MINISTERIO DE CIENCIA, INNOVACIÓN Y UNIVERSIDADES

Instituto de Salud Carlos III

ENS Escuela Nacional de Sanidad

POLÍTICAS ALIMENTARIAS PARA PREVENIR LA OBESIDAD Y LAS ENT EN ESPAÑA: QUERER ES PODER

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Madrid, 24 de Octubre de 2019

OCTAVAS JORNADAS CIENTÍFICAS DEL

CEIPV

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Vascular

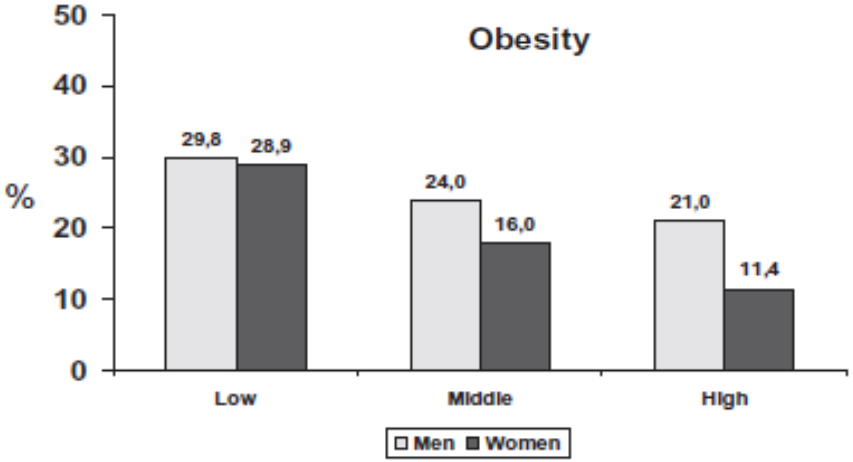
Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008–2010: the ENRICA study

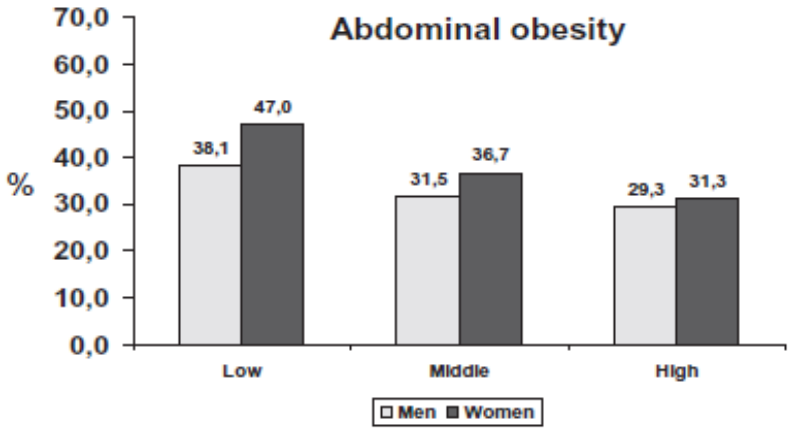
obesity reviews (2011)

J. L. Gutiérrez-Fisac, P. Guallar-Castillón, L. M. León-Muñoz, A. Graciani, J. R. Banegas and F. Rodríguez-Artalejo

Dos tercios de la población adulta española padecen exceso de peso y un tercio obesidad abdominal:

