

# ALIMENTACIÓN Y POBLACIÓN: LOS RETOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL ESPAÑOLA<sup>1</sup>

Josep Bernabeu-Mestre<sup>2</sup>

Dpt. d'Infermeria Comunitària, Medicina Preventiva  
i Salut Pública i Història de la Ciència  
Universitat d'Alacant

## 1. INTRODUCCIÓN

En 1995, el profesor Joan Sabaté, a propósito de la evolución que estaban mostrando los patrones alimentarios de la población española y la relación que existía entre dicha evolución y el incremento de patologías crónicas y degenerativas, publicaba un editorial en la revista *Medicina Clínica* en el que preguntaba «¿Qué podemos comer hoy para no enfermar mañana?» (Sabaté, 1995).

Como recordaba en dicho texto, los cambios experimentados ponían de manifiesto una progresiva incorporación de la dieta española al modelo dietético de otros países industrializados, al incrementarse el aporte de proteínas y de grasa animal en detrimento de los hidratos de carbono complejos. Frente a un marcado descenso en el consumo de cereales y legumbres, las carnes, que aportaban el 5% de las calorías en 1960, habrían duplicado su aportación en apenas dos décadas. Junto a otros indicadores negativos, el consumo de verduras

---

1. Parte de los contenidos de este capítulo han sido recogidos en dos trabajos previos elaborados por el autor con la colaboración de María Eugenia Galiana-Sánchez y Eva María Trescastro López: «De la faim et la dénutrition à l'obésité et la malnutrition: la transition épidémiologique et nutritionnelle de la population espagnole au xxème siècle», in Marty, Nicolás et Escudero, Antonio (eds.) (2015): *Consommateurs et consommations xviiie – xxie siècles. Regards franco-espagnols*, Perpiñán / Alicante, CRILAUP, Presses Universitaires de Perpignan, Universitat d'Alacant, pp. 303-328; y «Procesos transicionales y dinámicas de salud en la España de la segunda mitad del siglo xx», en Perdigüero Gil, E. (ed.) (2015): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Alicante, Universidad Miguel Hernández, pp. 19-30.

2. josep.bernabeu@ua.es

y hortalizas era bajo en todos los grupos de edad, pero especialmente en los grupos de individuos más jóvenes, donde se podía observar que el consumo combinado de pastelería y bollería, helados y bebidas azucaradas, triplicaba la frecuencia de consumo de fruta.

Era semejante panorama el que llevó al doctor Sabaté a plantear la pregunta con la que titulaba su editorial. Su respuesta recogía estas consideraciones (Sabaté, 1995: 18):

Podemos recomendar a nuestros pacientes, y quizá también a nosotros mismos, una dieta variada, abundante en alimentos frescos o poco procesados. Los alimentos de origen vegetal: cereales, frutas, verduras y hortalizas, legumbres y frutos secos, siguiendo aproximadamente este orden, deben tener preponderancia en la dieta habitual. Los alimentos de origen animal, como carne, huevos y lácteos deben tener un papel más secundario, dejando de ser el «centro del plato». Dentro de este grupo de alimentos, escoger aquellos con menos grasa saturada: carnes magras, ciertos pescados, productos lácteos semi o totalmente descremados.

Y concluía:

Una dieta tal parece más difícil de ser adoptada en contextos culturales con una experiencia culinaria muy apartada de este patrón, como en el mundo anglosajón, pero quizá más fácil de implementar en nuestro contexto mediterráneo, culturalmente más cercano a las recomendaciones anteriormente propuestas. El tiempo dirá, sin embargo, si la población puede ser reeducada y revertir estos cambios.

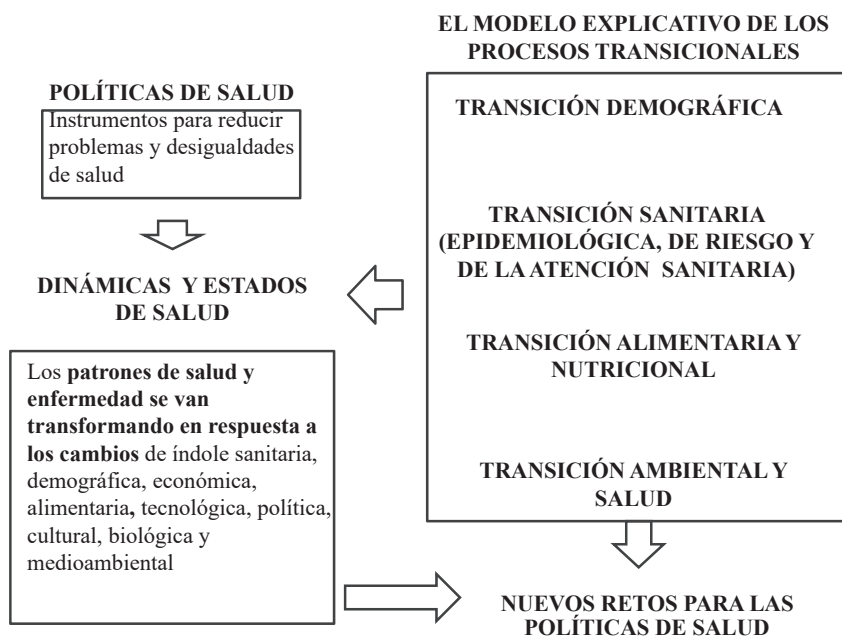
Han transcurrido veinte años, y la transición alimentaria de la población española lejos de corregirse, se ha agravado desde el punto de vista epidemiológico nutricional. Tampoco parece que nuestra condición de mediterráneos haya ayudado a hacer realidad las recomendaciones que se recogían en el editorial.

