



ADIÓS A LA DIETA MEDITERRÁNEA



Save the Children

Nutrición y hábitos saludables
de la infancia y la adolescencia en Euskadi

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:

Luis de la Plaza



Edita:

**Save the Children España
Abril_2022**

CONTENIDO

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





1. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN EUSKADI: 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

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 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.

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 all. (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. *Bull World Health Organ*. 2007; 85:660-7.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en 2017 el 11,1% de los menores de edad en Euskadi sufría obesidad y el sobrepeso afectaba al 13,6%. Para la obesidad, estos valores se han doblado desde 2006, siendo los niños los más perjudicados por esta situación. Sin embargo, por lo que respecta al sobrepeso, los datos de 2017 eran parecidos a los de 2006, después de haber tenido un repunte en 2011, siendo un poco más elevado para las niñas. Según estos datos, **casi un 25% de los menores de 18 años tendrían exceso de peso en Euskadi 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 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-19.⁴

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



Fuente: Elaboración propia (2021).

⁴ Se trata de una encuesta realizada a nivel estatal a 2.000 padres y madres sobre la salud de sus hijos (112 en Euskadi). La encuesta reproduce preguntas idénticas a la ENSE (2017) referidas a 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 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 Euskadi era del 24,7%. Además, las diferencias por sexo son pequeñas. En el caso de la edad, vemos que los porcentajes más elevados de problemas de sobrepeso y obesidad se presentan entre los 9 y los 12 años, disminuyendo en los años posteriores a la mitad. 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**. En la encuesta realizada por Save the Children se observa una tendencia en los hogares con rentas medias de una mayor probabilidad de que los niños, niñas y adolescentes tengan exceso de peso, es decir, sobrepeso u obesidad.

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 Euskadi en los últimos años representan un importante problema de política pública por todas las implicaciones que pueden 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 vascos 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 una mala dieta, la falta de ejercicio, malos hábitos como un mal descanso o el exceso de pantallas, y factores psicológicos o emocionales vinculados a la salud mental.

La formación de buenos y malos hábitos 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.

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.

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 buenos y malos hábitos.⁷

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 provocan también el 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 más del 75%**

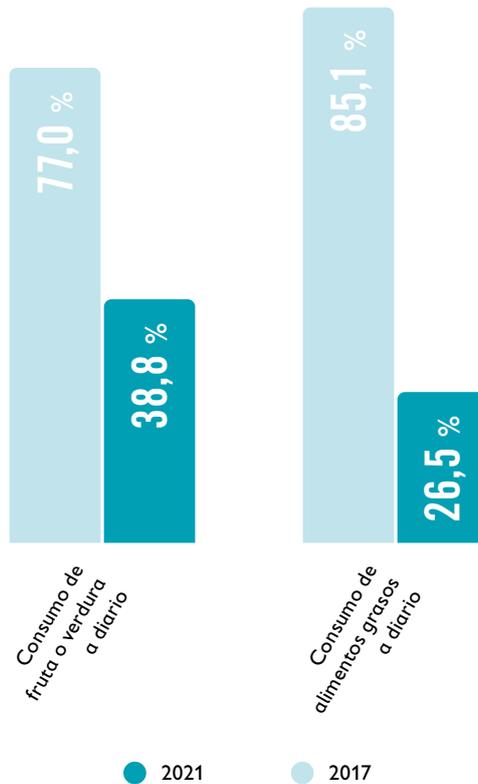
En esta sección analizaremos los principales determinantes de la creación hábitos de vida saludable, cómo se relacionan entre ellos, y cómo han evolucionado durante la pandemia de la COVID-19. Para ello utilizamos los datos de la encuesta realizada, para ver su evolución temporal entre 2017 y 2021, así como el posible impacto de la pandemia en estos mecanismos, a partir del análisis econométrico de distintos modelos de regresión.⁸

de los niños y niñas de entre 4 y 14 años consumían fruta a diario, en septiembre de 2021 este valor se redujo hasta casi el 40%. 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, pasando de ser el 85% de los niños a tan solo uno de cada cuatro. 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.

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.

