los entornos educativo y sanitario. Responde a una demanda de pacientes, de profesionales sanitarios y de población. Afecta a todos los centros educativos, públicos, concertados y privados, incluyendo la Universidad. Con respecto a los centros sanitarios, incluye los centros públicos, así como aquellos que mantienen conciertos estables con el Sistema sanitario público. Mientras que en los centros educativos se prohíbe la entrada de determinados productos considerados no saludables, básicamente las bebidas azucaradas y la bollería industrial, en los centros sanitarios el modelo o instrucciones de alimentos y bebidas que se ofrece no es un modelo de prohibición sino de restricción, con una clasificación de los alimentos y bebidas según sus propiedades nutricionales, con una especie de 'semáforo' en los productos de las máquinas expendedoras y cafeterías de los centros sanitarios.

Los puntos críticos que se han debatido durante la redacción de este decreto han sido: por un lado, si incluir o no a la Universidad. Hemos decidido incluirla, a diferencia de otros decretos autonómicos, a petición suya y en línea con el Campus de universidad saludable.

Otro elemento de discusión ha sido si aceptar o no los edulcorantes artificiales, ya que el documento de consenso los excluye. Finalmente, hemos decidido permitirlos para dar margen a la industria a reformular o elaborar productos alternativos. El tercer elemento de debate ha sido el de la leche y derivados lácteos enteros. El documento de consenso los recomienda desnatados, pero hay suficientes evidencias científicas de que enteros son mejores para la salud y de sí podrían ayudar a prevenir la obesidad. Por último, el decreto distingue entre la bollería industrial y los productos autóctonos, elaborados en hornos y panaderías de las islas, y estos últimos no estarían prohibidos en los centros educativos.”

El debate de la primera sesión

Carmen Cabezas hizo una defensa de la necesidad de la industria a reformular ingredientes refiriéndose a que la OMS apuesta por estas medidas. Basó su idea en el hecho de que las bebidas azucaradas contienen calorías 'vacías'. “Se espera un proceso de negociación con la industria hacia una evolución y que permita la reformulación; las leyes no son estáticas y han de permitir un avance. Por ejemplo, hay toda una serie de productos que están alrededor de los 4,8 gramos de azúcar y la opción de los cinco gramos es posible”, se argumentó. Y se dijo que el valor salud es imprescindible para la ciudadanía, “porque está comprobado que el mejor dinero en salud es el que se dedica a educación y a la promoción”.

Se habló también de la necesidad de impulsar el consumo de fruta y verdura. Marian Dal Re intervino diciendo que la industria ahora mismo es consciente de sus riesgos. “Es el momento de acelerar las medidas; si entre todos sumamos, lo conseguiremos”. Y manifestó: “la industria teneis que ser parte de la solución porque sois parte del problema”. Enrico Frabetti, desde la industria, puso el apunte en que los impuestos tienen un fin recaudatorio y que son las tendencias de consumo marcadas por los consumidores lo que les lleva a reformular, algo que están haciendo desde hace años. También se habló de la necesidad de complementar todas estas políticas con actividad física, o de la necesidad de las cinco horas a la semana integradas en horario escolar, que además, tal y como se apuntó, contribuyen a un mejor resultado y rendimiento cognitivo. También se puso sobre la mesa la necesidad de promoción de la actividad física en centros de salud, con el ejemplo de las rutas saludables. Y se habló de la importancia de la promoción de la actividad física utilizando los recursos comunitarios. Nuria Llabrés, desde Justicia Alimentaria, intervino diciendo que ha cambiado nuestra manera de comer y nuestra manera de vivir, y que es necesario un nuevo enfoque sobre lo que estamos comiendo. No se tienen que dejar de lado las campañas de promoción de la actividad física, dijo, pero los porcentajes de obesidad se deben fundamentalmente a la mala alimentación. Lo natural es más caro, se deja claro, por otro lado. José Manuel Aranda, desde su experiencia en medicina de familia, defendió que la actividad física aumenta la capacidad de la gente para enfrentar la obesidad. Si bien la obesidad tiene

que ver mayoritariamente con la alimentación, apuntó. Se habló también de que muchas veces no es un tema en torno a la alimentación y nutrientes, sino de cultura alimentaria. Carmen Cabezas se refirió a que nunca antes habíamos tenido tantos alimentos de cuarta gama (hortalizas, verduras y frutas que, preservando sus propiedades naturales y frescas, ya vienen lavadas, troceadas, y envasadas en una atmósfera protectora). Y se habló, por otro lado, de que el patrimonio que representa nuestra cocina no puede perderse. También se debatió sobre el valor del gusto: “¿Vamos a dejar de comer sobrasada?; ¿vamos a poner aceite de oliva en las ensaimadas?”, se dijo. Y se apuntó que el problema de la obesidad no se va a resolver hasta que no recuperemos su relación con la pobreza alimentaria. “Los efectos de la crisis se ven sobre la salud” fue otra de las frases. Begoña Gil apuntó que en todo trabajo sobre obesidad hay que incluir los niveles de desnutrición. Marian Dal Re, para cerrar, manifestó que a la industria le toca a ahora contribuir a la solución de la salud. “Los alimentos procesados tendrán que tener una calidad nutricional, y este es el camino hacia el que vamos; le agradecemos que nos haya ayudado a quitar el hambre –dijo, en alusión a sus papel en la época de crisis económica– pero ahora tiene que contribuir a la salud de la sociedad”.



6. Segunda mesa de intervenciones

En el entorno: ¿quién hace qué?

- **Qué se puede aportar desde el sector de la alimentación:**

Enrico Frabetti. Director de política alimentaria, nutrición y salud. Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB)

Eduardo Cifrián. Responsable de la Escuela de Alimentación Eroski

- **Qué se puede aportar desde el ámbito de la restauración:**

Pep Pelfort. Médico y director del Centre d'Estudis Gastronòmics de Menorca

- **Qué se puede aportar desde otros sectores:**

Núria Llabrés. Coordinadora en Balears de Justícia Alimentària



Pep Pelfort, Enrico Frabetti, Núria Llabrés y Eduardo Cifrián.

Qué se puede aportar desde el sector de la alimentación

Enrico Frabetti

La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, especialmente entre la población infantil, constituye un problema importante de salud pública al que se debe hacer frente de forma coordinada. Se deben buscar soluciones que favorezcan la prevención de estas enfermedades y sobre las que, además de factores genéticos, influyen otros muchos ligados al estilo de vida. Entre ellos se encuentran los hábitos alimentarios, la falta de actividad física, la condición social y económica del individuo, el entorno familiar y la educación, por citar los más importantes. Debido a que muchos de estos factores son modificables, es necesaria la colaboración de toda la sociedad. Como industria de la alimentación y bebidas, desde hace años nos hemos comprometido con una serie de iniciativas que, desde un enfoque de colaboración público-privada y basadas en la evidencia científica, pretenden aportar soluciones que van dirigidas esencialmente a los siguientes ámbitos:

1. Formulación e innovación de productos. Llevamos años trabajando en la mejora de los productos, siguiendo las demandas y exigencias de los consumidores. En este contexto hay que destacar el 'Plan de colaboración para la mejora de los alimentos y bebidas y otras medidas 2017-2020'.
2. Información al consumidor y promoción de estilos de vida saludables. Recordar la importancia de leer las etiquetas y de que existe una regulación a nivel europeo y un etiquetado nutricional obligatorio. Es esencial 'educar' a los consumidores para que puedan tomar decisiones de compra adecuadas a sus necesidades. La información en temas de nutrición y sobre el vínculo alimentación-salud es muy importante y tiene que sustentarse en una sólida base científica. En este sentido, hemos puesto en marcha la web InfoAlimenta.com
3. Publicidad de alimentos y bebidas dirigida a público infantil. Desde 2005 llevamos comprometidos con la publicidad responsable por medio del Código PAOS, un ejemplo pionero en la UE.

Es necesario seguir colaborando, cada uno desde su ámbito de responsabilidad, sin perder de vista el enfoque holístico y multifactorial de la obesidad y sobrepeso.

“Las empresas del sector son conscientes de que hay que hacer repuntes en la composición de nutrientes”

“La industria de alimentación es el primer sector industrial del país, y aglutina pequeñas y medianas empresas. Estamos trabajando con el Gobierno la reformulación, a través del Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas, que terminará a finales de 2020. Es un plan ambicioso, con el acento en

menos cantidad de azúcar, menos sal y menos grasas saturadas. Es amplio, y la idea es que tenga continuidad. Surge del compromiso voluntario de los sectores de alimentación y las bebidas con AECOSAN y atendiendo la demanda de los consumidores, en línea con las directrices europeas. La importancia de que se haga en concordancia con la Unión Europea es importante. Hay que tener en cuenta que hay empresas que no pueden tomar decisiones aquí, en España, por su carácter internacional; por ejemplo, no pueden tomar la decisión de reducir un diez por ciento de azúcar de su composición en un producto incónico de la compañía. Aunque, en general, son conscientes de que hay que hacer algún repunte con la composición de nutrientes. Por otro lado, el etiquetado es el principal medio a través del cual los consumidores obtienen la información sobre el alimento. Muchas empresas se están planteando hacer otro tipo de indicaciones más fáciles de asimilar o más entendibles.

Desde la industria, tenemos asumido un compromiso con la publicidad, a través del código de autoregulación, que permite una publicidad responsable, y este compromiso de calidad es mayor en aquella información publicitaria dirigida a la población infantil. Cuenta con 47 empresas adheridas. Y solo los artículos que cumplen unos criterios nutricionales se pueden anunciar. Por último, queremos advertir del riesgo que hay entre dar información y crear alarma social. Y sobre la necesidad de recurrir a las fuentes de las administraciones públicas, con base científica, cuando se dan noticias que tienen que ver con la alimentación y que crean esta alarma social.”