Es precisamente sobre la transición alimentaria y epidemiológico-nutricional que ha experimentado la población española, los efectos no deseados de la misma, de cómo nos hemos alejado del modelo alimentario mediterráneo en lugar de recuperarlo, y de las lecciones que podemos extraer de todo este análisis, de lo que vamos a ocuparnos a continuación.

## 2. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL EN EL CONTEXTO DE LOS PROCESOS TRANSICIONALES Y LAS DINÁMICAS DE SALUD

El modelo explicativo que encierra la transición epidemiológica-nutricional, permite valorar el efecto de la nutrición sobre la salud, la relación entre dieta y enfermedad o si se prefiere, la que existe entre el consumo de alimentos y el desarrollo de determinadas patologías. Se trata, en cualquier caso, de una serie

Figura 1. Procesos transicionales, dinámicas y políticas de salud



Fuente: Elaboración propia

de cambios que formarían parte de lo que conocemos como dinámicas de salud de las poblaciones.

En el caso de España, a lo largo del siglo xx, pero con particular intensidad a partir de la década de 1960, se produjo una dinámica que llevó a su población a alcanzar los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia, a pesar de persistir muchas desigualdades<sup>3</sup> y tener que afrontar los nuevos retos para la salud que comportaban el conjunto de procesos transicionales que experimentó la población española (véase figura 1).

A lo largo de la segunda mitad de la pasada centuria, además de completar la transición demográfica e iniciar una segunda transición, con la conocida como revolución de la longevidad y el envejecimiento (Leal, 2004), la población española consolidó su transición sanitaria y epidemiológica (Blanes, 2007), al afianzar un patrón de morbi-mortalidad dominado por la patología de naturaleza

3. Véase el trabajo de Roser Nicolau (2005). Se trata, en cualquier caso, de una situación que no se caracteriza precisamente por su irreversibilidad, tal como está poniendo de manifiesto la actual crisis económica. Véase, en este sentido, el trabajo de Carmen Herrero, Ángel Soler y Antonio Villar (2013).

crónica y degenerativa y la emergencia de nuevos problemas de salud, ligados, muchos de ellos, al nuevo escenario demográfico que determinó la propia transición demográfica. De forma paralela, a lo largo de las décadas de 1960 y 1970, se completó la conocida como transición alimentaria y nutricional (Abuhazim, 2010; Marrodán, Montero, Cherkaoui, 2012), al abandonar, como tendremos ocasión de comprobar, los problemas de desnutrición, para iniciar en la década de 1980 una dinámica transicional caracterizada por la creciente prevalencia de los problemas de malnutrición asociados al sobrepeso y la obesidad. Todos estos cambios se han visto completados por una transición de riesgos medioambientales (Ballester, 2005) que habrían resultado determinantes en el momento de explicar muchas de aquellas novedades, tal como ocurre con la intoxicación por compuestos tóxicos persistentes que se comportan como disruptores endocrinos y que podrían estar detrás de la emergencia de nuevos problemas de salud o explicando parte del incremento de la obesidad o los casos de diabetes (Porta, Puigdomènech, Ballester, 2009).

En la década de 1980, la población española iniciaba una nueva etapa transicional ligada a la realidad de una sociedad cada vez más envejecida y a un destacado descenso de la fecundidad (Menacho, Cabré, Domingo, 2002; Blanes, 2007: 308-311; Gozávez, 2010). Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida se produjo un incremento progresivo del grupo de mayores de 65 años, al mismo tiempo que disminuían los grupos de edad más jóvenes. Los octogenarios, y en particular las octogenarias, fueron adquiriendo un progresivo protagonismo, a la par que lo hacía su vulnerabilidad física y social (Gómez Redondo, 2011). La segunda fase de la transición demográfica nos ha aportado el reto socio-sanitario de compatibilizar longevidad y autonomía personal en un contexto de modificación de las estructuras familiares y de los sistemas informales de cuidados, así como de un progresivo aumento de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles a medida que vivimos más años (Casado, 2011).