Gráfico 2. Hábitos nutricionales saludables y no saludables en niños y niñas de 4 a 14 años



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

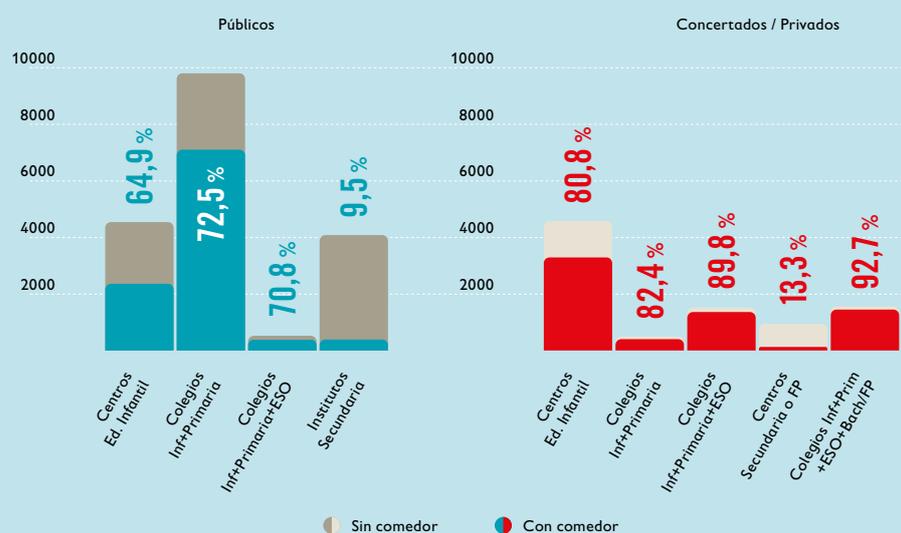
A pesar de la reducción de hábitos no saludables, hay que tener en cuenta que, si no se recuperan algunos de los hábitos saludables de consumo, como comer fruta y verduras a diario o no se mantiene la reducción en los hábitos no saludables más allá de las circunstancias coyunturales actuales, las consecuencias 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 el Estado español 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 de educación Infantil, educación primaria, y educación secundaria que ofrecieron el comedor escolar en el curso 2019-2020 en Euskadi es del 18%, 100%, y 68,5% respectivamente, porcentajes muy por encima de la media estatal y del resto de comunidades autónomas, sobre todo en el caso de la educación secundaria.

Gráfico 3. Centros educativos con servicio de comedor en el Estado español (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 nutritiva y educativa entre unos colegios y otros.⁹ 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.

⁹ Ehigem 2017. Conclusiones encuesta comedor

<https://www.gureplateragureauekera.eus/es/ae-ko-ikastetxe-publikoetako-jantokien-inkestaren-emaitzak/>
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.

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 vascos), que en muchos casos priman el criterio del precio por encima de la producción local o ecológica, deja atrás un modelo de educación nutricional integral a favor de una reducción de costes a corto plazo.

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 los departamentos de educación de cada comunidad autónoma. En el caso de Euskadi, el precio sólo computa 38 puntos de un total de 100, con **62 puntos ponderados por sostenibilidad ambiental, calidad y social.**



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 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 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 reciente 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.

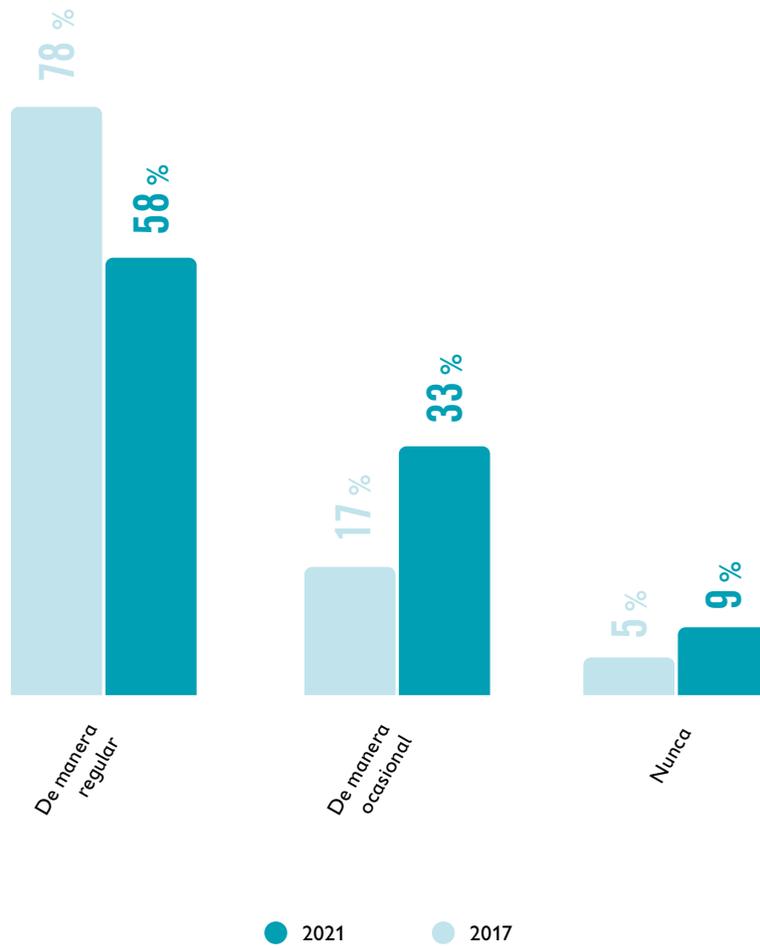
La llegada de la COVID-19 y el confinamiento supuso el cierre de colegios, actividades extraescolares, parques y centros deportivos. Las restricciones sanitarias aplicadas con posterioridad han mantenido muchas de las limitaciones de actividad para la infancia. Por ello, **los datos de nuestra encuesta confirman**