Qué se puede aportar desde el sector de la alimentación

Eduardo Cifrián

La naturaleza cooperativa de Eroski nos lleva a preguntarnos cada vez que diseñamos un plan de qué manera podemos comprometernos con la mejora de la calidad de vida de los consumidores en relación a su salud. A lo largo de sus 50 años de vida, esta cooperativa ha ido dando diferentes respuestas a dicha pregunta. Lo ha hecho con nuestra gama de productos, incorporando, por ejemplo, Sannia, más saludable, con la formación e información a los consumidores, con la introducción del semáforo nutricional en los envases de nuestros productos o con la revista “consumer.es”, que cuenta con más de 60 millones de visitas anuales. También con el Programa Educativo en alimentación y hábitos de vida saludables para escolares de educación primaria, en el que durante el curso 2017-2018 participaron 460.000 niños y niñas de más de 3.000 colegios de toda España. También es importante la escucha dedicada a nuestros más de 3 millones de socios para incorporar sus aportaciones o la colaboración con asociaciones e instituciones referentes en los ámbitos de la salud y la alimentación.

Para ayudar a nuestros clientes a hacer una compra más saludable, en 2017 lanzamos Ekilibria, un programa pionero en España que utiliza las nuevas tecnologías de la información para ofrecer un diagnóstico nutricional personalizado a partir de los hábitos de compra. El objetivo es ayudar a las familias de nuestros socios-clientes a llevar una alimentación más saludable en base a las recomendaciones de la dieta mediterránea. Recientemente, Ekilibria ha sido reconocido en los XI Premios Estrategia NAOS impulsados por AECOSAN, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Por último, en 2018, Eroski ha renovado su compromiso con la salud y la sostenibilidad a través de un decálogo para contribuir e influir positivamente en la mejora de la calidad de vida y la práctica de un consumo sostenible. Este decálogo de compromisos pivota sobre la seguridad alimentaria, la accesibilidad de una alimentación saludable, la promoción de los alimentos de producción local y la labor educativa e informativa en hábitos saludables.

“Acostumbrar a los niños y niñas a lo que es bueno desde el punto de vista nutricional”

“Trabajamos en la promoción de la alimentación sana y los hábitos saludables. Tenemos un decálogo de compromisos en salud y sostenibilidad; 10 compromisos en concreto con los que garantizamos atender necesidades alimentarias especiales, promoción de dieta saludable y calidad alimentaria. Otras empresas de distribución van por esta línea.

El programa Ekilibria, desde principios de 2017, asume el compromiso de dar información a los consumidores clara y veraz. Permite un diagnóstico nutricional de las compras de las familias, es decir, a los socios adscritos a este programa, que se pueden comparar con las recomendaciones de la dieta equilibrada. Estos socios también disponen de un consultorio nutricional, con respuestas de un dietista, y aporta recetas, etc. 24.000 familias españolas lo utilizan y reciben un informe de forma mensual. A través de este, se detectan grupos que consumen tres veces más de carnes rojas que lo que recomienda la dieta mediterránea, por ejemplo. Pero la tendencia es que va bajando este consumo y que sube el de fruta y verduras.

También hemos incorporado el ‘nutriscore’, que clasifica los alimentos en cinco categorías. Es el mismo sistema que Carrefour utiliza en Francia, un tipo de etiquetado nutricional que se suma al semáforo nutricional y da información de azúcar, sal y grasas saturadas en comparación con la ingesta recomendada.

El programa educativo para escolares de primaria es otro de los puntos destacados de nuestro trabajo. Han participado 870.000 escolares de 4.000 colegios. En Balears, este curso pasado fueron 134 los colegios que participaron; 23.000 niños de primaria, entre el 25 y el 30 por ciento. La valoración de los colegios es buena y este es el programa que recibió el premio de la Estrategia Naos. Tenemos la intención de llegar

a dos millones de niños formados en 2022. Por otro lado, hemos visto los enormes beneficios que reporta cuando les regalamos fruta.

Unos de los compromisos que tenemos adquiridos es prevenir la obesidad infantil, con una estrategia específica de la gama de Eroski donde se ajustarían los criterios de los códigos PAOS de comunicación y la composición nutricional, más restrictiva que la de productos para adultos. Muy pocos productos destinados a los niños y niñas cumplen los criterios de la OMS ahora mismo. Creemos importante acostumbrar a la población infantil a lo que es bueno.”

Qué se puede aportar desde el ámbito de la restauración

Pep Pelfort

Parto de un concepto amplio de gastronomía, interdisciplinar, que incluye en el acto de comer, no solo la cocina, sino todos los aspectos culturales, sanitarios y sociales implicados. Mis reflexiones en torno a la obesidad son:

- El gran incremento de la prevalencia del desequilibrio ingesta/consumo energético en lo que va de siglo se ha producido en un plazo demasiado corto como para atribuirlo a predisposición genética. Es evidente que se debe a un cambio sustancial en las causas ambientales, centradas en los hábitos de vida, no solo de cantidad de consumo alimentario sino de calidad. La paradoja está en que el incremento es mucho mayor en familias de clase social baja, dato en absoluto atribuible a su formación, sino a su poder adquisitivo: comer sano y equilibrado se ha convertido en muy caro. Y dejamos al margen el modelo de ocio y actividad física.
- Las causas reales podemos encontrarlas en una globalización culinaria ‘mal digerida’, la presión publicitaria de la industria de la alimentación y las cadenas de distribución y grandes superficies. Es evidente que para las empresas, consumidores delgados, sanos o críticos no son rentables, aspecto especialmente grave en niños y niñas y adolescentes.
- Abordarlo únicamente desde un punto de vista sanitario tiene muy poco recorrido, ya que la raíz del problema es económico y distributivo, al igual que con la paradoja del hambre/obesidad mundial o desperdicio de alimentos.
- Aunque ‘el veneno está en la dosis’, para que el alimento sea nuestra medicina, debemos invertir la tendencia actual de comprar calorías baratas, desequilibradas y, especialmente, de consumo rápido. Este punto enlaza con otro ingrediente clave en la cocina sana y la gastronomía de calidad: el tiempo.
- La falta de este ingrediente (el tiempo) imprescindible para comer bien y equilibrado ha desplazado los hábitos de alimentación tradicionales, como el mediterráneo: hace

falta tiempo para comprar en el mercado, cocinar recetas saludables y consumirlas en grupo, un hábito que servía de transmisión de conocimiento y socialización del modelo para niños y niñas y adolescentes. Sin tiempo en la cocina y la mesa seremos más obesos.

El resumen de esta propuesta sería incluir tiempo para cocinar en la receta médica y en la culinaria.

“Es importante el tiempo y transmitir el conocimiento y la esencia de la dieta mediterránea”

“La obesidad ha experimentado un aumento espectacular en el último siglo, sobre todo, la infantil. Han cambiado los hábitos sociales sin que en paralelo se haya producido un cambio de genética. No es un tema tanto cultural o de nivel de estudios, sino de poder adquisitivo; la comida de producto fresco, de mercado o de proximidad es cara. Es barato ir a grandes superficies y comprar productos elaborados, que realmente son los que engordan. Mientras que la comida de baja calidad es barata. Si la gente no puede comprar comida de calidad quizás no tiene sentido ninguna campaña. La realidad es: las clases bajas tienen más obesidad porque compran calorías más baratas. Hay un consumo excesivo de alimentos que no son sanos. Los niños que son obesos son en general pobres. Es una paradoja. Comer sano es caro.

Y es fundamental tener tiempo para cocinar, que también es necesario para poder transmitir los conocimientos y la esencia de la dieta mediterránea.

Lo mismo que pasa en las casas ocurre en los restaurantes. La gente en general no dispone de tiempo para ir al mercado, elegir la comida, caminar para ver la oferta e invertir luego dos horas para cocinar. Irá a comprar productos procesados para comer rápido y barato. Es decir, el ingrediente de la receta culinaria de lo que es sano es el tiempo, y se ha perdido. La dieta mediterránea es una mentira, nadie tiene tiempo para hacer esto, es decir, recetas de dos o tres horas. Mientras no haya tiempo para cocinar, la gastronomía y la obesidad van a estar ligadas. Desde el punto de vista gastronómico o de restauración, cocinar bien con producto de calidad es carísimo. Por tanto, es un problema estrictamente económico.

Si hay prohibiciones con toda una serie de medidas en publicidad, y si la comida es parte importante de la salud y es ‘medicina’ (me refiero al principio hipocrático de que la alimentación sea tu medicina), ¿cómo se puede permitir que los niños y niñas entren en un Mcdonald’s?

Hay cocineros líderes informando bien, que llevan años informando bien sobre comer bien. Pero es verdad que la restauración es un negocio que vive de esta querencia del cuerpo humano innata de querer disfrutar de la comida, de más azúcar, o de más carne. La doble ración del pastel de chocolate ‘tira’ en instagram.”

