

A photograph of a child's hands, wearing a peach-colored long-sleeved shirt, holding a green apple and a banana on a wooden stump. The scene is framed by a large red circle. 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 Andalucía

Directora de Incidencia Social y Políticas de Infancia:

Catalina Perazzo Aragonese

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)**

Foto portada:

Elena del Real Moreno /Save the Children

Fotos:

Elena del Real Moreno /Save the Children

Gráficos:

Elena del Real Moreno

Ilustraciones:

Germán Gullón (VALBHY Design)

Arte y maquetación:

La Fábrica de Sombreros



Edita:

**Save the Children España
Marzo_2022**

- 5** SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN ANDALUCÍA:
ANTES Y DURANTE LA COVID-19
- 10** NUTRICIÓN Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
- 27** EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS HÁBITOS DE VIDA DE
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: ¿ES IGUAL PARA TODOS?
- 36** RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS





1. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN ANDALUCÍA: 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, tener 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 cardio-

vasculares, 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.



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, T., Debes, J., Rodigas, T. J., Burrows, A., Itoh, Y., Fukagawa, M., & Matsumura, S. (2012). Direct imaging confirmation and characterization of a dust-enshrouded candidate exoplanet orbiting Fomalhaut. *The Astrophysical Journal Letters*, 760(2), L32.

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). Éste 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 adolescencias el cálculo del IMC varía en gran medida por el rápido desarrollo físico. Por eso es necesario establecer puntos de corte distintos al de los adultos. Por esa razón 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)*. 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**. 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, y 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 47kg, 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.

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

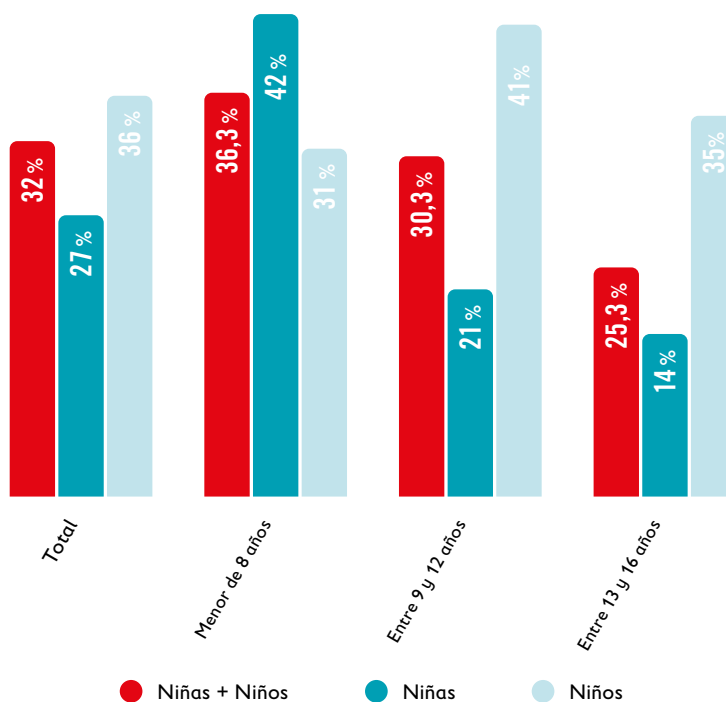
** de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. (2007) Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85:660-7.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en 2017 el 12,5% de los menores de edad entre 2 y 17 años en Andalucía sufría obesidad y el sobrepeso afectaba al 20,9% (afectando al 21,9% de los niños y al 19,9% de las niñas). Tanto para la obesidad como para el sobrepeso, estos valores se han mantenido estables desde 2006, si bien para los niños ambos valores disminuyen ligeramente mientras que aumentan para las niñas. Según estos datos, un 33,4% de los menores de 18 años tendrían exceso de peso en Andalucía antes de la llegada de la Covid-19.

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 aun 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-19.²

Gráfico 1. Tasas de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en niños y niñas de entre 4 y 16 años (2021)



Fuente: Elaboración propia.

2 Se trata de una encuesta a 2.000 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. Para todas las comparativas hay que tener en cuenta que el módulo de salud mental de la ENSE incluye niños/as desde los 4 hasta los 14 años. Nuestra encuesta incluye niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años. Las comparaciones se hacen para niños, niñas y adolescentes entre 4 y 14 años. La muestra de la encuesta propia es mucho más pequeña que la de la ENSE aunque representativa a nivel de CCAA. 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 infra estimando el peso de sus hijos e hijas, especialmente en la situación post-pandemia 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 Andalucía era del 32%. Además, las diferencias por sexo son grandes, siendo los niños los más afectados, a pesar de la tendencia a la baja que habían demostrado en años anteriores. Sin embargo, cuando nos fijamos en las diferencias por edades, vemos que los porcentajes más elevados de problemas de sobrepeso y obesidad se presentan entre los más pequeños, en especial entre las niñas, disminuyendo en los años posteriores hasta más de la mitad, mientras que en los niños se observa la tendencia inversa, aunque vuelven a reducirse en la adolescencia. 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.

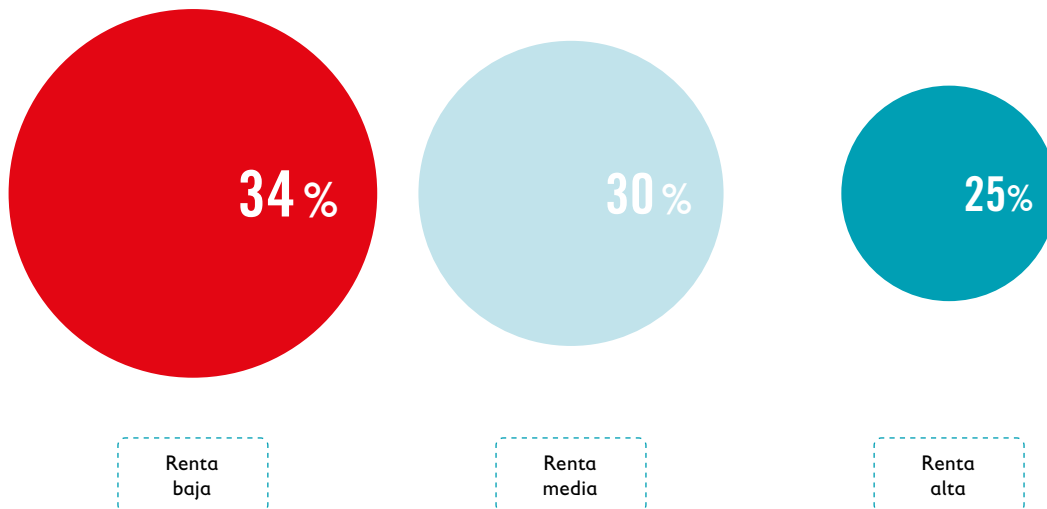
Las investigaciones internacionales indican que, más allá de las diferencias por edad y sexo, **la obesidad y el sobrepeso infantil tienen un claro gradiente social**. Según los datos de nuestra encuesta, en los hogares con rentas más bajas hay una mayor probabilidad de que los niños, niñas y adolescentes tengan exceso de peso, es decir, sobrepeso u obesidad (un 34%).³ En cambio, el exceso de peso infantil es mucho menos probable en los hogares más acomodados (un 25%). Es decir, **vivir en un hogar pobre aumenta la probabilidad de sufrir obesidad o sobrepeso en la infancia**.⁴



3 Se consideran rentas bajas aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1.300€, rentas medias aquellos con renta entre 1.300€ y 3.600€ mensuales, y rentas altas aquellos que ingresan más de 3.600€ al mes.