que, durante la pandemia, los niños, niñas y adolescentes han reducido la actividad física o deportiva que realizaban.

Este aumento del número de niños y niñas entre 4 y 14 años que no realizan ninguna actividad o sólo 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 regularmente que las niñas (el 80% de los niños frente al 75% de las niñas), aunque esta diferencia se ha reducido durante la pandemia donde ambos grupos han dejado de hacer ejercicio físico regular.

Si analizamos la relación entre los hábitos nutricionales – saludables y no saludables – y el nivel de actividad física y deportiva se observa una tendencia por la que los niños, niñas y adolescentes más sedentarios son los que tienen un menor consumo regular de alimentos saludables como la fruta y la verdura.

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



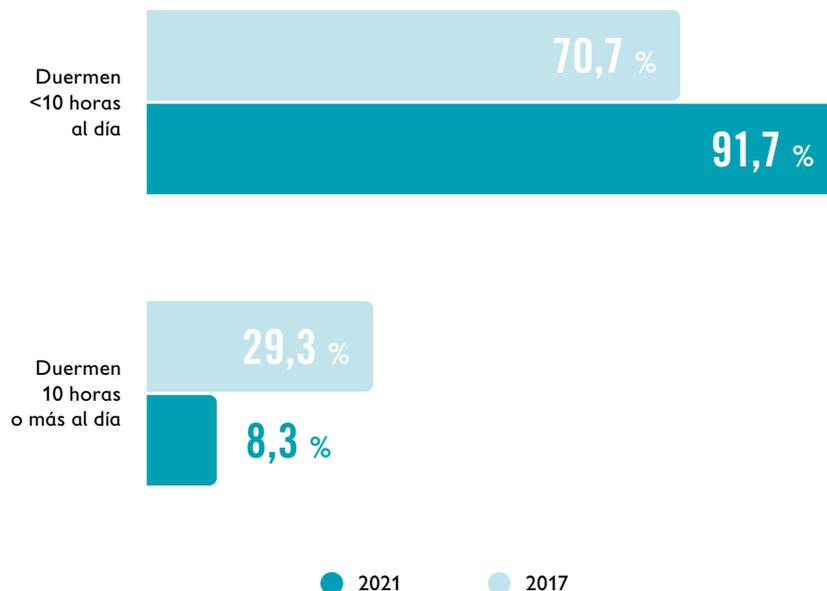
Fuente: ENSE (2017) y elaboración propia (2021).

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.¹⁰

Debido a la pandemia, los niños, niñas y adolescentes vascos duermen 37 minutos menos de media. Esto supone una reducción del 6,5% en las horas medias de sueño, en comparación con la media de horas en 2017 (de 9,5 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.

Gráfico 5. Horas de sueño en niños y niñas de 4 a 14 años (2021)



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

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

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, 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 70,7% 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 92%.

Tras la pandemia, casi el 92% de los NNA en Euskadi duermen menos horas de las recomendadas por la Asociación Española de Pediatría (AEP), un 22% más que antes de la COVID-19.

Al considerar los hábitos saludables, también es importante 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, videoconsolas 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 6, **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 16% 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 28%. **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.**

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 2,25 horas al día en una pantalla los y las adolescentes (de 13 a 16 años) dedican unas 3,5 horas de media. Además, los niños tienden a estar frente a la pantalla 15 minutos más al día que las niñas. **Hay que tener en cuenta que las horas dedicadas a estos dispositivos afectan a otros hábitos saludables,** como por ejemplo las horas de sueño, reduciendo la cantidad y la calidad del mismo.