- 39% sobrepeso
- 23% obesidad





Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE

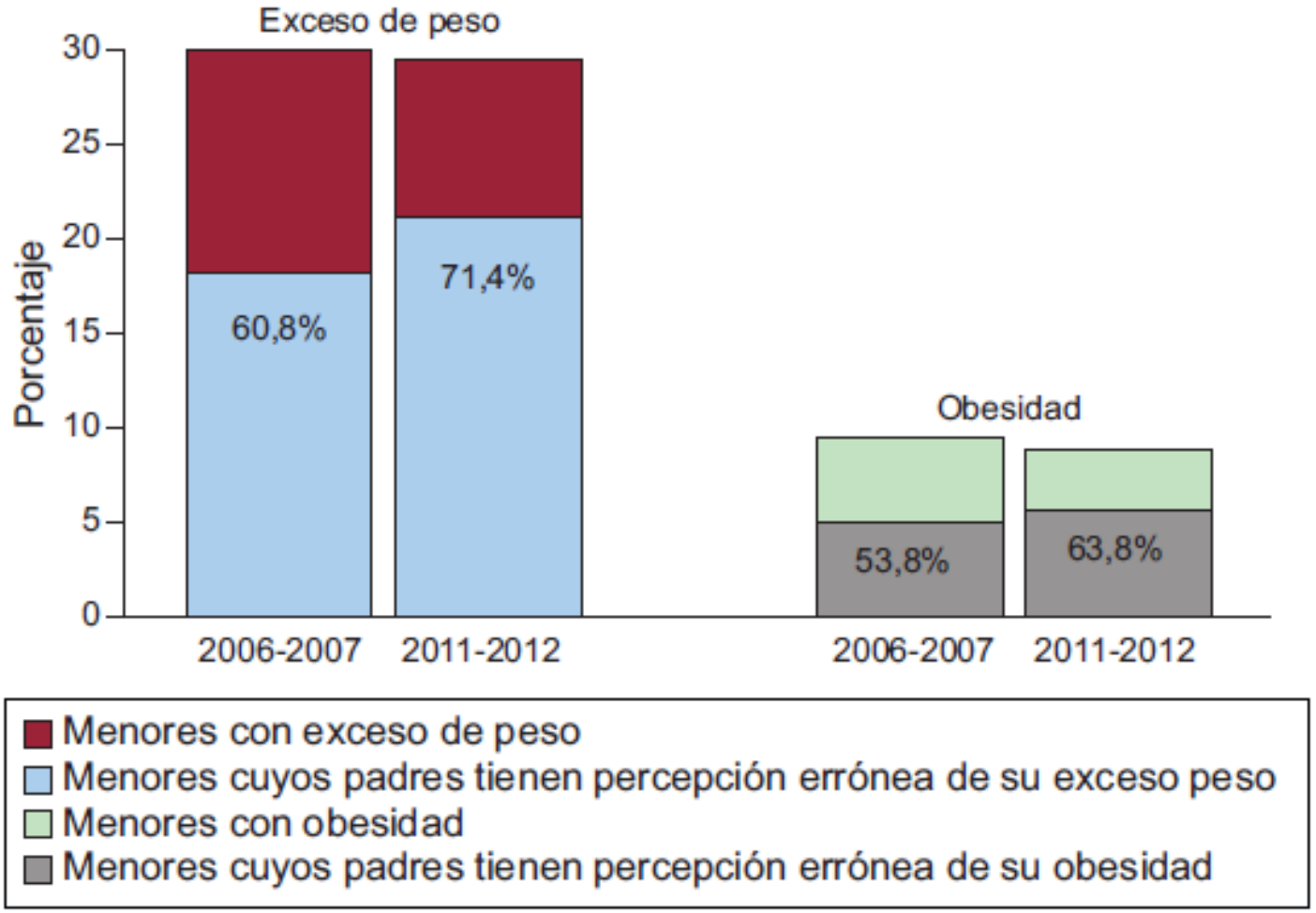
Javier Aranceta-Bartrina[a,b,c,d,*], Carmen Pérez-Rodrigo[b,c], Goiuri Alberdi-Aresti[b,e], Natalia Ramos-Carrera[f] y Sonia Lázaro-Masedo[f]

Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):579–587

Childhood Excess Weight in Spain From 2006 to 2012. Determinants and Parental Misperception

María D. Ramiro-González,[a,*] Belén Sanz-Barbero,[b,c] and Miguel Ángel Royo-Bordonada[b]

Rev Esp Cardiol. 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2017.02.026



Adherence to the Mediterranean Diet Pattern Has Declined in Spanish Adults[1–3]

J. Nutr. 142: 1843–1850, 2012.

Luz M. León-Muñoz,[4,5]* Pilar Guallar-Castillón,[4,5] Auxiliadora Graciani,[4,5] Esther López-García,[4,5] Arthur E. Mesas,[4,5] M. Teresa Aguilera,[6] José R. Banegas,[4,5] and Fernando Rodríguez-Artalejo[4,5]

Adherencia a la dieta Mediterránea en adultos españoles	%
Usar aceite de oliva como principal grasa culinaria	89.4 (88.3–90.4)
Consumo ≥ 4 cucharas aceite/día de aceite de oliva	8.0 (7.4–8.6)
Consumo ≥ 2 porciones/día de verduras	12.3 (11.6–13.0)
Consumo ≥ 3 piezas de fruta/día (incluyendo zumos de frutas naturales)	13.4 (12.6–14.2)
Consumo < 1 porción/día de carne roja o productos cárnicos	81.5 (80.5–82.4))
Consumo< 1 porción/día de mantequilla, margarina o nata	86.8 (86.0–87.6
Consumo < 1 porción/día bebidas dulces o carbonatadas	80.1 (79.0–81.1)
Consumo ≥ 3 vasos/semana de vino	14.0 (13.1–14.8)
Consumo ≥ 3 porciones/semana de legumbres	15.7 (14.8–16.5)
Consumo ≥ 3 porciones/semana de pescado o mariscos	52.5 (51.2–53.7)
Consumo < 3 veces/semana de dulces o pasteles comerciales	53.3 (52.1–54.5
Consumo ≥ 1porciones/semanas de frutos secos (incluyendo cacahuetes)	20.5 (19.5–21.5)
Consumo preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en lugar de carne roja	24.0 (22.9–25.0)
Consumo ≥ 2 porciones/semanas de verduras, pasta, arroz sazonado con *sofrito*	82.6 (81.4–83.7)

