

A photograph of a child's hands, wearing a light-colored long-sleeved shirt, holding a green apple and a banana on a wooden stump. The scene is framed by a large red circular graphic. The background shows a blurred outdoor setting with green grass and a white fence.

ADIÓS A LA DIETA MEDITERRÁNEA



Save the Children

Nutrición y hábitos saludables
de la infancia en España

Directora de Incidencia Social y Políticas de Infancia:

Catalina Perazzo Aragoneses

Responsable de Incidencia Política:

Carmela del Moral Blasco

Coordinación:

Alexander Elu Terán

Autores:

**Ariane Aumaitre, Cristina Blanco, Elena Costas, María Sánchez,
Pere Taberner y Judit Vall (KSNET, Knowledge Sharing Network S.L)**

Revisión de textos:

LEMA TRADUCTORES
TRADUCTORES E INTERPRETES EN TODOS LOS IDIOMAS Y SECTORES

Foto portada:

Elena del Real Moreno /Save the Children

Fotos:

**Elena del Real Moreno /Save the Children (p. 4, 6, 14, 34, 44 y 54)
Óscar Naranjo Galván /Save the Children (p. 52)**

Gráficos:

Elena del Real Moreno

Ilustraciones:

Germán Gullón (VALBHY Design)

Arte y maquetación:

Óscar Naranjo Galván



Edita:

**Save the Children España
Marzo_2022**

CONTENIDO

- 5** RESUMEN EJECUTIVO
- 7** SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA:
ANTES Y DURANTE LA COVID-19
- 15** NUTRICIÓN Y HáBITOS DE VIDA SALUDABLES
- 35** EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS HáBITOS DE VIDA DE
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: ¿ES IGUAL PARA TODOS?
- 45** RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS
- 53** CONCLUSIONES
- 55** NOTA METODOLÓGICA





RESUMEN EJECUTIVO

España tiene una de las tasas de obesidad infantil más altas de Europa, lo que amenaza la salud presente y futura de los niños, niñas y adolescentes. El sobrepeso y la obesidad en la infancia aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud en la adolescencia y en la edad adulta. El sobrepeso y la obesidad afectan tanto a la salud física como mental, al vincularse con problemas de autoestima, trastornos alimentarios o depresión. A esta situación crítica de partida, se suma la llegada de la pandemia que, marcada por los confinamientos y las restricciones sociales, ha alterado la vida y hábitos de los niños, niñas y adolescentes. ¿Qué impacto ha podido tener esto en su peso, hábitos nutricionales y estilo de vida?

No existen todavía datos oficiales, por lo que desde Save the Children hemos realizado una nueva encuesta, de las primeras en analizar qué ha ocurrido durante la pandemia, para poder entender el alcance de su impacto en la salud de niños, niñas y adolescentes. Utilizando las mismas preguntas efectuadas en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), podemos comparar los cambios producidos entre 2017 y 2021.

Son muchos los estudios que han analizado los motivos del sobrepeso y la obesidad infantil, concluyendo que se trata de un problema con muchas causas interrelacionadas entre sí. Factores como la dieta, el sedentarismo, las horas de sueño, los problemas biológicos y emocionales, la medicación o el entorno y la situación socioeconómica determinan no solo el peso de los niños y niñas, sino su estado de salud general, nivel de calidad de vida y futuro desarrollo.

Las diferencias de renta determinan, más allá de los niveles de sobrepeso y obesidad de los niños, niñas y adolescentes, el tipo de hábitos nutricionales, actividad física y estilo de vida que siguen. Esto afecta a su salud nutricional, física y emocional, y requiere de políticas que aseguren el acceso a buenos hábitos sea cual sea el origen familiar.

Por último, proponemos, con base en la evidencia científica y a las buenas prácticas, recomendaciones a partir de las necesidades detectadas en materia de nutrición y hábitos con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes en España.



1. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA: ANTES Y DURANTE LA COVID-19

La obesidad y el sobrepeso infantil son un grave problema de salud pública actual y futura. Los niños y niñas con sobrepeso tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos obesos o con sobrepeso y un mayor riesgo de sufrir enfermedades, peor calidad de vida o morir de forma prematura.¹ Por ejemplo, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la infancia se relaciona con problemas cardiovasculares,

diabetes, trastornos emocionales como depresión, trastornos alimentarios y una baja autoestima. El exceso de peso tiene que ver, por un lado, con una mala nutrición y, por el otro, con hábitos de vida vinculados, por ejemplo, a la insuficiente actividad física. Es decir, adquirir buenos hábitos en la infancia es un seguro de vida para el futuro.

EXCESO DE PESO, GORDOFOBIA, CULTO A LA DELGADEZ Y OTRAS CUESTIONES

La utilización a lo largo de este informe del exceso de peso como un factor de riesgo para la salud está basado en las evidencias científicas que plantean que un exceso de peso puede provocar a presente y futuro enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer. Sin embargo, el peso es un factor a tener en cuenta entre muchos otros, especialmente los hábitos de vida y la calidad nutricional de la dieta. Identificar la obesidad y el sobrepeso como factores de riesgo para la salud no debe interpretarse como una estigmatización, sino como un indicador al que prestar atención y hacer seguimiento durante las revisiones.

Por otro lado, exponer el exceso de peso como un factor de riesgo no nos debe llevar a asumir que la delgadez es, por el contrario, expresión de buena salud. Esta creencia genera, desde hace años, problemas en la salud mental y física de gran parte de la población y muy especialmente en la infancia, siendo su expresión más extrema los trastornos de conducta alimentaria.

En una cuestión tan compleja como la que nos compete es esencial no entrar en discursos reduccionistas, pues la salud es un elemento multifactorial, en la que el peso es un factor, pero no lo es todo. Las campañas y comunicaciones públicas que se hagan respecto a esta cuestión deben dejar claro el mensaje en torno a que la salud tiene muchas formas y cuerpos, que los hábitos saludables son fundamentales y que la salud no viene determinada por una talla.

1 De Onis, M., & Lobstein, T. (2010). Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use?. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(6), 458-460.; Currie, et al. (2012). Is obesity at individual and national level associated with lower age at menarche? Evidence from 34 countries in the Health Behaviour in School-aged Children Study. *Journal of adolescent health*, 50(6), 621-626.). Para más información sobre las consecuencias en la salud de la obesidad consultar el informe de la OMS al respecto: World Health Organization. (2016). Report of the commission on ending childhood obesity. World Health Organization.

CUADRO 1. ¿QUÉ SON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL?

La medida establecida internacionalmente para medir el exceso de peso, tanto a nivel académico como de los organismos internacionales especialistas en el tema, es el Índice de Masa Corporal (IMC). Este se basa en un cálculo usando la altura y el peso de los individuos: el IMC equivale a dividir el peso en kilos por la altura en metros al cuadrado. A pesar de algunas críticas existentes al IMC basadas en que no distingue entre los componentes del exceso de peso (por ejemplo, grasa o músculo), se considera que, por su sencillez y practicidad, es el método estándar para clasificar el estado nutricional.

Para los adultos, un valor entre 25 y 29,9 se considera sobrepeso y superior a 30 obesidad. En el caso de la infancia y adolescencia, el criterio para definir los indicadores de exceso de peso ha sido ampliamente debatido y no existe un consenso rotundo sobre la forma de calcular cada estado nutricional (infrapeso, normopeso, sobrepeso u obesidad). En la infancia y adolescencia, el cálculo del IMC varía en gran medida por el rápido desarrollo físico, por eso es necesario establecer puntos de corte distintos a los de los adultos y por eso, también, en los menores de edad se utilizan tablas y curvas de referencia en función del sexo y la edad, estableciendo puntos de corte en función de un porcentaje de la media. Estos porcentajes (o percentiles) dependerán del grupo con el que nos comparemos, por ejemplo, si usamos las tablas españolas, de la OMS o de la International Obesity Task Force (IOTF).² Estas últimas se construyen a partir de datos de distintos países y los puntos de corte se definen vinculados a las tasas y riesgos de mortalidad en adultos. Este es el criterio que siguen las Encuestas Nacionales de Salud como la ENSE y que, por coherencia, aplicamos también en este estudio, ya que, por definición, es un baremo que varía poco, temporal y geográficamente.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, para los menores de 5 años, el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.³ A su vez, la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Para los niños y niñas de 5 a 19 años, el sobrepeso se define como el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, mientras que la obesidad sería superar dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Por lo tanto, una niña de 11 años que midiese 1,40 m, y pesase 47 kg, según los cálculos de la OMS sufriría de obesidad, pero en función de los valores de corte de IOTF tendría sobrepeso.

Existe consenso científico en que los dos criterios son igualmente válidos para definir el estado nutricional en la infancia y adolescencia, a pesar de reportar resultados distintos. Otro tipo de factores pueden modificar los resultados encontrados, como comparar edades distintas o que los datos de altura y peso sean medidos o autodeclarados, ya que en este caso se puede subestimar las tasas de sobrepeso y obesidad.

2 Cole TJ, Lonstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 2012; 7(4), 284-294.

3 de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. (2007) Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin world health organization* 2007; 85:660-7.

1.1. EL EXCESO DE PESO INFANTIL ANTES DE LA PANDEMIA

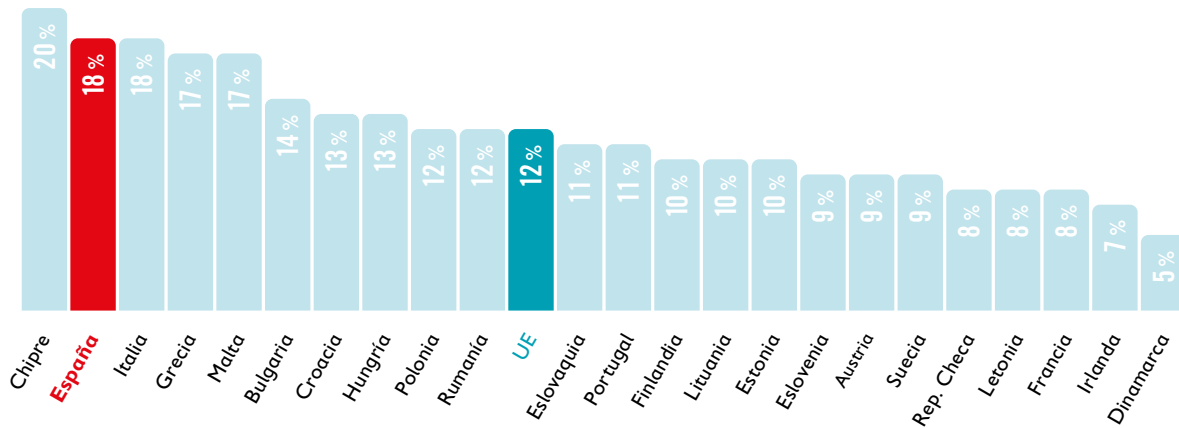
A nivel internacional, España ocupa una situación preocupante por lo que respecta al peso de los niños, niñas y adolescentes. En España, uno de cada cinco niños y niñas de entre 7 y 8 años sufre de obesidad, frente a la media de la Unión Europea (UE), que es uno de cada ocho. Si bien en la Unión Europea (UE), de media, cerca de uno de cada ocho niños y niñas de entre 7 y 8 años sufre de obesidad, en España es casi uno de cada 5. Junto a Chipre e Italia lideramos el ranking europeo de obesidad infantil. En el extremo opuesto encontramos a países como Dinamarca o Irlanda, donde uno de cada doce niños y niñas sufren obesidad. España se encuentra entre los países que han experimentado una Transición Nutricional en los últimos años, a partir de los importantes cambios sociales y económicos acaecidos a lo largo del s. XX. La Transición Nutricional consiste en el paso, por el crecimiento económico y los cambios culturales, de un consumo de alimentos con un alto contenido en hidratos de carbono complejos y fibra, como el pan, los cereales, los tubérculos o las legumbres, a otro donde abundan los alimentos industrialmente procesados, con un alto contenido en azúcares refinados, lácteos y productos de origen animal. Así, los países mediterráneos hemos pasado de tener una de las dietas más sanas del mundo a otra donde los dulces, la comida rápida y las bebidas azucaradas han desplazado a la fruta, la verdura, el aceite de oliva y el pescado. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que aquellos más cercanos a consumir una dieta mediterránea en Europa son ahora mismo los niños y niñas suecos.⁴

Según datos de la OMS – COSI (gráfico 1) el 18% de los niños y niñas españoles de entre 6 y 9 años sufría de obesidad, frente al 12% de la media europea. Los niños tienden a sufrir mayores problemas de peso, encontrándose las mayores diferencias de género en países como Austria, Italia, Grecia o Rumanía (con una divergencia de unos 6 o 7 puntos porcentuales). En cambio, en España, con unas tasas de obesidad del 19% para los niños y un 17% para las niñas, la brecha de género es menor.

La buena noticia es que la comparación entre países nos permite ver también que las tasas de obesidad parecen estar reduciéndose en los últimos años. Destacan en esta tendencia los países del sur de Europa como Grecia, Italia, Portugal, o España. Los países mediterráneos parecen estar haciendo un esfuerzo por intentar volver a la dieta que un día les caracterizó, a pesar de tener todavía tasas de exceso de peso infantil elevadas.

⁴ Oficina Regional para Europa de la OMS en el marco de la iniciativa COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative) - Disponible en: <https://stces.me/3icxolF>

Gráfico 1. Tasas de obesidad entre niños y niñas de 6 y 9 años en la UE (2015-17)



Fuente: OMS-Europa (Children Obesity Surveillance Initiative - COSI)

Análisis específicos para el caso español, como el estudio ALADINO del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, reafirman la idea de que la obesidad y el sobrepeso son un problema para la infancia y la adolescencia en España desde hace ya décadas. Sin embargo, y en línea con los resultados internacionales, los datos de 2019 reflejaban una estabilización del exceso de peso de los escolares españoles de 6 a 9 años con respecto al máximo de 2011, con un 23,3% de sobrepeso, y un 17,3% de obesidad. Por lo tanto, y a pesar de mantenerse en valores demasiado elevados, antes de la pandemia parecía que el problema de exceso de peso en la infancia empezaba a corregirse en nuestro país.

Para poder medir la evolución de la obesidad y el sobrepeso de la infancia en España podemos usar también la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). En 2017 uno de cada diez menores de edad en España sufría obesidad (un 10,3% entre los 2 y los 17 años) y el sobrepeso afectaba al 18,3%. Para la obesidad, estos valores no habían dejado de aumentar desde 2003. Sin embargo, por lo que respecta al sobrepeso, los datos de 2017 eran los mismos que en 2011 y para ninguno de los dos indicadores había diferencias significativas entre niños y niñas.

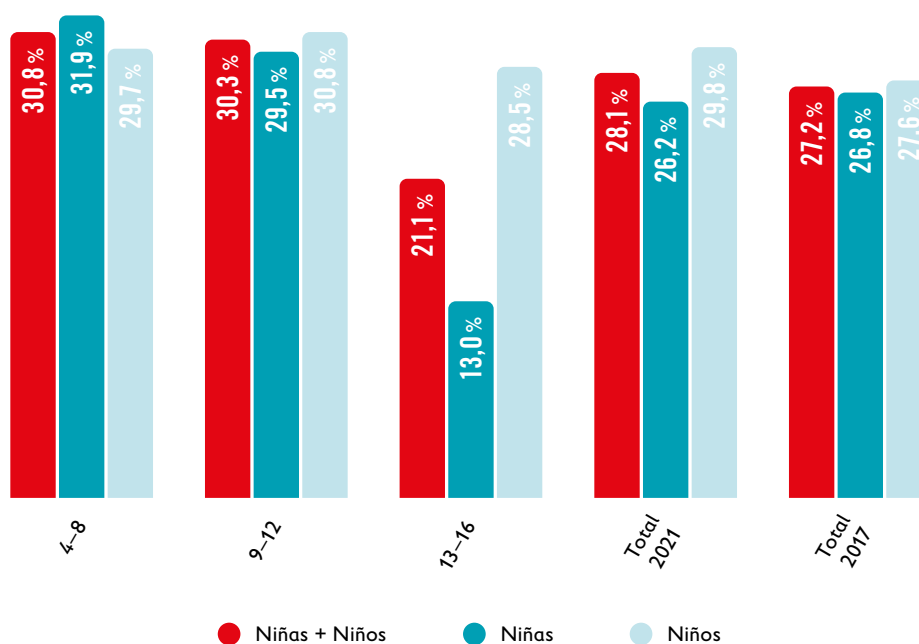
Según estos datos, casi un 30% de los menores de 18 años tendrían exceso de peso en España antes de la llegada de la COVID-19. De nuevo, es importante destacar las dificultades para comparar datos entre distintas fuentes, pero es indiscutible que España no se encontraba en una buena posición.

1.2. LA COVID-19 Y EL EXCESO DE PESO EN LA INFANCIA

La llegada de la COVID-19 supuso para los niños, niñas y adolescentes un importante impacto en sus hábitos diarios. Los confinamientos, cierres de escuelas y otras restricciones impactaron (y aún lo hacen) en su estilo de vida.

Dado que no existen todavía datos oficiales para medir esos efectos, Save the Children ha realizado una encuesta, de las primeras que analizan qué ha ocurrido durante la pandemia, para poder entender el alcance de su impacto. Utilizando las mismas preguntas que se hacen en la ENSE, podemos comparar los cambios que se han producido entre 2017 y septiembre de 2021, un año y medio después del inicio de la crisis de la COVID-19.⁵

Gráfico 2. Tasas de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) entre niños y niñas de entre 4 y 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia.