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 8, 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 o aperitivos.

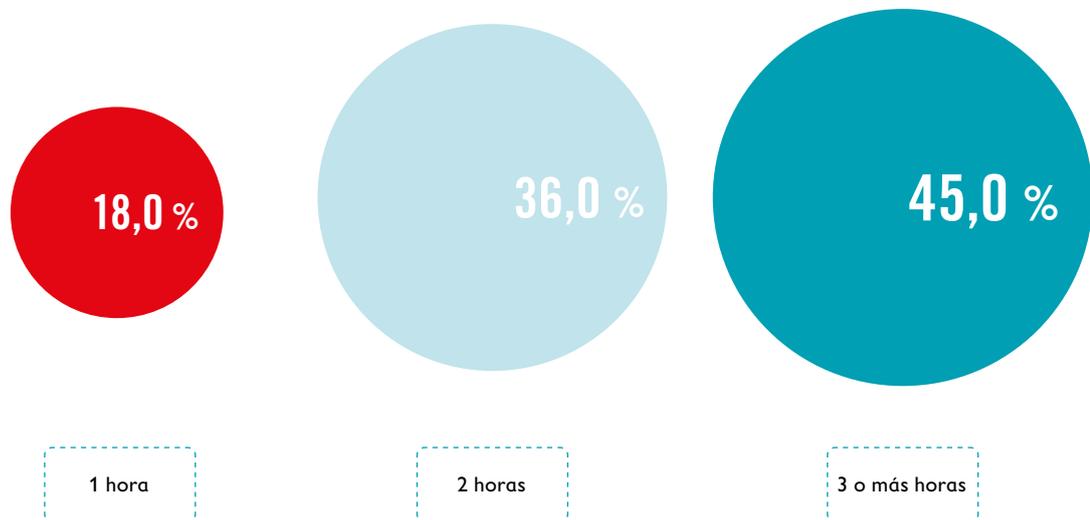
Gráfico 6. **Porcentaje de niños y niñas de 4 a 14 años según las horas al día que pasan frente a una pantalla**



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



Gráfico 7. Consumo de alimentos grasos por las horas al día que pasan frente a una pantalla los niños y niñas de 4 a 16 años (2021)



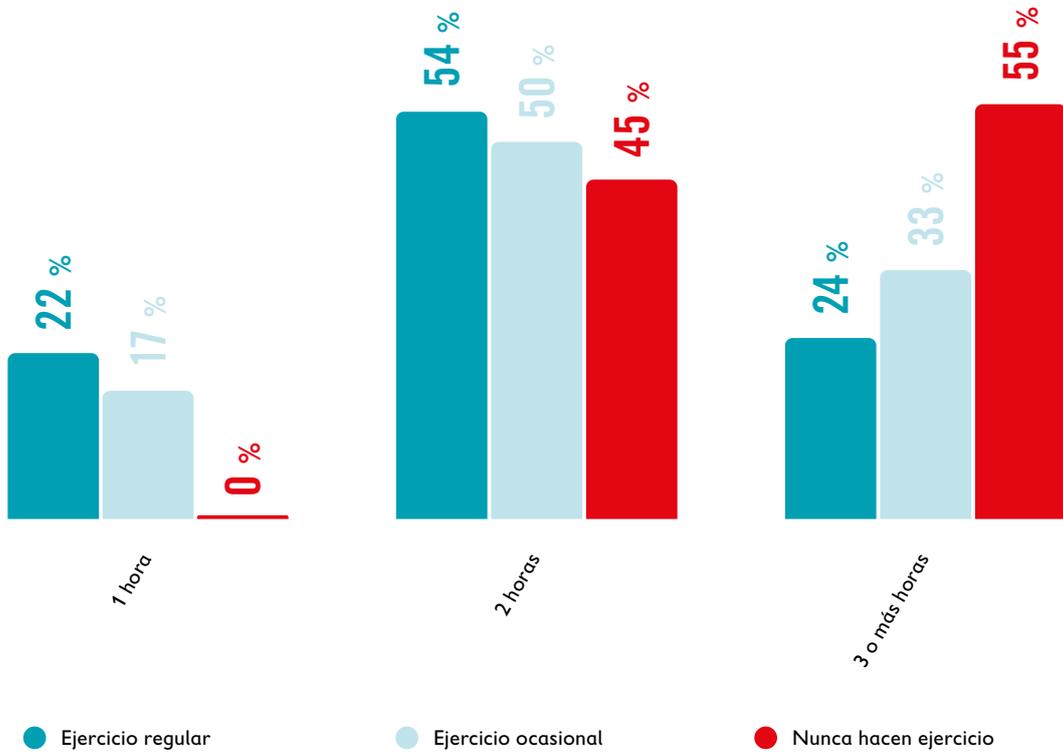
Fuente: Elaboración propia (2021).