Por lo que respecta al cambio en el patrón epidemiológico, se sucedieron *dos* etapas en la evolución de la morbimortalidad (Blanes, 2007: 371-372): el control de las causas transmisibles a mediados del siglo xx y una segunda modificación, a partir de los años setenta, con la progresiva reducción del peso de las enfermedades del aparato circulatorio y el creciente protagonismo de los tumores. Este cambio fue resultado de la transición sanitaria y epidemiológica que acompañó a la demográfica, y estuvo determinado por todo un conjunto de factores que engloban desde determinantes inmediatos, como la nutrición y las condiciones o niveles básicos de vida, a los relacionados con los avances en el conocimiento científico-médico y la oferta de servicios socio-sanitarios, pasando por los comportamientos individuales y grupales en relación con la salud (Blanes, 2007: 369). A medida que iban perdiendo peso los determinantes más próximos, adquirirían relevancia los relacionados con la prestación pública

de servicios, con el sistema sanitario y las políticas de salud, tanto desde su faceta preventiva como curativa (Robles, García, Bernabeu, 1996).

Hay que indicar, sin embargo, que ha sido probablemente en la faceta preventiva donde menos hemos avanzado. Mientras el comportamiento de la mortalidad evitable medicamente habría sido muy positivo, con una caída en la tasa en los últimos treinta años de más del 60%, en ese mismo período, los riesgos de morir en los adultos más jóvenes han estado determinados en ambos sexos, pero con especial intensidad en los hombres, por la evolución de la mortalidad evitable de tipo prevenible, sin que hayamos hecho todo lo que estaba en nuestros manos (Blanes, 2007: 374), y el ejemplo de lo ocurrido con la alimentación y la nutrición puede resultar paradigmático.

### 3. EL INICIO DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL Y EL FINAL DE LOS PROBLEMAS DE MALNUTRICIÓN POR DEFECTO

En el ámbito de la alimentación y la nutrición, una vez superado el período autárquico de la posguerra, en la década de 1960 se inició un proceso de desarrollo económico no exento de desigualdades y caracterizado por una falta de homogeneidad (Germán Zubero, 2009). Se apreciaba un claro gradiente socioeconómico en el consumo de proteínas animales y vitaminas, siendo los estratos peor alimentados, el peonaje agrícola y los obreros industriales (Varela, 1968).

La diversidad de situaciones que encerraba la geografía nacional era evidente, pero el problema no era tanto la falta de recursos, manifiesta para determinados grupos, como el reto que representaba educar a la población para que supiera qué alimentos debían adquirir de acuerdo con sus posibilidades y cuáles eran útiles para una alimentación correcta.

Fue en el marco de algunos de los convenios y acuerdos internacionales que firmó el régimen franquista, donde se pusieron en marcha iniciativas encaminadas a abordar aquel reto. En 1954 se creaba el Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición (SEAN), un organismo destinado a distribuir la llamada Ayuda Social Americana, y más concretamente el reparto de leche entre los escolares españoles; y en 1961 se iniciaban las actividades del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), gracias a la ayuda técnica de la FAO y al soporte económico de UNICEF, sin duda la mayor iniciativa en materia de educación en alimentación y nutrición que ha conocido nuestro país (Esplugues, Trescastro, 2012; Trescastro, Galiana, Bernabeu, 2012; Trescastro, Bernabeu, Galiana, 2013; Trescastro, Trescastro, 2013).

Como indicaba el director del Programa EDALNU, el doctor Palacios, la oportunidad de su implementación respondía a la necesidad de superar la influencia negativa que ejercía la «ignorancia» en la deficiente alimentación que mostraban amplios sectores de la población española, pero también a la voluntad

de prevenir los problemas de sobrealimentación que habían experimentado y estaban experimentando los países «desarrollados», a través de la promoción de mejores hábitos alimentarios (De Palacios, 1969: 5).

En el SEAN se creó un Departamento de Educación en Alimentación y Nutrición que contaba con las secciones de nutrición, educación, producción de alimentos y economía doméstica, y tenía como objetivo el desarrollo de un Programa de Nutrición Aplicada, en el que debían colaborar agrónomos, educadores, sanitarios, economistas del hogar, Sección Femenina de Falange Española y de las J.O.N.S., etc. Como actuaciones concretas, junto a las llevadas a cabo en los comedores escolares, hay que destacar la distribución del botellín de leche en las escuelas como complemento alimenticio.

Recientemente, en un artículo publicado en *Nutrición Hospitalaria* (Trescastro *et al.*, 2014), hemos tenido ocasión de valorar el impacto que pudieron tener muchas de aquellas medidas sobre el estado nutricional de la población escolar del ámbito rural español entre las décadas de 1950 y 1970. En el caso de los niños y niñas que acudían a las escuelas nacionales del ámbito rural, se produjo un significativo incremento en la talla, además de corregirse las diferencias regionales que existían al principio de los años sesenta. En todos aquellos avances habrían influido tanto el complemento alimenticio, como las actividades de educación en alimentación y nutrición que se llevaron a cabo en el marco del Programa EDALNU y en particular en la corrección de los déficits alimentarios y nutricionales que mostraban los sectores más vulnerables.