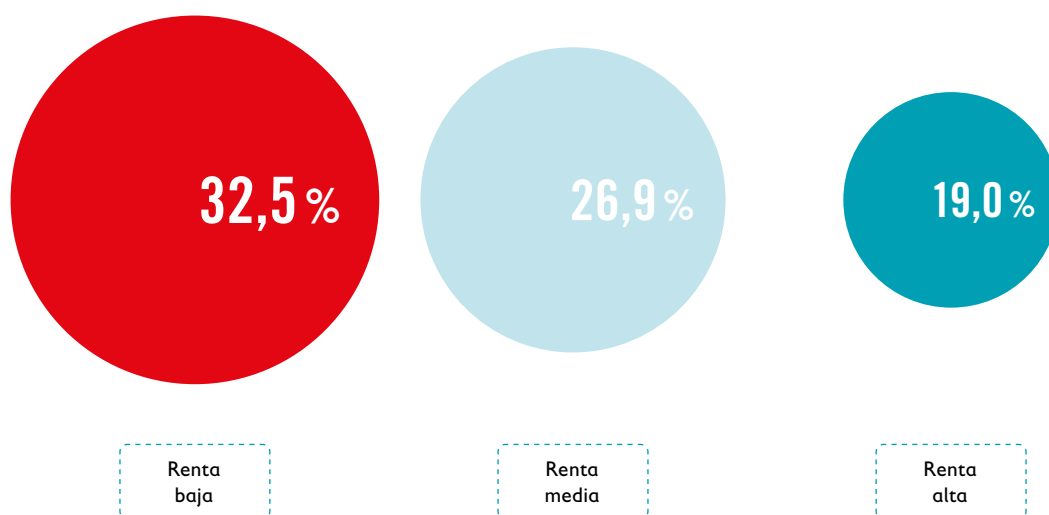
5 Se trata de una encuesta a 2000 padres y madres sobre la salud de sus hijos. Además de varias preguntas idénticas a la ENSE (2017), se han añadido preguntas específicas sobre pensamientos suicidas. Nuestra encuesta incluye niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años. La muestra de la encuesta propia es mucho más pequeña que la de la ENSE, aunque representativa a nivel de CC.AA. Además, en ambas encuestas se trata de datos informados por los padres y madres de los niños y niñas por lo que es posible que estén infraestimando el peso de sus hijos e hijas, especialmente en la situación pospandemia, donde las visitas a los centros de atención primaria para el seguimiento de la salud infantil fueron más escasas por saturación del sistema.

Los datos muestran que, año y medio después de la declaración del estado de alarma por la pandemia, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que tenían exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en España era del 28,1%. Como veíamos en años anteriores, las diferencias por sexo en los menores de 12 años son bajas, con una tasa de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) alrededor del 30,5%. En cambio, para los y las adolescentes, la situación cambia. La tasa de exceso de peso se reduce al 21,1%, pero es mucho mayor para los chicos (28,5%) que para las chicas (13%). Es un resultado similar al de otros estudios y que, hasta cierto punto, podría explicarse por las dinámicas propias de la adolescencia, desde el propio crecimiento y desarrollo del cuerpo hasta un cambio en los

comportamientos, al convertirse los adolescentes en más independientes de sus padres y madres.

Las investigaciones internacionales indican que, más allá de las diferencias por edad y sexo, **la obesidad y el sobrepeso infantil tienen un claro gradiente social**. Según los datos de nuestra encuesta, en los hogares con rentas más bajas hay una mayor probabilidad de que los niños, niñas y adolescentes tengan exceso de peso, es decir, sobrepeso u obesidad (un 32,5%).⁶ En cambio, el exceso de peso infantil es mucho menos probable en los hogares más acomodados (un 19%). Es decir, **vivir en un hogar pobre multiplica la probabilidad de sufrir obesidad o sobrepeso en la infancia**.⁷

Gráfico 3. **Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 4 y 16 años con sobrepeso y obesidad por nivel de renta de padres y madres (2021)**



Fuente: Elaboración propia (2021).

6 Se consideran rentas bajas aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1300€, rentas medias aquellos con renta entre 1300€ y 3600€ mensuales y rentas altas aquellos que ingresan más de 3600€ al mes.

7 Ya en la ENSE de 2017 se veía que los hijos e hijas de directores/as y gerentes con estudios universitarios tenían una probabilidad de sufrir obesidad tres veces menor a la de los hijos e hijas de personas trabajadoras no cualificadas.

Si analizamos los datos agregados de exceso de peso durante la pandemia, con un 28,1% de los niños, niñas y adolescentes españoles que sufren de obesidad o sobrepeso, nos encontramos en una situación casi idéntica a la que reflejaba la ENSE para 2017. Pero debemos tomar estos datos con cautela, porque los cambios en el IMC requieren tiempo. Es, por tanto, posible que los efectos de la pandemia en el peso de los niños, niñas y adolescentes no se estén reflejando todavía en los IMC recogidos a día de hoy. Además, los padres y madres encuestados responden sobre la altura y peso de sus hijos e hijas y, durante la pandemia, esa información podría estar menos actualizada que en circunstancias normales, porque se han reducido las visitas pediátricas rutinarias. Por otro lado, es importante recordar que en los años inmediatamente anteriores a la pandemia España experimentó una leve reducción de las tasas de exceso de peso. Con lo que, la estabilización que vemos en la encuesta respecto a los datos de 2017 nos estaría indicando un parón, provocado por la pandemia, en esa tendencia positiva.

No hay duda de que la pandemia ha cambiado la vida de los niños, niñas y adolescentes. Los centros de actividades escolares han estado cerrados durante meses, lo que ha impedido, entre otros, el uso de los comedores escolares imprescindibles para la buena alimentación de muchas familias. Los confinamientos de grupos han mantenido a niños, niñas y adolescentes muchos días en casa desde finales de 2020 y las actividades de ocio también se han reducido. Aunque también existen otros factores ligados a la pandemia que podrían favorecer la salud, como comer más a menudo en casa.

El hecho de que predominen los efectos negativos o los positivos depende crucialmente de los hábitos de vida. ¿Qué tipo de nutrición, actividad deportiva, horas de sueño y «consumo de pantallas» existe en la familia?





2. NUTRICIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Las altas tasas de obesidad y sobrepeso infantil en España en los últimos años representan un importante problema de política pública por todas las implicaciones que puede conllevar en el corto, medio y largo plazo para niños, niñas y adolescentes, especialmente entre aquellos en situación de vulnerabilidad. Por ello es fundamental entender cuáles son los principales determinantes del exceso de peso infantil. Sin embargo, analizar el comportamiento de los niños y niñas españoles en materia de nutrición y hábitos saludables va más allá de su impacto en el sobrepeso y la obesidad, al ser elementos imprescindibles para poder tener una vida sana. La calidad de su alimentación, la actividad física que realizan o el número de horas que pasan durmiendo o frente a una pantalla marcan su día a día y su salud futura. Por ello, analizamos los principales determinantes de la obesidad y el sobrepeso, y los hábitos de vida saludable, así como el impacto que ha supuesto la pandemia de la COVID-19.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el exceso de peso infantil es un problema multifactorial. Por ejemplo, existen determinantes biológicos y ambientales que pueden favorecer el sobrepeso y la obesidad. En este sentido, hay estudios que apuntan a que los estilos de vida de los padres y madres, e incluso abuelos y abuelas, pueden condicionar a una genética más proclive al sobrepeso y la obesidad infantil. Por lo tanto, niños, niñas y adolescentes con progenitores obesos tienen más probabilidades de desarrollar obesidad durante la infan-

cia. Otro ejemplo de esto es la relación entre los hábitos saludables y el bienestar emocional de las madres durante el embarazo como factor determinante de la obesidad infantil en el futuro.⁸ Por último, también existe evidencia de que los hábitos de la madre durante el embarazo, así como la lactancia materna, más allá de mejorar la salud infantil, reduce el riesgo de obesidad.⁹

Además, la literatura especializada ha identificado como principales causas del sobrepeso y la obesidad infantil una mala dieta, la falta de ejercicio, hábitos no saludables como un mal descanso o el exceso de pantallas, así como factores psicológicos o emocionales vinculados a la salud mental.

La formación de hábitos saludables y no saludables depende mucho del entorno en el que crezcan los niños y niñas, como el hogar o el colegio. Como se analiza en más detalle en la sección 3, la familia permite interiorizar hábitos saludables o estimular hábitos perjudiciales para la salud, donde el nivel socioeconómico determina en gran medida estos comportamientos. Los centros escolares juegan también un papel clave como lugar de formación de hábitos saludables, en materia de nutrición y actividades deportivas. En el caso concreto de la alimentación, los comedores escolares realizan una tarea imprescindible y, en el caso de que se garantice su acceso a todos los niños y niñas, por ejemplo, a través de becas comedor, pueden asegurar como mínimo una comida

8 Milgrom J, Skouteris H, Worotniuk T, Henwood A, Bruce L. (2012): "The association between ante- and postnatal depressive symptoms and obesity in both mother and child: a systematic review of the literature". *Womens Health Issues*. 22(3): 319-28; Fleming, T. P. et al. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *The Lancet*, 391(10132), 1842-1852.

9 Aguilar Cordero M. J., Sánchez López A.M., Madrid Baños N., Mur Villar N., Expósito Ruiz M., Hermoso Rodríguez E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2): 606-620.

saludable, independientemente del origen socioeconómico de las familias (ver cuadros 2 y 4).

Por último, no podemos olvidar la importancia de otros factores culturales como, por ejemplo, el impacto de la publicidad en alimentos altamente azucarados, la disponibilidad de espacios -o la falta de ellos- para que niños, niñas y adolescentes puedan moverse de manera libre, segura y gratuita, o la influencia de compañeros y compañeras en la formación de hábitos saludables y no saludables.¹⁰

En esta sección analizaremos los principales determinantes de la creación de hábitos de vida saludable, cómo se relacionan entre ellos y cómo han evolucionado durante la pandemia de la COVID-19. Para ello utilizamos los datos de la encuesta efectuada, para ver su evolución temporal entre 2017 y 2021, así como el posible impacto de la pandemia en estos mecanismos, a partir del análisis econométrico de distintos modelos de regresión.¹¹

2.1. HÁBITOS NUTRICIONALES

Una buena alimentación es imprescindible para que los niños y niñas puedan desarrollarse física, intelectual y emocionalmente, convirtiéndose en adultos sanos. Para ello su alimentación debe incluir alimentos saludables como fruta, verdura, pescado y legumbres. Por otro lado, las dietas ricas en azúcares, grasas hidrogenadas, alimentos ultraprocesados y comida rápida son perjudiciales para la salud infantil y conllevan también un aumento de peso.

Los datos de la encuesta efectuada muestran que se ha reducido la probabilidad de que los niños y niñas coman fruta y verdura a diario durante la pandemia. Si en 2017 más de la mitad de los niños y niñas de entre 4 y 14 años consumían fruta a diario – 56% –, en septiembre de 2021 este valor se redujo hasta el 40%. Además, las niñas tienden a comer más frutas y verduras que los niños, sin que haya diferencias relevantes por edad.

10 Strombotne K.L., Fletcher J.M., Schlesinger M.J., (2019). Peer effects of obesity on child body composition. *Economics and Human Biology*, 34: 49-57.

11 Un modelo de regresión es un modelo matemático que busca determinar la relación entre una variable dependiente o explicada, con respecto a otras variables, llamadas independientes o explicativas. Este tipo de análisis econométrico nos permite profundizar en los factores determinantes de las tasas de obesidad y sobrepeso de los niños, niñas y adolescentes, así como sus hábitos saludables o no saludables.

Gráfico 4. Hábitos nutricionales saludables en niños y niñas de 4 a 14 años

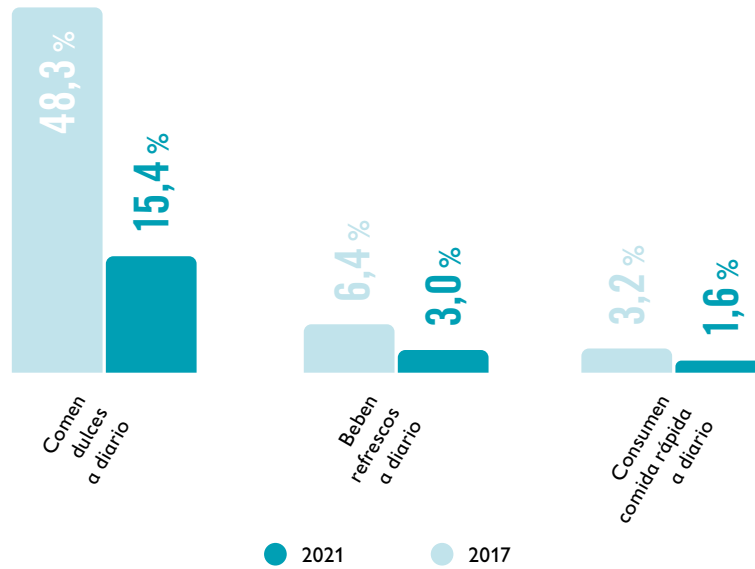


Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

Sin embargo, a pesar del empeoramiento de los hábitos saludables, hay que tener en cuenta que se ha reducido también la probabilidad de que niños, niñas y adolescentes sigan una mala dieta, entendida como comer dulces, refrescos, o comida rápida a diario. En el caso de los dulces, esta reducción ha sido casi del 70%, y no hay diferencias significativas entre sexo o grupos de edad. Una hipótesis explicativa de tal

reducción es que, debido a las restricciones de movilidad y al cierre comercial y de espacios de ocio la posibilidad de consumir este tipo de productos se haya reducido. Los modelos de regresión definidos para analizar el impacto de la pandemia sobre los hábitos nutricionales, saludables y no saludables, confirman estos resultados.

Gráfico 5. Hábitos nutricionales no saludables en niños y niñas de 4 a 14 años



Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

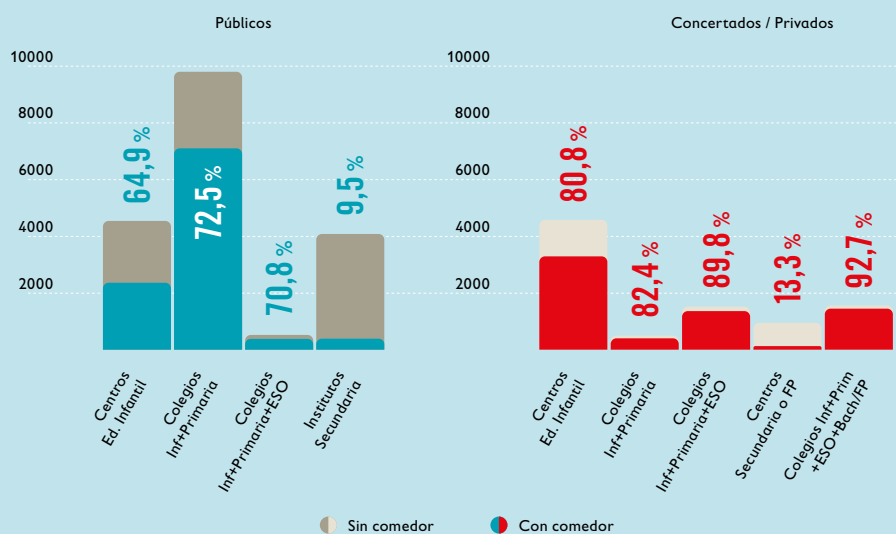
A pesar de la reducción de hábitos no saludables, que podría ser temporal y vinculada en parte a las restricciones comerciales de la pandemia, hay que tener en cuenta que, si no se recuperan algunos de los hábitos saludables de consumo, como comer fruta y verduras a diario, las consecuencias para los niños, niñas y adolescentes en el medio y largo plazo pueden ser muy nocivas. Como destaca Esther Sánchez, dietista materno infantil, el problema

de la obesidad infantil en España es en gran medida un problema de desayunos y meriendas, que cada vez se basan más en *snacks* no saludables. No podemos olvidar que, en este análisis, estamos teniendo en cuenta todos los niños y niñas sin diferenciar por renta, lo que podría explicar distintos comportamientos en función del origen socioeconómico. Esto se analizará en más detalle en la sección 3.

CUADRO 2. LOS COMEDORES ESCOLARES

Los **comedores escolares** desempeñan una función fundamental desde el punto de vista nutricional fomentando la adquisición de hábitos alimentarios saludables entre los estudiantes. No obstante, el porcentaje de centros que ofertan comedor escolar como servicio complementario varía según el tipo de centro (público o privado) y nivel educativo (educación infantil, primaria, secundaria y bachillerato).

Gráfico 6. Centros educativos con servicio de comedor (2019-2020), en número de centros y porcentaje



Fuente: Save the Children (2022) a partir de Las Cifras de la Educación 2022 (Ministerio de Educación y FP, 2021).

El acceso al comedor, sin embargo, no garantiza la equidad en la experiencia nutricional y educativa. La gestión directa o indirecta de los comedores escolares es también fuente de desigualdad entre unos colegios y otros.¹² La adopción de un modelo de gestión u otro depende de las normativas de cada comunidad autónoma para promover un modelo u otro de gestión y favorecer criterios de nutrición saludable sobre precios en las licitaciones que lanzan.

Por un lado, la gestión directa del comedor a cargo de las asociaciones de padres y madres de los alumnos (AMPA), el gobierno autonómico o el gobierno municipal, que prioriza un proyecto educativo más integral donde se prima la producción local y la alimentación saludable, requiere de un compromiso significativo de tiempo y habilidades de las familias involucradas en el AMPA. Por otro lado, la gestión indirecta o externalización a una empresa de catering a través de una licitación (lo más común en los centros españoles), que en muchos casos priman el criterio del precio por encima de la producción local o ecológica, deja atrás un modelo de educación nutritiva integral a favor de una reducción de costes a corto plazo.

12 Ehigem 2017. Conclusiones encuesta comedor, disponible en: <https://stces.me/3qfcy9Q>

Villadiego, Laura & Castro, Nazaret (2018). Los Comedores Escolares en España: del diagnóstico a las propuestas de mejora. Colabora: SEO/Birdlife, Del Campo al Cole, Carro de Combate, y CEAPA.