4 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.

Gráfico 2. 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).

Si analizamos los datos agregados de exceso de peso durante la pandemia, con un 32% de los niños, niñas y adolescentes andaluces 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 hoy en día. 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.

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?

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 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 algo 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 está en una talla determinada.

2. NUTRICIÓN Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Las altas tasas de obesidad y sobrepeso infantil en Andalucía 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 importante entender cuáles son los principales determinantes del exceso de peso infantil. Sin embargo, analizar el comportamiento de los niños y niñas andaluces 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 infancia. 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.⁵ 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.⁶

Además, la literatura especializada ha identificado como principales causas del sobrepeso y la obesidad infantil la mala dieta, la falta de ejercicio, hábitos no saludables como un mal descanso o el exceso de pantallas, y 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 que se garantice su acceso a todos los niños y niñas, por ejemplo, a través de becas comedor, pueden asegurar como mínimo una comida saludable independientemente del origen socioeconómico de las familias (ver cuadros 2 y 5).

Por último, no podemos olvidar la importancia de otros factores culturales. 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 los pares en la formación de hábitos saludables y no saludables.⁷

En esta sección analizaremos los principales determinantes de la creación 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 realizada, 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 regresión⁸.

5 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 literatura". *Womens Health Issues*. 22(3): 319-28 ; Fleming, T. P., Watkins, A. J., Velazquez, M. A., Mathers, J. C., Prentice, A. M., Stephenson, J., ... & Godfrey, K. M. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *The Lancet*, 391(10132), 1842-1852.

6 Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito RuizM, Hermoso Rodríguez E ; (2015): "Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática". *Nutr Hosp*. 31(2):606-620.

7 Strombotne KL, Fletcher JM, Schlesinger MJ., (2019): "Peer effects of obesity on child body composition". *Econ Hum Biol*. 34:49-57.

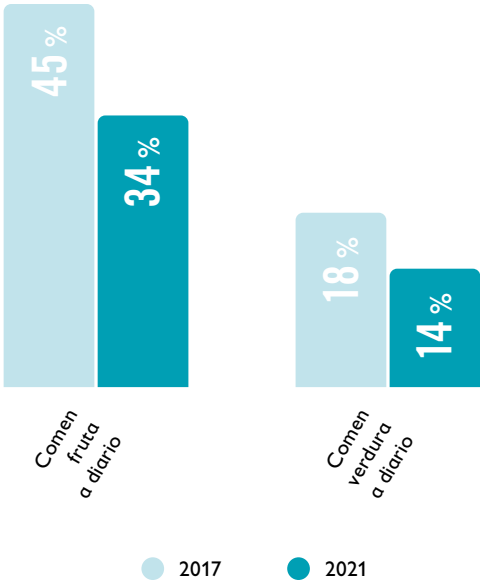
8 Un modelo de regresión es un modelo matemático que busca determinar la relación entre una variable dependiente o explicada, con respecto a otras variables, llamadas independientes o explicativas. Este tipo de análisis econométrico nos permite profundizar en los factores determinantes de las tasas de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

2.1. HABITOS 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 realizada 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 un 45% de los niños y niñas de entre 4 y 14 años consumían fruta a diario, en septiembre de 2021 este valor se redujo hasta el 34%. Además, no existen diferencias relevantes ni por sexo ni por edad.

Gráfico 3. Hábitos nutricionales saludables en niños y niñas de 4 a 14 años

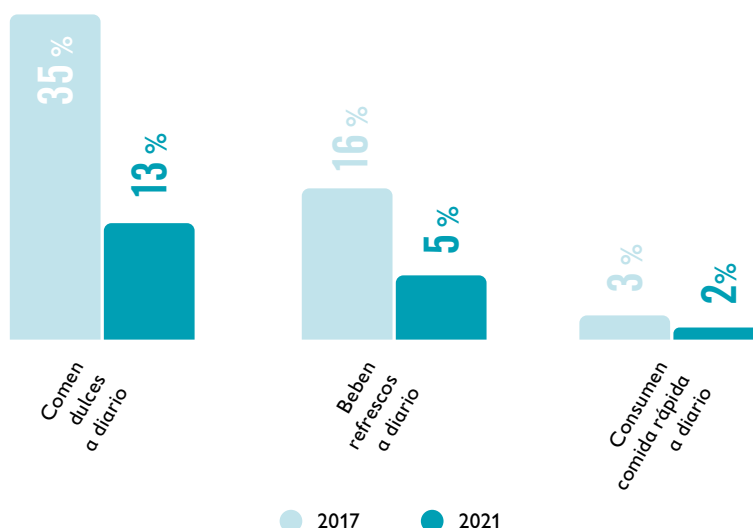


Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

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 65%, 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 4. 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 más se han basado 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 también pueden desempeñar 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). Así, según los datos publicados por el Ministerio de Educación y Formación Profesional, el porcentaje de centros públicos de educación infantil, educación primaria, y educación secundaria que ofrecieron el comedor escolar en el curso 2019-2020 en Andalucía es del 89%, 80,2%, y 4,9% respectivamente frente al 96,5%, 79,5%, y el 5,5% de los centros privados. A pesar de la alta oferta de comedor en educación infantil y primaria, todavía hay centros donde no existe la opción de comer allí. Ello implica que miles de niños y niñas ni siquiera tienen la opción de acceder a un comedor escolar.

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 nutritiva y educativa entre unos colegios y otros⁹. 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 externa 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.

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. De hecho, en Andalucía sólo el 8,5% de las escuelas disponen de cocina propia¹⁰.

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 se aplican. Los pliegos de condiciones técnicas establecen los requisitos nutricionales y otras características del servicio, asignando a los diferentes criterios una puntuación máxima. 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, como en el caso andaluz. Estas diferencias de puntuación inciden directamente en la calidad nutricional de los menús escolares ofrecidos por la empresa que finalmente gestiona el comedor escolar.

9 Ehigem 2017. Conclusiones encuesta comedor

<https://www.gureplateragureaukera.eus/es/eae-ko-ikastetxe-publikoetako-jantokien-inkestaren-emaizak/>

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.

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

CUADRO 3. 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 realizar 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, dónde 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 100g o ml 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 sólo se puede usar para comparar alimentos que se sitúan 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 solo tienen un ingrediente en su composición (siempre que no sean procesados), los que se venden en envases de menos de 25 cm² (dónde 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.