Aunque con un cierto retraso en relación con los países de la Europa occidental, fue al final de la década de 1970, cuando la mayoría de la población española cubría de forma satisfactoria los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, y mostraba un perfil calórico que se ajustaba casi perfectamente a las recomendaciones de los organismos internacionales (Cussó y Garrobou, 2007).

#### 4. LOS EFECTOS NO DESEADOS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL: LA EMERGENCIA DE LA EPIDEMIA DE OBESIDAD

Sin embargo, lejos de mantenerse aquella situación, idónea desde el punto de vista epidemiológico nutricional, unos años después, en la década de 1980, se describía un panorama nutricional marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares simples y grasas. La dieta hipercalórica se había convertido en un factor de riesgo para la salud. Como ya se ha apuntado, España fue evolucionando hacia un patrón de consumo basado en un aumento de la carne, la leche y los productos lácteos, con un descenso importante del consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, grasas vegetales, cereales, legumbres y patatas. Se constataba, así mismo, una asociación con el nivel educativo y

socioeconómico en el caso del consumo de carne, pescado, frutas, verduras y productos derivados de la leche.

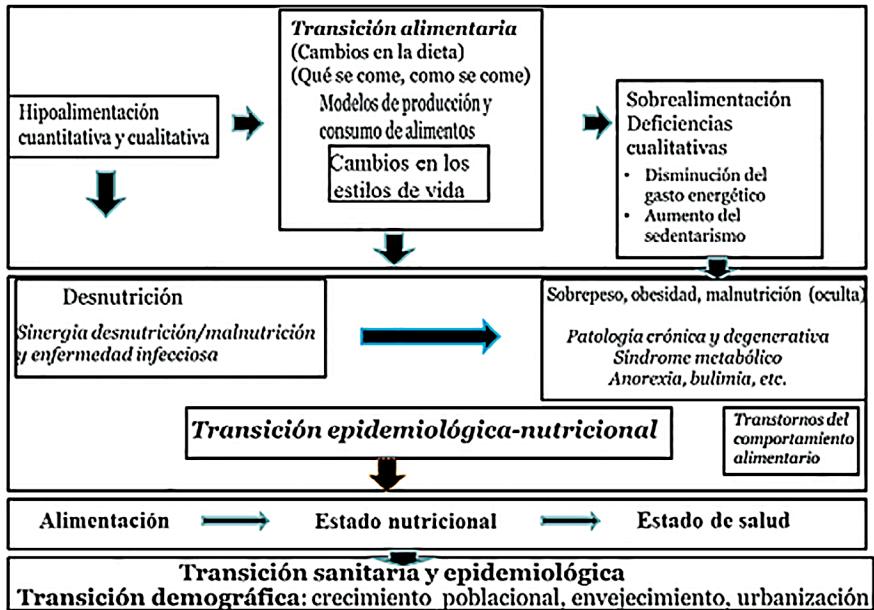
Como señalaban Villalbí y Maldonado (1988: 128-129), al valorar la transición nutricional que habría experimentado la población española entre la década de 1940 y la de 1980, se habría pasado de una importante presencia de carencias alimentarias en la posguerra, con aportes proteicos insuficientes y déficit en calcio, hierro y vitaminas A y B2, a un panorama nutricional que en la década de 1980 estaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas, y donde la dieta hipercalórica, como ya se ha indicado, empezaba a convertirse en un problema sanitario.

El panorama trazado por Villalbí y Maldonado, todavía empeoraba más al considerar la aparición de formas de vida más sedentarias y con menores necesidades calóricas, mientras la ingesta calórica aumentaba, y repercutía en un aumento de sobrepeso y obesidad. Las calorías de la dieta media se habrían incrementado en un diez por ciento desde 1965 a 1979, y el consumo de grasas en un veinte por ciento, a expensas sobre todo de las de origen animal (Varela, Moreiras, Carvajal, 1988; Rodríguez Artalejo *et al.*, 1996).

El consumo histórico de ácidos grasos saturados había sido bajo en España. Hasta la década de los sesenta la mayor parte de las proteínas de la dieta eran de origen vegetal (Cussó y Garrabou, 2007: 90-95), por el contrario, en los años ochenta del pasado siglo, la mayor parte de estas proteínas eran de origen animal, y el consumo de grasas saturadas había aumentado notablemente. Mientras que amplios segmentos de la población en edad madura habían tenido históricamente una dieta baja en grasas saturadas, las generaciones más jóvenes consumían dietas ricas en dichas grasas y su riesgo cardiovascular pasaba a ser mayor al alcanzar edades más avanzadas. En 1991 las grasas ya aportaban el 42 por 100 de la energía, la misma proporción que los hidratos de carbono. Además, destacaba el excesivo consumo de las proteínas de origen animal: 65% de la cantidad de proteína consumida por persona y día, muy por encima del 50% recomendado (Cussó y Garrabou, 2007: 97). Sin embargo, uno de los rasgos más característicos de la transición nutricional española es el menor incremento de muertes por enfermedades cardiovasculares, a pesar del incremento de consumo de grasas. Es lo que se conoce como «la paradoja española», resultado de la sinergia y antagonismo de factores de riesgo y protectores, como ocurre con el elevado consumo de aceite de oliva (Moreno, Sarría, Popkin, 2002).