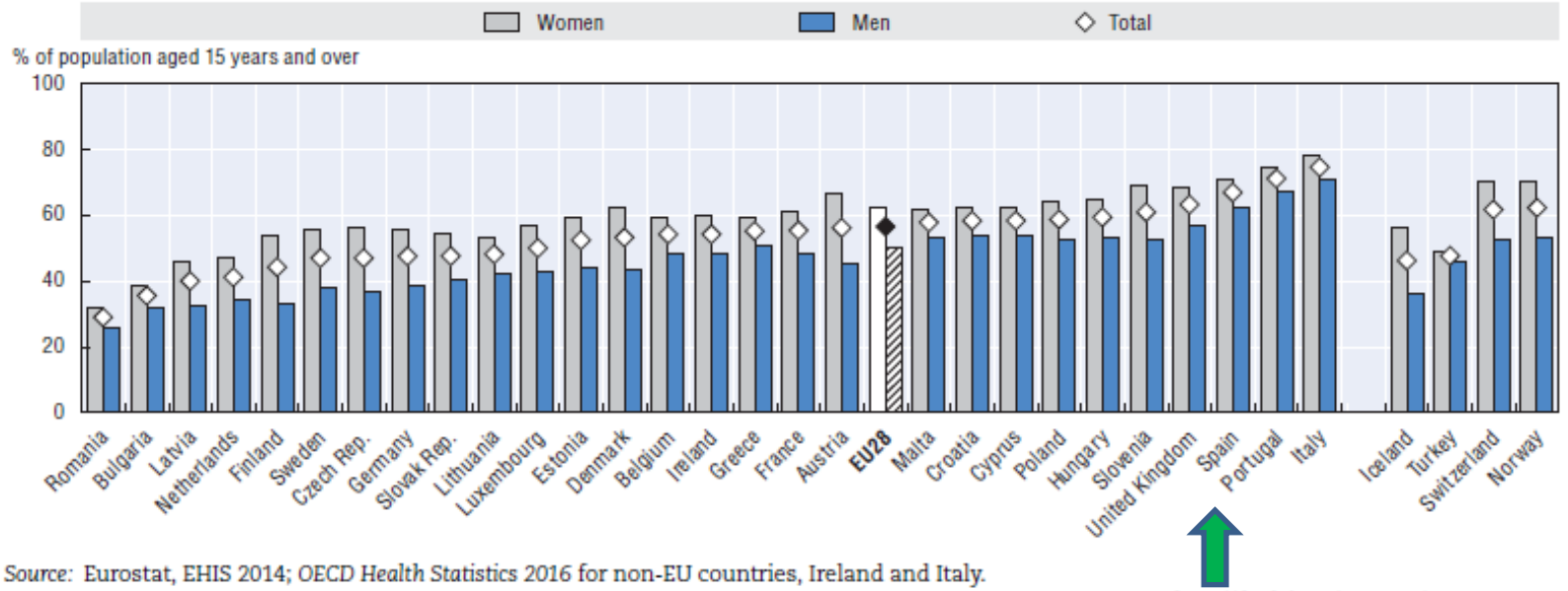
Adherencia media: **6.34 ±0.03**

≥7 puntos: **46.0 % (44.7–47.3)**

≥9 puntos: **12.0 % (11.3–12.7)**

Los españoles se están alejando de la progresivamente de la dieta Mediterránea y están adoptando una dieta occidentalizada menos saludables

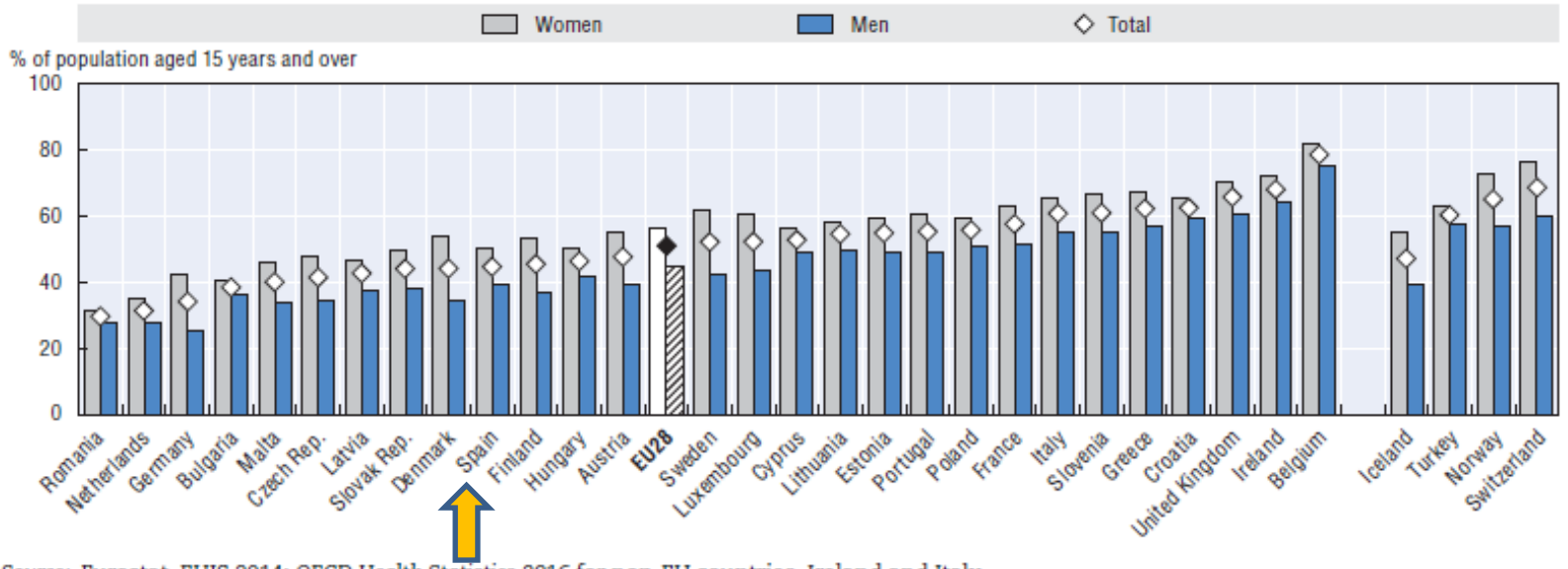
4.19. Daily fruit eating among adults, 2014 (or latest year)