Por último, el tiempo invertido en frente de una pantalla puede fomentar también el sedentarismo entre niños, niñas y adolescentes.¹¹ 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.**

11 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 8. 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).

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.¹²

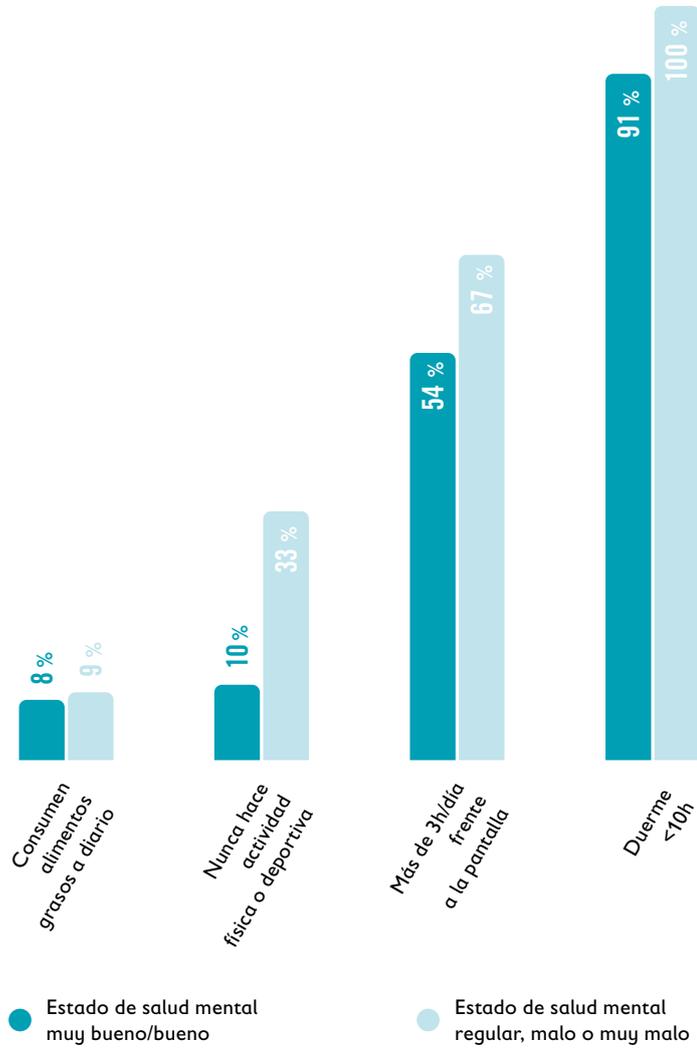
Para entender mejor cómo los estilos de vida pueden afectar a la salud mental – o a la inversa - analizamos la relación que existe entre el estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes declarado por sus padres y madres, y los distintos hábitos no saludables identificados en este informe.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

¹² 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 9. 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.