Como se recoge en un estudio sobre la transición alimentaria y nutricional en España durante la historia reciente (Marrodán, Montero, Cherkaoui, 2012), el cambio en el comportamiento alimentario de la población española, asociado al aumento del bienestar socioeconómico, tuvo un impacto positivo al reducir los problemas asociados a la malnutrición por defecto, además de mostrar un efecto beneficioso sobre el crecimiento infantil y juvenil, que se reflejó, entre otros

Figura 2. La transición epidemiológica-nutricional en el contexto de los procesos transicionales



Fuente: Elaboración propia

indicadores, en el aumento de la estatura (Trescastro *et al.*, 2014). Sin embargo, la evolución hacia un estilo de vida caracterizado por el estrés, el sedentarismo y un descenso en la actividad física y por tanto en el gasto energético, se sumaba a un consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples o sodio, y calóricamente densos. Todas estas circunstancias comportaron un aumento del sobrepeso y la obesidad, y el incremento de problemas de salud como la diabetes, determinados tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Moreno, Sarría, Popkin, 2002) (figura 2).

Fue por tanto a partir de la década de 1980, cuando se aceleró la incidencia de la obesidad. Este incremento coincidió con la desactivación del Programa EDALNU. Las competencias sanitarias fueron transferidas a las comunidades autónomas, y el programa que había pasado a depender de la Dirección General de Sanidad, tras largos años de adscripción al Ministerio de Educación, fue languideciendo en una situación paradójica y contradictoria, ya que su activación se hacía más necesaria que nunca (Esplugues, Trescastro, 2012; Trescastro, Galiana, Bernabeu, 2012; Trescastro, Bernabeu, Galiana, 2013; Trescastro, Trescastro, 2013).



De acuerdo con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, en 1987 la incidencia de obesidad se situaba en torno al 5%, y casi veinte años después, en 2006, la misma Encuesta ya mostraba que la obesidad afectaba al 15,6% de hombres y al 15,2% en el caso de las mujeres. El sobrepeso afectaba al 44,7% de la población masculina y al 29,4% de las mujeres. Se trata, en cualquier caso, de cifras globales que no contemplan ni el nivel socioeconómico, ni el educativo, dos variables que ejercen una notable influencia en su desarrollo (Marrodán, Montero, Cherkaoui, 2012: 61).

El problema era similar e incluso más preocupante entre la población infantil y adolescente (tabla 1). El estudio Paidos publicado en 1985 mostraba un 4,9% de exceso ponderal entre los escolares españoles de 6 a 12 años; en el estudio Enkid elaborado entre 1998 y el año 2000 el porcentaje de obesos en el grupo de 2 a 24 años de edad era del 13,9%. A pesar del esfuerzo, quizás insuficiente, que ha supuesto la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), la tendencia al aumento del exceso ponderal no parece frenarse, aunque sí tiende a estabilizarse.

Tabla.1. *Evolución del sobrepeso y la obesidad en niños-adolescentes en España, 1985-2011*

	Estudio Paidos 1985 Edad 9-12 años	Estudio Enkid 1998-2000 Edad 2-24 años		Estudio ALADINO 2010-2011 Edad 6-9 años	
	Exceso ponderal %	Sobrepeso %	Obesidad %	Sobrepeso %	Obesidad %
Niños	4,9	16	21,7	13,9	20,2
Niñas		13,1	9,8	13,8	14,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el trabajo de Marrodán, Montero, Cherkaoui (2012: 61-62)

Es evidente que fue a partir de las últimas décadas del siglo xx, cuando se produjo en España un aumento notable en la prevalencia de algunos de los factores de riesgo cardiovascular relacionados con la alimentación y los estilos de vida. El número de hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares se incrementó de manera notable, alcanzando los cinco millones de estancias hospitalarias y situándose como primera causa de muerte con más de 120.000 fallecimientos. Junto a la responsabilidad que cabe atribuir a los citados factores de riesgo para explicar todos aquellos cambios, hay que destacar también el papel que han desempeñado el desarrollo de nuevos instrumentos diagnósticos, así como los avances terapéuticos que contribuyen a una mayor supervivencia y al envejecimiento poblacional. Las enfermedades cardiovasculares merman la

calidad de vida de las personas afectadas y su atención conlleva un importante gasto sanitario, de ahí la importancia de políticas encaminadas a la prevención de dichas patologías y los beneficios que puede reportar el abandono de hábitos como el tabaquismo o seguir una alimentación equilibrada, junto a una práctica regular y constante de actividad física moderada (Marrodán, Montero, Cherkaoui, 2012: 62-63).