Según datos del Estudio de Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España (ALADINO 2019), los comedores escolares de gestión directa con cocina propia son minoría, en torno al 49,2% del total de centros de educación primaria que ofertan el servicio. En Andalucía, por ejemplo, solo el 8,5% de las escuelas disponen de cocina propia, frente al 76% de Galicia.¹³

Las diferencias en la proporción de comedores escolares con un tipo de gestión u otra son la consecuencia directa de las normativas de licitación que promueven las consejerías de educación de cada región. La normativa madrileña, por ejemplo, es una de las pocas en España que descarta la gestión directa del servicio de comedor de los centros públicos de educación primaria por parte de personal de la administración o del propio centro (equipo directivo y/o AMPA).¹⁴ Así, los comedores están gestionados por empresas de restauración, que o bien cocinan en el centro (85% de los casos), o siguen la modalidad de «línea fría».¹⁵

Los pliegos de condiciones técnicas publicados por las administraciones regionales establecen los requisitos nutricionales y otras características del servicio, asignando a los diferentes criterios una puntuación máxima.¹⁶ Aunque la mayoría de las administraciones siguen las recomendaciones acordadas en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para los criterios y requisitos nutricionales (garantizando que los menús de cada colegio estén firmados por un profesional sanitario), los criterios ambientales o de fomento de la alimentación ecológica tienen un papel en los pliegos de algunas regiones totalmente marginal, pudiendo recibir un máximo de un punto sobre cien en el caso de la Comunidad de Madrid.¹⁷

13 CEAPA 2021. Precio comedor escolar, ayudas becas de comedor y apertura de comedores en verano. Documento interno.

14 Consejería de Educación y Juventud, 2021 Decreto del Consejo de Gobierno por el que se regula el servicio de comedor escolar en los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Madrid.

15 S. Coop Madrid (2017). Alimentar el cambio: Diagnóstico sobre los comedores escolares de la Comunidad de Madrid y su transición hacia modelos más saludables y sostenibles.

16 Gestión del servicio público de comedor escolar en los centros docentes públicos dependientes de la Consejería de Educación. Pliego de cláusulas administrativas (2016). N.º expediente 0048/ise/2016/sc. Instrucción 2/2016/SGECAG de la Secretaría General Técnica sobre los criterios de adjudicación a incluir en la licitación del servicio de comedores escolares (2016). Pliego de cláusulas administrativas particulares que ha de regir el acuerdo marco para la contratación del servicio de comedor escolar en los centros docentes públicos no universitarios dependientes de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Cantabria. Expediente 2014-1-09-04-0264. Consejería de Educación y Juventud, 2021 Decreto del Consejo de Gobierno por el que se regula el servicio de comedor escolar en los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Madrid. Pliego de cláusulas administrativas particulares para el contrato de servicios para la elaboración, transporte y entrega de comidas preparadas y prestaciones complementarias para el funcionamiento de los comedores de gestión directa en diversos centros públicos dependientes del Departamento de Educación situados en el Territorio Histórico de Bizkaia. Gobierno Vasco: Expediente n.º: C02/007/2021.

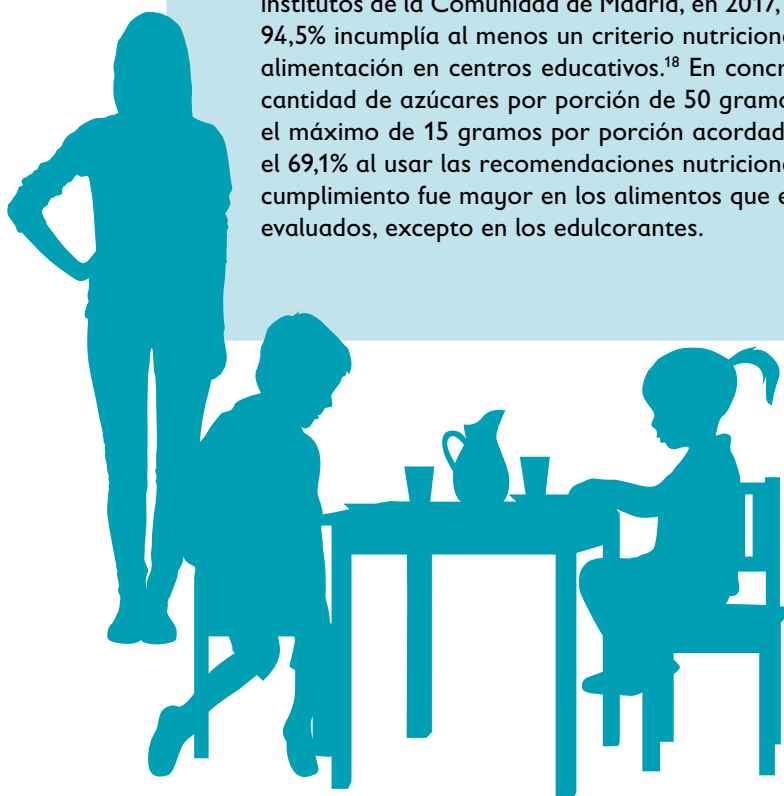
17 Ministerio de Educación, (2010) Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Consejería de Educación y Juventud, (2021) Decreto del Consejo de Gobierno por el que se regula el servicio de comedor escolar en los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Madrid.

Esta asignación contrasta con la de otras CC. AA., en las que diferentes criterios de carácter ambiental y social pueden sumar hasta 62 puntos de un total de 100. En Aragón, por ejemplo, se asignan 10 puntos por incluir un menú ecológico mensual, 10 puntos por incluir fruta y hortaliza de temporada y por diversidad de menús y 5 puntos por eliminar la barqueta de plástico y usar otros materiales más seguros. En Euskadi, el precio solo computa 38 puntos de un total de 100, con 62 puntos ponderados por sostenibilidad ambiental, calidad y social.

Estas diferencias de puntuación inciden directamente en la calidad nutricional de los menús escolares ofrecidos por la empresa que finalmente gestiona el comedor escolar. Además, cada comunidad autónoma cuenta con una guía nutricional que facilita recomendaciones para los menús y las iniciativas complementarias llevadas a cabo en cada centro. Las diferencias en estas guías son también fuente de variación en la calidad del servicio entre unas CC. AA. y otras. En la Comunitat Valenciana, por ejemplo, se promociona la oferta diaria de frutas y verduras de temporada en los menús escolares, se revisa la oferta alimentaria de los centros públicos y se analizan los indicadores propuestos.

Además de los menús escolares, los niños y niñas también consumen alimentos de las máquinas expendedoras disponibles en algunos centros. La evaluación de la calidad y adecuación de los alimentos contenidos en estas máquinas dispensadoras en los institutos de la Comunidad de Madrid, en 2017, mostró que, del total de productos, el 94,5% incumplía al menos un criterio nutricional del Documento de Consenso sobre alimentación en centros educativos.¹⁸ En concreto, el criterio más incumplido fue la cantidad de azúcares por porción de 50 gramos con un 52,7% más de azúcares que el máximo de 15 gramos por porción acordado en el Consenso (que se eleva hasta el 69,1% al usar las recomendaciones nutricionales de la OMS).¹⁹ El porcentaje de incumplimiento fue mayor en los alimentos que en las bebidas para todos los criterios evaluados, excepto en los edulcorantes.



18 Monroy-Parada, D. X., Jácome-González, M. L., Moya-Geromini, M. Á., Rodríguez-Artalejo, F., & Royo-Bordonada, M. Á. (2019). Adherence to nutritional recommendations in vending machines at secondary schools in Madrid (Spain), 2014-2015. *Gaceta sanitaria*, 32, 459-465.

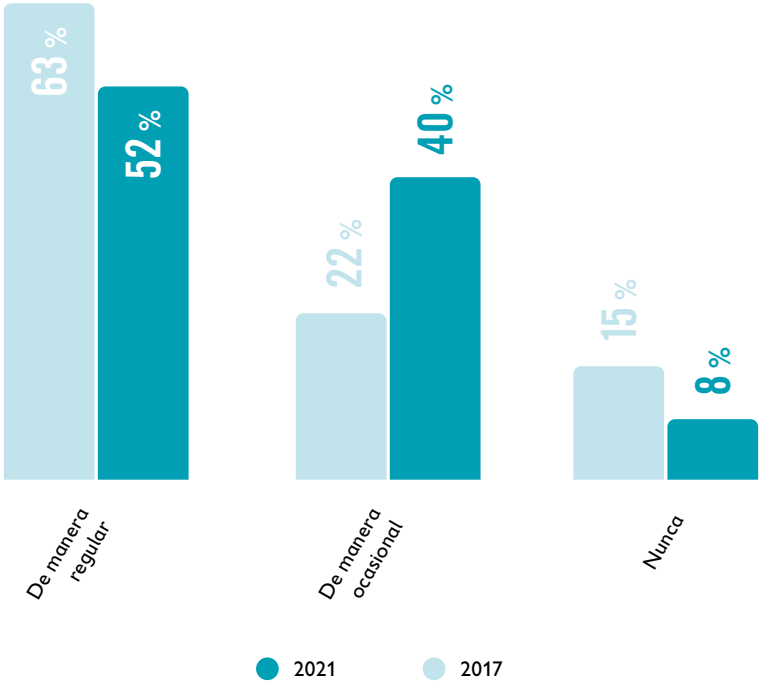
19 Ministerio de Educación, (2010) Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA

Mantener una vida activa es imprescindible para gozar de una buena salud. Por ello, la OMS ha elaborado las «Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud». Considera que, para los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, la actividad física debería consistir en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el ámbito familiar, escolar o comunitario. Se recomienda realizar al menos una hora diaria de actividad física moderada, y como mínimo tres veces a la semana actividades deportivas de mayor rendimiento.

La llegada de la COVID-19 y el confinamiento supuso el cierre de colegios, actividades extraescolares, parques y centros deportivos. Las restricciones sanitarias aplicadas con posterioridad han mantenido muchas de las limitaciones de actividad para la infancia. Por ello, los datos de nuestra encuesta confirman que, durante la pandemia, los niños, niñas y adolescentes han reducido la actividad física o deportiva que realizaban.

Gráfico 7. Actividad física y deportiva por frecuencia en niños y niñas de 4 a 14 años



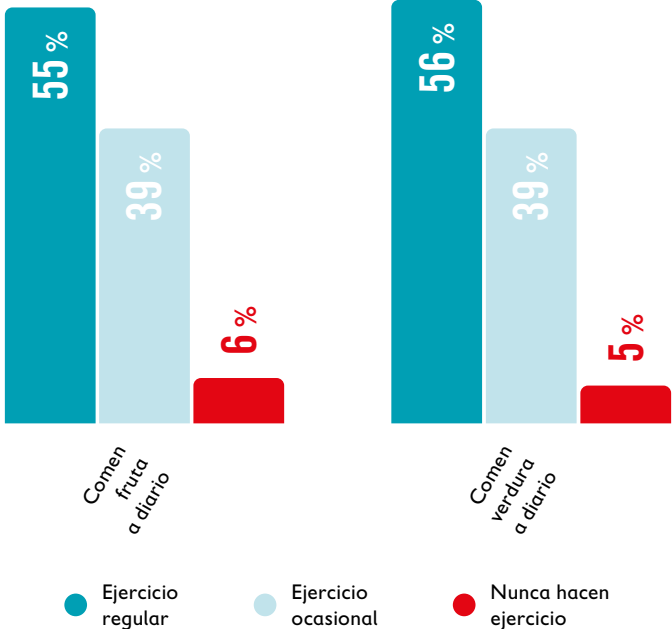
Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

Este aumento del número de niños y niñas entre 4 y 14 años que no realizan ninguna actividad o solo lo hacen de forma ocasional es consistente con las restricciones aplicadas, sobre todo durante las primeras semanas de la pandemia. Los niños tienden a realizar más actividades físicas que las niñas, aunque esta diferencia se ha reducido durante la pandemia. Por grupos de edad, es a partir de los 7 años que se realizan actividades físicas y deportivas de manera más frecuente, probablemente vinculado a la realización de actividades extraescolares. Nuestras estimaciones confirman estos resultados, viendo cómo la actividad física realizada se redujo significativamente.²⁰

Si analizamos la relación entre los hábitos nutricionales –saludables y no saludables– y el nivel de actividad física y deportiva observamos que existen patrones claros de estilo de vida. Vemos que aquellos niños y niñas que realizan actividades físicas y deportivas con regularidad tienden a consumir mucha más fruta y verdura a diario que los que tienen vidas más sedentarias. Estos últimos, en cambio, tienen hábitos nutricionales poco saludables, como un mayor consumo diario de dulces, refrescos o comida rápida.

Gráfico 8. Hábitos nutricionales por frecuencia de actividad física y deportiva en niños y niñas de 4 a 16 años (2021)

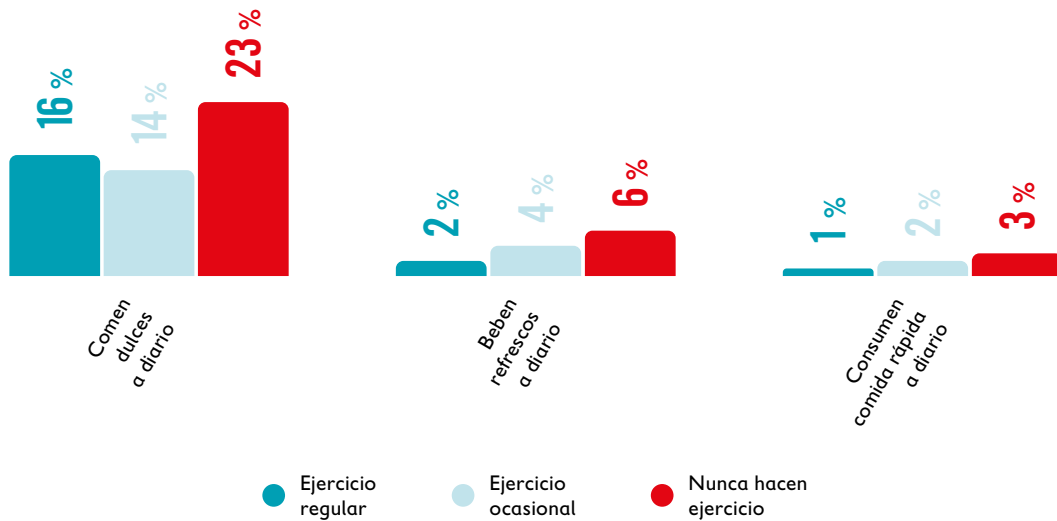
a) Hábitos nutricionales saludables



Fuente: Elaboración propia (2021).

20 Estimaciones en base a los modelos de regresión.

b) Hábitos nutricionales no saludables



Fuente: Elaboración propia (2021).

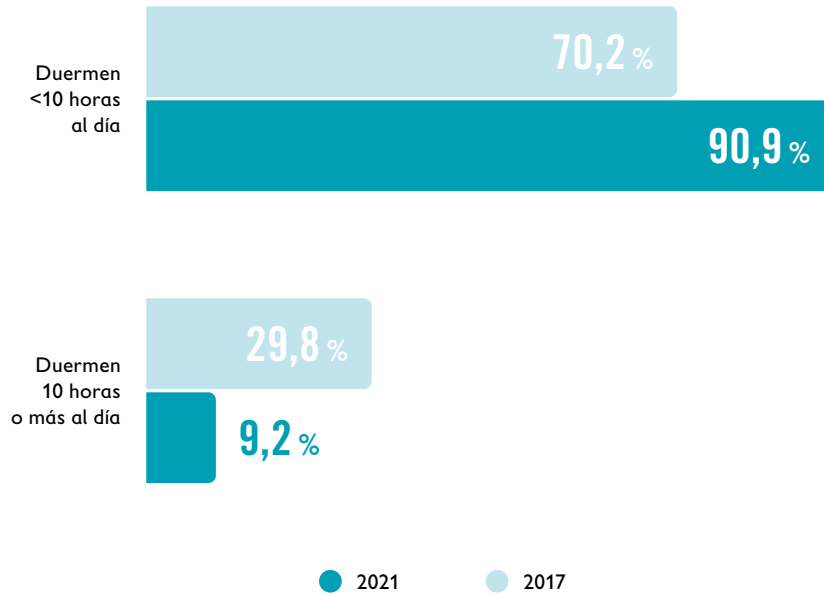
2.3. HORAS DE SUEÑO Y PANTALLISMO

Un descanso adecuado es clave para la salud infantil. El número de horas y la calidad del sueño favorecen el desarrollo y el bienestar. Al dormir se recupera el equilibrio físico y psicológico, permitiendo la regeneración del organismo y el sistema inmunitario, favoreciendo los procesos de atención y memoria. La cantidad y la calidad de las horas de sueño también están asociadas con el peso infantil.²¹

Debido a la pandemia, los niños, niñas y adolescentes españoles duermen casi media hora menos de media (27 minutos). Esto supone una reducción del 4,7% en las horas medias de sueño, en comparación con la media de horas en 2017 (de 9,3 horas). Estos datos no muestran diferencias por sexo, pero sí por grupos de edad. Quienes más duermen son el grupo de entre 4 y 8 años, algo menos los de 9 a 12 y se reduce aún más en la adolescencia, si bien todos los grupos duermen más de 8 horas de media.

21 Patel SR, Hu FB. (2008). 'Short sleep duration and weight gain: a systematic review'. Obesity (Silver Spring), 16(3): 643-53.