Qué se puede aportar desde otros sectores

Núria Llabrés

Según las agencias de las Naciones Unidas (FAO y OMS), el actual sistema alimentario es, en gran parte, el responsable de la pobreza, el hambre y la mala alimentación a nivel mundial. A eso se le suma que es causante de casi el 50 % de las emisiones de CO₂, fomenta desigualdades entre hombres y mujeres y es destructor de la economía del sector productivo y distribución familiar, forzando migraciones del campo a la ciudad. Los cambios en la sociedad hacen que se tengan que replantear las estrategias que se han llevado a cabo para hacer frente a la vulneración del derecho a una alimentación adecuada, ya que la realidad socioeconómica actual es muy diferente a cuando se establecieron, y se demuestra que no tienen efecto. La mala alimentación está provocando un aumento alarmante de la obesidad y el sobrepeso; diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. Comer nos alimenta, pero también nos enferma. Se podría decir que cada vez nos enferma más y no lo hace de la misma manera en todo el mundo. Hay una diferencia social (afecta más a las clases populares) y una diferencia de género (afecta más a las mujeres), y para empeorar este panorama, el colectivo que presenta peores índices de alimentación es la población infantil. Esto implica una hipoteca sanitaria futura de consecuencias imprevisibles. Los porcentajes de población afectada por estas enfermedades demuestran que la mala alimentación no es un problema individual sino estructural, y hacen falta políticas públicas decididas, encaminadas a revertir esta situación. Desde nuestra entidad, Justicia Alimentaria, apuntamos hacia acciones que favorezcan la agricultura familiar, promocionar una alimentación saludable basada en productos frescos y la reducción de productos procesados, e incentivar la economía local y la dinamización de la actividad ligada a la alimentación, desde el ámbito individual, colectivo y público. El hecho de que la población sea cada vez más urbana o que los circuitos cortos de comercialización y mercados locales se hayan reducido frente a los sistemas de distribución moderna y el comercio de larga distancia son cambios trascendentales que se tienen que reflejar a la hora de tomar decisiones y medidas.

“Hay que crear un ambiente alimentario sano”

“El sistema alimentario actual es la principal causa de hambre en el mundo y el que está llevando a la obesidad. Hay que trabajar hacia un sistema alimentario más responsable y más solidario. Desde la cooperación, con proyectos a nivel internacional, se trabaja en favor de un modelo de desarrollo justo y siguiendo los modelos de la soberanía alimentaria.

Nuestro sistema actual está creando desigualdades; 815 millones de personas en el mundo sufren hambre y 1.400 millones tienen obesidad y sobrepeso. Este es un sistema alimentario con impactos medioambientales que sustenta una alimentación basada en productos procesados y cargados de azúcar, para alimentarnos de una manera que nos enferma.

Hay muchas enfermedades relacionadas con la mala alimentación. A finales de los años 70 perdimos la dieta de productos frescos, de legumbres, que son las grandes desaparecidas. El 70 por ciento de nuestra alimentación se basa en productos procesados. Esto tiene consecuencias también en el gasto público en sanidad, y de ahí la necesidad de cambiar el modelo desde la administración pública.

Por otro lado, el sistema alimentario actual no está respondiendo al derecho de una alimentación adecuada para toda la sociedad. Hay una parte de la población que no tiene acceso a esta alimentación saludable. Por suerte, la sociedad es cada vez más consciente del modelo que se quiere fomentar y de que la obesidad, el sobrepeso y algunas enfermedades están relacionadas con la mala alimentación. O seguimos por aquí, y vemos a dónde llegamos, o ponemos sobre la mesa una serie de medidas necesarias.

Desde la administración y desde la sociedad organizada hay que pensar en qué modelo se quiere fomentar y en si es necesario ir hacia un modelo más justo, más responsable y más saludable. La mala alimentación es un problema estructural de nuestra sociedad. Cómo nos alimentamos es una elección estructural, y el mayor cambio tiene que ser desde las políticas, que es a través de donde se puede llegar a toda la sociedad. Y no puede ser que una alimentación responsable, ecológica, sea accesible solo para una parte de la población. Hay que crear un ambiente alimentario sano y favorecer que la gente esté informada. Así, el etiquetaje tiene que favorecer que la gente tenga acceso a una información clara. No sirve poner los valores nutricionales si la gente no lo entiende o no sabe cuántas calorías tiene que comer al día.

Desde nuestra organización, también estamos a favor de la regulación de la publicidad y de dar un paso más y prohibir los productos que no cumplan los valores saludables en horario de público infantil. Consideramos que en Educación tiene que entrar todo el tema de la alimentación, se tienen que promocionar las buenas prácticas agrarias, plantear medidas como la rebaja fiscal, por ejemplo el IVA cero para los alimentos frescos, o el impuesto de bebidas azucaradas. Por otro lado, la compra pública debe incorporar los criterios de sostenibilidad alimentaria, y es necesario acompañar procesos hacia políticas alimentarias más saludables y más sostenibles. El Pacto de Milán de política alimentaria, al que se ha adherido el Consell Insular de Menorca, insta a las administraciones a trabajar a favor de una alimentación saludable y accesible. La institución insular ha elaborado la Estrategia Alimentaria de la isla con acciones a desarrollar desde agricultura, cultura, bienestar social, medio ambiente, promoción económica y turismo.

Por último, comentar que desde Justicia Alimentària también hemos hecho un decálogo de acciones para que los ayuntamientos puedan trabajar estas políticas alimentarias sostenibles.”

El debate de la segunda sesión

La gastronomía está de moda, y es un buen momento para poner al alcance platos sencillos, baratos y saludables, se dijo. También que comer bien, si se dispone de tiempo, puede ser barato, aunque suele ser un tipo de plato o de gastronomía que no luce o no vende tanto. En contraposición, se puso sobre la mesa el éxito en 10 años del programa de restaurantes acreditados en Amed de Cataluña, con agua gratuita en la mesa, que incorpora productos integrales y verdura en los menús y con la posibilidad de llegar a 90.000 comensales cada día.

Se habló también de la necesidad de poner en marcha políticas que puedan desacelerar desigualdades o problemas como la obesidad. Y sobre todo, de políticas de consenso; de lo necesario que es aquí estar todos de acuerdo. “Hacer el esfuerzo de sentarnos y entendernos, que es también el objetivo de este encuentro”, se dijo.

El 60 por ciento de la distribución recae en cinco grandes cadenas de supermercados y es de esperar que esta ‘lea’ que la sociedad quiere alimentarse mejor, dijo Núria Llabrés, de Justicia Alimentària. Por otro lado, se habló de que no se puede confundir seguridad con saludable.

Los productos son seguros, pero no son siempre saludables. “La sociedad occidental tiene una esperanza de vida de ochenta y tantos años; ¿comemos peor que antes de la guerra?”, lanzó uno de los asistentes. La respuesta fue que no. Y se añadió que hay 20.000 opciones (productos) para comprar, y más oferta en Europa que en Estados Unidos.

Entre los asistentes se argumentó que el acceso a todos los productos en general lo tenemos todos, que en los supermercados encontramos desde lo más natural a lo más procesado, y que la cultura es un elemento importante a la hora de comprar.

También se hizo alusión a la influencia de culturas que han hecho cambiar los hábitos alimentarios. “Europa no es África, pero hay un factor socioeconómico relacionado con la obesidad”, se dijo.

En cuanto a la influencia del nivel socioeconómico y de educación, se apuntó que muere más gente por temas cardiovasculares y diabetes cuando sus índices socioeconómicos son más bajos. Y se apeló a los pactos con la industria para la correcta alimentación y abaratar productos como la fruta. “La industria tiene que ponerse las pilas para cumplir las normas, y la Administración hacer lo propio para hacer un modelo más equitativo, porque la obesidad cuesta dinero y afecta a la calidad de vida de quien la padece”. Y aunque no es lo mismo que con la industria tabacalera, se dijo, se apuntó que sí hay unos objetivos de trabajo comunes.

Por otro lado, se habló de que hay tres factores que influyen en la obesidad infantil: sedentarismo, escaso consumo de frutas y verduras y problemas económicos, según constata el informe Eroski, dejó claro su representante.

También se habló de la necesidad de rescatar la dieta mediterránea. Por su parte, la portavoz de las medidas del Gobierno de Andalucía, Begoña Gil, explicó la evidencia en

las intervenciones en colegios, como regalar fruta y verdura. Es limitada, dijo, al tiempo que apuntó la necesidad de cambiar los entornos, de tener colegios libres de publicidad, de una oferta alimentaria modélica y de promover la actividad física.

Y se refirió a la educación alimentaria como una obligación ética, la de desarrollar el gusto por lo saludable en niños y niñas, y que estas acciones en el ámbito educativo sean continuadas en el tiempo para que sean eficaces. Se habló también de la importancia de que todo el entorno en el que se mueven los niños y niñas tenga opciones saludables, de que no haya publicidad engañosa y de que su familia, su 'tribu', después, para cenar, ponga comida saludable.

La formación es una parte más de la solución global, se concluyó en este sentido. Y se volvió a hacer hincapié en un etiquetado que proporcione una información clara e inteligible.

Por último, en el debate de esta mesa se insistió en el gran reto que supone hacer más atractiva la alimentación saludable.

7. Tercera mesa de intervenciones

Cómo abordamos la obesidad infantil y adulta con un enfoque de determinantes sociales

- Begoña Gil Barcenilla. Directora Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)
- José Manuel Aranda. Doctor en Medicina, especialista en medicina familiar y comunitaria. Centre de Salut Alcúdia. Servei Balear de Salut



Begoña Gil y José Manuel Aranda.

Obesidad y desigualdades

Begoña Gil

Aunque la epidemia de obesidad está muy extendida, se sabe que es un marcador de desventaja social. Las mujeres y los niños en los grupos de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables y soportan inequidades en obesidad que se transmiten de generación en generación. Esto es así porque los determinantes de la salud y de la enfermedad (y por tanto, de la obesidad) son sobre todo sociales, económicos y culturales. Las personas y los grupos, en función de su clase social, género, territorio o etnia tienen distintas oportunidades y recursos en relación con la salud y esto se traduce en peor salud de los colectivos menos favorecidos.

Recíprocamente, las consecuencias económicas y sociales de la obesidad dificultan la participación en el mercado laboral de las personas afectadas, lo que a su vez, contribuye a reforzar las desigualdades sociales existentes. Es decir, la obesidad empobrece a la sociedad porque las personas con obesidad tienen peores perspectivas laborales comparado con

las personas con normopeso; tienen menos probabilidades de tener empleo y tienen más dificultades para reincorporarse al mercado laboral.

Por otro lado, las personas con obesidad sufren diferentes formas de estigmatización y discriminación, más acusadas en el caso de las mujeres.