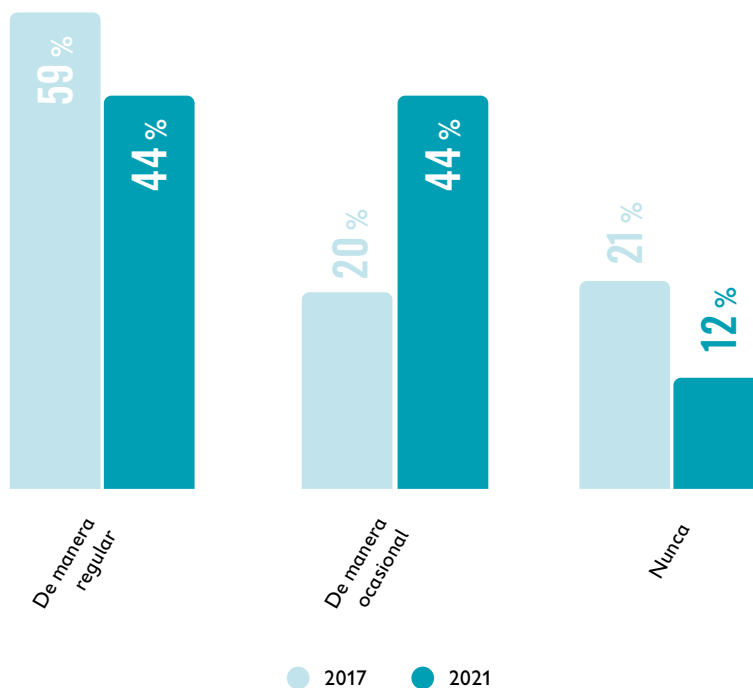
Con todo ello, se ha creado un comité científico independiente para mejorar el cálculo del algoritmo y, pese a la recién problemática, está previsto que el Nutriscore termine siendo obligatorio para los países de la Unión Europea, aunque la Comisión Europea todavía no ha tomado ninguna decisión legislativa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

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



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

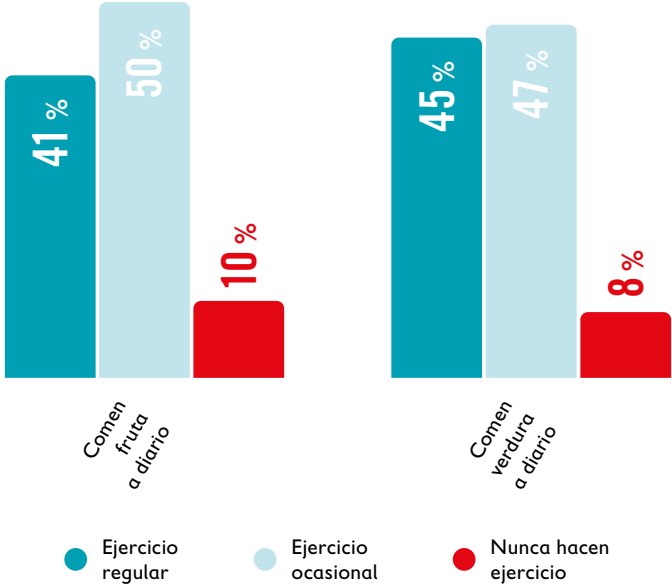
El descenso en el número de niños y niñas entre 4 y 14 años que realizan actividad física deportiva regularmente y su aumento entre aquellos que lo practican de forma ocasional es consistente con las restricciones aplicadas, sobre todo, durante las primeras semanas de la pandemia. Además, los niños tienden a realizar más actividades físicas que las niñas. Por grupos de edad, es a partir de los 7 años que se realizan actividades físicas y deportivas de forma más frecuente, probablemente vinculado a la realización de actividades extraescolares.

Nuestras estimaciones confirman estos resultados, viendo como la actividad física realizada se redujo significativamente¹¹.

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

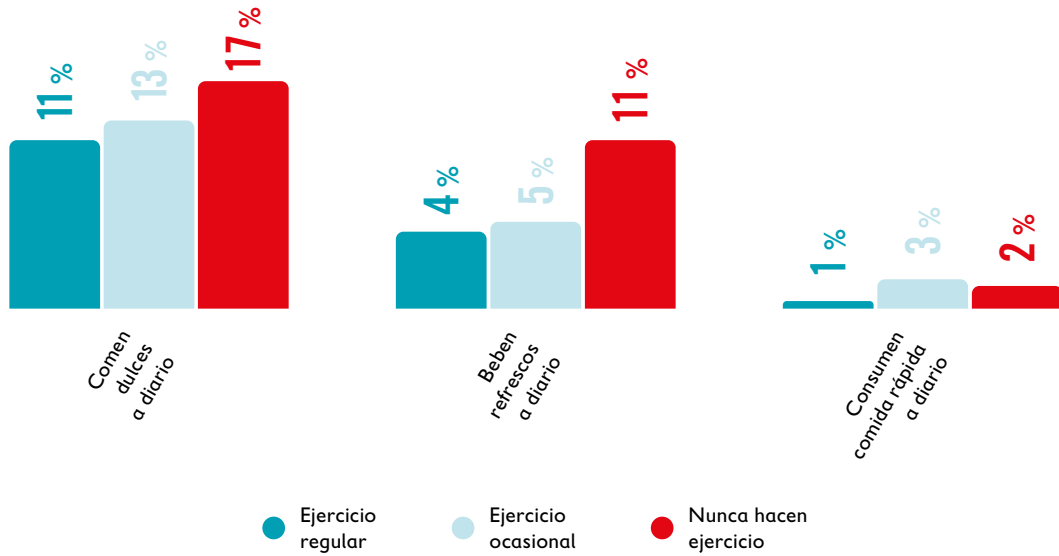
Gráfico 6. Hábitos nutricionales por frecuencia de actividad física y deportiva en niños y niñas de 4 a 16 años (2021)

a) Hábitos nutricionales saludables



11 Estimaciones en base a los modelos de regresión.

b) Hábitos nutricionales no saludables



Fuente: Elaboración propia (2021).

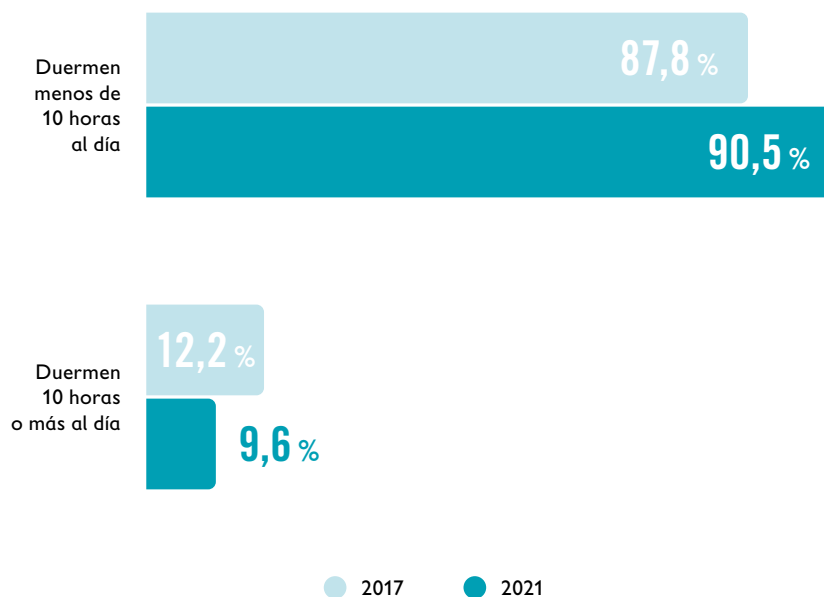
2.3. HORAS DE SUEÑO Y PANTALLISMO

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 infantil¹².