Gráfico 9. Horas de sueño en niños y niñas de 4 a 14 años (2021)



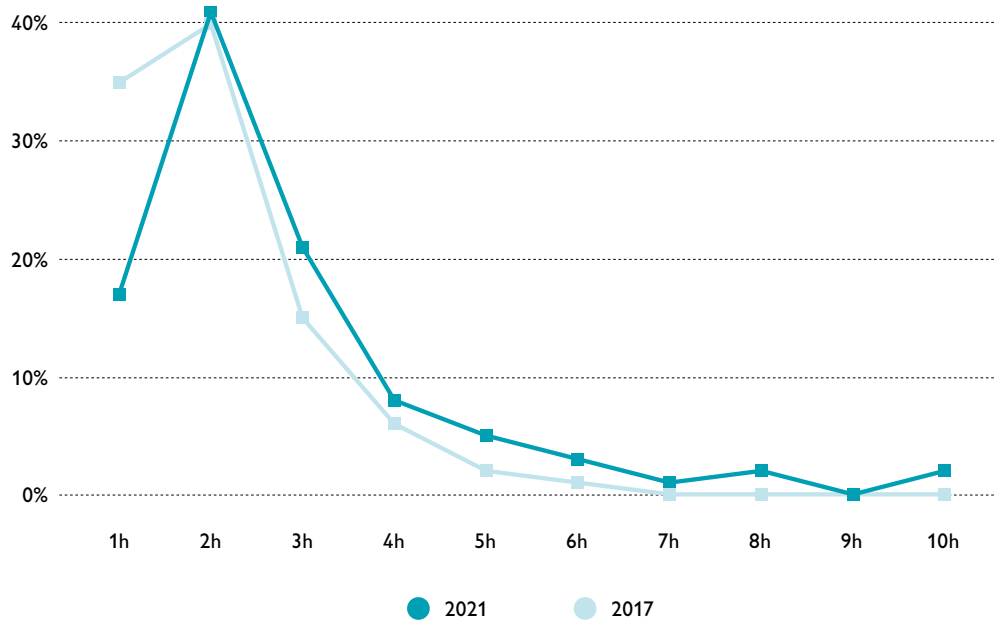
Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

Las horas de sueño en la infancia dependen de muchos factores, como la franja de edad, o el estado de salud física y mental. Sin embargo, desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomienda, entre los 3 y los 18 años una duración del sueño de aproximadamente 10 horas al día (de 3 a 5 años de entre 10 y 12 horas, entre 6 y 10 años 10 horas, y de 8-10 horas al día para los y las adolescentes). Si antes de la pandemia un 70,2% de los niños, niñas y adolescentes dormían menos de la recomendación de estas 10 horas diarias, tras la llegada del coronavirus este valor llegó a casi el 91%.

Es importante también, al considerar los hábitos saludables, analizar el número de horas al día que los niños, niñas y adolescentes pasan frente a una pantalla. El tiempo dedicado al uso de la televisión, *tablets*, ordenadores, vi-

deoconsolas y teléfonos móviles ha aumentado mucho en los últimos años. Esta irrupción de las nuevas tecnologías ha propiciado lo que se ha acuñado como «pantallismo» o exceso de tiempo delante de las pantallas. Para conseguir un desarrollo físico, psicológico y social adecuado la OMS recomienda un máximo de 2 horas al día. Como muestra el gráfico 10, la llegada de la pandemia aumentó el número de horas que niños, niñas y adolescentes pasaban frente a una pantalla. Concretamente, y siguiendo la recomendación de la OMS, si en 2017 un 25% de los niños y niñas entre 4 y 14 años pasaban más de 2 horas al día frente a una pantalla, en 2021 este porcentaje aumentó al 42%. El cierre de colegios y actividades educativas, así como las restricciones sanitarias, desplazaron la educación y el ocio infantil a pasar muchas más horas frente a una pantalla.

Gráfico 10. Porcentaje de niños y niñas de 4 a 14 años según las horas al día que pasan frente a una pantalla



Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

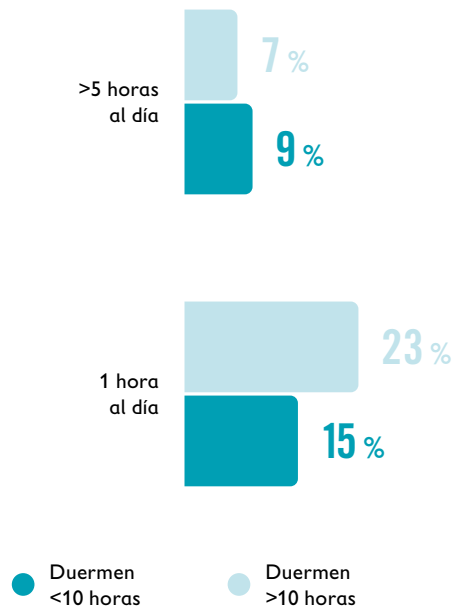
El número de horas diarias delante de una pantalla aumenta con la edad. Si los niños y niñas de 4 a 6 años pasan de media unas 2,5 horas al día en una pantalla, los y las adolescentes (de 13 a 16 años) dedican unas 3,5-4 horas de media. No existen apenas diferencias entre el

tiempo que niños y niñas pasan frente a una pantalla (apenas 5 minutos más los niños). Hay que tener en cuenta que las horas dedicadas a estos dispositivos afectan a otros hábitos saludables, como por ejemplo las horas de sueño.²²



22 Por otra parte, el incremento de horas frente a pantallas causado por el aumento de la educación *online* afecta a los hábitos saludables de niños, niñas y adolescentes, aunque no suponga una reducción de las horas de sueño.

Gráfico 11. **Porcentaje de niños y niñas de 4 a 16 años según las horas al día que pasan frente a una pantalla en función de las horas diarias de sueño (2021)**



Fuente: Elaboración propia (2021).

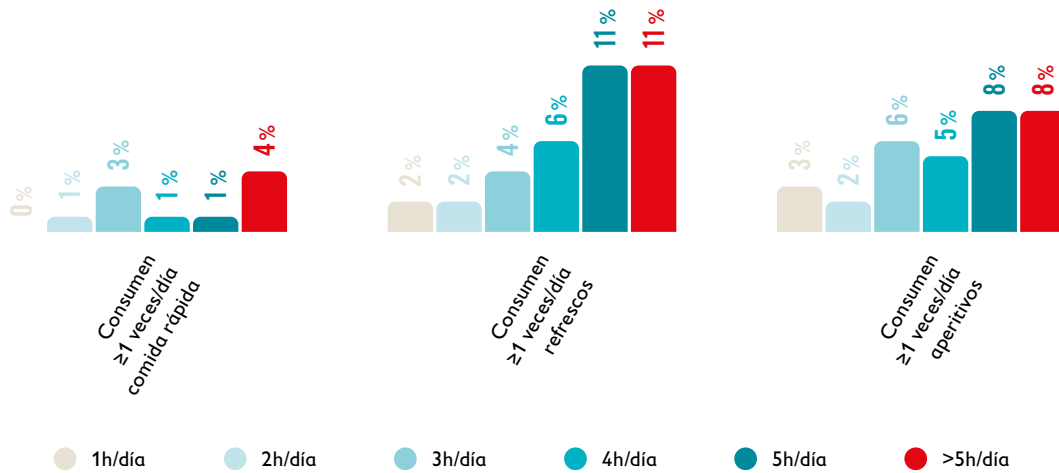
El pantallismo altera los patrones del sueño reduciendo la cantidad y la calidad del mismo. Como vemos en el gráfico 11, los niños, niñas y adolescentes que dedican poco tiempo a las pantallas (una hora al día) tienden a dormir más que aquellos que pasan muchas horas frente de una pantalla.

Por otro lado, las pantallas también pueden modificar los hábitos nutricionales. Comer frente a una pantalla reduce la atención en lo que se come, lo que reduce la sensación de saciedad y puede llevar a comer más. Como muestra el gráfico 12, a mayor número de horas al día frente a una pantalla mayor es el consumo de productos nutricionales no saludables, como el consumo diario de comida rápida, refrescos o aperitivos.

Por último, el tiempo invertido delante de una pantalla puede fomentar también el sedentarismo entre niños, niñas y adolescentes.²³ Los niños, niñas y adolescentes que siguen la recomendación de la OMS de un máximo de 2 horas diarias frente a una pantalla hacen actividades físicas y deportivas de forma más regular. A partir de ahí, cuantas más horas dedican a las pantallas menor es la probabilidad de realizar ejercicio físico.

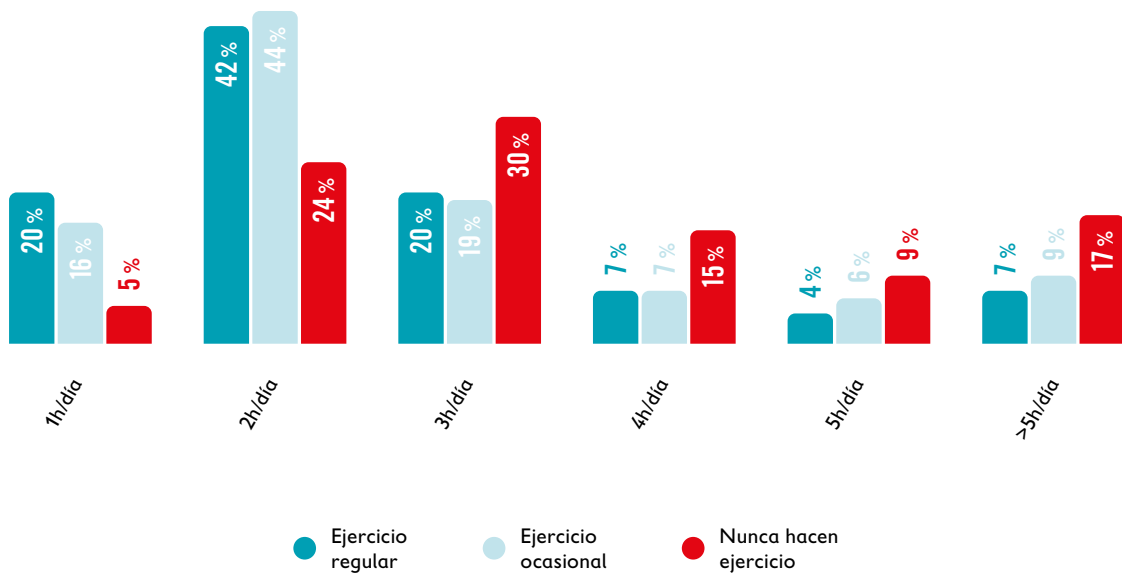
23 Nieto, A., Suhrcke, M. (2021) "The effect of TV viewing on children's obesity risk and mental well-being: Evidence from the UK digital switchover", *Journal of Health Economics*, Volume 80, 102543.

Gráfico 12. Hábitos nutricionales por las horas al día que pasan frente a una pantalla los niños y niñas de 4 a 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia (2021).

Gráfico 13. Porcentaje de niños y niñas de 4 a 16 años según la frecuencia de ejercicio físico y el número de horas delante de una pantalla (2021)



Fuente: Elaboración propia (2021).

¿QUÉ HACEMOS EN SAVE THE CHILDREN?

Save the Children apoya a las familias más vulnerables en la adquisición de hábitos saludables con especial foco en la alimentación de sus hijos e hijas. Por ello, estamos desarrollando un proyecto dirigido a las familias con las que trabajamos con el objetivo de contribuir al derecho a una alimentación sana de más de 3000 niños y niñas en riesgo de exclusión social. Para ello se han puesto en marcha las siguientes acciones:

- Elaboración de una **guía de trabajo** para profesionales, que aborda los siguientes temas:
 - **Enfoque de derechos**, destinado a favorecer el empoderamiento de las familias en la defensa de sus derechos, específicamente en lo relativo a una alimentación saludable.
 - **Alimentación saludable** y conceptos clave asociados: en qué consiste y cómo podemos garantizarla, pirámide de la alimentación, alimentos de temporada, alimentos ultraprocesados, consumo de proteína animal y alternativas saludables.
 - Entender las **diferentes necesidades** que existen en las distintas etapas de edad (0-3, infancia y adolescencia)
 - **Distribución de las comidas** (horarios y cantidades) encaminada a mejorar la alimentación familiar.
 - Herramientas e información para la **planificación y compra de alimentos** saludables teniendo en cuenta la situación económica de las familias.
 - Fomento de habilidades de **parentalidad positiva** en las familias para el acompañamiento respetuoso de la alimentación de niños, niñas y adolescentes, educando en la alimentación saludable, comunicación familiar, habilidades de parentalidad positiva en torno a la comida, premios y castigos, acompañamiento emocional, uso de pantallas.
 - Abordaje de la **diversidad cultural** a través de la alimentación.
 - Conocimiento de los **recursos comunitarios** al alcance de las familias que puedan favorecer la mejora de la salud alimentaria.
 - **Enfoque de género**, fomentando la corresponsabilidad en las tareas de cuidados en la familia y abordando factores de discriminación.
 - Educar en la **sostenibilidad alimentaria** a través de nociones de producción alimentaria, desperdicio alimentario, utilización de embalajes o envasados, o la distancia que recorren los alimentos, entre otros.
 - Comprender los **riesgos de salud** asociados a una mala alimentación (obesidad y otros) y adaptaciones de menú necesarias según los casos (diabetes, alergias, intolerancias...).
- **Formaciones** a profesionales de la entidad en materia de alimentación saludable y derecho a la alimentación (50 profesionales formados).
- **Talleres de alimentación saludable** con familias en situación de riesgo de exclusión: 14 sesiones de dos horas de duración cada una. Grupos de 8-10 familias participantes por grupo.



Territorios: Madrid 6 grupos; Euskadi 1 grupo; Catalunya 2 grupos; Comunitat Valenciana 3 grupos; Andalucía 3 grupos. Alcance de 150 familias aproximadamente.

- **Acompañamiento:** A través del acompañamiento familiar, Save the Children pone a disposición del proyecto a más de 30 trabajadoras sociales que sensibilizarán a las familias sobre los temas de alimentación (desarrollo de menús para hijos e hijas, consejos sobre dieta equilibrada).
- **Alimentación en periodo estival:** durante el mes de julio de 2022 se dotará de una alimentación adecuada a 400 niños y niñas (8000 menús) que asisten a las colonias de verano de Save the Children y que, por la suspensión de las becas de comedor durante el periodo no lectivo, corren el riesgo de no recibir una alimentación adecuada.
- **Actividades sobre alimentación** con niños, niñas y adolescentes: para concienciar sobre la correcta importancia de la alimentación, durante las colonias de verano se incrementarán los conocimientos sobre alimentación, vida saludable y deporte con 500 niños y niñas de las colonias de verano de Save the Children. A través de la guía de actividades elaborada los educadores podrán trabajar con la infancia diferentes actividades lúdicas y deportivas de concienciación.

2.4. LOS HÁBITOS NO SALUDABLES Y LA SALUD MENTAL

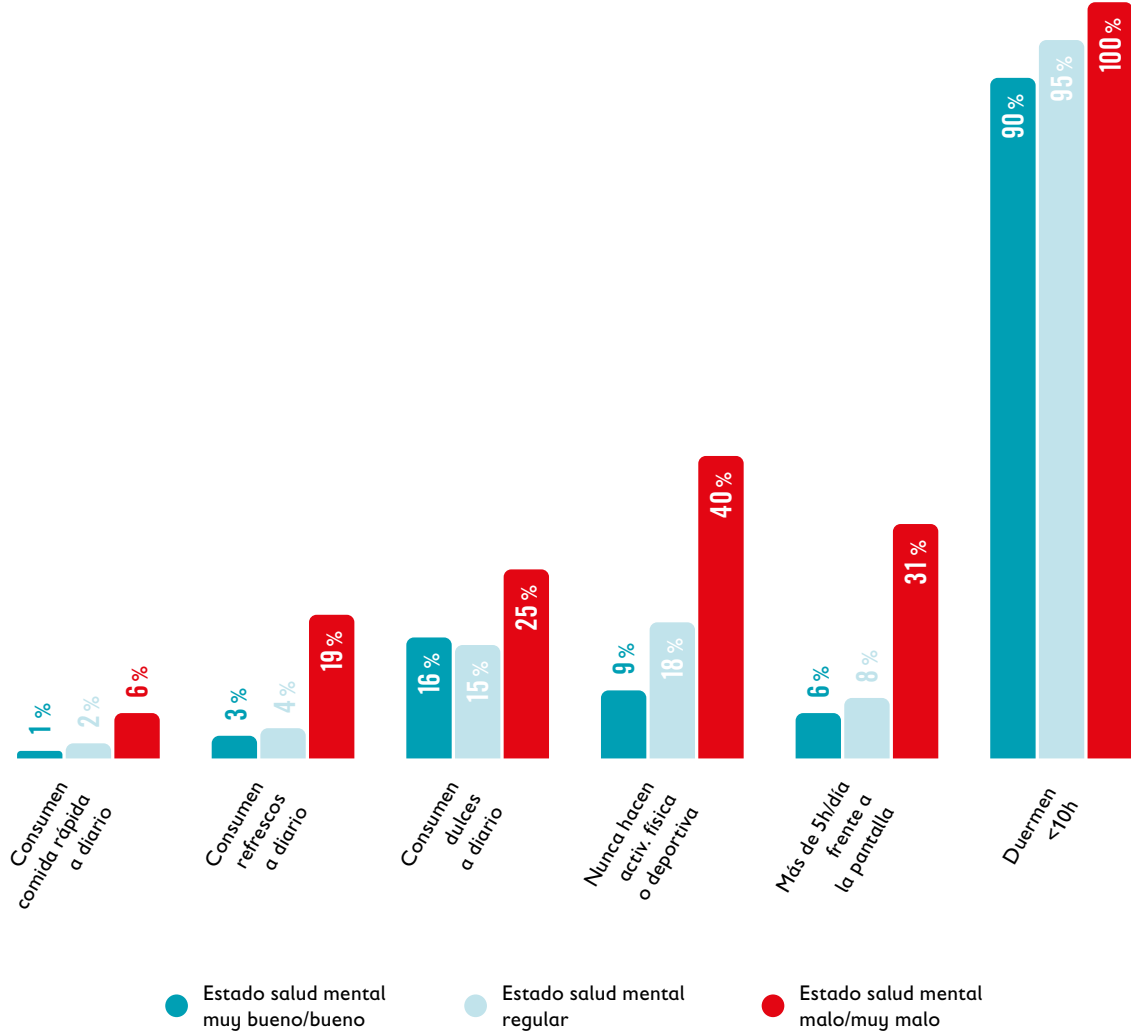
Como hemos visto, los determinantes de una vida sana y unos bajos niveles de sobrepeso infantil dependen de factores muy diversos. Uno de ellos son los factores psicológicos o emocionales. La salud física y nutricional de los niños, niñas y adolescentes está condicionada por otros aspectos de la salud general, como es la salud mental. Esto es especialmente relevante en un periodo como el de la pandemia de la COVID-19, cuando los trastornos emocionales y de comportamiento en la infancia y adolescencia se han disparado.²⁴

Para entender mejor cómo los estilos de vida pueden afectar a la salud mental –o a la inversa– analizamos la relación que existe entre el estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes declarado por sus padres y madres, y los distintos hábitos no saludables

identificados en este informe. Vemos que aquellos niños y niñas entre 4 y 16 años que tienen un estado de salud mental malo o muy malo tienden a tener hábitos nutricionales no saludables (consumiendo, por ejemplo, muchos más refrescos y dulces a diario), no tienden a realizar ninguna actividad física o deportiva y pasan más tiempo frente a las pantallas y menos durmiendo. Sara Bujalance, directora de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) de Catalunya, destaca la importancia de un estilo de vida saludable como un factor de protección ante trastornos emocionales como los de la conducta alimentaria. En este sentido, apunta que, si en una situación de salud mental ya es difícil modificar hábitos poco saludables, es mucho más complicado hacerlo cuando hay un mal estado de salud mental.