Los prejuicios y la estigmatización que sufren las personas con obesidad se dan en todos los entornos: educativo, laboral, sanitario y medios de comunicación. Las políticas y las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a la prevención y el control de la epidemia de obesidad deben ser cuidadosamente diseñadas pensando siempre en los grupos sociales más desfavorecidos y evitando culpabilizarlos para no agravar la brecha de desigualdades existente.

Generalizar la atención a la obesidad en los servicios sanitarios requiere un importante esfuerzo de formación basado en la evidencia de las intervenciones, con enfoque de desigualdades y la perspectiva del ciclo vital e incluyendo la lucha contra la estigmatización y discriminación de personas afectadas.

“La obesidad empobrece más y resta oportunidades vitales”

“Cuando hablamos de desigualdades sociales en salud, en obesidad se ve muy clara la influencia de la clase social, el territorio y la etnia. En la infancia, las desigualdades en obesidad son todavía más patentes: se ve el doble de niños y niñas obesos entre los que tienen peor situación socioeconómica. Si echamos una mirada a la población adulta, vemos que en los hombres, la tendencia es similar para todas las clases sociales. Mientras que en las mujeres la evolución en la clase favorecida y desfavorecida no es igual. También está la influencia de la etnia, y en concreto, la población gitana, donde las prevalencias de obesidad en mujeres son muchísimo más elevadas. Si analizamos la obesidad a lo largo del ciclo de la vida, vemos cómo las desigualdades se inician en el embarazo y se van transmitiendo a lo largo de todas las etapas, como si estas desigualdades fueran una especie de camino que lleva a la obesidad.

También hay diferencias en las causas. Por ejemplo, la actividad física en mujeres, que es inferior a los hombres, muchas veces, porque las mujeres tienen diferente disponibilidad de tiempo y menor disposición de dinero. También está la presión social por tener cuerpos esbeltos. Existe mayor preocupación por el peso entre las mujeres y hay una percepción diferente del problema de la obesidad en función del género. En cuanto al efecto de los disruptores endocrinos, el efecto puede ser mayor en las mujeres que tienen más grasa corporal. Si hablamos de las consecuencias económicas y sociales de la obesidad, que se da más en grupos desfavorecidos, hay que añadir además que empobrece más, que resta oportunidades vitales, entre ellas, las laborales. La obesidad empeora la baja autoestima y aparece asociada

un problema de estigmatización. Las mujeres con obesidad tienen más posibilidad de sufrir discriminación que los hombres. De hecho, se observa más problema de discriminación con menor IMC (Índice de Masa Corporal) para las mujeres que para los hombres. La estigmatización de personas con obesidad se puede dar en diferentes sitios: lugar de trabajo, medios de comunicación y en las relaciones interpersonales. En los servicios sanitarios también lo constatamos; hay prejuicios interiorizados. Las personas con problemas de peso si no se sienten bien tratadas retrasan algunas revisiones. Es importante tratar a los pacientes con sensibilidad y empatía y tener en cuenta que pueden haber tenido experiencias negativas en la atención en el sistema sanitario. Por esto, es conveniente explicar a los profesionales de la salud que la obesidad tiene una etiología compleja y que no depende solo de la voluntad de los pacientes. Y hay que enfatizar en cambios de estilo de vida, dar consejos concretos en lugar de decir ‘tiene que adelgazar’, y explicar, en definitiva, que pérdida de peso puede suponer grandes ganancias en calidad de salud. En las consultas, por otro lado, se debería disponer de un mobiliario y equipamiento adaptado y siempre evitar caer en la estigmatización. Conviene extremar la precaución desde la salud pública con el discurso del peso y las mujeres, tratando de evitar que sea un discurso de culpabilización. Y hay que tener siempre en cuenta estos aspectos éticos en todas las actuaciones, incluso en las que se hacen en niños y niñas en las escuelas, no pesando, por ejemplo, delante de toda la clase a los que tienen obesidad, sino que todos los niños y niñas tendrían que pesarse en privado y de una forma muy cuidadosa.

Por otro lado, se ve el síndrome de la resistencia a la obesidad entre los profesionales, esto es, cierto desinterés o antipatía por este tema o nihilismo terapéutico. De hecho, incluso se constatan prejuicios. Conviene hacer un grandísimo esfuerzo en formación de profesionales con este enfoque de desigualdades. Y que esta formación cuide también el tema de la imagen, por ejemplo, proporcionando fotografías que en lugar de contribuir a la estigmatización permitan un tratamiento positivo de las personas con obesidad. Un ejemplo sería la fotografía de una persona con obesidad preparándose una comida saludable o caminando, en lugar de una imagen en el sofá o en actitud pasiva.

Sobre el tema del marketing, hay que decir que si se restringe, las consecuencias en las clases desfavorecidas serán mayores y serán los máximos beneficiarios, si tenemos en cuenta que son en general estos grupos los que más horas pasan viendo la televisión.”

Taller para el abordaje de la obesidad en consulta y en la entrevista clínica.

Un enfoque desde Comunitaria

José Manuel Aranda

El propósito de este taller es intentar construir entre todas las personas participantes una visión integrada del abordaje de la obesidad como problema de salud tanto en sus aspectos clínicos como de salud pública. Partimos del convencimiento de que existe un hilo de continuidad desde la detección del problema en las consultas por los profesionales asistenciales hasta las medidas comunitarias de salud pública que puede tomar la administración a sus distintos niveles o las empresas y organizaciones sociales implicadas. Queremos mostrarlo partiendo de casos reales y discutir en cada situación particular como articular una respuesta eficaz. En esa respuesta todos los actores sociales tiene su papel y el reto es construir una organización que sea capaz de coordinar las acciones y potenciarlas: hacer efectiva en la práctica la coordinación intersectorial con participación social de la que todos hablamos.

Nos planteamos específicamente discutir:

- Las repercusiones de los determinantes sociales de la obesidad.
- La necesidad de hacer un abordaje del problema desde la perspectiva de la equidad con la meta de corregir con nuestras intervenciones desigualdades en salud (o por lo menos no aumentarlas).
- Algunas controversias actuales en el tratamiento dietético de la obesidad y el concepto de alimentación saludable.
- La invisibilidad y el estigma de la obesidad, especialmente en lo que se refiere a la resistencia y actitudes negativas de los profesionales de salud.
- Los problemas de gestión que comporta la acción intersectorial y comunitaria. Modelos e instrumentos para la gobernanza.

“La respuesta tiene que ser global y articularse a nivel local”

Lo que planteamos en el taller es cómo se recorre el camino desde un caso clínico tratado en la salud pública y cómo tendrían que darse las respuestas. Porque hay cierta preocupación por parte de los profesionales y cierta soledad en la consulta frente al paciente o frente a la situación que se está viendo. Es importante tener la sensación de que la respuesta se articula de forma conjunta. La respuesta tiene que ser global, pero tiene que articularse a nivel local. Y plantear modelos de intervención desde la promoción de la salud, de algo que tiene que ver con la salud, no con la enfermedad. Introducir salutogénicos, no elementos patogénicos. Identificar en cada caso los factores de salud y ofrecer soluciones factibles desde el centro de salud.

Casos prácticos expuestos

Se presentan dos casos reales de pacientes y situaciones de gestión para el análisis a través de una discusión del grupo. Se plantea así la construcción de un modelo obesogénico para cada caso y la necesidad de un nuevo modelo de intervención que permita hacer el análisis de las actitudes de los profesionales en el marco de promoción de la salud y los modelos prescriptivos. En cada caso de paciente se analizan las condiciones socioeconómicas culturales y ambientales de la persona, sus condiciones de vida y trabajo, las redes sociales y comunitarias con las que cuenta y sus factores individuales. Se usan como guías el modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead para la construcción del sistema obesogénico de cada paciente y la propuesta de actuaciones. Los dos casos plantean la necesidad de respuesta complejas y específicas de cada situación particular que no se resumen en la prescripción de una dieta y un plan de actividad física. Además, nos alertan del riesgo de aumentar las desigualdades si no tenemos en cuenta las características sociales de cada caso.

Primer caso expuesto: “Caso María”

María es una paciente mía de 67 años, y la relación con ella empezó a raíz de los cuidados de su marido afectado de ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) de curso rápido y progresivo. Cuando la conocí, era profesora de historia del instituto, aunque había pedido asuntos propios para cuidar a su marido (una persona muy conocida en el pueblo). Vivían en una urbanización en una casa preciosa con una terraza que daba directamente al mar. La dedicación exclusiva y los cuidados de María nos impresionaron, tanto a la enfermera como a mí, y pronto surgió una relación de simpatía mutua.

El duelo fue duro y prolongado. María decidió jubilarse y eso la aisló más aún en su casa, se abandonó y en las consultas de seguimiento vimos cómo descuidaba su aspecto físico, engordó unos kilos y no tenía nada de actividad física ni relaciones sociales. Afortunadamente, un grupo de amigas la convencieron de seguir colaborando con el instituto (su pasión eran los alumnos y la historia), y poco a poco, fue remontando. Prueba de ello fue que decidió hacerse un chequeo médico completo. Como tenía un seguro privado por MUFACE, acudió a todos los especialistas que consideró oportuno, quienes le hicieron todo tipo de análisis y pruebas. Estaba sana, pero le sobraban 6 kilos y fue remitida a un nutricionista, quien después de muchas mediciones antropométricas y una batería de preguntas sobre su alimentación y actividad física, metió los datos en una máquina y le mostró las necesidades de nutrientes de su cuerpo. Estaba encantada. Le puso una dieta de 1500 calorías, un suplemento vitamínico, le recomendó una actividad física moderada a su gusto y la citó mensualmente.