Debido a la pandemia, los niños, niñas y adolescentes andaluces duermen 20 minutos menos de media. Esto supone una reducción del 3,5% en las horas medias de sueño, en comparación con la media de horas en 2017 (de 9,2 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.

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

Gráfico 7. Horas de sueño en niños y niñas de 4 a 14 años (2021)



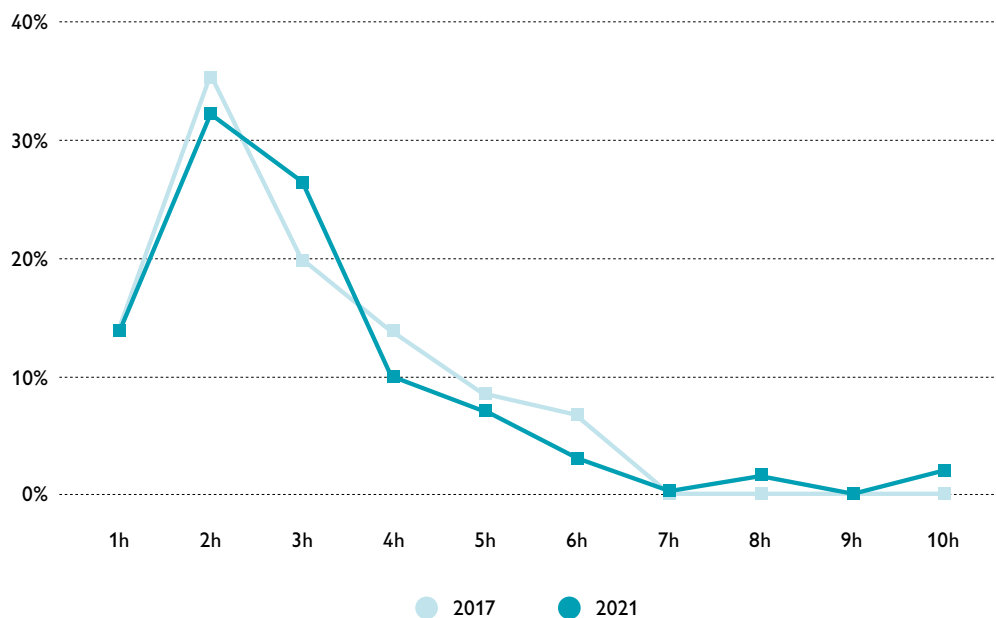
Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

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) se 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 87,8% de los niños, niñas y adolescentes andaluces dormían menos de la recomendación de estas 10 horas diarias, tras la llegada del coronavirus este valor llegó al 90,5%.

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, videocon-

solas 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 8, la llegada de la pandemia aumentó ligeramente el número de horas que niños, niñas y adolescentes pasaban frente una pantalla. Concretamente, y siguiendo la recomendación de la OMS, si en 2017 un 49% de los niños y niñas entre 4 y 14 años pasaban más de 2 horas al día frente de una pantalla, en 2021 este porcentaje aumentó al 53%. 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 de una pantalla.

Gráfico 8. Porcentaje de niños y niñas de 4 a 14 años según las horas al día que pasan frente a una pantalla



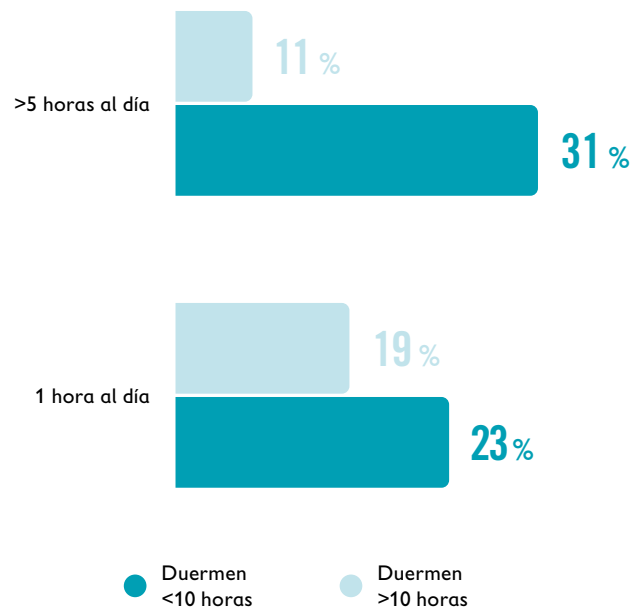
Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

El número de horas diarias en frente de una pantalla aumenta con la edad. Si los niños y niñas de 4 a 6 años pasan de media unas 2,7 horas al día en una pantalla los y las adolescentes (de 13 a 16 años) dedican 4,3 horas de media.

Además, las niñas pasan 15 minutos más al día frente a la pantalla que 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.



Gráfico 9. 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)

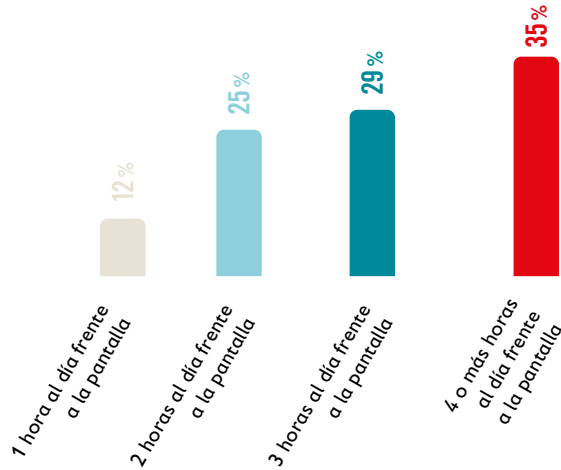


Fuente: Elaboración propia (2021).

El pantallismo altera los patrones del sueño reduciendo la cantidad y la calidad del mismo. Como vemos en el gráfico 9, 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 10, a mayor número de horas al día frente de una pantalla mayor es el consumo de productos nutricionales no saludables, como el consumo diario de comida rápida, refrescos, dulces o aperitivos.

Gráfico 10. Hábitos nutricionales no saludables por las horas al día que pasan frente a una pantalla los niños y niñas de 4 a 16 años (2021)

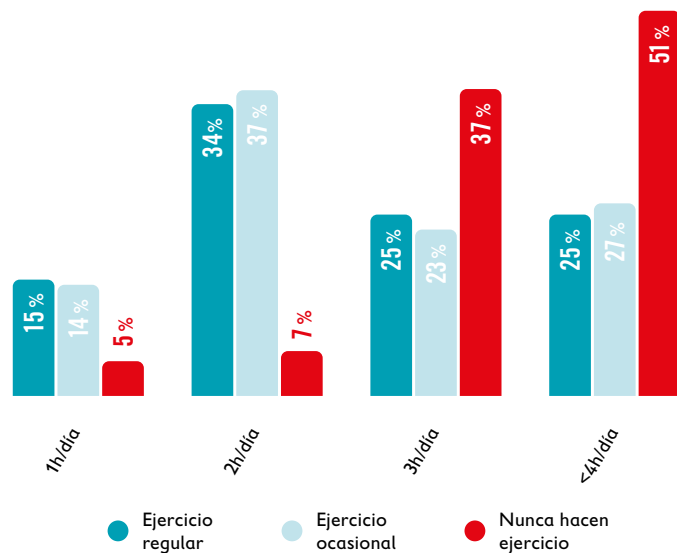


Fuente: Elaboración propia (2021)

Por último, el tiempo invertido en frente de una pantalla puede fomentar también el sedentarismo entre niños, niñas y adolescentes¹³. 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.