²⁴ Ver informe *Save the Children (2021), «Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia».*

Gráfico 14. Relación entre los hábitos de vida no saludables y el estado de salud mental de niños y niñas de 4 a 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia (2021).

CUADRO 3. EL PROBLEMA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son síndromes del comportamiento que manifiestan una amplia variedad de características psicológicas, sociales, culturales y dietéticas. Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y pueden tener graves consecuencias físicas y psicológicas. Su tratamiento involucra a la familia, a los médicos, a profesionales de la salud mental y al entorno educativo.

Según especialistas de unidades médicas especiales para el tratamiento de trastornos alimentarios, los trastornos más frecuentes en la adolescencia son la anorexia y la bulimia nerviosas o los trastornos por atracón. La anorexia nerviosa se caracteriza por una reducción significativa del peso corporal llegando incluso a la caquexia, a la inanición y a la muerte. Este trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años y es más frecuente entre chicas que entre chicos. La bulimia nerviosa consiste en la ingesta de importantes cantidades de alimentos (atracones) durante un periodo breve de tiempo. Posteriormente, se busca compensar esta situación con vómitos, laxantes o dietas extremas. En el caso del trastorno por atracón estos episodios de alta ingesta calórica no vienen seguidos de una compensación.

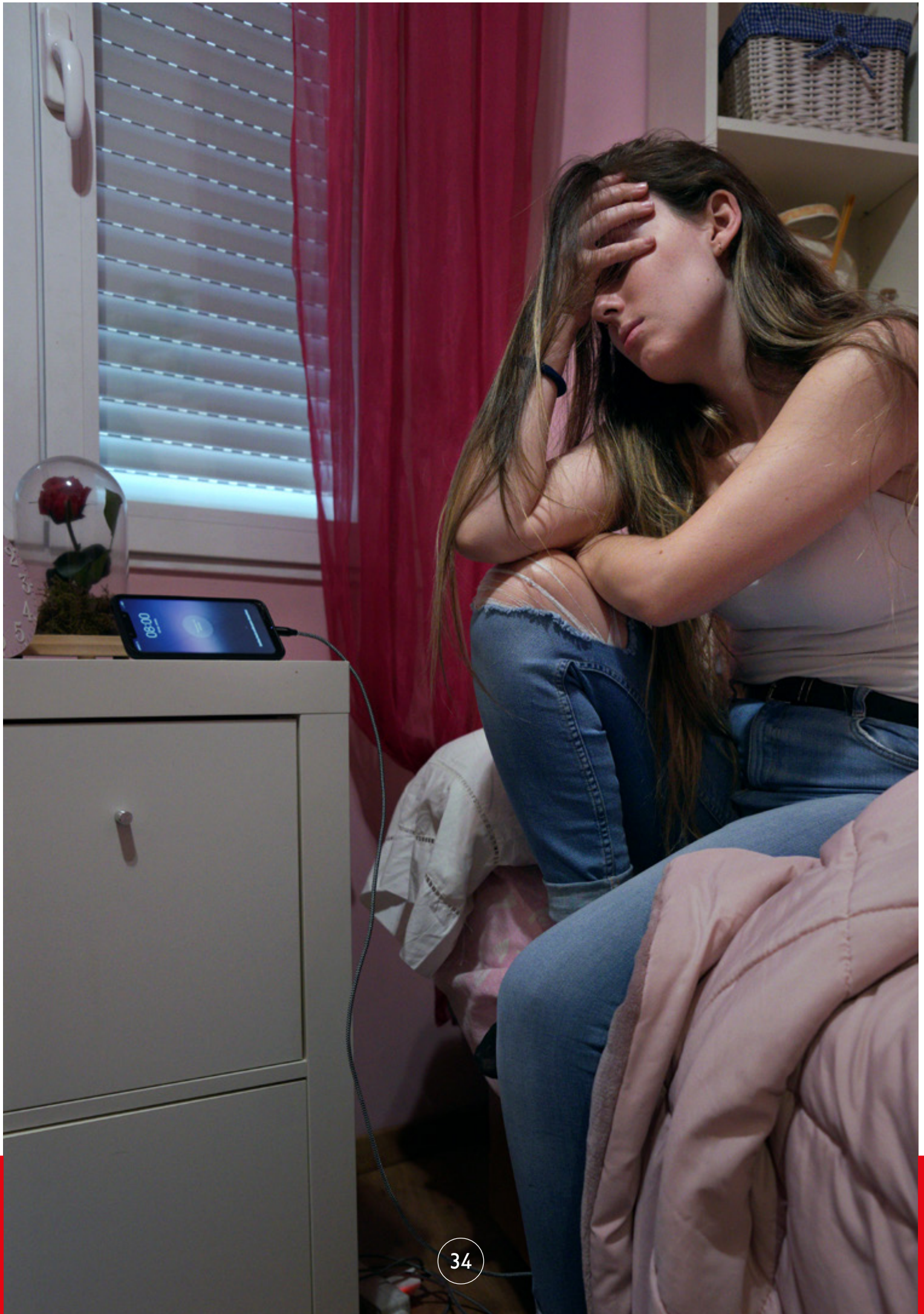
La relación entre el sobrepeso, la obesidad, los hábitos saludables (o no saludables) y los TCA no es sencilla ni unidireccional. Por un lado, el aumento o la disminución de peso puede ser un síntoma de un TCA. Desde la anorexia a los trastornos por atracón, que pueden llevar a niños, niñas y adolescentes desde el infrapeso al sobrepeso u obesidad. Por otro lado, el hecho de sufrir un exceso de peso en la infancia puede provocar la aparición de TCA. Estos niños y niñas pueden tener sentimientos de ansiedad o aislamiento social. La presión social sobre la imagen y el sentimiento de rechazo puede llevar a que estos niños y niñas sufran de una baja autoestima y conductas depresivas, lo que los y las lleve a desarrollar TCA como la anorexia o la bulimia nerviosa.

Desde la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) de Catalunya destacan la importancia de los hábitos saludables como un factor de protección ante los TCA. Los niños y niñas dependen en gran medida del entorno para definir sus hábitos de vida. Aprender desde la infancia a tener una relación sana con la comida y un estilo de vida activo ayudaría a que los niños, niñas y adolescentes construyesen un proyecto de vida que no esté condicionado por un trastorno emocional.

La pandemia ha provocado un gran aumento de los TCA. En la ACAB han pasado a atender al doble de pacientes, situación similar a la que se han encontrado otras unidades especializadas en la conducta alimentaria. Por un lado, al inicio del confinamiento se destaparon casos que ya existían, pero que no habían sido diagnosticados. Al pasar más tiempo en casa con sus familias este tipo de comportamientos se hicieron más visibles. Por otro lado, y como destaca Sara Bujalance, directora de la ACAB, durante la pandemia muchos casos de riesgo se han disparado. Los factores de riesgo, como la incertidumbre, los duelos, o las dificultades económicas han aumentado. Por otra parte, los factores clásicos de protección, como las actividades de ocio o los encuentros sociales –no virtuales–, se redujeron. A esto hay que sumar una gran exposición a las redes sociales, que aumenta la presión social sobre los jóvenes y puede iniciar la aparición de TCA.

Los trastornos alimentarios comportan un gran sufrimiento emocional y requieren de una asistencia psicológica para poder atenderlos. Las unidades médicas especializadas cuentan con equipos multidisciplinares, desde psicólogos, nutricionistas a trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales. Trabajar desde el entorno de los niños, niñas y adolescentes, familiar y escolar, en la construcción de factores de protección y la reducción de los factores de riesgo, permite en la adolescencia y edad adulta una menor incidencia de TCA.





3. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS HÁBITOS DE VIDA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: ¿ES IGUAL PARA TODOS?

Como hemos visto en la sección 1.2, existen importantes diferencias en el peso de los niños, niñas y adolescentes en función del poder adquisitivo de sus padres y madres. La prevalencia de niños y niñas con un peso no saludable es mayor en hogares pobres.²⁵ Analizamos ahora los cambios que la pandemia del coronavirus ha supuesto para los hábitos de vida de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta las posibles diferencias de renta entre los hogares. Si sabemos que vivir en un hogar pobre dispara la probabilidad de sufrir obesidad o sobrepeso en la infancia, ¿qué impacto puede tener la renta de las familias en los hábitos saludables y no saludables de sus hijos e hijas?

Los datos de la última Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) confirmaban un importante aumento, en el año 2020, de la carencia material severa en los menores de 18 años. Concretamente, más de 742.000 niños y niñas menores de 18 años (un 9% del total) en España sufren carencia material severa tras la crisis económica y social provocada por la pandemia de la COVID-19. Este indicador mide la proporción de personas que viven en hogares que carecen al menos de tres conceptos de una lista de nueve ítems (como, por ejemplo, no poder mantener una temperatura adecuada, no tener teléfono, televisor o lavadora, o no poder afrontar gastos imprevistos).

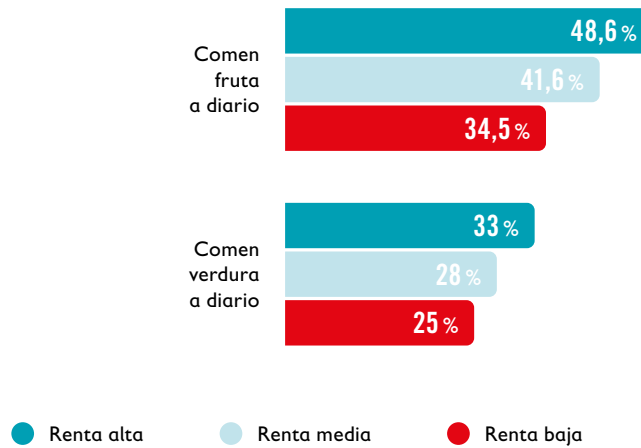
Uno de ellos podríamos denominarlo carencia nutricional, e indica los hogares que no pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalentes para los vegetarianos y veganos) al menos cada dos días. Al inicio de la pandemia, un 5% de los hogares con niños, niñas y adolescentes a cargo no podían garantizar un consumo mínimo de proteínas a la semana, de los cuales más de la mitad se encontraban en situación de pobreza. Por lo tanto, es imprescindible, al analizar los hábitos de vida de los niños, niñas y adolescentes, tener en cuenta las diferencias por las dificultades económicas que enfrentan cada uno de los hogares.

Como muestra el gráfico 15, en 2021 uno de cada dos niños, niñas y adolescentes en hogares de renta alta consumían fruta a diario.²⁶ Sin embargo, solo uno de cada tres lo hacía en hogares de renta baja. Del mismo modo, todos los niños y niñas de hogares de renta alta comen verduras a diario, mientras que en un 5% de los hogares más pobres esto no ocurre. Estos datos sobre hábitos nutricionales saludables son muy parecidos a los que había en 2017.

25 Lee H., Andrew M., Gebremariam A., Lumeng J.C., Lee J.M. (2014). Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence. *American Journal of Public Health*. May, 104(5): e70–e76.

26 Se consideran rentas bajas aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1300€, rentas medias aquellos con renta entre 1300€ y 3600€ mensuales, y rentas altas aquellos que ingresan más de 3600€ al mes.

Gráfico 15. Hábitos nutricionales saludables por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)

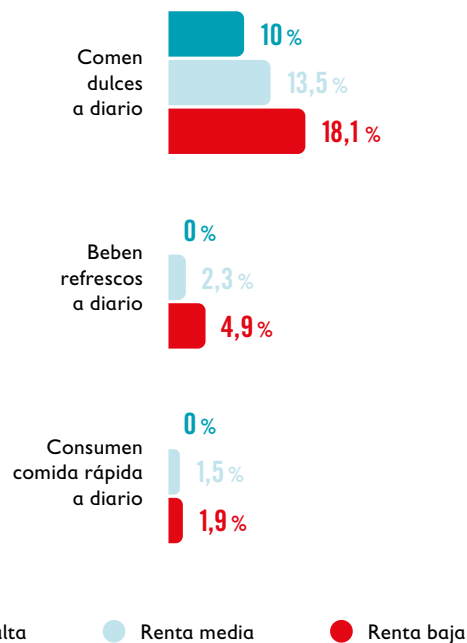


Fuente: Elaboración propia (2021).

Por otro lado, si observamos los hábitos nutricionales no saludables, vemos que el número de niños, niñas y adolescentes de hogares pobres que consume dulces a diario casi dobla el de los hogares de renta alta. Y, de nuevo, no encontramos en las familias más acomodadas casos donde, durante la pandemia, se consumiese comida rápida o refrescos a diario,

cuando estos valores para las familias pobres son del 2% y el 5% respectivamente. Es importante tener en cuenta, además, que el consumo diario de estos productos ha caído, como consecuencia de la pandemia, en las familias pobres (en el caso de los refrescos a más de la mitad).

Gráfico 16. Hábitos nutricionales no saludables por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)



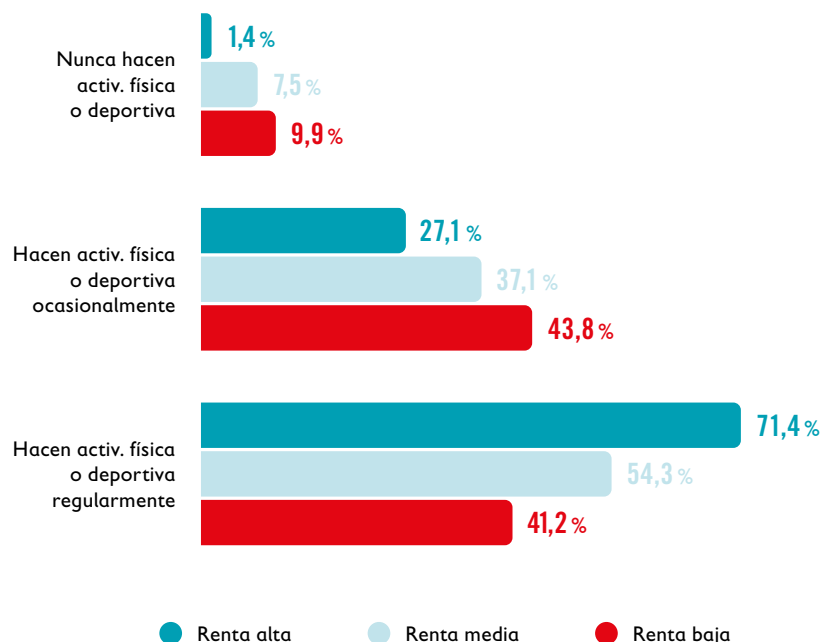
Fuente: Elaboración propia (2021).

Analizando las desigualdades de renta relacionadas con la actividad física y el tiempo pasado frente a las pantallas, vemos que en más del 71% de los hogares de renta alta los niños, niñas y adolescentes practican actividades físicas o deportivas regularmente (varias veces a la semana o al mes). Sin embargo, este nivel de actividad solo se consigue en un 41% de los hogares de renta baja, que en la mayoría de los casos no realizan ninguna actividad física o solo lo hacen ocasionalmente. Es fundamental tener en cuenta que, durante la pandemia, el número de niños, niñas y adolescentes en hogares de renta alta que practicaban deporte varias veces a la semana aumentó, mientras que se redujo en los de renta baja.

El gradiente de renta en los hábitos nutricionales y de actividad física viene explicado por multitud de factores ligados a la situación socioeconómica de las familias y a su entorno. En primer lugar, un menor nivel educativo y socio-cultural de los padres y madres, fuertemente relacionado con su nivel de renta, puede suponer una menor información de la importancia de adquirir hábitos saludables como la alimentación y el ejercicio físico. También pueden tener una menor disponibilidad de tiempo de ocio para pasar con sus hijos e hijas, vinculado a los problemas de conciliación.²⁷

27 McCurdy K., Gorman K.S., Kisler T., Metallinos-Katsaras E., (2014): "Associations between family food behaviors, maternal depression, and child weight among low-income children". *Appetite*. 79:97-105.

Gráfico 17. Actividad física y deportiva por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia (2021).

En segundo lugar, al tener un menor poder adquisitivo, estas familias tienen más dificultades para comprar alimentos saludables de mayor precio. La doctora Teresa Cenarro, coordinadora del Grupo de Gastroenterología y Nutrición de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), confirma que el nivel de renta de las familias determina la posibilidad de que sus hijos e hijas consuman verdura en las principales comidas del día, con relación a opciones menos saludables como podría ser la pasta. En lo que se refiere a la actividad física, los bajos ingresos dificultan que los niños, niñas y adolescentes puedan realizar actividades físicas y deportivas más allá de las obligatorias en el ámbito escolar. Pero no se trata únicamente de barreras

por el precio de los productos o la actividad. Los padres y madres de familias más humildes suelen tener mayores dificultades para conciliar y pasar más tiempo con sus hijos e hijas. Esto afecta al tiempo dedicado a cocinar o a hacer actividades físicas en familia, como pasear o ir en bicicleta.