A los 3 meses había perdido los kilos que le sobraban, y el nutricionista, después de felicitarla, le propuso una dieta equilibrada con balance calórico 0 y mantener el nivel de actividad física, dándole el alta. Fue entonces cuando vino a mi consulta a contarme todo esto y a que le resolviera unas dudas por lo que había leído por internet y la prensa sobre las recomendaciones

que le había hecho el nutricionista. La primera era en relación con los lácteos: el nutricionista le había aconsejado aumentar su consumo por las necesidades de calcio (pero desnatados o semidesnatados), le había recomendado de todas formas un suplemento de calcio con vitamina D. A ella no le gustaba nada la leche desnatada, odiaba tener que tomar todos los días una pastilla y además había leído en “El País” unos estudios recientes que desmitificaban el consumo de desnatados. ¿Qué hacía? ¿Dejaba de tomar las pastillas? ¿Cambiaba a leche de soja? ¿Seguía al pie de la letra las recomendaciones del nutricionista?

La segunda duda tenía que ver con la dieta mediterránea, de la que era una forofa incondicional. El nutricionista le había prohibido en su dieta de mantenimiento los fritos y los frutos secos. ¿El sofrito de la dieta mediterránea es un frito? ¿Son tan malos los frutos secos, incluso siendo parte esencial de la dieta mediterránea?

Las consultas de María siempre fueron un reto, así que, en vez de contestarle allí en ese momento, le dije que me dejase una semana para revisar los últimos estudios científicos sobre las cuestiones que me planteaba, y le di una cita concertada de 20 minutos a la semana siguiente. El fin de semana me pasé una tarde divertida haciendo una revisión bibliográfica en Pubmed sobre estos tres ítems: ¿qué relación existe entre el consumo de lácteos y la obesidad?; ¿qué relación existe entre consumo de fritos y salud?; ¿qué relación existe entre el consumo de frutos secos y salud?

Discutí los resultados con María la semana siguiente y llegamos a la conclusión de que, puesto que no parecía haber relación entre obesidad y la grasa de la leche, que consumiera los lácteos como le gustasen más. Y:

- Que el lácteo que parecía más recomendable era el yogur entero con fruta natural.
- Que entendiendo como frito el sofrito, su consumo es saludable y recomendable al menos tres veces a la semana. Que el consumo de fritos dentro de la dieta mediterránea (productos saludables en aceite de oliva) no se asocian con mayor mortalidad, ni general ni cardiovascular, pero dado su alto contenido calórico, es conveniente no tomarlos muy frecuentemente, si se quiere mantener el peso.
- Que el consumo recomendable de frutos secos es al menos tres veces a la semana. Dado que son sabrosos de por sí lo mejor es que no estén salados ni fritos.

Los dos acabamos la consulta muy contentos, ella viene a pesarse una vez cada dos meses (mantiene su peso sin muchas variaciones, salvo en las fiestas), charlamos de cocina mediterránea y de la vida. Siempre me trae de regalo una botellita de aceite de oliva virgen de la zona.

	CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS CULTURALES Y AMBIENTALES	CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS	ESTILOS DE VIDA	FACTORES INDIVIDUALES	RESULTADOS
+	Tener dinero disponible Vive en un lugar privilegiado Nivel laboral + Hace actividades culturales que aprovecha	Buena relación terapéutica. Nivel educativo alto. Nivel económico medio. Centro de salud de Alcúdia-actividades comunitarias de programa de activos rutas. Explorar soledad y dependencia Prevención cuaternaria. Longitudinalidad (en atención) Control peso, resolución dudas, dieta + personalizada y de mejor seguimiento adhesión Motivación, predisposición, caso clínico de menor complejidad	Reincorporación mundo laboral Rol tribu Red social potente Relaciones sociales adecuadas: + autoestima Recuperación de actividades laborales, nivel social formativo, grupo orientador	Dieta mediterránea Cocina lo que come Baja act. física motivación act. física “empoderada” Actitud proactiva (imagen) Actividad positiva ante la vida Jubilada: tiene mucho tiempo libre para cocinar, hacer actividad física Interés por aprender (pensamiento crítico). Busca ella la información ¿lácteos? ¿sofrito? ¿frutos secos? Actividades voluntarias en la escuela Interés por leer, por contrastar lo que lee con un profesional		Persona sana
-		Doble aseguramiento Parece que sigue dependiendo del sistema sanitario para mantener el paro		Cocinar antes tenía un sentido Vivir sola	Mujer 67 años Cuidado de familiar Pérdida del marido Soledad	Duelo Malestar emocional Sobrepeso de relativa corta evolución

Construcción en grupo del modelo obesogénico de la paciente, propuesta de un nuevo modelo de intervención y análisis de las actitudes de los profesionales en el marco de promoción de salud y los modelos prescriptivo, donde también se analiza cuál es la dieta más adecuada en su caso.

En el trabajo de grupo para construir el modelo obesogénico de María se pone de manifiesto que el problema de sobrepeso es de corta evolución y desencadenado por una reacción de duelo prolongado, de la que la paciente ha salido con sus propios medios. La relación con el sistema de salud es positiva y empalica y le facilita la resolución del problema y el mantenimiento de su salud. Los profesionales, especialmente su médico de cabecera, le han dedicado tiempo y recursos. Quizás el seguimiento debería hacerse hincapié en evitar la dependencia de los servicios, fomentar la actividad física y en abordar el aislamiento y los sentimientos de soledad que pudiera tener María por su contexto vital.

Segundo caso expuesto: “Caso Mateu”

A Mateu le he visto poco en la consulta. Es un hombre de 65 años, natural de Mallorca, que se acaba de jubilar (obrero de la construcción pero sus padres eran payeses), padece de diabetes, hipertensión, dislipidemia y obesidad; dejó de fumar hace dos años por su cuenta. Lo trae su mujer a la consulta quejándose de él: dice que es un desastre, que

come y bebe lo que le da la gana y que desde que se jubiló pasa el día en el bar echando la partida con los amigos o en la sala de televisión de su casa (se ha abonado a Gol TV). Su mujer es el típico ejemplo de libro de acompañante intrusiva, no le deja hablar y responde a todas las preguntas que hago a Mateu aunque me dirijo a él directamente. Tengo que reconocer que me saca de quicio. Pero bueno, aproveché la situación para solicitar un control analítico que no tenía hecho desde hacía más de un año y pedir un fondo de ojo y un EKG. Lo cité a consulta concertada para ver los resultados. A la revisión volvió a venir con su mujer: la hemoglobina glicosilada estaba por las nubes, los triglicéridos y el LDL también, la tensión arterial era 160/100. Tenía un IMC de 38 (le sobran 30 kg) y dice que no se mueve porque le duelen las rodillas. “¡Ve usted!”, me increpa la esposa, quien me debe haber notado que me pongo de parte del paciente. Intento reconducir la consulta a terrenos más clínicos y después de comprobar en su historia que no hay ninguna causa de obesidad secundaria, entiendo que su sobrepeso se debe a un exceso de ingesta y a un déficit de gasto con un balance calórico positivo. Le paso el test de adherencia a la dieta mediterránea (puntuación de 6), le doy un impreso al paciente de encuesta alimentaria de dos semanas y le presto un podómetro para comprobar si es sedentario. En la revisión a los 15 días se comprueba un exceso de ingesta de calorías basado en hidratos de carbono de absorción rápida (patatas, pasta, arroz, mucho pan, algún dulce) y grasas saturadas de origen animal, da 300 pasos al día (todo lo ha anotado la mujer). Con el diagnóstico de alimentación inadecuada (por déficit de verdura y fruta y exceso de hidratos de carbono y grasas saturadas), obesidad primaria y sedentarismo le prescribo una dieta equilibrada de 1500 calorías y un plan de actividad física que incluye una hora de paseo a paso rápido todos los días. Lo cito a la consulta de enfermería para seguimiento a los 3 meses con una nueva analítica. La situación del paciente a los 3 meses no se ha movido un ápice y me lo remite de nuevo a consulta médica. Nos desesperamos y cambiamos de bando (“¡Es que no tiene educación!; ¡No hace caso de nada!; ¡Vendrá cuando se infarte!”).

Construcción en grupo del modelo obesogénico del paciente, propuesta de un nuevo modelo de intervención y análisis de las actitudes de los profesionales en el marco de promoción de salud, donde tienen especial relevancia los prejuicios o ideas preconcebidas sobre su realidad.

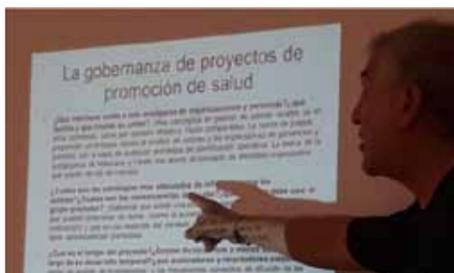
	CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS CULTURALES Y AMBIENTALES	CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS	ESTILOS DE VIDA	FACTORES INDIVIDUALES	RESULTADOS
+		Centro de salud estupendo Pueblo estupendo	Tiene una mujer que le quiere cuidar Red social La esposa tiene interés en que pierda peso y se cuide ¿Cómo es la relación con su mujer?	¿Cuáles son sus aficiones? ¿Cómo vive la jubilación? Jubilado. Tiene mucho tiempo libre para hacer actividad física, aprender a cocinar, comprar... ¿Qué le gusta comer? ¿Qué hay en el pueblo que pueda gustarle? No fuma desde hace 2 años. A pesar de todo acude a consulta. Red social (no ayuda). Parece que le gustan los deportes (Canal Gol TV)		Le duele la rodilla
-	Nivel formativo ¿Qué oportunidad de ocio tiene? Nivel educativo Rol masculino emocional ¿Qué le queda de pensión? Nivel adquisitivo Nivel cultural	Momento inadecuado de intervención No utiliza los recursos del Ayuntamiento Barreras culturales acceso a la consulta Papel culpabilizador del médico/enfermero	Relaciones personales TV, bar, no ejercicio, pasividad Jubilado, bar, relación social Mujer intrusiva	Sedentarismo ¿Qué come en el bar? ¿Qué hace los fines de semana? Estilo vida biológico TV bar No comparte tareas relacionadas con la alimentación: compra, cocina, otras. Disminución actividad física. Aumento sedentarismo Poca adherencia a dieta mediterránea. ¿Qué pasa con su sexualidad? Jubilado. Tele +++ Dependencia alimenticia	Desmotivación No ha pedido ayuda para adelgazar Afrontamiento ineficaz manifestado por no conciencia riesgo-sonrisa Conformismo	Obesidad franca Pluripatología Le duelen las rodillas ¿Cómo están los ánimos? ¿Depresión?