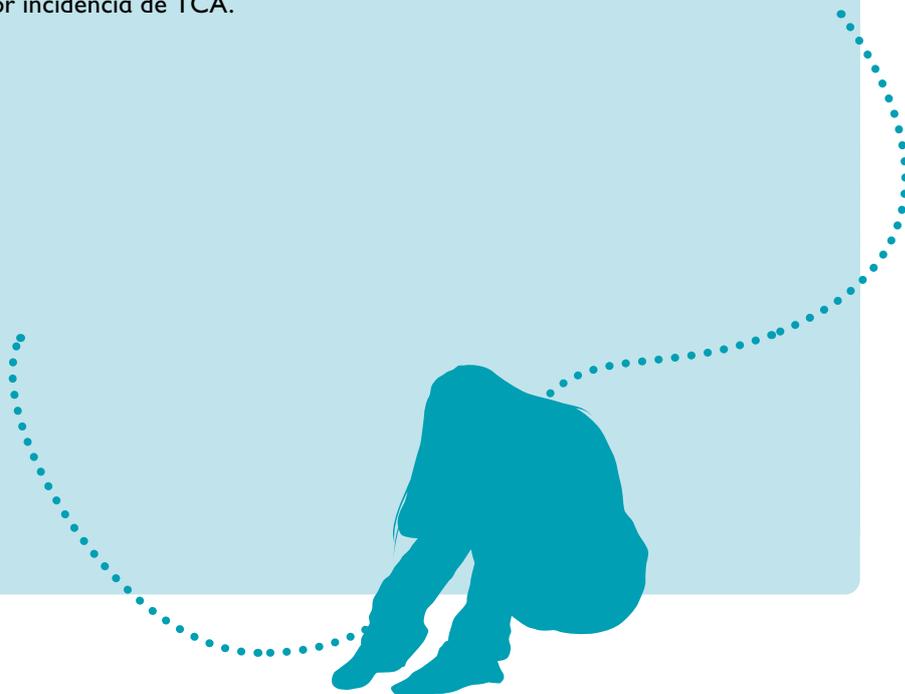
Según especialistas de unidades médicas específicas para el tratamiento de trastornos alimentarios, los trastornos más frecuentes en la adolescencia son la anorexia y la bulimia nerviosas, o los trastornos por atracón. La anorexia nerviosa se caracteriza por una reducción significativa del peso corporal 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 los 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 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, ayudarían a que los niños, niñas y adolescentes a construir un proyecto de vida que no este 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 que antes de la COVID-19, 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 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, los datos de la encuesta elaborada por Save the Children muestran tendencias diferentes en el peso de los niños, niñas y adolescentes en función del poder adquisitivo de sus padres y madres. Diversos estudios indican que la prevalencia de niños y niñas con un peso no saludable es mayor en hogares pobres.¹³ 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, por otros estudios, que vivir en un hogar pobre casi duplica 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 Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS) confirman un importante aumento, en el año 2020, de la proporción de niños y niñas¹⁴ en Euskadi con problemas de acceso a una alimentación proteínica (3,4%), y al consumo diario de frutas y verduras (2,8%). El informe refleja además “el decisivo impacto diferencial que tienen sobre la población menor la presencia no sólo de situaciones de pobreza sino de otras formas de precariedad”.¹⁵

De hecho, destaca que los niños y niñas que viven en hogares en situación de bienestar son los únicos que no sufren prácticamente privación, únicamente un 0,6% experimenta alguno de los principales problemas básicos considerados en la EPDS que, además de la alimentación, analiza si puede permitirse calzado adecuado, ropa nueva, equipamiento de ocio o celebrar ocasiones especiales.

El estudio advierte de que **el principal problema tenía que ver con el deterioro observado en el acceso diario de los grupos más desfavorecidos de la población menor a una comida proteínica y a frutas y verduras, donde las tasas de 2020 alcanzaban una incidencia máxima desde 2016**. En 2020, el 22,5% de los niños y niñas que viven en situación de pobreza real en Euskadi no tenía acceso a una comida proteínica diaria, y el 20,4% no podía acceder a fruta y verdura cada día. Estas problemáticas afectaban al 7% y 4,8% de la población menor en ausencia de bienestar respectivamente.

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.

13 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.

14 Los resultados de la EPDS sobre privación material en la población menor atienden a la franja de edad de 1 a 15 años.

15 Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2020. 6 de mayo de 2021. Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.

En la encuesta realizada por Save the Children se observa una tendencia de un mayor consumo de alimentos grasos a diario por parte de los hogares pobres, en comparación con los de renta alta.

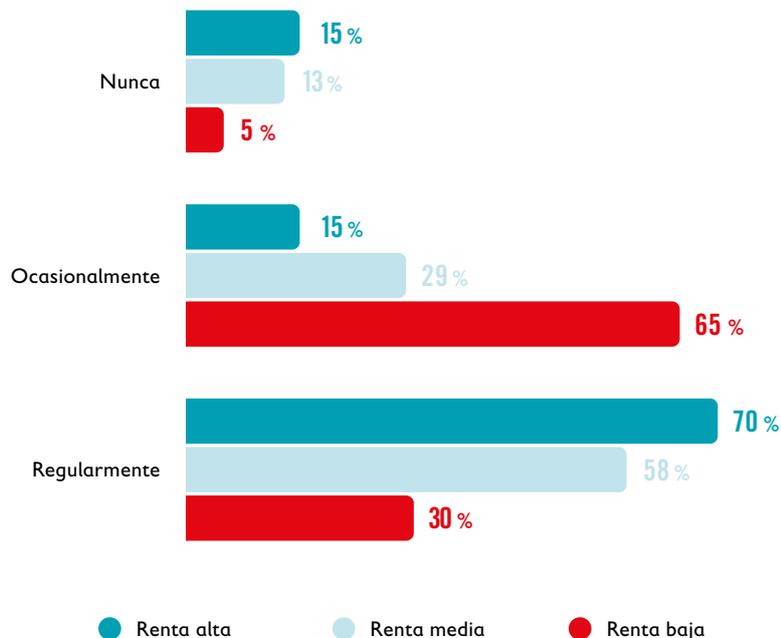
Es importante tener en cuenta, además, que el consumo diario de estos productos ha caído, como consecuencia de la pandemia, en las familias pobres.