No podemos olvidar que, como hemos visto, la sociedad y el entorno, desde la publicidad a la disponibilidad de espacios para jugar y hacer deporte, afectan a la creación de los hábitos saludables y no saludables. De hecho, existe evidencia de que los barrios más pobres tienden a concentrar mayor número de restaurantes y establecimientos con comida rápida.²⁸

28 Ford P.B., Dziewaltowski D.A. (2008): "Disparities in obesity prevalence due to variation in the retail food environment: three testable hypotheses". Nutrition Reviews, Volume 66, Issue 4, 1 April, 216–228.

CUADRO 4. LAS BECAS COMEDOR

Garantizar el acceso al comedor escolar repercute directamente en la equidad educativa, incidiendo en el bienestar de los alumnos y alumnas, ya que permite acceder a una comida diaria, incorporarse de forma natural al ritmo del centro y desarrollar las habilidades sociales y grupales propias de la edad. Sin embargo, en España el porcentaje de alumnos que hace uso de los servicios de comedor en los centros de educación primaria y educación infantil varía mucho entre las comunidades autónomas.

Tabla 1. Porcentaje de alumnado de E. Primaria, E. Infantil y ESO usuario del comedor

	E. Infantil		E. Primaria		E.S.O.	
	Centros públicos	Centros privados	Centros públicos	Centros privados	Centros públicos	Centros privados
Total	38,6	55,3	36,4	48,1	2,9	25,2
Andalucía	39,1	35,6	33,3	27,4	1,7	12,7
Aragón	37,3	65,3	37,6	58,4	0,8	19,1
Asturias	42,7	62,3	39,4	55,5	1,7	15,9
Illes Balears	20,3	50,1	16,8	44,8	0,2	19,1
Canarias	61,3	32,7	56,8	31,0	5,0	18,8
Cantabria	28,8	46,1	28,3	39,5	0,4	14,6
Castilla y León	37,4	35,0	38,1	25,8	0,8	5,8
Castilla-La Mancha	25,0	30,0	22,8	26,2	0,1	8,4
Catalunya	3,7	67,0	8,4	59,9	0,9	35,9
Comunitat Valenciana	64,8	33,5	59,9	25,6	0,3	6,8
Extremadura	22,6	17,3	21,0	12,0	0,4	5,1
Galicia	48,5	57,8	48,8	48,9	13,1	33,4
Madrid	61,9	81,5	55,1	73,2	1,1	42,7
Murcia	18,2	24,6	16,4	21,7	0,4	8,8
Navarra	51,2	79,2	45,5	66,3	4,0	21,6
Euskadi	74,5	71,4	78,3	68,3	36,1	44,6
La Rioja	31,8	53,2	25,7	41,8	0,2	2,5
Ceuta	7,0	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0
Melilla	3,7	9,6	3,9	5,2	0,0	0,0

Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias.
Curso 2019-2020. S.G. de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Estas diferencias de acceso se deben en parte a las limitaciones económicas de las familias para costear este servicio y a los distintos niveles en las ayudas públicas disponibles para hacer frente al pago mensual del mismo.

Existen dos tipos principales de becas comedor:

1

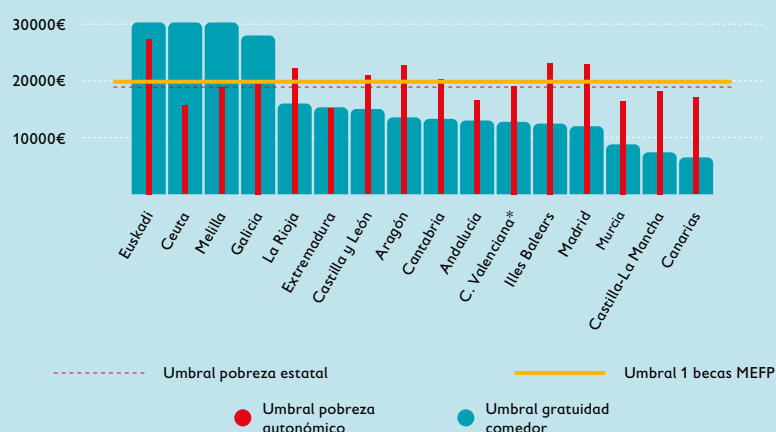
A nivel estatal, existe una regulación que garantiza las ayudas de comedor a todo el alumnado de educación primaria y secundaria que esté escolarizado fuera de su municipio de residencia. Sin embargo, a diferencia de otras becas, en el caso de las ayudas en la etapa obligatoria a nivel estatal no se ha establecido un umbral de renta mínimo para acceder, excluyéndolas de la normativa básica de becas y ayudas.

2

A nivel autonómico, las consejerías de educación otorgan ayudas individuales para costear el servicio del comedor escolar en el caso de que el alumnado forme parte de familias en situación de riesgo o exclusión social. Dependiendo de la comunidad autónoma y el nivel de renta familiar, estas ayudas cubren un porcentaje del precio del comedor que puede variar entre el 10 y el 100% del coste, siendo la bonificación completa la menos común entre los becarios (CEAPA, 2022). La regulación de las condiciones de las becas de comedor entre las comunidades autónomas es muy diferente, así como los requisitos para acceder a estas becas.

La disparidad de criterios por comunidades autónomas da lugar a diferentes modelos de protección según el nivel de la provisión del servicio y el nivel de reconocimiento del derecho. Así, mientras algunas comunidades autónomas como Andalucía amplían los supuestos de obligatoriedad de concesión de ayudas a situaciones socioeconómicas desfavorables, otras apenas regulan la gratuidad de acceso al servicio del comedor escolar, dejando fuera de estas ayudas a familias necesitadas. Las diferencias entre administraciones del umbral de renta para acceder a la bonificación podrían ser clave para mejorar el acceso al comedor escolar de muchos niños y niñas.

Gráfico 18. Umbrales de gratuidad o máxima ayuda de comedor escolar y umbrales de pobreza para una familia de cuatro miembros (dos adultos y dos niños o niñas)

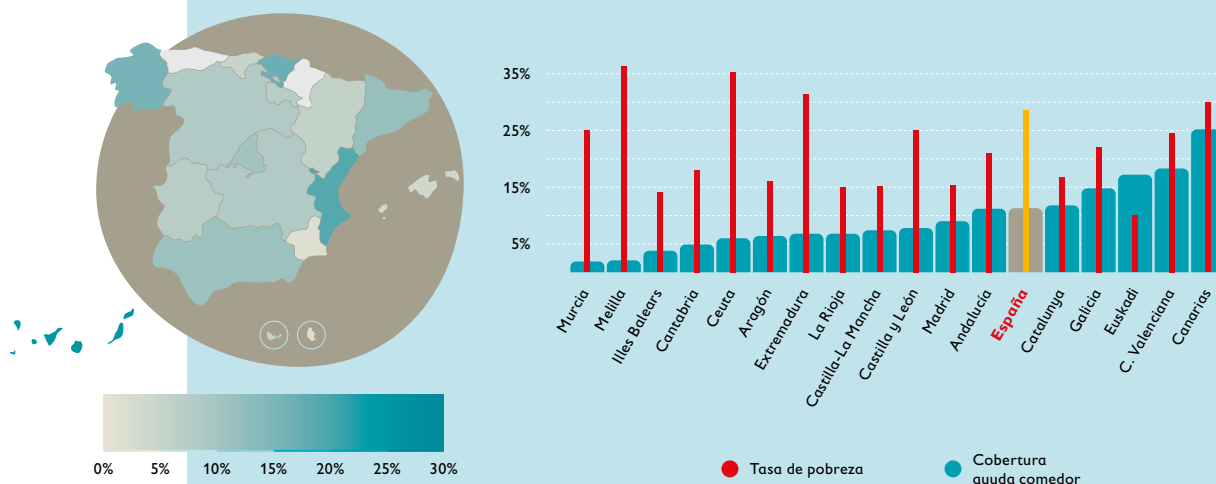


Fuente: Save the Children (2022), garantizar comedor escolar sano y gratuito a toda la infancia en riesgo de pobreza. En claro las comunidades autónomas donde no existe gratuidad sino bonificación parcial vinculada a renta.
 (*) C. Valenciana se ha incluido el umbral para renta valenciana de inclusión.
 Asturias y Catalunya tienen criterios distintos en cada entidad local que convoca.
 Navarra no dispone de gratuidad o ayuda por razón de renta.

Aunque durante el año 2019 se invirtieron por parte de las CC. AA. 288 millones de euros en becas de comedor, sin recibir ninguna transferencia del Ministerio para financiar estas ayudas excepto en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, el acceso a estas becas está también limitado por los requisitos establecidos en cada C. A.

Así, en muchos casos, se materializa una barrera administrativa para optar a este servicio: la dificultad de las familias para obtener el informe de renta necesario para solicitar las becas comedor en el momento preciso de necesidad. Esta situación, así como otros limitantes burocráticos relacionados con deudas de contribución urbana o falta de documentos, es también responsable de las diferencias en el acceso a las becas de comedor que muestra el mapa territorial.

Gráfico 19. Alumnado de educación infantil, obligatoria y especial beneficiario de ayuda de comedor (2019-2020)



Fuente: Save the Children (2022), garantizar comedor escolar sano y gratuito a toda la infancia en riesgo de pobreza a partir de la Estadística de Becas y Ayudas 2021 y Las Cifras de la Educación 2022 (Ministerio de Educación y FP) y de la Encuesta de Condiciones de Vida 2020 (INE). No hay datos disponibles de Asturias, Extremadura y Navarra.

Nota: Los datos dependientes de la Administración educativa de Catalunya corresponden al curso 2018-19. Los datos para las CC. AA. de Asturias, Baleares y Navarra no están disponibles.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Estadística de Becas y Ayudas al estudio. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

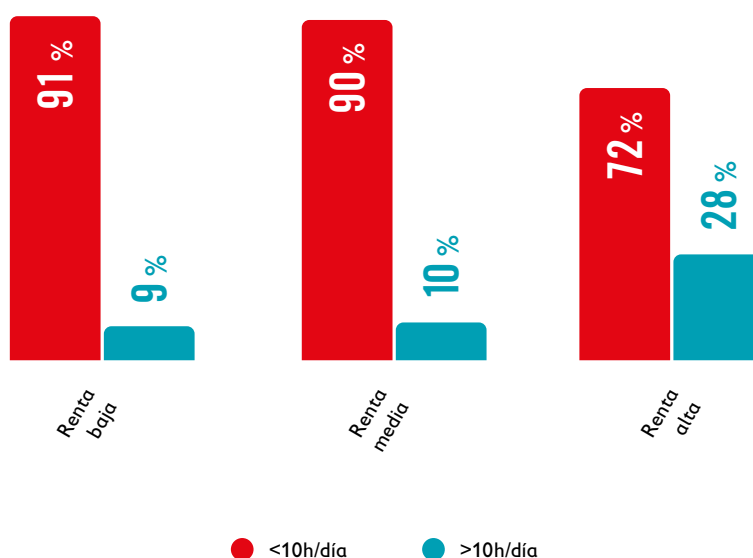
Por último, el acceso a una beca comedor no es sinónimo de una comida saludable al día, ya que la gestión de la administración del servicio puede variar enormemente entre comunidades. Estas diferencias se pusieron de manifiesto cuando los colegios se cerraron durante el inicio de la pandemia de 2019 y la comida diaria de muchos niños y niñas se vio fuertemente afectada por la gestión administrativa de este servicio.²⁹

29 Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil (2019). Diferencias en la gestión de los comedores durante la COVID-19.

Por último, las diferencias socioeconómicas pueden influir en los hábitos de vida más allá de la nutrición y el nivel de actividad física. Por ejemplo, vemos que el 28% de los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares de renta

alta duermen más de las 10 horas diarias de sueño que recomienda la Asociación Española de Pediatría (AEP). Este valor es solo del 9% de los niños, niñas y adolescentes en hogares de renta baja.

Gráfico 20. Horas de sueño diario por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)

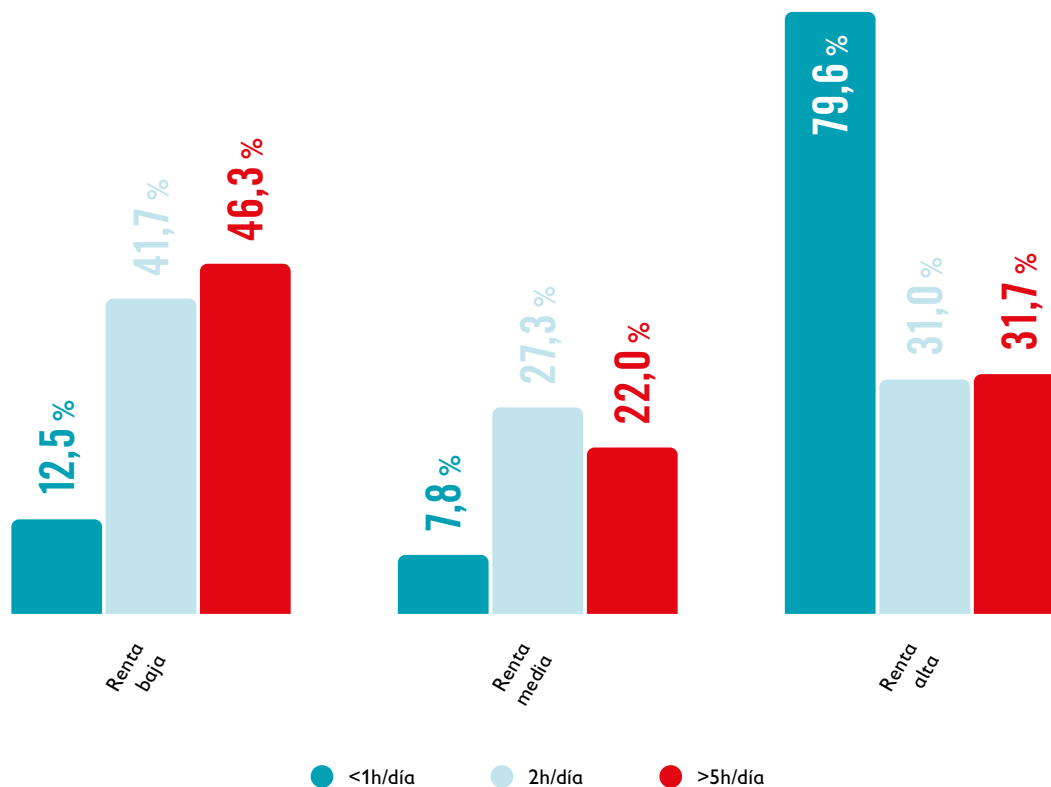


Fuente: Elaboración propia (2021).

Por lo que respecta al efecto de la renta sobre el pantallismo, vemos que la gran mayoría de niños, niñas y adolescentes que dedicaban en 2021 nada o menos de una hora al día frente a una pantalla vivían en hogares de renta alta (el 79,6%). En cambio, casi la mitad (el 46,3%) de aquellos niños, niñas y adolescentes que pasan más de cinco horas al día frente a una pantalla (muy por encima del máximo recomendado por la OMS de 2 horas diarias) viven en hogares de renta baja.

De nuevo, las dificultades para conciliar en los hogares más humildes pueden afectar al tiempo que los padres y madres pasan en casa en compañía de sus hijos e hijas. Esto, sumado a las dificultades económicas para disfrutar de actividades extraescolares, hace que sean muchos los niños y niñas que pasen demasiadas horas frente a una pantalla, lo que, como hemos visto, afecta a otros hábitos como los nutricionales o las horas de sueño.

Gráfico 21. Horas al día frente a una pantalla por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia (2021).

Vemos, por tanto, que las desigualdades de renta no afectan únicamente a la tasa de sobrepeso y obesidad, sino también a los hábitos saludables y el estilo de vida que tienen los niños, niñas y adolescentes. Los padres y madres de diferente nivel socioeconómico disponen de distintos instrumentos para garantizar que sus hijos e hijas tengan una buena nutrición y hábitos de vida saludable. Esto hace que, de nuevo, sean los niños, niñas y adolescentes más vulnerables los que tengan unas tasas de exceso de peso mayores y una peor nutrición y hábitos no saludables.

Es imprescindible que los colegios, la comunidad y el conjunto de la sociedad permitan que todos los niños, niñas y adolescentes, procedan del hogar que procedan, puedan crecer y desarrollarse consumiendo alimentos de alta calidad nutricional, practicando deporte y actividad física y durmiendo y viendo pantallas el número de horas recomendadas.



4. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Proponemos recomendaciones a partir de las necesidades detectadas en materia de nutrición y hábitos con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes en España. Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica y en buenas prácticas evaluadas, ya sean a nivel nacional o internacional.

..... EN EL ÁMBITO FISCAL

Recomendación 1. *Aplicar una fiscalidad más estricta a alimentos perjudiciales para la salud y una más beneficiosa a la alimentación saludable.*

Si bien se ha aumentado el IVA al 21% para los refrescos azucarados en el año 2021, es importante destacar que este impuesto podría ser más eficiente si se aplicara, además de una subida en los tipos estatales, un impuesto específico a nivel autonómico (o a nivel estatal) que gravara en función de la cantidad de azúcar de los alimentos. Esto está en línea con el impuesto que se aplica en Catalunya de 0,08 euros por litro para bebidas con un contenido de azúcar de entre 5 y 8 gramos por 100 mililitros y de 0,12 euros por litro para bebidas con un contenido de azúcar superior a 8 gramos por 100 mililitros, siendo la totalidad del impuesto repercutida, por ley, al consumidor. En una primera evaluación de los resultados de este impuesto, Vall y López-Casasnovas (2020)³⁰ demostraron que las compras de bebidas azucaradas habían caído en un 7,7% a causa del impuesto, provocando un aumento significativo en las ventas de sus homónimos sin azúcares añadidos y siendo mayor la reducción en áreas geográficas con altos niveles de obesidad.