El trabajo para construir el modelo obesogénico de Mateu es muy interesante por la evolución del pensamiento del grupo. Inicialmente, los comentarios consideran la intervención de los profesionales adecuada y responsabilizan al paciente de la falta de interés por mejorar su salud. Se llega a decir que en estos casos lo mejor es no perder el tiempo. Pero un análisis más profundo pone de manifiesto que con la información disponible sabemos muy poco del complejo causal que explica la obesidad de Mateu: ¿con qué recursos económicos cuenta la familia?; ¿qué oportunidades de ocio tiene?; ¿es el momento adecuado para la intervención?; ¿cuál es el papel de la esposa en los cuidados de Mateu?; ¿cómo son las relaciones de pareja?; ¿cuáles son sus aficiones?; ¿cómo vive la jubilación?; ¿qué le gusta comer?; ¿qué hace los fines de semana?; ¿está deprimido?...

El modelo de determinantes de salud pone de manifiesto nuestra ignorancia (y el desinterés). El profesional ha supuesto o ha considerado irrelevante esta información que, sin embargo, es básica a la hora de diseñar un plan negociado de intervención. Las diferencias de clase se ponen de manifiesto cuando comparamos con el caso de María. El profesional agrava las diferencias sociales con su intervención.

El debate del taller

En la evaluación de los casos clínicos trabajados de forma conjunta por los participantes del encuentro se incidió en la repercusión de los determinantes sociales de la obesidad, esto es, que la obesidad es un problema que tiene que ver con la desigualdad. También en las actuales controversias entre obesidad y alimentación saludable (papel de los lácteos en la dieta, hacer operativa la dieta mediterránea, los fritos y la salud), así como el estigma de la obesidad (invisibilidad, negación, estigmatización) y en los problemas de gestión clínica que comporta. Se habló del tema de la imagen personal y de lo mal que puede sentirse una persona obesa cuando se mira al espejo y de cómo socava ese hecho la autoestima y el empoderamiento, por lo que se dejó claro que parte del trabajo tiene que ver con la recuperación de la imagen. También se incidió en aprovechar la longitudinalidad de la atención para reforzar el vínculo profesional-paciente y en la flexibilidad del profesional en Atención Primaria. Los asistentes del taller concidieron en trabajar la entrevista clínica motivacional, la empatía, el respeto y el estar presentes, en detrimento de elementos como la prescripción de lo clínicamente correcto, la invisibilidad del problema o la estigmatización. Cada caso analizado es distinto y se vio cómo precisa de tratamientos distintos. Los problemas de salud tienen que ver con factores individuales biológicos, pero el estilo de vida y las condiciones de vida, que son los determinantes, no son inamovibles desde la consulta.



José Manuel Aranda, hablando de prescripción social como recurso para desmedicalizar en consulta.

De la misma forma, quedó claro en este análisis de casos clínicos que no podemos dar nada por supuesto o dejarnos llevar por prejuicios, y que muchas veces es necesario invertir en más escucha del paciente, siendo conscientes de nuestros propios filtros. Se analizó la importancia de la prescripción social de los activos de salud del contexto en el que se trabaja, porque “sin un mapa de activos en salud a nivel de comunidad no hay forma de abordar un modelo obesogénico completo”, tal y como se dijo. La importancia de los determinantes de la salud, de los activos en salud, la prescripción social y el papel de la salud pública fueron los ejes de la parte final de la intervención, incidiendo en la importancia de identificar espacios salutogénicos, localizarlos y prescribirlos. Por último, desde la experiencia de proyectos de promoción de la salud, se habló del problema que plantea muchas veces la gobernanza y del reto de la gestión de proyectos y de la necesidad de personas al frente motivadas, sin que el proyecto, no obstante, dependa de esto exclusivamente. Y se dejó clara la necesidad de que las instituciones públicas, como los ayuntamientos, se impliquen desde el principio y busquen

recursos para la acción social en salud, así como de la sostenibilidad y la estabilización de estos proyectos. Hacer que un proyecto sea del pueblo o comunidad, con gestores no vinculados a la autoridad, y que para el profesional sea realmente un recurso para desmedicalizar en consulta, se apuntó.

El ejemplo del pueblo de Nerón (Galicia)

Durante la sesión, se puso el ejemplo del pueblo de Galicia, Nerón, donde el doctor Carlos Piñeiro ha impulsado la iniciativa “100.000 motivos de peso”, poniendo a dieta la localidad entera. El programa consiste en que en dos años, las 4.000 personas que se han apuntado al reto adelgacen 100.000 kilos reduciendo el uso de sal, azúcar y grasas en las comidas y haciendo deporte.

“100.000 motivos de peso”

(La noticia en los medios)

Para conseguir el objetivo, el doctor Piñeiro comenzó dando ejemplo: todos los días, a las 8 de la mañana, salía con unos cuantos pacientes a caminar por el pueblo antes de impartir la consulta. Ahora ya se han formado grupos de vecinos que se unen para hacer ejercicio todos los días. Cuenta el doctor que solo con esto, en menos de tres años, han logrado reducir casi a la mitad los ingresos hospitalarios en personas mayores de 70 años. Y todo en una población de 40.000 habitantes donde se habían registrado 3.000 personas con obesidad, y 9.000 con sobrepeso.

Tal es el éxito, que el programa diseñado por el doctor Piñeiro está dando la vuelta al mundo. Japoneses, australianos y estadounidenses se han acercado al pequeño pueblo gallego para conocer las claves de esta iniciativa. Porque 100.000 motivos de peso es mucho más que adelgazar. Se trata de un programa integral, donde se han ido sumando las escuelas, restaurantes y políticos, que se han subido públicamente a una báscula para mostrar su apoyo a la causa.

Además, la iniciativa tiene un componente social, pues por cada kilo que uno adelgace, el compromiso es donar un kilo de alimentos al Centro de Recursos Solidarios de Narón. Porque junto a los altos índices de obesidad que se registran en el pueblo conviven también muchas personas con malnutrición y hambre física. Nueve meses después de comenzar el programa, los pacientes de Piñeiro dicen que se sienten mucho mejor. Que les ha cambiado la vida. Y que además de comer mejor, han reducido enormemente la medicación: caminar en grupo les ha sacado de sus casas, del sofá, de la tele, muchas veces de la melancolía y de la soledad, “otro de los grandes males de nuestro pueblo”, comenta el doctor.

(Noticia en Cadena Ser)

Bibliografía del taller

- *Obesity and inequities*. WHO 2014
- *Obesity and inequities*. Lobstein
- *The art of medicine. Changing perceptions of obesity—recollections of a paediatrician*. LA Baur 2011
- *Body Weight. Rethinking Women and Healthy Living*. British Columbia
- *Centre of Excellence for Women's Health. Prairie Women's Health Centre of Excellence*. Atlantic Centre of Excellence for Women's Health. 2013
- *Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care*. R Tanas 2017
- *Stigma and the perpetuation of obesity*. Brewis AA. 2014
- *Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity*. SJ Pont 201

Otros recursos

Compartimos esta iniciativa que resulta muy inspiradora: “*Caminar es un acto revolucionario de autocuidado*”, en la que las mujeres negras de USA no se resignan a tener obesidad y se ponen en marcha. https://www.ted.com/talks/t_morgan_dixon_and_vanessa_garrison_walking_as_a_revolutionary_act_of_self_care?language=es

Lo que hace poderoso este movimiento de reivindicación pacifista es que trata de reflexionar para cambiar. Combina la reflexión (sobre la propia situación y la de la comunidad) que permite tomar conciencia con el paso a la acción desde una posición activa (qué cosas podemos hacer para tomar el control). La carga motivacional que implica la reflexión (sentirte cargada de razones, tus razones, las de los tuyos,...), el empoderamiento que se produce al ponerte en marcha (comprobar que puedes, que cada día puedes más...) y lo sencillo de la acción (caminar cada día, organizarse para hacerlo...) hace que este sea un movimiento imparable.

¿No sería estupendo poner en marcha dinámicas similares en nuestro entorno? **Begoña Gil y José Manuel Aranda**

8. Ideas destacadas del encuentro

- La obesidad es un problema complejo y multifactorial, por lo que su abordaje tiene que combinar actuaciones sobre las personas, sobre los entornos y sobre determinantes estructurales mediante estrategias intersectoriales.
- El sistema alimentario actual es la principal causa de hambre en el mundo y también el que está llevando a la obesidad. Es necesario trabajar hacia un sistema alimentario más responsable y más solidario.
- Existen prejuicios hacia las personas con obesidad. Conviene extremar la precaución en el discurso del peso dirigido a las mujeres, tratando de evitar que sea un discurso de culpabilización o de estigmatización.
- Así pues, hemos de olvidar los mensajes simplistas como “obesidad es igual a comer mucho y moverse poco”.
- Además, la obesidad es un marcador de desventaja social, lo que requiere tener en cuenta la perspectiva de las desigualdades sociales, precisamente para no incrementarlas.
- Las elecciones de la población están en gran medida condicionadas por su entorno, el cual, a su vez está fuertemente determinado por las administraciones públicas, la industria, los sectores de la restauración y los medios de comunicación, entre otros.
- En nuestro entorno, la dieta mediterránea es un patrimonio cultural, que debemos salvaguardar. El tiempo es un ingrediente imprescindible para una alimentación equilibrada.
- El incremento de precio de las bebidas azucaradas ha demostrado su efectividad para reducir su consumo.
- Está comprobado que el mejor dinero invertido en salud es el que se dedica a la promoción de la salud.
- La promoción de la salud es el marco adecuado para abordar el problema del sobrepeso y la obesidad.