Analizando las desigualdades de renta relacionadas con la actividad física y el exceso de pantallas, vemos que en el 70% 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 sólo se consigue en un 30% de los hogares de renta baja.

Es importante tener en cuenta que, durante la pandemia, el número de niños, niñas y adolescentes en hogares ricos que practicaban deporte varias veces a la semana aumentó, mientras que se redujo en los de renta baja.

Además, un 50% de los niños, niñas y adolescentes de hogares pobres pasan más de 2 horas al día frente a la pantalla mientras que ese porcentaje se reduce al 41% en el caso de los hogares de renta alta. La Encuesta de Salud de Euskadi 2018 ya ponía de manifiesto el impacto de las desigualdades socioeconómicas en la práctica de actividad física de niños y niñas, siendo casi **tres veces más activas las niñas de la clase social más alta que las de la clase más baja**. Estas diferencias también eran significativas en los niños.

Gráfico 10. 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 una menor disponibilidad de tiempo de ocio para pasar con sus hijos e hijas, vinculado a los problemas de conciliación.¹⁶

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 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 rápida.¹⁷

16 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.

17 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 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. En Euskadi acceden al comedor un porcentaje bastante alto de niños, niñas y adolescentes. De hecho, se trata del territorio con mayores porcentajes de alumnos y alumnas usuarios.

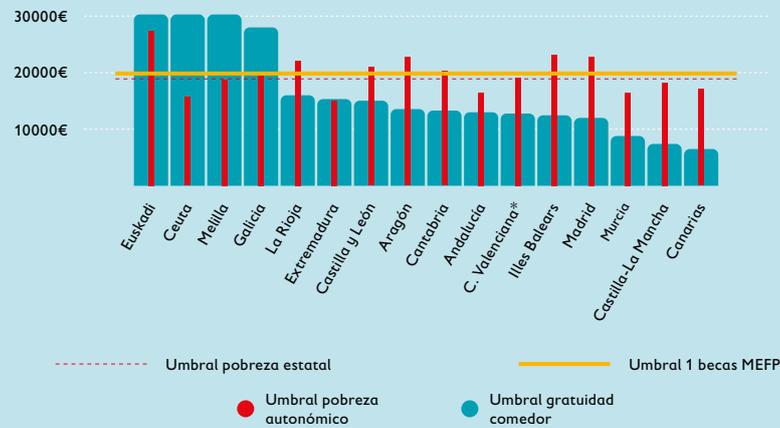
Tabla. **Porcentaje de alumnado de E. Primaria, E. Infantil y ESO usuario del comedor**

| | Alumnos usuarios del comedor | | | | | |
|----------------|------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | E. Infantil | | E. Primaria | | E.S.O. | |
| | Centros públicos | Centros privados | Centros públicos | Centros privados | Centros públicos | Centros privados |
| Euskadi | 74,5 % | 71,4 % | 78,3 % | 68,3 % | 36,1 % | 44,6 % |

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

Las diferencias de acceso, entre distintas Comunidades Autónomas, 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. El caso de Euskadi es, sin embargo, excepcional en cuanto a cobertura del comedor en base a becas ya que es la única comunidad autónoma que cubre a todos los hogares que se encuentren en situación de pobreza.

Gráfico 12. **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.

Sin embargo, 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.*

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.

* Alto Comisionado de lucha contra la pobreza infantil (2019). Diferencias en la gestión de los comedores durante la COVID-19.



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 Euskadi. Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica y en buenas prácticas evaluadas, ya sean a nivel estatal o internacional.

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EUSKADI, CON EL LEMA “SANO” POR UNA INFANCIA ACTIVA Y FELIZ

Recomendación 1. Llevar a cabo una evaluación de la Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi.