Además de las bebidas azucaradas, quedan todavía muchos otros alimentos nocivos para la salud de niños, niñas y adolescentes gravados a un tipo muy bajo. En particular, se recomienda aplicar la llamada «fat tax», un impuesto indirecto, a los alimentos con alto contenido de grasas saturadas. En este sentido, existen experiencias en países de nuestro entorno como Hungría que, además de gravar bebidas azucaradas también gravó otros alimentos altos en azúcares y grasas. En una evaluación hecha 4 años después de la implementación, en 2014,³¹ se comprobó que el 40% de productores de este tipo de productos cambiaron sus fórmulas con el fin de eliminar los ingredientes más altos en azúcares, grasas o sal. Además, se verificó cómo, tres años después de su aprobación y de la reinversión de los cerca de 50 millones de euros recaudados anualmente en políticas para el fomento de la alimentación saludable, los consumidores habían cambiado sus patrones de consumo, aumentando el consumo de alternativas saludables a los productos gravados. Aplicar una fiscalidad de este tipo ayuda a aumentar la recaudación en el corto plazo, pero debe entenderse como un «beneficio» transitorio para la Administración, ya que en el largo plazo esta recaudación debería ser muy pequeña si el impuesto alcanza el objetivo de cambiar los hábitos de consumo. Partiendo del ejemplo del impuesto catalán a las bebidas azucaradas, vemos que la recaudación empezó en 42 millones de euros, reduciéndose a la mitad en 2 años. Tomando estos números agregados y la población catalana al completo, hablaríamos de una recaudación de 5,6 euros por persona. Si se aplicara a nivel estatal (quitando a Catalunya, donde ya se aplica), estaríamos hablando de una recaudación de 224 millones de euros que podría disminuir a 100 en tan solo dos años.

30 Vall, J., Lopez Casasnovas, G. (2020): "Impact of SSB taxes on sales", Economics & Human Biology, Volume 36, 100821.

31 <https://stces.mel3qzt6cT>

Además de aumentar la fiscalidad de los productos nocivos para la salud de los niños, niñas y adolescentes, se debe fomentar la utilización de bonificaciones en la compra para aumentar el consumo de alimentos saludables. En este sentido, se recomienda utilizar los «tickets-comida», ya que han mostrado evidencia de sus efectos positivos. La idea detrás de esta figura es la de proveer a hogares en situación de vulnerabilidad (por ejemplo, hogares que reciben el ingreso mínimo vital –IMV– y tienen hijos e hijas a cargo), una tarjeta que les permita obtener descuentos o alimentos gratuitos en los supermercados siempre que sean alimentos frescos y de alto valor nutricional. Estos alimentos susceptibles de descuentos deben estar marcados como tal para facilitar su identificación. Este tipo de incentivo existe desde el año 2009 en Reino Unido, implementado a través de diferentes iniciativas en el ámbito local y donde se dan estos tickets a familias vulnerables cada mes. Los resultados son muy positivos, puesto que muestran un aumento del 47% en el consumo de frutas y verduras en hogares cuyo consumo era previamente prácticamente inexistente. Estos programas también existen en Estados Unidos y algunos de ellos, como, por ejemplo, el que se lleva a cabo en California, han sido evaluados mostrando también efectos positivos en el consumo de fruta y verdura.³² Cabe destacar, que en línea con la idea de que la imposición a los productos nocivos sea redirigida a potenciar la alimentación saludable, parte del coste de esta iniciativa debería financiarse con la recaudación de los impuestos mencionados en el párrafo anterior. Además, para evitar los efectos regresivos de la imposición a este tipo de productos, es importante condicionar su aprobación a la implantación del sistema de «tickets-comida» para las familias más vulnerables.

El coste estimado de los tickets en EE. UU. (donde se llaman SNAP) fue en 2019 de \$258 por mes (es decir, 234 euros o 59 euros por semana) por persona. Si aplicásemos esta medida familias con hijos a cargo en situación de pobreza severa (690.290 hogares), el coste de esta medida sería de 161,5 millones al mes, 1938 millones de euros al año. Así, la recaudación del impuesto arriba referido cubriría un 11,6% del coste total.

..... EN EL ÁMBITO REGULATORIO

Recomendación 1. Regular la publicidad de alimentos con alto contenido en azúcares, grasas y sales en espacios dirigidos a los niños, niñas y adolescentes.

El Ministerio de Consumo impulsa un Real Decreto sobre Regulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigida al público infantil, que prevé la actualización de la misma incorporando el perfil nutricional de los alimentos publicitados. En este sentido, esta medida no comporta necesariamente un coste monetario sino un coste de negociación con los distintos agentes implicados.

Recomendación 2. Mejorar la regulación para niños, niñas y familias en el etiquetado de los alimentos, indicando sus efectos negativos sobre la salud en caso de consumo prolongado y regular.

De nuevo, se trata de un acuerdo con la industria sin necesidad de suponer ningún coste monetario. Existen iniciativas en esta línea como la adaptación del Nutriscore, un método aplicado en otros países europeos y que mediante un código de colores y/o letras traduce el valor nutricional del producto.

32 <https://stces.mel3ifvCQJ>

LA POLÉMICA CON EL NUTRISCORE

Durante estos últimos años ha aparecido una nueva herramienta que permite reforzar las políticas públicas que tienen por objetivo reducir la elevada prevalencia de obesidad y enfermedades asociadas. Se trata del etiquetado frontal de los envases (EFE), un sistema que informa a los consumidores de la calidad nutricional de los alimentos.

En el año 2021 empezó a ser más frecuente encontrarse con un nuevo etiquetado en algunos productos procesados envasados. Este sistema, conocido como **Nutriscore**, permite a los consumidores comparar la valoración nutricional de los productos de una misma categoría. Mediante su simplificado sistema de etiquetado, que funciona como un semáforo, las familias tienen más información al hacer la compra sobre la composición nutricional de los productos que adquieren.

El **Nutriscore** se caracteriza por utilizar 5 letras (de la A a la E) y 5 colores, donde la A (en verde oscuro) indica una excelente calidad nutricional y la E (en rojo), una muy mala calidad nutricional. Estas distintas categorías son asignadas conforme a una valoración previa de los componentes nutricionales positivos (frutas, frutos secos y verduras, fibras, proteínas y aceite de oliva, colza o nuez) y negativos (calorías, grasas saturadas, azúcares y sal) por 100 gramos o mililitros de alimento. Pretende también incentivar a los productores a mejorar la receta de sus alimentos y mejorar así su puntuación de Nutriscore.

A pesar de sus numerosos aspectos positivos, el Nutriscore ha encontrado la oposición de distintos sectores. En primer lugar, este etiquetado frontal tiene una utilidad limitada, puesto que solo se puede usar para comparar alimentos que se sitúen dentro de una misma categoría. Además, no permite considerar si un alimento es bueno o malo, puesto que algunos productos quedan exentos, como por ejemplo los productos frescos, los que únicamente tienen un ingrediente en su composición (siempre que no sean procesados), los que se venden en envases de menos de 25 cm² (donde se encuentran las chocolatinas, chucherías, barritas de cereales) y las bebidas alcohólicas. Asimismo, ha sido criticado por no valorar la presencia de determinados aditivos o el nivel de procesamiento, que también impacta en la calidad del producto, o penalizar altamente las grasas. Por lo que, finalmente, se ha generado cierta polémica donde son muchos los usuarios que cuestionan la utilidad de este indicador.

Con todo ello, se ha creado un comité científico independiente para mejorar el cálculo del algoritmo y, pese a las críticas mencionadas, está previsto que el **Nutriscore** termine siendo obligatorio para los países de la Unión Europea, aunque la Comisión Europea todavía no ha tomado ninguna decisión legislativa al respecto.

EN EL ÁMBITO ESCOLAR

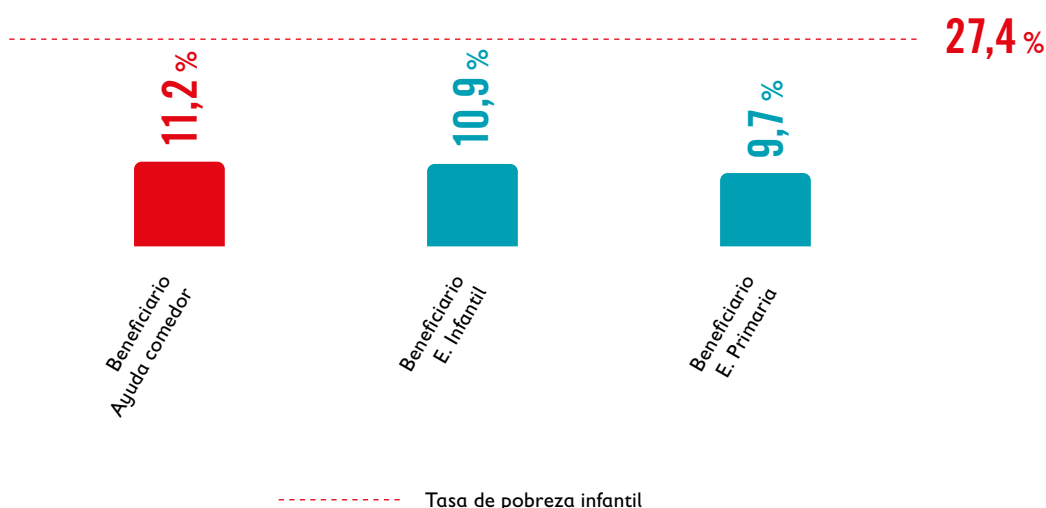
Recomendación 1. Ampliar la cobertura de las becas de comedor gratuito y ampliación del número de comidas ofrecidas para los niños y niñas.

Es importante considerar y diseñar un proyecto educativo de comedor universal para todos los niños y niñas en edad de escolaridad obligatoria, independientemente de su región de residencia, que garantice el servicio gratuito y favorezca un modelo de gestión local enfocado en la provisión de alimentos locales y de alto contenido nutricional y en la educación nutritiva de los niños y niñas. Sin embargo, teniendo en cuenta que partimos de una situación muy alejada a esta recomendación, se propone establecer el umbral de pobreza como umbral mínimo que da derecho a ayudas (o bonificaciones) de comedor escolar gratuito en todo el Estado, modificando el Real

Decreto 1721/2007 de becas y ayudas (umbral 1) y las normativas autonómicas. Asimismo, se deberían ampliar las ayudas al alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. A tal fin, debería priorizarse la financiación del comedor escolar y actividades escolares de acompañamiento en el nuevo Programa de Privación Material del Fondo Social Europeo Plus (antiguo FEAD) 2021-2027.

Además de esta ampliación de la cobertura de las becas comedor, se propone que se extienda la oferta de comidas diarias al desayuno, puesto que, como hemos visto, es uno de los principales escollos para una alimentación saludable. Esta medida existe, por ejemplo, en Francia donde fue aprobada en 2019 con un presupuesto de 6 millones de euros. El objetivo era dar desayunos gratuitos en las escuelas de barrios desfavorecidos, afectando a unos 100.000 niños y niñas.

Gráfico 22. Pobreza infantil y cobertura de ayudas de comedor escolar en España (2019-2020)



Fuente: Save the Children (2022), Garantizar comedor escolar sano y gratuito a toda la infancia en riesgo de pobreza, a partir de Estadística de Becas y Ayudas y Las Cifras de la Educación (Ministerio de Educación y FP) y Encuesta sobre el gasto de los hogares en educación (INE).

Recomendación 2. Impulsar campañas de formación e información nutricional.

Se trata de elaborar campañas de formación e información nutricional dirigidas al profesorado y alumnado, con opciones alimentarias al alcance de cualquier tipo de economía familiar para promover la importancia del desarrollo de un estilo de vida saludable de niños, niñas y adolescentes. Estas campañas deben incluir la prevención de la estigmatización de los niños y niñas con sobrepeso y trasladar mensajes que puedan provocar discriminación, gordofobia o agudizar trastornos de conducta.

Recomendación 3. Impulsar programas de prevención del sobrepeso y la obesidad infantil en las escuelas.

De nuevo, desde el Gobierno se han impulsado campañas de promoción de la alimentación saludable como la campaña #LoReconozco junto a la Gasol Foundation. Aunque estas campañas son positivas y pueden tener un bajo coste, se recomienda ir más allá implementando programas en las escuelas que promuevan la alimentación saludable y la realización de ejercicio físico. Existen muchos programas en diversos países de nuestro entorno que persiguen este objetivo y que han sido evaluados, mostrando resultados satisfactorios. A continuación, se presenta como ejemplo uno de ellos. Se ha escogido este programa porque es el que presenta mayor número de evaluaciones, una de ellas de coste-efectividad, la cual permite hacer una aproximación a lo que podría costar su adaptación en España.

Join the Healthy Boat – Primary School.

Este programa alemán para niños y niñas de 6 a 10 años se implementó por primera vez en el año 2009 en la región de Baden-Württemberg. Es impartido por maestros capacitados durante todo el año académico como parte del plan de estudios escolar existente, y consiste en módulos presenciales en el aula, actividades físicas guiadas durante el recreo y asignaciones de tareas a completar con los padres y madres en los hogares de los niños y niñas. Así,

la intervención tiene como objetivo prevenir la obesidad infantil educando a los niños sobre los riesgos del ocio y los hábitos alimentarios no saludables, así como informarles sobre los distintos alimentos, bebidas y actividades recreativas que son compatibles con un estilo de vida más saludable y activo. El programa ha sido evaluado por 6 evaluadores distintos mostrando que, al año de seguimiento, los niños y niñas presentaron una mejora estadísticamente significativa en cualidades relacionadas con la actividad física. También se encontraron algunos efectos positivos de la intervención al observar subgrupos específicos. Por ejemplo, los niños y niñas con padres o madres con menor nivel educativo redujeron el consumo de pantallas de manera significativa y los niños y niñas de 8 y 9 años dejaron de saltarse el desayuno en mayor medida que aquellos con la misma edad que no participaron en el programa. Una de las evaluaciones tiene datos de coste-efectividad que pueden utilizarse para estimar el posible coste de adoptar este tipo de programa para España. Así, el estudio calculó que el coste total de la formación de 81 profesores y profesoras fue de 36.506,41 euros (en 2011), lo cual implica unos 45 euros por profesor. Además, el coste de la intervención por niño fue de 25,04. Esto implica unos costes totales de 670 euros para un aula de 25 alumnos y alumnas. Teniendo en cuenta que existen unos 10 mil centros de educación primaria públicos en España, si se seleccionara un aula por centro para aplicar el proyecto, la iniciativa tendría un coste de 6,7 millones de euros.

Recomendación 4. Mejorar las infraestructuras de las escuelas.

Se debería garantizar que las cocinas, las cantinas y los patios de las escuelas cumplirían unos mínimos estándares en cuanto a su adecuación para poder hacer frente a las necesidades de niños, niñas y adolescentes. Así, debería priorizarse el uso de fondos europeos de inversión y estructurales (específicamente, FEDER) para financiar la construcción o renovación de estas infraestructuras.

.....
EN EL ÁMBITO SANITARIO

Recomendación 5. Creación de entornos escolares más seguros y saludables.

Las escuelas deben ser entornos seguros y saludables para los niños y niñas. Por ello, se debe promover la sustitución de zonas de aparcamiento de vehículos en las escuelas por patios y zonas verdes donde los niños y niñas puedan ejercitarse. Además, esta política debe ir más allá del ámbito educativo y las administraciones locales tienen que garantizar que las zonas escolares son zonas libres de coches, así como promover el empleo de otros medios de transporte como la bicicleta, ya que, a la par que sostenibles, aumentan la frecuencia de actividad deportiva en niños, niñas y, sobre todo, adolescentes. Además de estas medidas, los ayuntamientos deben promover la apertura de los patios escolares también en fin de semana para que los niños y niñas gocen de un espacio seguro donde jugar y ejercitarse. Esta medida lleva años ejecutándose en la ciudad de Barcelona, con el programa «*Patis Escolars Oberts al Barri*», donde en el curso 2021-2022 se ponen a disponibilidad de los niños y niñas y de sus padres y madres los patios de 60 escuelas desde educación infantil hasta secundaria en horario extraescolar, en fines de semana y periodos vacacionales.

Recomendación 1. Regular la figura de la dietista-nutricionista y promover un mayor número de Técnicos y Técnicas Superiores en Dietética en asistencia ambulatoria y creación de equipos multidisciplinares para la lucha contra la obesidad infantil.

Se debe empoderar a las personas dietistas-nutricionistas en el seguimiento de la evolución de la salud infantil, sobre todo a raíz de la sentencia del Tribunal Supremo de enero de 2022 donde se establece que el colectivo de enfermería no puede realizar recomendaciones dietéticas.³³ Además, deben crearse equipos multidisciplinares que incluyan pediatras, enfermeras de pediatría, psicólogos, dietistas y dietistas-nutricionistas que den información especial, intervenciones nutricionales y apoyo psicológico a familias con riesgo alto de obesidad en los centros de salud.

Recomendación 2. Programas de formación nutricional tanto en el embarazo como en las etapas posteriores.

Impulsar medidas destinadas a la alimentación saludable de las madres durante el embarazo, la lactancia y la primera infancia (de 0 a 3 años). Existe una clara evidencia de los efectos beneficiosos de los programas de ejercicio y alimentación saludable durante el embarazo, tanto durante el parto como después de él, efecto que se asocia a un menor riesgo de obesidad infantil.

Recomendación 3. Establecer a nivel nacional un programa de promoción de hábitos saludables.

Incluir un seguimiento más exhaustivo y continuo de hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, uso de pantallas y sueño), en los controles pediátricos que incluyan todas las edades hasta la mayoría de edad.