- Por una parte, las opciones más saludables tienen que ser las más fáciles. Por ello, normativas como la prohibición de determinados alimentos perjudiciales para la salud en el entorno educativo pueden ser efectivas.
- Por otra parte, la industria es consciente de que tiene un papel esencial en la lucha contra la obesidad, y que su contribución a través de la autoregulación puede ser muy importante.
- En los servicios sanitarios, hay que plantear modelos de intervención de promoción de la salud a problemas complejos y específicos de cada situación particular, que no se resumen en la prescripción de una dieta y un plan de actividad física, sino que tienen en cuenta el enfoque de los determinantes sociales de la salud.
- La educación alimentaria se plantea como una obligación ética, la de desarrollar el gusto por lo saludable en niños y niñas.

9. Artículos relacionados con el encuentro

8 Local MENORCA • Es Diari SABADO, 22 DE SEPTIEMBRE DE 2018

XXIX ESCOLA SALUT PÚBLICA LAS ACTIVIDADES

Hacer solo dieta no basta para combatir la obesidad

El entorno social tiene una gran influencia sobre el aumento de peso

Redacción

«La obesidad no depende solo de la conducta individual, está muy relacionada con el entorno en el que vive la persona obesa, el barrio, su nivel de estudios, su trabajo, su nivel de ingresos, su nivel de actividad física, etc. Es un claro marcador de desventaja social y se ve que los que tienen peores condiciones son más vulnerables al sobrepeso», explica María José Ramos, directora general de Salud Pública del Govern de les Illes Balears y coordinadora del encuentro sobre determinantes sociales de la obesidad que se celebra estos días en la Escola de Salut Pública de Menorca. Por eso mismo, «se ha visto que dar solamente una dieta a una persona obesa no funciona, es necesario trabajar desde varios frentes, tener en cuenta los aspectos sociales e integrarla en proyectos co-

munitarios y recursos municipales que promuevan la actividad física».

Aunque advierte que en los centros sanitarios muchas veces la obesidad pasa desapercibida porque no se aborda directamente y solo se tratan las consecuencias que provoca (por ejemplo, un dolor en las rodillas), Ramos apunta que no se puede luchar contra la obesidad solo desde el área de salud, puesto que hay que involucrar a la industria alimentaria y publicitaria.

En este sentido, representantes de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aecosan) exponen en Menorca el reciente «Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas» que compromete a las industrias a reformular de forma progresiva los alimentos para reducir las cantidades de azúcar,

sal y grasas saturadas presentes en aperitivos, platos preparados, derivados cárnicos, lácteos, galletas, saladas, helados, néctares de fruta, bollería y pastelería.

«Medidas como esta reducen la desigualdad porque benefician tanto a las personas sensibilizadas con la comida, como a las que no lo están», comenta la experta. También lo hace el nuevo impuesto a las bebidas azucaradas que se ha hecho en Catalunya, cuyo consumo ha empezado a disminuir, o el Código PAOS de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos con su comité que revisa la publicidad infantil de las empresas adheridas.

A nivel balear está a punto de tramitarse el nuevo «Decreto para la promoción de la dieta mediterránea», que ayudará a los centros educativos y sanitarios a adoptar el patrón de esta dieta saludable, destacando qué alimentos son mejores pero también la forma de cocinarlos. De hecho, en la dieta mediterránea influye mucho la forma de consumir la comida y se ha visto en estudios que la ca-

lidad del desayuno es mayor en aquellos niños que desayunan en familia y con tiempo, frente a los que comen solos. La directora general de Salud Pública del Govern explica también que «el decreto es muy concreto y prohíbe la venta de bebidas azucaradas y bollería industrial en los centros educativos». En los centros sanitarios no lo prohíbe, pero sí restringe su venta».

«Las intervenciones en Salud Pública no obtienen resultados inmediatos pero el objetivo es disminuir la prevalencia de la obesidad con acciones conjuntas desde varios frentes», concluye Ramos.

ANÁLISIS La Escola de Salut analiza las nuevas medidas fiscales, decretos y planes de mejora de la calidad alimentaria



Imagen de los participantes en el encuentro sobre determinantes sociales que influyen sobre la obesidad.

Hacer solo dieta no basta para combatir la obesidad

María Ramos, Directora General de Salud Pública de la Conselleria de Salut de les Govern de les Illes Balears.

La obesidad no depende solo de la conducta individual, está muy relacionada con el entorno en el que vive la persona obesa, el barrio, su nivel de estudios, su trabajo o su nivel económico. Es un claro marcador de desventaja social y se ha comprobado que las personas tienen peores condiciones son más vulnerables al sobrepeso.

En los centros sanitarios muchas veces la obesidad pasa desapercibida porque no se aborda directamente y solo se tratan las consecuencias que provoca (por ejemplo, un dolor en las rodillas). Prescribir solamente una dieta a una persona obesa no funciona, es necesario trabajar desde varios frentes, tener en cuenta los aspectos sociales e integrarla en proyectos comunitarios y recursos municipales que promuevan la actividad física.

Además, no se puede luchar contra la obesidad solo desde el área de salud: es conveniente involucrar a la industria alimentaria y publicitaria. En este sentido, el "Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas" compromete a las industrias a reformular de forma progresiva los alimentos para reducir las cantidades de azúcar, sal

y grasas saturadas presentes en aperitivos, platos preparados, derivados cárnicos, lácteos, galletas, cereales de desayuno, refrescos, salsas, helados, néctares de fruta, bollería y pastelería.

Medidas que benefician tanto a las personas sensibilizadas con la comida, como a las que no lo están. También lo hace el nuevo impuesto a las bebidas azucaradas que se ha hecho en Catalunya, cuyo consumo ha empezado a disminuir, o el Código PAOS de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos con su comité que revisa la publicidad infantil de las empresas adheridas.

A nivel balear, está a punto de tramitarse el nuevo “Decreto para la promoción de la dieta mediterránea”, que ayudará a los centros educativos y sanitarios a adoptar el patrón de esta dieta saludable, destacando qué alimentos son mejores pero también la forma de cocinarlos. De hecho, en la dieta mediterránea influye mucho la forma de consumir la comida y se ha visto en estudios que la calidad del desayuno es mayor en aquellos niños que desayunan en familia y con tiempo, frente a los que comen solos. El decreto es muy concreto y prohíbe la venta de bebidas azucaradas y bollería industrial en los centros educativos. En los centros sanitarios no lo prohíbe, pero sí restringe su venta.

Las intervenciones en Salud Pública no obtienen resultados inmediatos pero el objetivo que perseguimos con el tiempo es disminuir la prevalencia de la obesidad con acciones conjuntas desde varios frentes.

Dar solamente una dieta a personas obesas no funciona

Crónica balear

La directora general de Salud Pública del Govern y coordinadora del encuentro sobre determinantes sociales de la obesidad que se celebra estos días en la Escuela de Salud Pública de Menorca, María José Ramos, ha asegurado este viernes que “se ha visto que dar solamente una dieta a una persona obesa no funciona” ya que “es necesario trabajar desde varios frentes, tener en cuenta los aspectos sociales e integrarla en proyectos comunitarios y recursos municipales que promuevan la actividad física”. “La obesidad no depende solo de la conducta individual, está muy relacionada con el entorno en el que vive la persona obesa, el barrio, su nivel de estudios, en qué trabaja, cuál es su nivel económico y cultural. Es un claro marcador de desventaja social y se ve que los que tienen peores condiciones son más vulnerables al sobrepeso”, ha explicado. Aunque advierte que en los centros sanitarios muchas veces la obesidad pasa desapercibida porque no se aborda directamente y solo se tratan las consecuencias que provoca, Ramos ha apuntado que no se puede luchar contra la obesidad sólo desde el área de salud, puesto que hay que involucrar a la industria alimentaria y publicitaria. En este sentido, representantes de la Agencia Española de Consumo, Seguridad

Alimentaria y Nutrición (Aecosan) han expuesto en Menorca el reciente ‘Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas’, que compromete a las industrias a reformular de forma progresiva los alimentos para reducir las cantidades de azúcar, sal y grasas saturadas presentes en aperitivos, platos preparados, derivados cárnicos, lácteos, galletas, cereales de desayuno, refrescos, salsas, helados, néctares de fruta, bollería y pastelería. “Medidas como esta reducen la desigualdad porque benefician tanto a las personas sensibilizadas con la comida, como a las que no lo están”, ha comentado la experta, quien asegura que también lo hace el nuevo impuesto a las bebidas azucaradas que se ha implantado en Catalunya, cuyo consumo ha empezado a disminuir, o el Código PAOS de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos con su comité que revisa la publicidad infantil de las empresas adheridas. La directora general de Salud Pública del Govern ha indicado que nivel balear está a punto de tramitarse el nuevo ‘Decreto para la promoción de la dieta mediterránea’, que ayudará a los centros educativos y sanitarios a adoptar el patrón de esta dieta saludable, destacando qué alimentos son mejores, pero también la forma de cocinarlos. “De hecho, en la dieta mediterránea influye mucho la forma de consumir la comida y se ha visto en estudios que la calidad del desayuno es mayor en aquellos niños que desayunan en familia y con tiempo, frente a los que comen solos”, ha manifestado. Ramos ha explicado también que “el decreto es muy concreto y prohíbe la venta de bebidas azucaradas y bollería industrial en los centros educativos. En los centros sanitarios no lo prohíbe, pero sí restringe su venta”. “Las intervenciones en Salud Pública no obtienen resultados inmediatos pero el objetivo que perseguimos con el tiempo es disminuir la prevalencia de la obesidad con acciones conjuntas desde varios frentes”, ha concluido.