Source: Eurostat, EHIS 2014; *OECD Health Statistics 2016* for non-EU countries, Ireland and Italy.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933429102

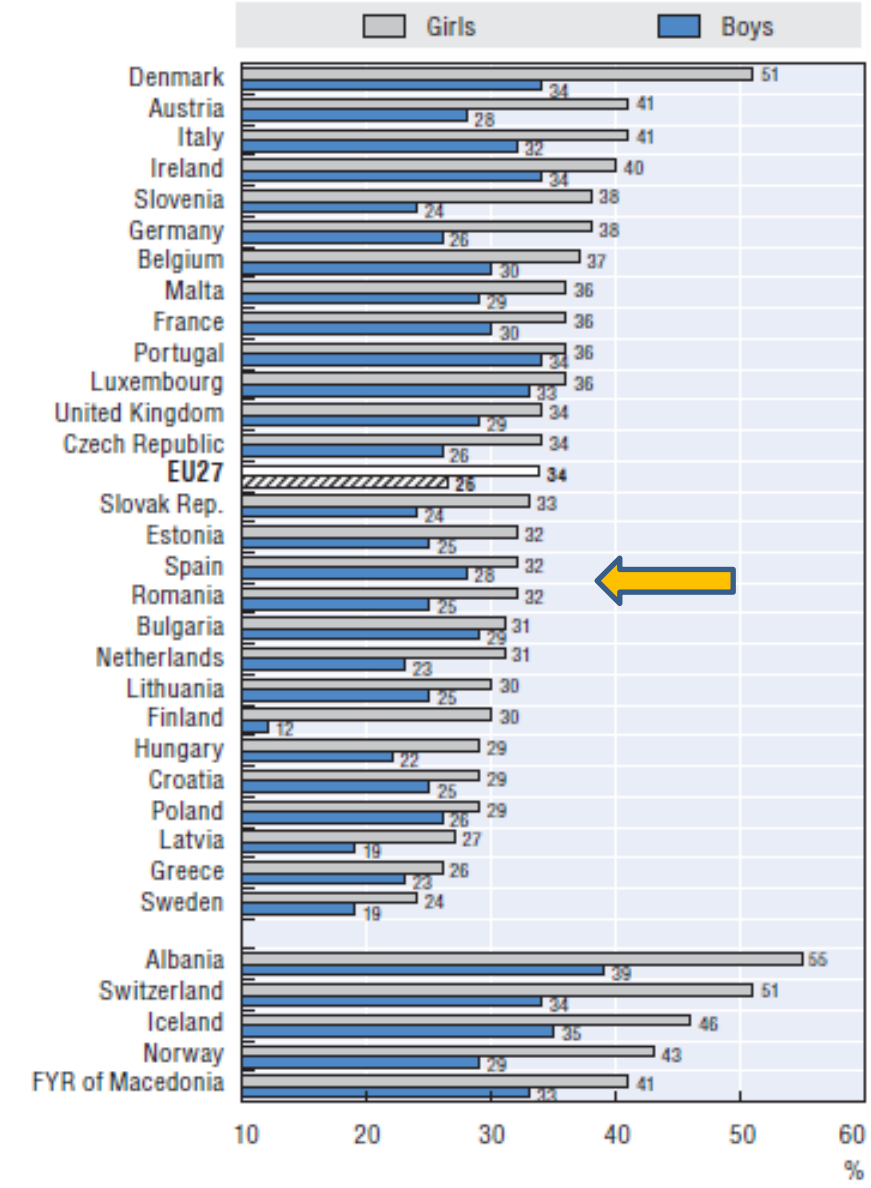
4.20. Daily vegetable eating among adults, 2014 (or latest year)