Algunas de las recomendaciones recogidas en este informe se mencionan entre los proyectos estratégicos de la Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi, publicada por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco en 2019. Sin embargo, y a pesar de que la Estrategia incluye un sistema de indicadores para la gestión y seguimiento de la misma, no establece el marco temporal para realizar dicha evaluación. Teniendo en cuenta que establece tres objetivos concretos y medibles en un horizonte de tres años, recomendamos que se lleve a cabo una evaluación del grado de cumplimiento de los mismos, así como del nivel de desarrollo y resultados de los proyectos estratégicos recogidos en la misma, para valorar la puesta en marcha de nuevas actuaciones en los ámbitos que se estime necesario.

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 a nivel estatal, 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)¹⁸ 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.

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

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,¹⁹ 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 como, 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€ por persona. Si se aplicara en Euskadi, estaríamos hablando de una recaudación de 12,3 millones de euros que podría disminuir a 6 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, 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) o la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) 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 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.²⁰ 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.

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

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

EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Recomendación 1. *Ampliar la oferta de comidas diarias al desayuno.*

El desayuno 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.

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.*

Es imprescindible ir más allá de las campañas de concienciación 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 Euskadi.

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/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.

Una de las evaluaciones tiene datos de coste-efectividad que pueden utilizarse para estimar el posible coste de adoptar este tipo de programa para Euskadi. Así, el estudio calculó que el coste total de la formación de 81 profesores/as fue de 36.506,41 € (en 2011), lo cual implica unos 45 euros por profesor/a. Además, el coste de la intervención por niño fue de 25,04. Esto implica unos costes totales de 670€ para un aula de 25 alumnos/as. Teniendo en cuenta que existen unos 331 centros educación primaria públicos en Euskadi, si se seleccionara un aula por centro para aplicar el proyecto, la iniciativa tendría un coste de 221.770 euros.

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. Al mismo tiempo, esta política debe ir más allá del ámbito educativo y las administraciones locales deberían 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.

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. Euskadi cuenta asimismo con algunas iniciativas positivas en las que fijarse para seguir impulsando la creación de estos entornos, como el proyecto presentado en 2021 por la ikastola pública Odon de Apraiz de Vitoria-Gasteiz para convertir su patio en un espacio para el barrio, también fuera del horario escolar, por las tardes y los fines de semana.

Esta iniciativa será financiada por el Ayuntamiento de la ciudad tras haber sido elegido como una de las propuestas más votadas en el proceso participativo Vitoria-Gasteiz Hobetuz.²¹ Desde el mismo consistorio se ofertan a los centros educativos cursos de circulación segura en bicicleta,²² a alumnado de 6º de primaria y 1º y 2º de secundaria. Entre los objetivos a largo plazo de este programa se encuentra el de avanzar en la utilización de la bicicleta como modo de desplazamiento, tanto en los desplazamientos hacia el centro educativo como por la ciudad.

El presupuesto del Departamento de Educación del Gobierno Vasco contempla para 2022 una partida de 7 millones de euros (en colaboración con los Ayuntamientos) para el diseño de patios escolares inclusivos. Se debe aprovechar esta oportunidad para poner a disposición de las comunidades escolares, quienes diseñarán sus proyectos de forma participativa, información y herramientas que les indiquen cómo crear patios escolares más seguros y saludables.

..... EN EL ÁMBITO SANITARIO

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

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 dietéticas.²³

21 https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?idioma=es&uid=u_181aa61d_17c550e-356c__7ff5

22 https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?uid=u2904e6a1_12ab1ccf3ea__7ff2&idioma=es

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

Aunque esta regulación debe ser de tipo estatal, el desarrollo de la medida debe darse a nivel autonómico. Así, deben crearse equipos multidisciplinares que incluyan pediatras, enfermeras de pediatría, psicólogos y 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 cribado de sobrepeso y diabetes gestacional en mujeres embarazadas, así como 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 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.²⁴

Recomendación 3. Promover un programa de promoción de hábitos saludables y cribado de sobrepeso y obesidad infantil.

Incluir un seguimiento más exhaustivo y continuo de hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, uso de pantallas y sueño), 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.

.....
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 el Estado 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 y se amplíen las muestras correspondientes a Euskadi con acuerdos bilaterales como el que se ha establecido para la Encuesta de Presupuestos Familiares para garantizar el análisis detallado para esta comunidad que permita además la desagregación a nivel de territorios históricos.

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

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**

**Equipo de KSNET: Ariane Aumaitre, Cristina Blanco,
Elena Costas, María Sánchez, Pere Taberner y Judit Vall.**



Edita:
Save the Children España
Abril_2022