33 <https://stces.me/3MY9atx>

.....
OTRAS MEDIDAS

Recomendación 1. *Financiar actividades deportivas extraescolares para familias vulnerables.*

Los niños y niñas de hogares con menor renta realizan menos ejercicio físico que aquellos de hogares acomodados. En parte, estas diferencias vienen dadas por las actividades extraescolares. Los niños y niñas de familias de renta media o alta pueden hacer deporte al finalizar el horario escolar mientras que, al ser estas actividades de pago, los niños y niñas de familias de renta baja no pueden acceder a ellas. Según la estimación de la Generalitat de Catalunya, el coste de las actividades extraescolares durante el mes de septiembre (1 hora al día) se sitúa en los 12 millones de euros, lo que equivaldría a un coste de casi 20 euros por estudiante y por mes. Estas actividades se deben financiar desde las comunidades autónomas que son quienes tienen las competencias de educación, si entendemos las actividades extraescolares como parte de la llamada «Educación 360».

Recomendación 2. *Mejora de las estadísticas de salud y unificación del cálculo del sobrepeso y la obesidad infantil según todos los criterios existentes.*

Tenemos datos en España de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) desde 1987 y, además, en términos de salud nutricional se realiza cada 4 años el estudio ALADINO. Para la ENSE, la periodicidad ha variado entre los dos y los seis años. El buen diseño de políticas públicas requiere poder contar con información periódica y reciente sobre múltiples aspectos de la salud física y mental de niños, niñas y adolescentes, así como de su acceso a la atención médica de calidad y el entorno familiar y escolar en el que crecen. Recomendamos, por tanto, la actualización de la ENSE como mínimo cada dos años, así como el estudio ALADINO, ya que 4 años es un intervalo demasiado grande. Además, se propone que se calculen las tasas de sobrepeso y obesidad estandarizadas según el criterio de la OMS para poder comparar con estadísticas internacionales.



CONCLUSIONES

La alimentación adecuada de niños y niñas es una condición básica para su desarrollo, contribuyendo a su salud física y mental, previniendo enfermedades y mejorando su calidad de vida. Más allá de este plano, fundamental en sí mismo, la comida juega un papel clave en la crianza de niños y niñas en la medida que refleja y transmite estilos de vida, cultura, creencias e ideas sobre lo que resulta disfrutable y lo que no.

Para la infancia, la comida no es una cuestión de tendencias. Un niño o niña con hambre, sobrepeso u obesidad, sufre un mayor cansancio, ve alterado su sueño, puede sufrir baja autoestima y tiene un peor desempeño escolar.

La obesidad infantil supone, además, un riesgo de enfermedades crónicas en la etapa adulta (complicaciones cardiovasculares, diabetes, etc.). En este sentido, las elevadas cifras actuales de sobrepeso infantil revelan la necesidad de prestar una mayor atención a la calidad de comida de niños y niñas.

No obstante, debemos acercarnos al sobrepeso infantil como síntoma de potenciales riesgos de salud, pero jamás como un problema en sí mismo. En primer lugar, porque el peso depende de un conjunto complejo y variado de factores de índole genética o ambiental, puede estar asociado a ciertas patologías, al consumo de determinados medicamentos, o a circunstancias personales o familiares generadoras de estrés u otros trastornos mentales (separaciones, duelos familiares). En segundo lugar, porque el tratamiento de la obesidad entraña una especial complejidad durante la etapa de crecimiento, ya que cualquier déficit nutricional puede repercutir negativamente en el desarrollo de niños y niñas. Por último, porque la obesidad continúa estando asociada a estigmatización y otras formas de discriminación. Por tanto, cuidar de la alimentación en

la infancia exige integrar la obesidad infantil como elemento relevante dentro de un marco más amplio de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables que, en conjunto, contribuyen positivamente a su desarrollo.

La llegada de la pandemia, marcada por los confinamientos y las restricciones sociales, ha alterado la vida de las familias y, de manera singular, sus patrones de alimentación y hábitos de vida. Los centros de actividades escolares han estado cerrados durante meses, lo que ha impedido, entre otros, el uso de los comedores escolares imprescindibles para la buena alimentación de muchos niños y niñas. Los confinamientos de grupos han mantenido a menudo a niños, niñas y adolescentes en casa y las actividades de ocio también se han reducido.

Sin embargo, como en tantos otros aspectos de la salud y bienestar infantil, el impacto de estas alteraciones ha sido mucho mayor entre aquellos niños y niñas con menos recursos. En los hogares con menores ingresos se reducen las posibilidades de acceder a los alimentos necesarios para una dieta equilibrada, sufragar actividades extraescolares o de ocio no sedentario o tratar patologías bucodentales, estrechamente relacionadas con patrones alimentarios inadecuados. Los menores niveles de renta implican también mayores dificultades para conciliar y disponer de tiempo de ocio con niños y niñas, así como para acumular los conocimientos y capacidades para poner en práctica hábitos saludables, incluidos los culinarios.

Por este motivo, el objetivo clave de este informe es dotar de una perspectiva de equidad a la mayor sensibilización actual acerca de la importancia y beneficios de una nutrición y hábitos saludables. Ello exige la implicación de los distintos actores y ámbitos relevantes

(familias, escuelas, autoridades, servicios de salud, industrias alimentarias, etc.) y su conciencia sobre las barreras a las que se enfrenta la infancia con menos recursos para adoptar estilos de vida más saludables.

Tenemos como sociedad el reto de reorientar la preocupación por lo que comemos hacia un esfuerzo de promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables que, formulado en términos positivos e inclusivos, repercuta en más calidad de vida para toda la infancia.



NOTA METODOLÓGICA: ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN LA INFANCIA 2021

Save the Children ha realizado una encuesta para conocer el estado de la salud de la infancia, así como el acceso al Sistema Nacional de Salud de los niños, niñas y adolescentes en España en el año 2021.

Ámbito de la encuesta y diseño muestral

La encuesta es representativa para el total de la población española y a nivel de Comunidad Autónoma.³⁴ Además, se estratificó por nivel de renta para que la distribución de la renta en los hogares de las personas entrevistadas se asemeje lo máximo posible a la distribución poblacional en España, según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2020.

Se efectuaron entrevistas *online* a 2046 personas adultas con hijos o hijas entre 4 y 16 años. Así los datos obtenidos sobre la salud de los niños y niñas son reportados por los padres y madres. Cabe destacar que, si una persona declaraba tener más de un hijo o hija a cargo, se seleccionaba uno/a de ellos/as aleatoriamente para responder a las preguntas del cuestionario. Para garantizar la representatividad de las distintas edades, se dividieron en cuatro intervalos (de 4 a 6 años, de 7 a 9 años, de 10 a 12 años y de 13 a 16 años), cada uno de los cuales representa alrededor de un 25% del total de observaciones de la encuesta.

Como en la mayoría de las encuestas *online*, el porcentaje de respuesta en mujeres es superior, representando estas un 65,1% de la muestra. En cuanto a la edad, el 87% de la muestra corresponde a personas adultas de entre 35 y 55 años.

Comparativa con la ENSE 2017

Para la comparativa con la ENSE 2017 hay que tener en cuenta que las edades de los niños, niñas y adolescentes de ambas encuestas son distintas. La ENSE 2017 recoge información para niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 14 años, mientras que la encuesta propia incluye menores de entre 4 y 16 años. Así, cualquier comparativa entre ambas encuestas solamente se ha podido hacer para niños, niñas y adolescentes de 4 a 14 años. Adicionalmente, puesto que la encuesta propia no refleja pesos muestrales para poder elevar las observaciones a nivel poblacional, por coherencia, en las comparativas con la ENSE 2017 tampoco se han utilizado los pesos muestrales de esta.

Contenido de la encuesta

La mayoría de las preguntas incluidas en el cuestionario son equivalentes a las de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017) a excepción de las preguntas sobre intenciones suicidas, estado general de la salud mental y aquellas sobre salud visual. Además, se añadieron algunas referencias a la crisis de la COVID-19. A continuación, se presenta el cuestionario de la encuesta.

³⁴ La representatividad se mide en términos agregados. Al hacer cruces de distintas variables, puede ser que la muestra para una comunidad autónoma no sea suficiente.



ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN LA INFANCIA 2021

1. ¿Eres?

Hombre (1)	Mujer (2)
------------	-----------

2. ¿Cuántos años tienes?

3. ¿En qué comunidad autónoma vives?

Andalucía (1)	Aragón (2)	P. de Asturias (3)	Illes Balears (4)	Canarias (5)
Cantabria (6)	Castilla y León (7)	Castilla-LM (8)	Catalunya (9)	C. Valenciana (10)
Extremadura (11)	Galicia (12)	Madrid (13)	Murcia (14)	Navarra (15)
Euskadi (16)	La Rioja (17)	Ceuta (18)	Melilla (19)	NA (99)

4. ¿En qué población vives?

5. Nivel de ingresos mensual del hogar

Hasta 600 € (1)	601-1000 € (2)	1001-1500 € (3)	1501-2000 € (4)	2001-2500 € (5)
2501-3000 (6)	3001-3500 € (7)	3501-4000 € (8)	4001-5000 € (9)	5001-8000 € (10)
Más de 8000 € (11)	NC (98)	NA (99)		

6. ¿Dónde naciste?

España (1)	Resto UE (2)	Rest. del mundo (3)	NS (98)	NC (99)
------------	--------------	---------------------	---------	---------

7. ¿Tienes pareja en la actualidad?

8. ¿Cuántos años tiene tu pareja?

Menos de 20 (1)	20-29 (2)	30-39 (3)	40-49 (4)	50-59 (5)
60-69 (6)	70-79 (7)	80-89 (8)	90 o más (9)	

9. ¿Tienes hijos/as?

Sí (1)	No (2) (fin de entrevista)
--------	-------------------------------

10. ¿Cuántos hijos/as tienes?

1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 o más (5)
-------	-------	-------	-------	-------------

11. ¿Cuántos de tus hijos/as viven en la actualidad contigo?

1 (1)	2 (2)	3 (3)	4 (4)	5 o más (5)
-------	-------	-------	-------	-------------

12. ¿Puedes indicar edad y sexo de cada uno/a de tu/s hijos/as?

Vamos a comenzar hablando de la salud de (hijo/a).

13. En los últimos 12 meses, ¿dirías que el estado de salud de tu hijo/a ha sido?

Muy bueno (1)	Bueno (2)	Regular (3)	Malo (4)	Muy malo (5)
---------------	-----------	-------------	----------	--------------

A continuación, verás una lista de enfermedades o problemas de salud.

14. Indica si padece o ha padecido (hijo/a) alguna vez alguna de estas enfermedades

	¿Alguna vez ha padecido?	¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?
Alergia crónica (asma alérgica excluida)			
Asma			
Diabetes			
Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)			
Epilepsia			
Trastornos de conducta (incluye hiperactividad)			
Trastornos mentales (depresión, ansiedad,...)			
Lesiones o defectos permanentes por un accidente			
Autismo o TEA (mayores de 2 años)			

Ahora hablaremos de la salud mental de tu (hijo/a).

15. En los últimos 12 meses, ¿dirías que el estado de salud mental de tu hijo/a ha sido?

Muy bueno (1)	Bueno (2)	Regular (3)	Malo (4)	Muy malo (5)
---------------	-----------	-------------	----------	--------------

A continuación, una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades de tu (hijo/a).

16. Contesta dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de tu hijo/a.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			

Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
Tiene por lo menos un buen amigo			
Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos			
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a			
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a			
Otros niños se meten con él/ella o se burlan			
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			

17. ¿Crees que en los últimos meses tu (hijo/a) ha deseado estar muerto/a, ha pensado que su familia o amigos/as estarían mejor si él/ella no existiese, o ha intentado suicidarse?

Sí (1)	No (2)	NS (98)	NC (99)
--------	--------	---------	---------

A continuación, se plantean algunas preguntas sobre la salud dental de tu (hijo/a).

18. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?

Nunca (1)	No todos los días (2)	Una vez al día (3)	Dos veces al día (4)	Tres o más al día (5)	NS (98)	NC (99)
-----------	-----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	---------	---------

19. ¿Cuánto tiempo hace que acudió tu (hijo/a) a su dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de dentadura o boca?

Menos de tres meses (1)	Más de 3 meses y menos de 12 (2)	Hace un año o más (3)	Nunca ha ido (4)
-------------------------	----------------------------------	-----------------------	------------------

20. La última vez que acudió tu (hijo/a), ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

Revisión o chequeo	
Limpieza de boca	
Empastes (obturaciones), endodoncias, sellado de fisuras	
Extracción de algún diente/muela	
Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	
Tratamiento de las enfermedades de las encías	
Ortodoncia	
Aplicación de flúor	
Otro tipo de asistencia	

21. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó tu (hijo/a) esta última vez, ¿era de?

Sanidad pública (1)	Sociedad médica (2)	Consulta privada (3)	Otros (4)	NS (98)	NC (99)
---------------------	---------------------	----------------------	-----------	---------	---------

22. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas de tu (hijo/a)?

Tiene caries	
Le han extraído dientes/muelas	
Tiene dientes/muelas empastados (obturados) o sellados	
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	
Los dientes que tiene están sanos	

23. En relación al total de ingresos del hogar, ¿cómo puedes cubrir los gastos derivados de los tratamientos bucodentales?

Con mucha dificultad (1)	Con dificultad (2)	Con cierta dificultad (3)	Con cierta facilidad (4)	Con facilidad (5)	Con mucha facilidad (6)
--------------------------	--------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------

24. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez (niño/a) ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí (1)	No (2)	NS (98)	NC (99)
--------	--------	---------	---------

25. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que (niño/a) no ha recibido esa asistencia?

No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro)	(1)
Había que esperar demasiado	(2)
Nadie pudo dejar las obligaciones familiares o laborales y llevar al niño/a	(3)
Demasiado lejos para viajar / sin medios de transporte	(4)
Miedo al médico / hospitales / exploraciones médicas / tratamiento	(5)
Quisimos esperar y ver si el problema del niño/a mejoraba por sí solo	(6)
Otras razones relacionadas con la COVID-19 (confinamiento domiciliario, saturación en la atención primaria, etc.)	(7)
Otras razones	(96)
NS	(98)
NC	(99)

Ahora verás unas preguntas sobre el peso y la talla de su hijo/a.

26. ¿Podrías indicar cuánto pesa tu (hijo/a), aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

27. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida de tu (hijo/a) relacionados con la salud.
Para comenzar responderás sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico de tu hijo/a.

28. ¿Podrías indicar, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente tu (hijo/a) al día? Incluye las horas de siesta.

29. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que tu (hijo/a) realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)	(1)
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)	(2)
Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	(3)
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	(4)
NS	(98)
NC	(99)

30. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo suele pasar (niño/a) frente a una pantalla, incluyendo el ordenador, la tablet, la televisión, los vídeos, los videojuegos o la pantalla del teléfono móvil?

1. De lunes a viernes				
Nada o casi nada (1)	Menos de una hora (2)	Una hora o más (3)	NS (98)	NC (99)
2. Sábado o domingo				
Nada o casi nada (1)	Menos de una hora (2)	Una hora o más (3)	NS (98)	NC (99)

31. Has indicado que pasa frente una pantalla una hora o más, ¿podrías indicar cuántas horas en promedio?

1. De lunes a viernes	
2. Sábado o domingo	

32. Para terminar con los hábitos de vida, ¿con qué frecuencia consume tu (hijo/a) los siguientes alimentos?

Una o más veces al día (1), De 4 a 6 veces a la semana (2), 3 veces a la semana (3), 1 o 2 veces a la semana (4), Menos de 1 vez a la semana (5), Nunca (6), No sé (98), No contesto (99)	
Fruta fresca (excluyendo zumos)	
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero...)	
Huevos	

Pescado	
Pasta, arroz, patatas	
Pan, cereales	
Verduras, ensaladas y hortalizas	
Legumbres	
Embutidos y fiambres	
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos)	
Refrescos con azúcar	
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	
Zumo natural de frutas o verduras	

33. ¿Tiene tu hijo/a dificultad para ver?

No, ninguna dificultad (1)	Sí, alguna dificultad (2)	Sí, mucha dificultad (3)	No puede ver en absoluto (4)	NS (98)	NC (99)
----------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------------	---------	---------

34. ¿Cuánto tiempo hace que acudió tu hijo/a a su oftalmólogo u optometrista para examen, consejo o tratamiento de problemas de vista?

Hace 3 meses o menos (1)	Hace más de 3 meses y menos de 12 meses (2)	Hace un año o más (3)	Nunca ha ido (4)
--------------------------	---	-----------------------	------------------

35. El oftalmólogo u optometrista al que consultó tu (hijo/a) esta última vez, ¿era de?

Sanidad pública (1)	Sociedad médica (2)	Consulta privada (3)	Otros (4)	NS (98)	NC (99)
---------------------	---------------------	----------------------	-----------	---------	---------

36. ¿Cuál es tu situación profesional principal en este momento?

Empleado/a a tiempo completo con contrato temporal	(1)
Empleado/a a tiempo completo con contrato indefinido	(2)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato temporal	(3)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato indefinido	(4)
Funcionario/a	(5)
Autónomo/a	(6)
En paro	(7)
ERTE	(8)
Estudiante	(9)
Jubilado/a	(10)
Incapacidad laboral	(11)
Otra situación de inactividad	(96)

**37. ¿Cuál era tu situación profesional principal en el mes de febrero de 2020
(justo antes de la pandemia)?**

Empleado/a a tiempo completo con contrato temporal	(1)
Empleado/a a tiempo completo con contrato indefinido	(2)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato temporal	(3)
Empleado/a a tiempo parcial con contrato indefinido	(4)
Funcionario/a	(5)
Autónomo/a	(6)
En paro	(7)
ERTE	(8)
Estudiante	(9)
Jubilado/a	(10)
Incapacidad laboral	(11)
Otra situación de inactividad	(96)



Agradecimientos:

Esther Sánchez, dietista Materno Infantil

***Teresa Cenarro, coordinadora del Grupo de Gastroenterología
y Nutrición de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)
y la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) de Catalunya***

***Rocío Montes Chicharro
Álvaro Ferrer Blanco
Estela Cañadas Muñoz***



Edita:
Save the Children España
Marzo_2022