Gráfico 11. 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)

13 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.

2.4. LOS HÁBITOS NO SALUDABLES Y LA SALUD MENTAL

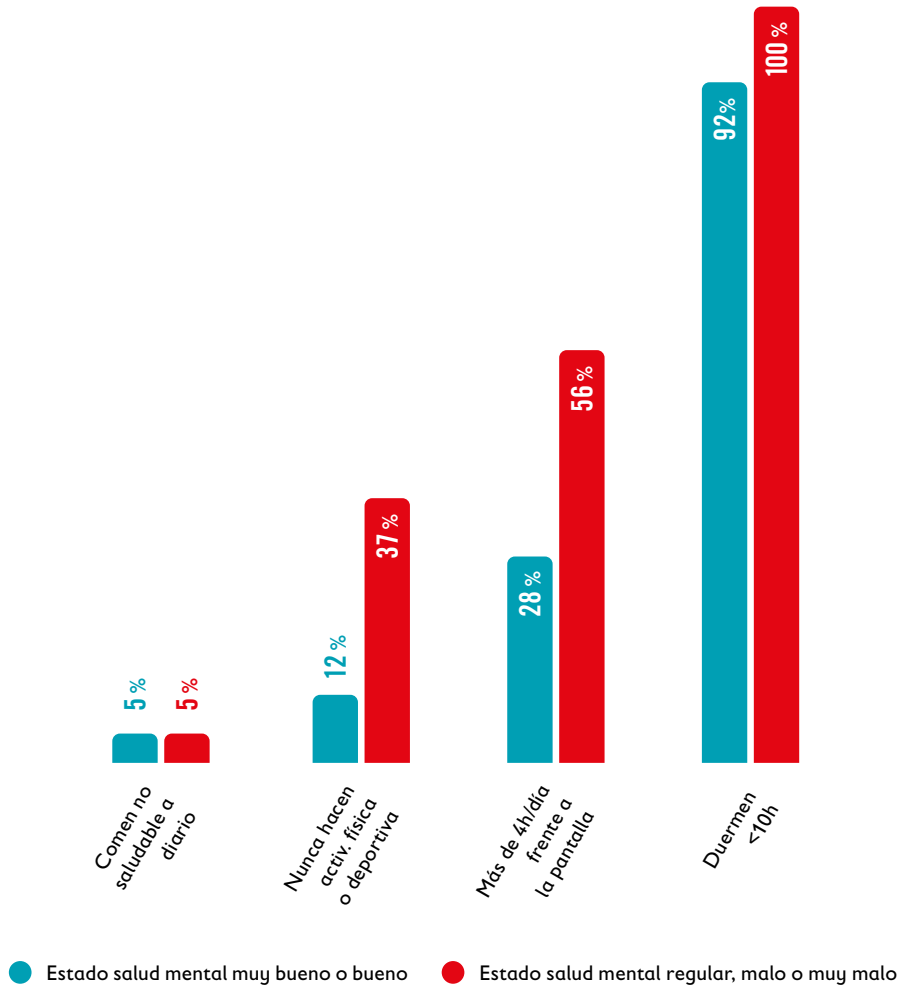
Como hemos visto, los determinantes de una vida sana y unos bajos niveles de sobrepeso infantil dependen de factores muy diversos. Uno de ellos son los factores psicológicos o emocionales. La salud física y nutricional de los niños, niñas y adolescentes está condicionada por otros aspectos de la salud 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.¹⁴

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.

¹⁴ 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 12. 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 4. 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 un 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 les 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 los niños, niñas y adolescentes a construir 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 desataron casos que ya existían, pero 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. Y 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, 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.¹⁵ 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 aumenta 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) para Andalucía confirmaban un importante aumento, en el año 2020, de la carencia material severa en los menores de 18 años. Concretamente, más de 147.000 niños y niñas menores de 18 años (un 9,3% del total) en Andalucía 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 con-

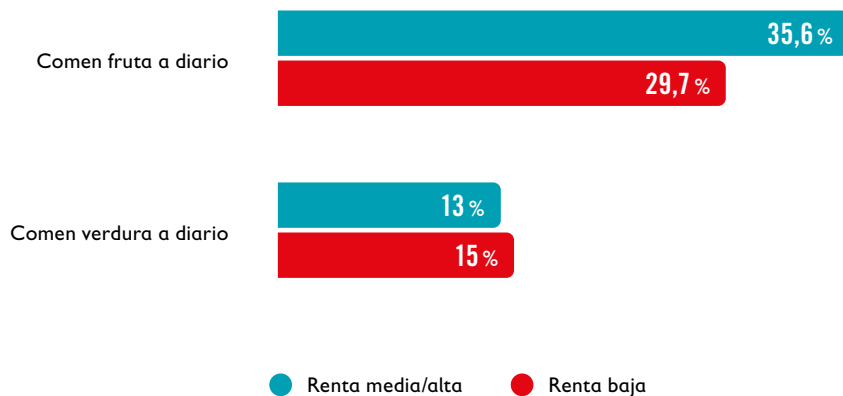
ceptos de una lista de nueve ítems (como por ejemplo no poder mantener una temperatura adecuada, no tener teléfono, televisor o lavadora, o no poder afrontar gastos imprevistos). Uno de ellos podríamos denominarlo carencia nutricional, e indica los hogares que no pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalentes para los vegetarianos) al menos cada dos días. Al inicio de la pandemia, un 5,7% 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 13, en 2021 un 35% de los niños, niñas y adolescentes en hogares de renta media y alta consumían fruta a diario.¹⁶ Sin embargo, menos de un 30% lo hacía en hogares de renta baja. En el caso de la ingesta de verduras las diferencias son muy pocas, con unos porcentajes preocupantemente bajos en ambos casos.

15 Lee H, Andrew M, Gebremariam A, Lumeng JC, Lee JM. (2014): "Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence". American Journal of Public Health.

16 Se consideran rentas bajas aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1.000€, rentas medias y altas aquellos que superan estos valores mensuales.