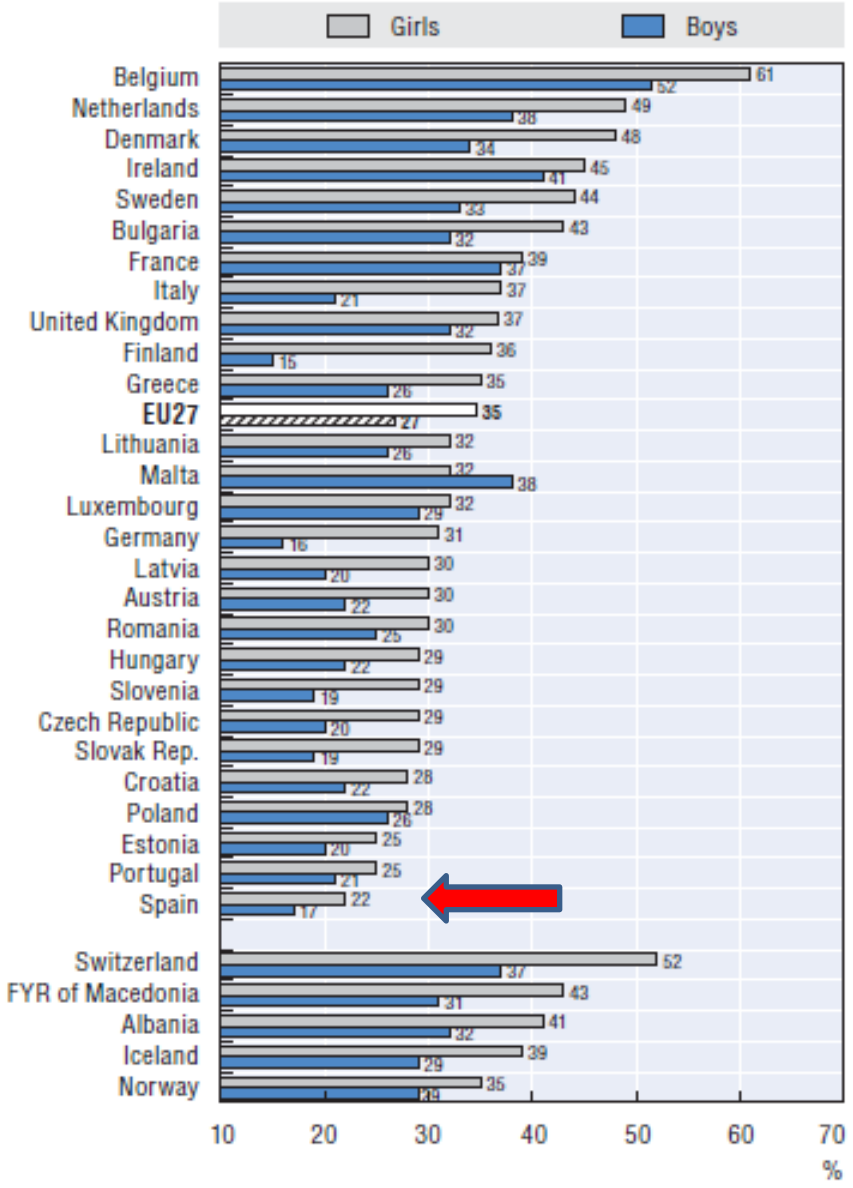
Source: Eurostat, EHIS 2014; *OECD Health Statistics 2016* for non-EU countries, Ireland and Italy.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933429114

4.16. Daily fruit eating among 15-year-olds, 2013-14



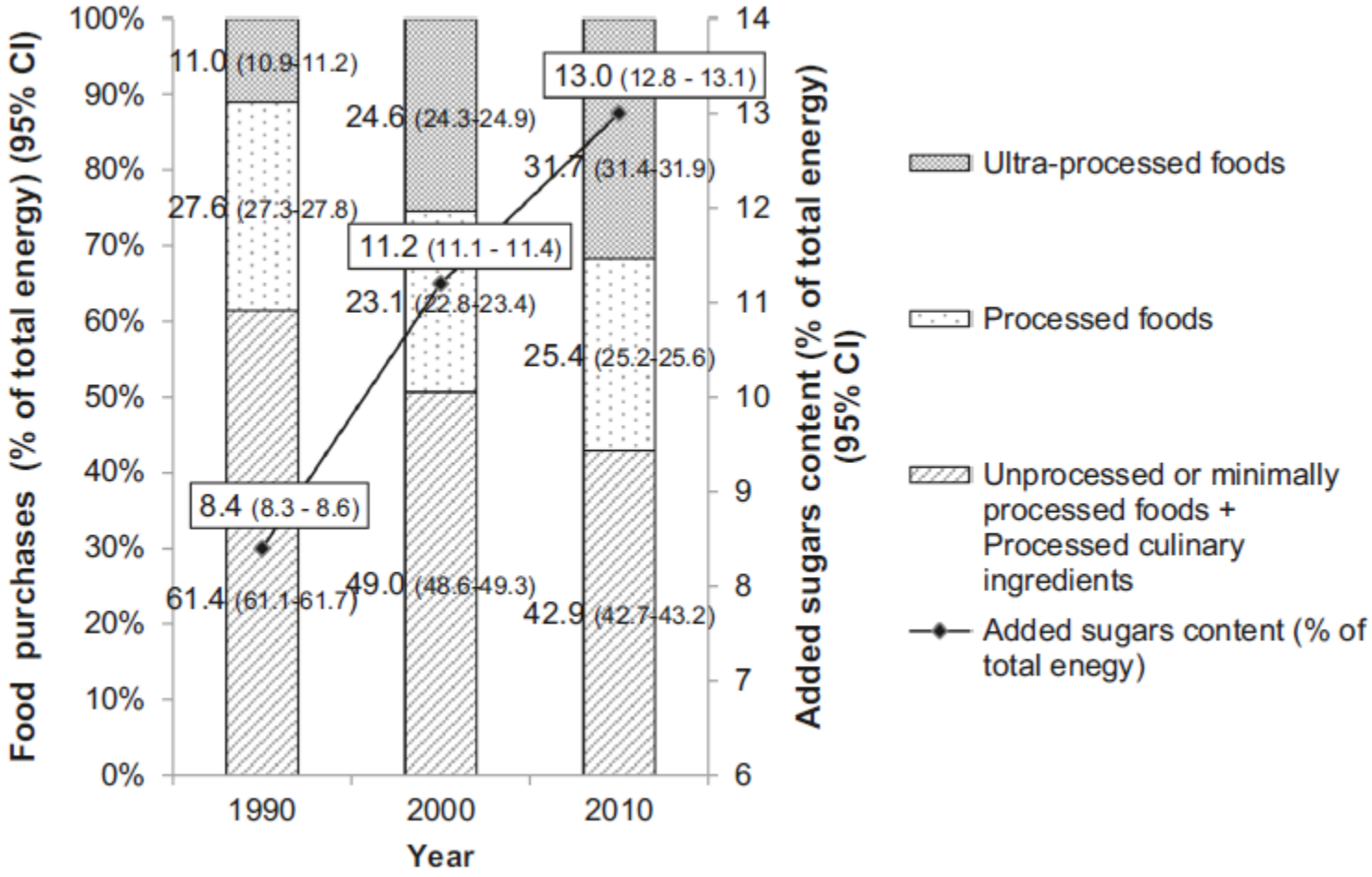
4.17. Daily vegetable eating among 15-year-olds, 2013-14