##### 5. ¿CÓMO PODEMOS CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ADECUADAS?

En relación con los hábitos alimentarios, la experiencia española nos confirma cosas conocidas: la mejora de los niveles de vida o, al menos, del poder adquisitivo, va acompañado habitualmente de aspiraciones gastronómicas más sofisticadas, pero el deseo de comer mejor no siempre se corresponde con una alimentación y nutrición adecuadas.

En los últimos años las tendencias dietéticas que acabamos de describir se han acentuado, y aunque se ha producido un mayor consumo de frutas, este se ha visto contrarrestado con un descenso del de verduras y legumbres (ENIDE, 2012). Si a todo esto sumamos que el ejercicio físico que realiza la población española es insuficiente (situándose por debajo de la media europea), tenemos muchas de las claves para explicar porqué la obesidad y el sobrepeso, muy relacionados con el sedentarismo, han llegado a alcanzar cifras tan alarmantes (García González y Varela, 2012).

Retomando la cuestión que planteaba el profesor Sabaté en 1995 sobre cómo podemos mejorar nuestra alimentación hoy para no enfermar mañana, la respuesta vendría de la mano de la relación que debe existir entre alimentación, nutrición y políticas públicas. Sin duda, es a través de políticas de salud y programas de educación en alimentación y nutrición como el que representó el programa EDALNU, y en el marco de una cultura de la prevención donde lo que hagamos hoy sea lo que nos permitirá no enfermar mañana, donde podemos empezar a cambiar los hábitos alimentarios de la población española y como indicaba el profesor Sabaté, ahora sí seamos capaces de reeducar a la población y revertir los cambios no deseados de la transición epidemiológica-nutricional. Pero dicho proceso precisa de una cultura y de un modelo alimentario de producción y consumo que sirva de referencia y reúna las características de saludable y sostenible.

En los países desarrollados nunca habíamos tenido acceso a una variedad tan grande de alimentos como en la actualidad, pero, aun así, los productos estandarizados, la comida rápida, tienen cada vez más aceptación y va ganando terreno la desestructuración de los hábitos alimentarios. Se está produciendo, en cierta forma, lo que conocemos como la contra-gastronomía, representada en la cultura alimentaria del *fast food* tan presente en las actuales fórmulas de

neo-restauración: cocina rápida que conlleva comer en cualquier momento sin que sea necesario hacerlo socialmente y sin seguir un ritual y unos hábitos o normas culturales preestablecidas (Fischler, 2010).

En la presentación de la monografía «gastronomía saludable», coeditada por el profesor Rafael Ansón y Gregorio Varela (2007), se recuerda que no se come solo por salud, también se come por placer, y, sobre todo, se come de acuerdo con unos hábitos alimentarios. En el momento de programar una dieta, aunque sea correcta desde el punto de vista nutricional, si no se tiene en cuenta el placer y los hábitos, es decir la gastronomía, muy probablemente fracasará. La alimentación de calidad es aquella que además de ser nutricionalmente adecuada, variada y saludable, adquiere también la dimensión de «palatable y adaptada a los gustos y necesidades de los consumidores». Como afirmaba el Profesor Francisco Grande Covián «solo comeremos lo que tenemos que comer si nos gusta».

Concebida básicamente como la ciencia que nos aporta los conocimientos necesarios para la elección de los alimentos más convenientes y como el arte de conseguir el agradable condimento de estos y su presentación en la mesa, la gastronomía ha mostrado una importante evolución y se ha convertido en uno de los principales retos del siglo XXI por su carácter esencial para la salud de las personas, por su influencia en el comportamiento social, y, muy probablemente, por haber sabido hacer de la necesidad virtud, por lo que el comer (o la obligación fisiológica de nutrirse) está hoy más que nunca relacionado con la posibilidad de saber hacerlo y disfrutarlo.

En todo este contexto, frente a todas estas tendencias, la dieta mediterránea (DM), junto con otras alternativas como la que representa el movimiento *slow food*, el kilómetro cero, o el movimiento Tierra Madre, se ofrece como una opción gastronómica adecuada para mantener la salud de la población y solucionar los problemas nutricionales. La valoración de la DM no es solo una apuesta por el placer de la mesa mediterránea, o una reivindicación de sus cualidades organolépticas y nutricionales, sino que supone también un reconocimiento y respeto hacia el patrimonio cultural inmaterial que encierra y un impulso a sus paisajes, productos y productores, técnicas y elaboraciones, mercados y empresas agroalimentarias. La pérdida de la DM no solo afecta a la salud de millones de personas, sino que además pone en peligro la supervivencia de un patrimonio aún más amplio. Es precisamente esta consideración del contexto que nos ofrece la cultura alimentaria mediterránea, la que puede ayudar a la recuperación de los valores de la DM (Castells, 2008).