Gráfico 13. Hábitos nutricionales saludables por nivel de renta entre 4 y 16 años (2021)

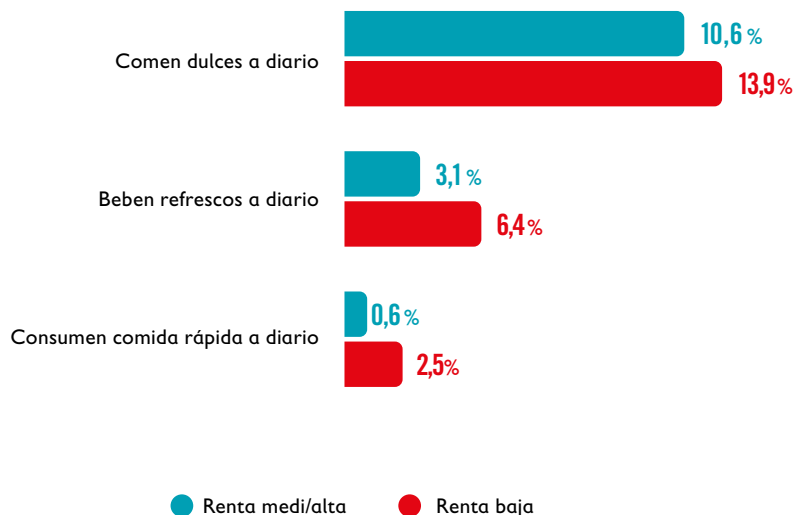


Fuente: Elaboración propia (2021)

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 es superior el de los hogares de renta media y alta. Eso mismo sucede en el caso del consumo de comida rápida o refrescos a diario, donde el consumo en hogares pobres duplica al de los hogares de renta media y alta. Es importante tener en cuenta, además, que el consumo diario de estos productos ha caído, como consecuencia de la pandemia.



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

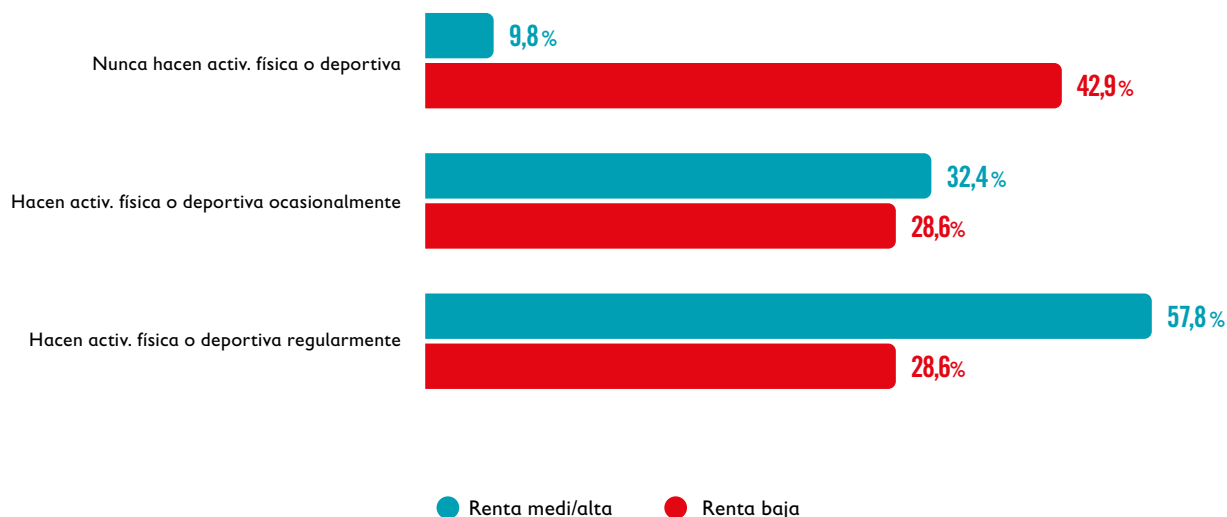


Fuente: Elaboración propia (2021)

Analizando las desigualdades de renta relacionadas con la actividad física, vemos que en más del 57% de los hogares de renta media y 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 sólo se consigue en un 28,6% de los hogares de renta baja, que

en la mayoría de los casos no realizan ninguna actividad física o sólo lo hacen ocasionalmente. Es importante 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.

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



Fuente: Elaboración propia (2021)

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 sociocultural 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 conciliación¹⁷. 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, en relación a opciones menos

saludables como podría ser la pasta. En relación con 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. Y existe evidencia de que los barrios más pobres tienden a concentrar mayor número de restaurantes y establecimientos con comida rápida¹⁸.

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

18 Ford PB, Dziewaltowski DA. (2008): "Disparities in obesity prevalence due to variation in the retail food environment: three testable hypotheses". *Nutr Rev.*;66(4):216-28.

CUADRO 5. 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. En Andalucía, el alumnado usuario del comedor no llega en ningún caso al 40% y es especialmente bajo en centros de ESO. En los centros públicos, los porcentajes se asemejan a la media española, pero en los centros privados Andalucía está muy por debajo de esos números.

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

% Alumnos usuarios del comedor					
E. Infantil		E. Primaria		E.S.O.	
Centros públicos	Centros privados	Centros públicos	Centros privados	Centros públicos	Centros privados
39,1	35,6	33,3	27,4	1,7	12,7

Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias.

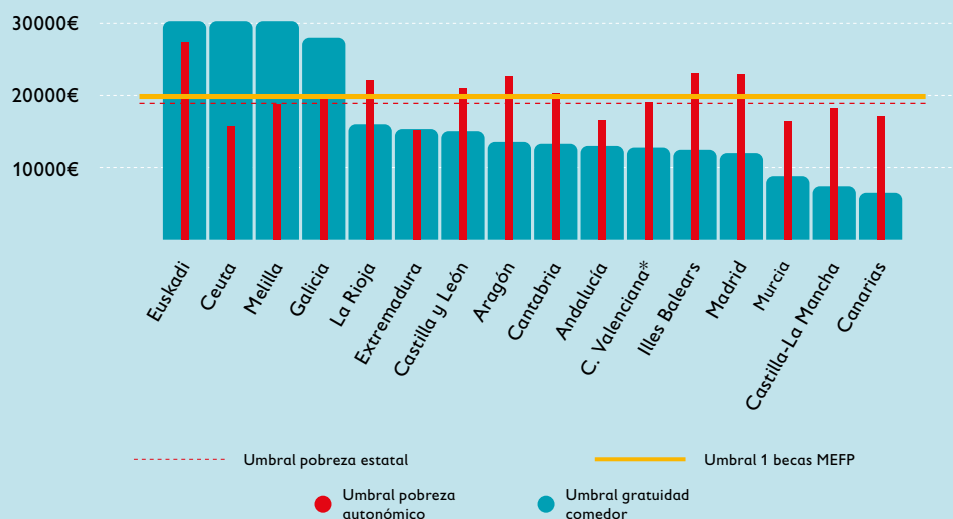
Curso 2019-2020. S.G. de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional

Esto se debe 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.

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. En concreto, en Andalucía se amplían los supuestos de obligatoriedad de concesión de ayudas a situaciones socioeconómicas desfavorables. Aun así, los niños y niñas con acceso a becas comedor en Andalucía no cubren a toda la población en riesgo de pobreza. Concretamente, reciben una beca comedor un total de 148.429 niños mientras que existen 361.179 niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza relativa¹⁹ en la Comunidad.

¹⁹ Entendemos por pobreza relativa aquella que se sitúa en una renta inferior al 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de los hogares.

Gráfico 5. 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 a partir de normativas autonómicas y EAPN. 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 Cataluña tienen criterios distintos en cada entidad local que convoca. Navarra no dispone de gratuidad o ayuda por razón de renta.