Uno de cada cuatro alumnos de los centros escolares de Baleares padece sobrepeso u obesidad

El Mundo de Baleares

Uno de cada cuatro alumnos de los centros escolares de Baleares padece sobrepeso u obesidad, según el estudio sobre la prevalencia de la obesidad en las Islas (Epoib II) que ha sido presentado este lunes por la consellera de Salud, Patricia Gómez, y el conseller de Educación, Martí March. Asimismo, Gómez ha destacado en rueda de prensa “el impulso de algunas iniciativas desde la Conselleria” para mejorar la salud de los estudiantes como el Programa de centros educativos promotores de la salud o el Decreto de alimentación saludable, que se encuentra en fase de tramitación y que regulará, entre otras cosas, “la venta de bebidas azucaradas y pastelería industrial en las escuelas y centros sanitarios”, ha explicado la consellera.

Del estudio también se desprende que más de la mitad dedica menos de diez minutos a merendar, el 55 por ciento va al centro escolar en coche o bus y, en general, los estudiantes

dedican cerca de dos horas diarias a ver la televisión o a los videojuegos. El conseller March ha manifestado que es para realizar programas eficaces que permitan mejorar la salud de los estudiantes es imprescindible disponer de información clara. “El estudio da una serie de herramientas que nos permite ver hacia donde tenemos que ir”, ha añadido. Además, ha incidido en la necesidad de realizar “formaciones a los docentes de primaria y secundaria” en materia de alimentación y “reforzar las asignaturas sobre salud”. “Si queremos una sociedad saludable, con mejores hábitos, es evidente que estos empiezan desde la base que es la escuela”, ha expresado el conseller. Este estudio poblacional se llevó a cabo a partir de una muestra representativa de 1.992 alumnos, -599 alumnos de primero de educación primaria (6-7 años), 777 de sexto de educación primaria (11 y 12 años) y 616 de cuarto de educación secundaria obligatoria (14-15 años)- de 86 centros educativos de las cuatro islas.

El alumnado de sexto de primaria y cuarto de ESO respondió a un cuestionario sobre sus hábitos de vida. Según han explicado, la prevalencia de la obesidad en Baleares es del 10 por ciento y se ha observado una ligera disminución en comparación con la prevalencia de hace diez años. En este sentido, Ibiza y Formentera presentan una prevalencia más elevada de sobrepeso que Mallorca y Menorca. Hábitos alimentarios: desayuno y merienda.

El 82 por ciento del alumnado desayuna habitualmente antes de ir al colegio. Este hábito es más frecuente entre el alumnado más joven. Sin embargo, uno de cada cuatro alumnos de cuarto de ESO no tiene este hábito.

Por otro lado, el 41 por ciento que desayuna lo hace de forma adecuada, es decir, incluye lácteos, cereales y fruta. La calidad del desayuno empeora con la edad (33,8 por ciento entre el alumnado de cuarto de ESO). En esta línea, el bocadillo es el alimento más consumido para la merienda a media mañana y por la tarde. Destaca también un consumo elevado de zumos envasados y productos de pastelería. En esta franja horaria aumenta el consumo de golosinas, ‘snacks’ y refrescos, sobre todo entre el alumnado de cuarto de ESO. Además, un tercio del alumnado de cuarto de ESO adquiere la merienda en la cafetería del centro.

De este modo, el 8 por ciento del alumnado toma refrescos para merendar a media mañana, hábito más frecuente entre los alumnos niños de cuarto de ESO (23 por ciento). Entre los más jóvenes, el consumo aumenta por la tarde.

Asimismo, un 15 por ciento del alumnado consume ‘snacks’ durante la merienda de la mañana, porcentaje más elevado entre el alumnado de mayor edad (24 por ciento). Por la tarde, el consumo aumenta al 24 por ciento y es más elevado entre el alumnado de menos edad.

Según han explicado desde el Govern, se ha observado un elevado consumo de productos de pastelería industrial para la merienda de la mañana y más por la tarde, tanto entre los más jóvenes como entre los más mayores.

En relación a la dieta mediterránea, el 31 por ciento del alumnado cumple con el patrón óptimo, que cambia con la edad. Así, el alumnado más joven refiere un peor patrón de dieta

mediterránea. No se observan diferencias destacables por islas. En cuanto al transporte, el 51,1 por ciento camina para ir al centro educativo; un 37,8 por ciento se desplaza en coche y, un 17,8 por ciento en bus. Otros medios de transporte, como ciclomotores, bicicletas o tren, son utilizados por una minoría. En Ibiza y Formentera el porcentaje de escolares que camina es más bajo (35 por ciento) y en cambio van más en coche (52 por ciento). Del informe también se desprende que la media de horas diarias que dedica el alumnado a ver la televisión, jugar a videojuegos con tabletas, teléfonos móviles o en el ordenador es de 2,1 (2,23 chicos y 2,05 chicas). Por edad, el alumnado de cuarto de ESO dedica por término medio 2,26 horas y los de sexta de educación primaria 2,06. El grupo de edad y sexo que de media utiliza más estos medios son los niños de cuarto de ESO. Sobre la actividad física, el 15,7 por ciento de los alumnos realiza ninguna actividad física extraescolar, especialmente las niñas (22 por ciento). El alumnado de sexto de primaria realiza más deporte en horario extraescolar que el alumnado de cuarto de ESO. Sin embargo, el porcentaje de niñas que no realiza ninguna actividad durante el tiempo de ocio es muy elevado, fundamentalmente las niñas de cuarto de ESO. Factores paternos.

Según el estudio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad del alumnado es más elevada cuando la madre y el padre son obesos o tienen un bajo nivel de estudios. Así, cuando el padre y la madre son obesos, el patrón de dieta mediterránea es peor. Por otra parte, el consumo de refrescos, snacks, golosinas y pastelería industrial disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios de los padres. De este modo, las condiciones de vida activa mejoran a medida que aumentan el nivel de estudios de sus padres. También son mejores cuando el padre y la madre tienen un peso adecuado, y peores cuando ambos tienen exceso de peso. En este sentido, el conseller March ha manifestado que “se debe hacer una reflexión para intentar hacer un programa de educación sobre la salud también a las familias, para que éstas transmitan los hábitos saludables a sus hijos”.

A partir del próximo curso los colegios de Baleares no podrán vender bollería industrial ni bebidas azucaradas

Diario de Mallorca

El decreto de alimentación saludable en el que lleva trabajando los últimos meses la dirección general de Salud Pública y que prohibirá expresamente la venta de bollería industrial y de bebidas azucaradas en todos los colegios de esta comunidad autónoma, tanto públicos como concertados y privados, entrará en vigor el próximo curso académico, tal y como adelantó la directora general de este departamento, María Ramos.

La responsable de Salud Pública reveló que el pasado viernes 14 de diciembre concluyó el periodo de exposición pública del texto legal y que en los próximos días se analizarán las alegaciones presentadas por particulares y empresas.

Será el trámite previo al paso del decreto por el Consejo Económico y Social (CES), antesala de su análisis por parte del Consell Consultiu. “Y luego deberá ser aprobado por el Consell de Govern. Desde luego, el próximo curso académico ya entrará en vigor”, subrayó Ramos antes de revelar que se decretará una moratoria de tres años antes de aplicar sanciones y otras medidas coercitivas a los centros que incumplan las directrices marcadas por el decreto. “Les daremos tres años de margen a las empresas que sirven a los colegios para que se adapten a la nueva norma”, reiteró la directora general.

La prohibición de vender estos alimentos “poco saludables” se extenderá también a las máquinas expendedoras y cafeterías de los hospitales públicos y centros de salud de las islas así como también a todos los alimentos y bebidas que se expendan en los edificios públicos de la Administración. Como ocurrirá con los colegios concertados, el decreto también se aplicará en aquellos centros sanitarios privados que tienen concertados servicios con el Govern. En estos momentos, los hospitales sin ánimo de lucro de la Cruz Roja y el Sant Joan de Déu y la Policlínica Juaneda Miramar.

Esta medida vendrá acompañada de programas formativos dirigidos tanto a los responsables educativos como al alumnado y a los empresarios de máquinas de vending o de establecimientos de restauración para inculcarles los beneficios que reporta seguir una dieta saludable.

Y la nueva norma servirá, en opinión de esta dirección general, para reducir los altos niveles de sobrepeso y obesidad entre los más jóvenes baleares. Tal y como reflejó el II Estudio de Prevalencia de la Obesidad Infantil y Juvenil (EPOIB II) presentado a finales del pasado mes de mayo, uno de cada cuatro alumnos de las Illes Balears tenía exceso de peso, sobrepeso u obesidad.

La prevalencia de la obesidad en Balears era del 10% si bien se observó una ligera disminución en comparación con la prevalencia de hace 10 años (el primer EPOIB databa de 2007). Eivissa y Formentera presentan una prevalencia más elevada de sobrepeso que Mallorca y Menorca.

El estudio destacó un consumo elevado de zumos envasados y productos de pastelería a media mañana y por las tardes. En esta franja horaria aumentaba también el consumo de golosinas, snacks y refrescos, sobre todo entre el alumnado de cuarto de ESO. Además, un tercio del alumnado de cuarto de ESO adquiría la merienda en la cafetería del centro.

El 8% del alumnado toma refrescos para merendar a media mañana, hábito más frecuente entre los alumnos de cuarto de ESO (23%). Entre los más jóvenes, el consumo aumenta por la tarde. Un 15 % del alumnado consume snacks durante la merienda de la mañana, porcentaje más elevado entre el alumnado de mayor edad (24%). Por la tarde, el consumo aumenta al 24% y es más elevado entre los de menos edad.