Added sugars and ultra-processed foods in Spanish households (1990–2010)

European Journal of Clinical Nutrition (2018) 72:1404–1412

P. Latasa[1] · M. L. D. C. Louzada[2,3] · E. Martinez Steele[2,3] · C. A. Monteiro[2,3]



The percentage of ultra-processed foods on all food purchases almost tripled between 1990 and 2010 (from 11.0 to 31.7%), paralleling the increase of added sugars content (from 8.4 to 13.0%).

Association between consumption of ultra-processed food and all cause mortality: SUN prospective cohort study

Anaïs Rico-Campà,[1,2] Miguel A Martínez-González,[1,2,3,4] Ismael Alvarez-Alvarez,[1]

the bmj | *BMJ* 2019;365:l1949 | doi: 10.1136/bmj.l1949

A higher consumption of ultra-processed foods (>4 servings daily) was independently associated with a 62% increased hazard for all cause mortality

Each additional serving of ultra-processed food daily increased the mortality hazard by 18%

Consumption of Ultra-Processed Foods and Mortality: A National Prospective Cohort in Spain

Mayo Clin Proc. 2019;▬(■):1-11

Ruth Blanco-Rojo, PhD; Helena Sandoval-Insausti, MD, MPH; Esther López-Garcia, MhPharm, PhD; Auxiliadora Graciani, MD, PhD; Jose M. Ordovás, PhD; Jose R. Banegas, MD, PhD; Fernando Rodríguez-Artalejo, MD, PhD; and Pilar Guallar-Castillón, MD, PhD

Results: Average consumption of ultra-processed food was 385 g/d (24.4% of the total energy intake). After a mean follow-up of 7.7 years (93,599 person-years), 440 deaths occurred. The hazard ratio (and 95% CI) for mortality in the highest versus the lowest quartile of ultra-processed food consumption was 1.44 (95% CI, 1.01-2.07; *P* trend=.03) in percent of energy and 1.46 (95% CI, 1.04-2.05; *P* trend=.03) in grams per day per kilogram. Isocaloric substitution of ultra-processed food with unprocessed or minimally processed foods was associated with a significant nonlinear decrease in mortality.

Population-based approaches to

CHILDHOOD OBESITY PREVENTION

World Health Organization

POPULATION-BASED APPROACHES TO CHILDHOOD OBESITY PREVENTION

Structures to support policies & interventions	Population-wide policies and initiatives	Community-based interventions
• Leadership • 'Health-in-all' policies • Dedicated funding for health promotion • NCD monitoring systems • Workforce capacity • Networks and partnerships • Standards and guidelines	• Marketing of unhealthy foods and beverages to children • Nutrition labelling • Food taxes and subsidies • Fruit and vegetable initiatives • Physical activity policies • Social marketing campaigns	• Multi-component community-based interventions • Early childcare settings • Primary and secondary schools • Other community settings

© World Health Organization 2012

POLITICAS ALIMENTARIAS SaySo

Figure 1: The NOURISHING framework



	POLICY AREA
N	Nutrition label standards and regulations on the use of claims and implied claims on food
O	Offer healthy food and set standards in public institutions and other specific settings
U	Use economic tools to address food affordability and purchase incentives
R	Restrict food advertising and other forms of commercial promotion
I	Improve nutritional quality of the whole food supply
S	Set incentives and rules to create a healthy retail and food service environment
H	Harness food supply chain and actions across sectors to ensure coherence with health
I	Inform people about food and nutrition through public awareness
N	Nutrition advice and counselling in health care settings
G	Give nutrition education and skills

World Cancer Research Fund International

The WCRF International NOURISHING framework formalises a comprehensive package of policies to promote healthy diets and reduce overweight, obesity and diet-related non-communicable diseases.