En muchos casos, el acceso es difícil dada la existencia de barreras administrativas, la más importante de las cuales es la dificultad de las familias para obtener el informe de renta necesario para solicitar las becas comedor en el momento preciso de necesidad. A esta situación se le añaden a menudo otros limitantes burocráticos relacionados con deudas de contribución urbana o falta de documentos.

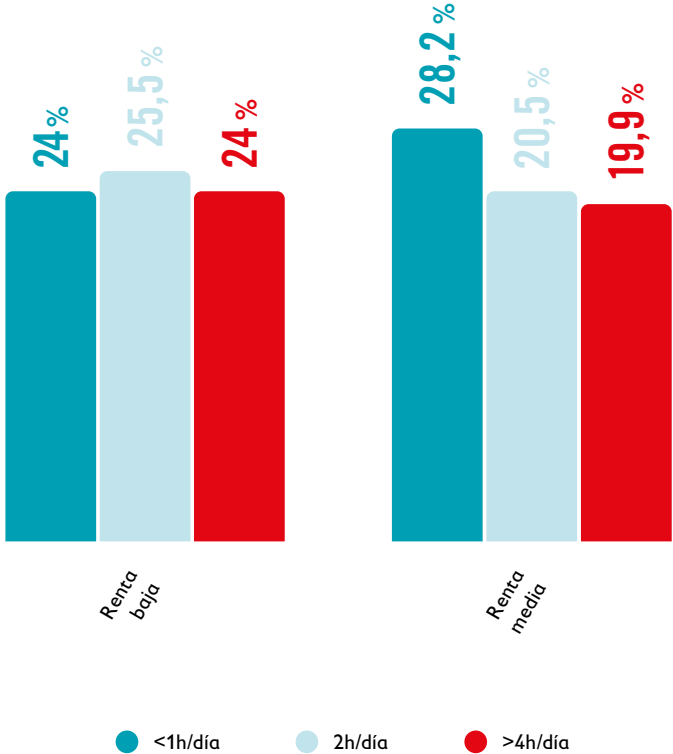
Por último, el acceso a una beca comedor no es sinónimo de una comida saludable al día ya que la gestión de la administración del servicio puede variar enormemente entre comunidades. Estas diferencias se pusieron de manifiesto cuando los colegios se cerraron durante el inicio de la pandemia de 2020 y la comida diaria de muchos niños y niñas se vio fuertemente afectada por la gestión administrativa de este servicio*.

* Alto Comisionado de 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 en la nutrición y el nivel de actividad física. Por ejemplo, de los niños y niñas de nuestra encuesta que duermen menos de las 10 horas diarias de sueño que recomienda la Asociación Española de Pediatría (AEP), casi un 60% pertenecen a hogares de renta baja. Por lo que respecta al efecto de la renta sobre el pantallismo, vemos que los porcentajes de niños, niñas y adolescentes que no miran pantallas o lo hacen menos de una hora son superiores en los hogares de renta media y alta, al contrario que aquellos que pasan más de cinco horas frente a la pantalla, muy por encima del

máximo recomendado por la OMS de 2 horas diarias, donde en los hogares pobres representan un porcentaje mayor (24% en hogares pobres frente a 19,9% en los de renta media y alta). 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 hacen 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 17. 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 Andalucía. Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica y en buenas prácticas evaluadas, ya sean a nivel nacional o internacional.

..... MEDIDAS 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 subida en los tipos estatales, un impuesto específico a nivel autonómico 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)²⁰ 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 implementación²¹, en 2014, 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 comprobó 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 cambia-

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

21 <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2017/10/using-taxes-to-beat-ncds-success-story-in-hungary>

do 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€ por persona. Si se aplicara en Andalucía, estaríamos hablando de una recaudación de 47,6 millones de euros que podría disminuir a 23,8 en tan solo dos años.

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, dada la buena experiencia de la tarjeta monedero impulsada por la Junta de Andalucía tras la crisis ocasionada por el COVID-19²², se recomienda explorar la continuidad de tarjetas similares como pueden ser 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) o la Renta Mínima de Inserción (RMI) y tienen hijos e hijas a cargo²³), 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 da 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.²⁴ 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.

22 [MEDIDAS SOCIALES COVID-19 ANDALUCIA | Información sobre las medidas sociales adoptadas contra el COVID-19 en Andalucía \(medidassocialescovid19andaluci](#) [MEDIDAS SOCIALES COVID-19 ANDALUCIA | Información sobre las medidas sociales adoptadas contra el COVID-19 en Andalucía \(medidassocialescovid19andalucia.com\)a.com\)](#)

23 La elaboración de la normativa reguladora del futuro Ingreso por la Infancia y la Inclusión que viene a sustituir a la Renta Mínima de Inserción es una oportunidad para introducir medidas innovadoras como la que se plantea para fomentar el consumo de alimentos saludables entre familias vulnerables con hijos e hijas a cargo.

24 <https://about-which.s3.amazonaws.com/policy/media/documents/59b0032188971-financial-incentives-and-disincentives-to-encourage-healthy-eating-which-report-445285.pdf>

MEDIDAS 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 comunidad autónoma 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, partimos de una situación muy alejada a esta realidad. En Andalucía, solo un 11% de los alumnos de educación obligatoria recibieron algún tipo de beca comedor en el curso 2019-2020 (Estadísticas del Ministerio de Educación y Formación Profesional), debido a las dificultades burocráticas y a los umbrales de renta para acceder a estas ayudas. En concreto, los umbrales de renta establecidos para acceder a la ayuda máxima o gratuidad del comedor (13.008€) están por debajo del um-

Recomendación 2. Seguir impulsando 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. En este sentido, una medida promovida por la Junta de Andalucía en el ámbito escolar es el Plan de Consumo de Frutas en las Escuelas Andaluzas, que forma parte del programa Creciendo en Salud (descrito en la Recomendación 3). La medida, que se puso en marcha a nivel nacional en el año 2009, consiste en distribuir frutas y hortalizas entre los centros públicos de educación infantil y primaria. La Junta de

bral de pobreza (16.504€ para una familia de cuatro miembros), de modo que hay un margen de familias en situación de pobreza que no tienen acceso a las becas de comedor gratuito. En consecuencia, se propone que todos los niños, niñas y adolescentes en hogares con un nivel de renta menor o igual que el umbral de pobreza relativa (60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de los hogares) accedan automáticamente a becas comedor que aseguren la gratuidad de las comidas escolares. Ello representaría llegar a 360.455 niños, niñas y adolescentes andaluces, 212.026 más que los actuales.

Además de esta ampliación de la cobertura de las becas comedor, se propone que se amplíe 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.

Andalucía complementa el programa de distribución con otros recursos divulgativos, entre los que se incluyen: una guía didáctica para el profesorado con una propuesta de actividades informativas a realizar con el alumnado de educación primaria; el “frutibús”, un autobús equipado y decorado para que los alumnos realicen actividades relacionadas con las frutas y hortalizas en su interior; el recetario infantil, un concurso que requiere la elaboración de tres recetas saludables por parte del alumnado y con la ayuda de sus familias, y la plataforma de información nutricional, que ofrece un teléfono de información nutricional y un correo electrónico gestionado por un grupo de dietistas y nutricionistas a disposición de las preguntas del profesorado y de las familias. Así, se recomienda seguir impulsando

este tipo de actuaciones y fomentando la inscripción de los centros para participar tanto en el Plan de Consumo de Fruta y Verdura como en los programas complementarios que tienen menos participación (de los 1900 centros inscritos solo 127 recibieron visita del Frutibus²⁵). Además, se recomienda incluir en

Recomendación 3. Seguir impulsando programas de prevención del sobrepeso y la obesidad infantil en las escuelas y evaluar sus resultados.