Muchos de los países que hoy en día viven sus transiciones alimentarias y nutricionales intentan buscar un equilibrio en la evolución alimentaria que están experimentando y evitar así los efectos no deseados que han acompañado experiencias como la nuestra. Procuran preservar de la mejor manera posible

una alimentación y unas opciones arraigadas en la cultura y en las tradiciones culinarias (Delpuech, Maire, 2001). Y este debería ser el sentido del interés que despierta la alimentación mediterránea.

La DM se enfrenta actualmente a tres grandes problemas. El abandono progresivo de los hábitos alimentarios propios, la desaparición de los referentes patrimoniales y la globalización y estandarización del gusto. Podemos afirmar que el modelo dietético que representa la DM, es actualmente más un propósito que una realidad en la mayoría de los países de la cuenca mediterránea (Alonso, 2011).

En nuestro caso, la necesidad de recuperar el modelo alimentario de referencia que representa la DM, se ha convertido en una prioridad y en una reivindicación desde hace décadas. El reto consiste en readaptar a las actuales circunstancias algunos de los valores que configuraban aquel modelo mediterráneo de vida que nos permitió completar la transición nutricional y alimentaria, y poder alcanzar los parámetros del ideal de la DM. Si comparamos las actuales recomendaciones nutricionales con las propiedades de la DM podemos observar que existe una gran complementariedad. A los beneficios que aporta la DM tradicional, por su bajo contenido en ácidos grasos saturados y alto en mono insaturados, así como en carbohidratos complejos y fibra, hay que añadir los beneficios cardiovasculares, por el contenido en antioxidantes, vitaminas y minerales (Serra, Bach, 2012). Entre las pautas que se han propuesto para conseguir esta readaptación, figura la necesidad de recuperar los recetarios tradicionales populares, analizarlos y conocer las virtudes y los defectos que presentan desde el punto de vista nutricional, y corregirlos, tal como ocurre con la reducción de la proporción de grasas en los casos en que sean excesivos, o cuidar la presentación (Quiles, 1994; Zapata, 2003).

Se trata de un proceso de recuperación y adaptación de la DM que debe ser liderado por el sector público a través de políticas de alimentación y nutrición, pero al que se tienen que incorporar sectores claves en el ámbito de la alimentación como la industria agroalimentaria, aportando sus cuotas de responsabilidad social, o la restauración colectiva. Los cocineros, como señalaba Rafael Ansón en el Congreso Internacional de Gastronomía y Nutrición que tuvo lugar en Madrid el 21 de octubre de 2013, se habrían convertido en las nuevas madres en materia de alimentación.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABUHAZIM PASCUAL, A. (2010): *Transición nutricional y alimentaria en España*, Madrid, Bubok Publishing, 58 pp.
- ALONSO ALPERTE, E. (2011): «Patrones de dieta actual en el mundo mediterráneo», en ALONSO APERTE, E.; VARELA MOREIRAS, G. y SILVESTRE CASTELLÓ, D. (coords.): *¿Es*

- posible la dieta mediterránea en el siglo XXI?, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuétara, pp. 39-54.
- ANSÓN, R. y VARELA MOREIRAS, G. (2007): *Gastronomía saludable*, León, Editorial Everest.
- ANSÓN, R.: *Visión global de la gastronomía en el siglo XXI. Discurso Académico de D. Rafael ANSÓN OLLART, Presidente de la Real Academia de Gastronomía*, [en línea], <<http://www.realacademiadegastronomia.com/discurso.php?id=2>>
- BALLESTER DÍEZ, F. (2005): «Contaminación atmosférica, cambio climático y salud», *Revista Española de Salud Pública*, 79(2), pp. 159-175.
- BLANES LLORENS, A. (2007): *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*, Barcelona, Tesis doctoral (Departament de Geografia, Facultat de Filosofia i Lletres, Universitat Autònoma de Barcelona), 488 pp.
- CASADO PÉREZ, D. (2011): *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*, Madrid, Editorial CCS, Colección Intervención social, 264 pp.
- CASTELLS, M. (2008): «El reconocimiento internacional de la Dieta Mediterránea como patrimonio inmaterial: oportunidades para el turismo gastronómico balear», *Boletín Gestión Cultural*, n.º 17 (Gestión del Patrimonio Inmaterial), [en línea], <<http://www.gestioncultural.org/boletin/2008/bgc17-patrimonioinmaterial.htm>> [Acceso 15 de junio 2012].
- CUSSÓ, X. y GARRABOU, R. (2007): «La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres (1850-2000)», *Investigaciones de historia económica*, 7, pp. 69-100.
- DE PALACIOS MATEOS, J. M. (1969): *Información sobre el Programa de Educación en Alimentación y Nutrición en España*, Madrid, Gobierno Español (CIBIS)-FAO-UNICEF.
- DELPEUCH, F. y MAIRE, B. (2001): «Los riesgos de la transición alimentaria», *Mundo científico*, 222, pp. 90-93.
- VVAA (2012): *Presentación de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE)*, Agencia española de Seguridad Alimentaria, <[http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas\\_prensa/Presentacion\\_ENIDE.pdf](http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf)> [Acceso 15 de junio 2012]
- ESPLUGUES PELLICER, J. X. y TRESCASTRO LÓPEZ, E. (2012): «El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición: cuando la alimentación española era satisfactoria (1961-1972)», en GRACIA ARNAIZ, M. (ed.): *Alimentación, Salud y Cultura: encuentros interdisciplinarios*, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, pp. 423-440.
- FISCHLER, C. (2010): «Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna», *Gazeta de Antropología*, 26(1), artículo 09, [en línea], <<http://hdl.handle.net/10481/6789>>.
- GARCÍA GONZÁLEZ, A. y VARELA MOREIRAS, G. (2012): «Introducción», en GARCÍA GONZÁLEZ, A. y VARELA MOREIRAS, G. (ed.) *Hot Topics en Nutrición y Salud Pública en el siglo XXI*, Madrid, Instituto Tomás Pascual Sanz/ Universidad CEU San Pablo, pp. 15-22.
- GERMÁN ZUBERO, L. G. (coord.) (2009): *Economía alimentaria en España durante el siglo XX*, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.