El PODER de las políticas alimentarias
Grupo de Nutrición SEE

Pilar	Área de intervención		Política prioritaria
Entorno alimentario	P	Publicidad alimentaria dirigida a menores.	Regulación integral de la publicidad alimentaria dirigida a menores.
	O	Oferta de alimentos y bebidas.	Promover una oferta saludable en máquinas expendedoras de alimentos y bebidas.
	D	Demanda de alimentos y bebidas.	Impuesto a las bebidas azucaradas.
	E	Etiquetado frontal interpretativo.	Aplicación efectiva del Nutri-Score.
	R	Reformulación de productos ultraprocesados.	Reformular los acuerdos de reformulación con la industria.

P - PUBLICIDAD ALIMENTARIA

Se propone una normativa que, aplicando el **perfil nutricional** de la región europea de la **OMS**, regule **todos los medios publicitarios** al alcance de los menores y en horario infantil (televisión, cine, internet, cartelería, videojuegos, telefonía móvil, patrocinios, etc.), impida las **técnicas de marketing promocional** (descuentos , ganchos comerciales, etc.), y prohíba los **patrocinios de congresos o eventos deportivos** y la utilización **de avales de asociaciones, corporaciones, fundaciones o instituciones relacionadas con la salud y la nutrición** para la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos y bebidas no saludables

P - PUBLICIDAD ALIMENTARIA

Impact of food promotion

Awareness

¾ of children aged 5-12 years able to correctly match at least 1 sport to a sponsor.

(Pettigrew et al., 2013)

Attitudes

Greater commercial exposure associated with more positive attitudes towards unhealthy foods.

(Dixon et al., 2007)



Preference

Children want to eat a greater number of foods after exposure to food ads than toy ads.

(Boyland et al., 2011)

Choice

Children not aware of exposure to product placement, but choice of brand increased.

(Auty et al., 2004)

Publicidad alimentaria TV España

	2008	2012-2016
% publicidad alimentaria	21,6	23,7
% Alegaciones salud no saludables	57	59,1
% Alegaciones nutricionales no saludables	52	65,3

Los niños en España reciben de media 18 impactos publicitarios al día (por televisión) de alimentos y bebidas no saludables

Casi 7000 impactos al año

Ethical Evaluation of a Proposed Statutory Regulation of Food Advertising Targeted at Minors in Spain

PUBLIC HEALTH ETHICS VOLUME 9 • NUMBER 3 • 2016 • 312–327

Almudena del Pino, Marqués de la Valdavia Primary Health Center
Miguel Ángel Royo-Bordonada*, National School of Public Health, Institute of Health Carlos III

Los datos científicos muestran que la intervención propuesta…

- Es coste-efectiva y mínimamente intrusiva
- Promueve ambientes saludables
- Actúa sobre una población vulnerable
- Ayuda a los niños a llevar estilos de vida saludables
- Contribuye a disminuir desigualdades sociales en salud
- Aumenta la libertad individual de elección de los padres
- Y cuenta con el apoyo de científicos, profesionales de la salud y ciudadanía

El derecho al libre desarrollo de la personalidad

La vulnerabilidad de niños y niñas frente a la publicidad de alimentos y bebidas no saludables

- Hasta los 6 años son incapaces de identificar la publicidad en televisión y hasta después de los 12 en internet.
- Hasta los 8 años no se dan cuenta de sus objetivos comerciales.
- Hasta después de los 12 años no son conscientes de su intención persuasiva.
- Carecen de la madurez cognitiva para ser escépticos.
- Consideran todas las alegaciones de la publicidad justas, precisas y equilibradas.

Panel: Key parts of the UN Convention on the Rights of the Child relevant to childhood obesity

Article 3: Best interests of a child

Article 17: Access to information from the media

Article 24: Health and health services

Article 31: Leisure, play, and culture

Time to Solve Childhood Obesity

An Independent Report by the Chief Medical Officer, 2019
Professor Dame Sally Davies

Protecting children's rights: why governments must be bold to tackle childhood obesity

www.thelancet.com Vol 394 October 19, 2019

Child nutrition: the need for courageous action

www.thelancet.com Vol 394 October 19, 2019

O - OFERTA

Máquinas expendedoras de alimentos y bebidas

Proponemos que el **100%** de la oferta alimentaria de las máquinas expendedoras en **centros educativos, sanitarios y deportivos** sea saludable, y que se oferte al menos el **50%** de productos saludables en **otro** tipo de **centros públicos y** concertados **con financiación pública**. También es imprescindible garantizar la amplia **disponibilidad de agua potable a coste cero**, instalando **fuentes de agua** en zonas visibles y de fácil acceso de los **centros escolares y sanitarios**, y haciendo que se ofrezca como opción por defecto en todos los **restaurantes** del país y en los espacios públicos.