Desde la Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía, conjuntamente con otras consejerías, se lleva a cabo el programa Creciendo en Salud, dividido en dos módulos: uno para Educación Infantil y otro que se amplía a la Educación Especial y la Primaria. Estos programas tienen el objetivo promover la alimentación sana y los hábitos saludables, así como la prevención del sobrepeso y la obesidad. Este es un programa innovador y necesario que cubre a niños y niñas entre 3 y 12 años principalmente.

Creciendo en Salud es la denominación del Programa para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable cuando se dirige al alumnado de los centros de Educación Infantil, Especial y Primaria; cuando se dirige al alumnado de Educación Secundaria, se denomina Forma Joven. A través de esta iniciativa, dirigida a jó-

estas campañas elementos que promuevan 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.

venes y adolescentes de entre 12 y 18 años, el profesorado puede solicitar la ayuda de profesionales de salud para la transmisión adecuada de los contenidos de promoción de la salud a todo el alumnado. La intervención solicitada puede adoptar dos modalidades: asesorías y actividades grupales. Las asesorías ofrecen apoyo al profesorado y a las familias, y las actividades grupales se realizan con los alumnos e incluyen 5 líneas de intervención: educación emocional, estilos de vida saludables, sexualidad y relaciones igualitarias, uso positivo de las TIC y prevención de drogodependencias –alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas–.

En ambas vertientes del programa, aunque se prevé su evaluación, ésta es entendida como una auditoría de la implementación del mismo, pero no del impacto que el programa tiene respecto a una situación donde ese programa no existiera. En esa línea, se recomienda realizar evaluaciones periódicas del impacto del programa, más allá de la implementación, en línea con las evaluaciones de otros programas similares en países de nuestro entorno.²⁶

25 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe_PIOBIN_2021.pdf

26 Un ejemplo es el programa alemán [Join the Healthy Boat – Primary School](#) para niños y niñas de 6 a 10 años en la región de Baden-Württemberg, impartido por maestros capacitados durante todo el año académico como parte del plan de estudios escolar existente y cuyo 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/as distintos mostrando que, al año de seguimiento, los niños y niñas mostraron 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/as con la misma edad que no participaron en el programa.

Recomendación 4. 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 uso 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. La Red Local de Acción en Salud de Andalucía ofrece recursos y ejemplos de buenas prácticas a nivel municipal para proteger la salud de la población, cuidando el medio ambiente y promoviendo entornos y estilos de

vida seguros y saludables²⁷. 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 *Patís 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. La Junta de Andalucía permite la apertura de las instalaciones deportivas y recreativas de los centros escolares en días no lectivos, por lo que se recomienda que los ayuntamientos elaboren el plan de actuación que la Junta requiere para poder habilitar estos espacios.

..... **MEDIDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO**

Recomendación 1. Regular la figura del/a dietista-nutricionista en asistencia ambulatoria y creación de equipos multidisciplinares para la lucha contra la obesidad infantil.

Aunque la regulación de esta figura debiera hacerse desde el gobierno central, la implementación de la misma debe ser a nivel autonómico. Así, se debe empoderar a los/as 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 dietéticas²⁸. Además, deben crearse equipos multidisciplinares que incluyan pediatras, enfermeras/os de pediatría, psicólogos/as y nutricionistas que den información especial, intervenciones nutricionales y apoyo psicológico a familias con riesgo alto de obesidad en los centros de salud.

27 <https://www.redlocalsalud.es/>

28 <https://www.codinucova.es/sites/default/files/Sentencia-TS-6-Colegios-Consejo-de-Enfermer%C3%ADa.pdf>

Recomendación 2. Ampliación de las intervenciones en menores con sobrepeso y obesidad contempladas en el Plan Integral de Obesidad Infantil.

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía pretende avanzar en el diagnóstico y la atención a la población infantil con exceso de peso desde los servicios sanitarios y el abordaje familiar. Entre otras actuaciones, cuenta con una red de profesionales (“Red de la sandía”) que trabajan conjuntamente y ofrecen un espacio de formación para las familias sobre obesidad infantil. Las intervenciones del Plan están enfocadas a niños entre 6 y 14 años con exceso de peso y sus familias, ya sea con modalidad individual o grupal, aunque la atención

Recomendación 3. Programas de cribado de sobrepeso y diabetes gestacional en mujeres embarazadas, así como programas de formación nutricional tanto en el embarazo como en las etapas posteriores.

Si bien dentro del Plan Integral de Obesidad Infantil se habla de la investigación en cuestiones de obesidad en gestantes y de la importancia de la lactancia materna, así como se practican los test de detección de diabetes gestacional a mujeres con factores de riesgo y se ha impulsado un programa de promoción de la lactancia materna por el Servicio Andaluz de Salud, se deben seguir impulsando dichas medidas más allá, instando a que los hospitales, servicios de salud y salas de maternidad

Recomendación 4. 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),

se concentra principalmente en menores de 9 a 12 años. En este sentido, se recomienda ampliar la franja de edad de las intervenciones, ya que la adaptación temprana de hábitos de vida saludables es uno de los factores clave para prevenir o reducir los problemas de sobrepeso y obesidad. Así, actuar con anterioridad a los 9 años puede reducir el número de niños y niñas que participen en edades posteriores. De la misma manera, y en línea con la idea de que muchos hábitos no saludables se adquieren en la adolescencia, se propone ampliar las medidas de prevención de la obesidad y el sobrepeso y de detección precoz contempladas en la cartera de servicios de atención primaria a los niños y niñas más allá de los 14 años.

adopten prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Así, se debe potenciar la detección temprana del sobrepeso y la obesidad en las mujeres embarazadas, ya que existe una clara evidencia de los efectos beneficiosos de los programas de ejercicio y alimentación saludable durante el embarazo en el IMC de las mujeres, tanto durante el parto como después de él, efecto que se asocia a un menor riesgo de obesidad infantil.²⁹ Además, respecto a los procesos de cribado después de esta etapa, aunque existentes dentro del programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía, se centran mucho en las edades tempranas y, en cualquier caso, dejan de realizarse a la edad de 14 años.

así como IMC y medición de la circunferencia abdominal en los controles pediátricos que incluyan todas las edades. Además, se propone ampliar edades de seguimiento hasta la mayoría de edad.

29 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23480971/>

.....
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. 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 2 años, así como el estudio Aladino ya que 4 años es un intervalo demasiado grande. Además, se propone que se establezcan convenios entre Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía y el INE para ampliar la muestra en Andalucía de modo que se puedan analizar más cuestiones en detalle. Por último, se propone que se calculen las tasas de sobrepeso y obesidad estandarizadas según el criterio de la OMS para poder comparar con estadísticas internacionales.

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