D - DEMANDA

Impuesto a las bebidas azucaradas

Proponemos un impuesto de **al menos el 20% del precio** a **las bebidas azucaradas**, como refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas y zumos industriales, **en consonancia con la cantidad de azúcar** que contengan para incentivar la reformulación. La **recaudación** se debería destinar a **financiar programas de salud** e informar de ello a la ciudadanía. Idealmente, este impuesto debería formar parte de una **política integral de precios** para facilitar el acceso a una alimentación saludable a las clases más desfavorecidas, con subvenciones o bajadas de impuestos para reducir el precio de alimentos como frutos secos, cereales integrales, frutas o verduras..

E - ETIQUETADO

Aplicación efectiva del Nutri-Score

Proponemos que se tomen medidas para su **aplicación generalizada**: **incentivar** a las **empresas**, usarlo para las **concesiones de contratos** en licitaciones públicas y permitir **alegaciones nutricionales o de salud** solo en productos con calificación **A o B**. Paralelamente, **política fiscal** para aumentar el precio de los productos con calificación D o E y reducir el precio de los alimentos no procesados saludables y procesados con calificación A.



www.pronutriscore.org

Petición a la CE para que imponga el Nutriscore

INICIATIVA CIUDADANA EUROPEA

español (es)

PRO-NUTRISCORE

Firmantes	Plazo	Número de registro	Fecha de registro	Lengua de la iniciativa
73.413 / 1.000.000	08/05/2020	ECI(2019)000008	08/05/2019	español (es)



Objeto:

Apoye esta iniciativa completando el siguiente formulario

Todos los campos son obligatorios

Elija el Estado miembro del cual es ciudadano o en el que reside:

R - REFORMULACIÓN

Impuesto a las bebidas azucaradas

En 2018, el Ministerio ha firmado varios **acuerdos** con **fabricantes y distribuidores** de alimentos y bebidas para **reducir voluntariamente**, en los 3 años siguientes, una media del **10% el contenido de sal y azúcares, y del 5-10% de grasas saturadas en más de 3500 productos**. Proponemos **reforzar el plan** mediante el establecimiento de su carácter obligatorio, con objetivos más ambiciosos, la **inclusión de los productos de consumo más frecuente** y mayor contenido en azúcares, sal y grasas, como las **bebidas refrescantes y los cereales de desayuno de todos los sabores**, y la aprobación de un **plan** riguroso y detallado **de evaluación**, estableciendo sanciones por incumplimiento.

REFLEXIÓN FINAL

La materialización de estas propuestas requiere de un **firme compromiso** de los responsables **políticos** de la salud, tanto en el gobierno como en la oposición, las sociedades científicas, académicas y profesionales de la salud, y las organizaciones de la sociedad civil. **La batalla contra la obesidad y por la salud compete a toda la sociedad**.

Finalmente, es necesaria una **gran transformación del sistema alimentario** alineada con las medidas propuestas, mediante **políticas agroalimentarias** que fomenten una producción sostenible de alimentos principalmente de origen vegetal mínimamente procesados, en consonancia con la **dieta mediterránea tradicional**.

Gac Sanit. 2019;xxx(xx):xxx–xxx

Políticas en salud pública

Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder

Miguel Ángel Royo-Bordonada[a,*], Fernando Rodríguez-Artalejo[b,c], Maira Bes-Rastrollo[d,e,f], Carlos Fernández-Escobar[a], Carlos A. González[g], Francisco Rivas[h,i], Miguel Ángel Martínez-González[d,e,j], Joan Quiles[c,k], Aurora Bueno-Cavanillas[b,l,m], Eva M. Navarrete-Muñoz[c,n], Carmen Navarro[o,p], Esther López-García[b,c], Dora Romaguera[e,q], María Morales Suárez-Varela[c,r] y Jesús Vioque[c,n], en nombre del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Epidemiología

[a] *Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[b] *Universidad Autónoma de Madrid / Idipaz e IMDEA-Alimentación, Madrid, España*
[c] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*
[d] *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra, Pamplona, España*
[e] *CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), España*
[f] *Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, España*
[g] *Unidad de Nutrición y Cáncer, Instituto Catalán de Oncología, Barcelona, España*
[h] *Unidad Municipal de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Guadix, Guadix (Granada), España*
[i] *Grupo de Investigación Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos (GI111), Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España*
[j] *Department of Nutrition, Harvard TH Chan School of Public Health, Boston (Massachusetts), USA*
[k] *Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España*
[l] *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España*
[m] *Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs Granada), Granada, España*
[n] *Unidad de Epidemiología de la Nutrición, Universidad Miguel Hernández, ISABIAL-FISABIO, Alicante, España*
[o] *Departamento de Ciencias Sociosaniarias, Universidad de Murcia, Murcia, España*
[p] *Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca), Murcia, España*
[q] *Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa), Palma de Mallorca, España*
[r] *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, Facultad de Farmacia, Universitat de Valencia, Valencia, España*

Cómo citar este artículo: Royo-Bordonada MA, et al. Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. Gac Sanit. 2019. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.009

¡¡GRACIAS!!



mroyo@isciii.es