- GÓMEZ REDONDO, R. (coord.) (2011): *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Alianza Editorial.
- GOZÁLVEZ PÉREZ, V. (2010): «La (in)fecundidad en España», *Nueva revista de política, cultura y arte*, n.º 130, pp. 137-146.
- HERRERO, C.; SOLER, Á. y VILLAR, A. (2013): *Desarrollo humano en España: 1980-2011*, Valencia, IVIE, [en línea] <[http://dx.doi.org/10.12842/HDI\\_2012](http://dx.doi.org/10.12842/HDI_2012)>
- La guía del slow food*. [Acceso 15 de junio 2012]. Disponible en: [www.slowfoodib.org/pdf/GUIA](http://www.slowfoodib.org/pdf/GUIA)
- LEAL MALDONADO, J. (coord.) (2004): *Informe sobre la situación demográfica en España*, Madrid, Fundación Fernando Abril Martorell, 378 pp.
- MARRODÁN SERRANO, M. D.; MONTERO LÓPEZ, P. y CHERKAOUI, M. (2012): «Transición Nutricional en España durante la historia reciente», *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32(suplemento 2), pp. 55-64.
- MENACHO MONTES, T.; CABRÉ PLA, A. M. y DOMINGO i VALLS, A. (2002): «Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX», *Mediterráneo Económico*, 1, pp. 121-138.
- MORENO AZNAR, L. A.; SARRÍA, A. and POPKIN, B. M. (2002): «The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country», *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(10), pp. 992-1003.
- NICOLAU, R. (2005): «Población, salud y actividad», en CARRERAS, A. y TAFUNELL, X. (coords.): *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX*, Bilbao, Fundación BBVA, pp. 77-154.
- PORTA SERRA, M.; PUIGDOMÈNECH, E. y BALLESTER DÍEZ, F. (eds.) (2009): *Nuestra contaminación interna. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española*, Barcelona, Los libros de la Catarata.
- QUILES, J. (1994): *Els nostres menjars saludables*, València, IVESP.
- ROBLES GONZÁLEZ, E.; GARCÍA BENAVIDES, F. y BERNABEU-MESTRE, J. (1996): «La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990», *Revista Española de Salud Pública*, 70(2), pp. 221-233.
- RODRÍGUEZ ARTALEJO F.; BANEGAS, J. R.; GRACIANI, M. A.; HERNÁNDEZ VECINO, R. y REY CALERO, J. (1996): «El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período 1940-1988. Análisis de su consistencia con la dieta mediterránea», *Medicina Clínica*, 106, pp. 161-168.
- SABATÉ, J. (1995): «¿Qué podemos comer hoy para no enfermarnos mañana?», *Medicina Clínica*, 104, pp. 17-18.
- SERRA MAJEM, L. and BACH FAIG, A. (2012): «Mediterranean diet and public health nutrition: future and challenges», in GARCÍA GONZÁLEZ, A. and VARELA MOREIRAS, G. (coords.): *Hot topics in nutrition and public health*, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez Cuétara, pp. 77-89.
- TRESCASTRO LÓPEZ, E. M.; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2012): «El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (1961-1982) y la capacitación de las amas de casa como responsables del bienestar familiar», *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), pp. 955-963.

- TRESCASTRO LÓPEZ, E. M. y TRESCASTRO LÓPEZ, S. (2013): «La educación en alimentación y nutrición en el medio escolar: el ejemplo del Programa EDALNU», *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 17(2), pp. 84-90.
- TRESCASTRO LÓPEZ, E. M.; BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. (2013): «Nutrición y salud pública: políticas de alimentación escolar en la España contemporánea (1931-1978)», *Asclepio*, 65 (2), p026, 11 pp.
- TRESCASTRO LÓPEZ, E. M. *et al.* (2014): «Malnutrición y desigualdades en la España del franquismo; el impacto del complemento alimenticio lácteo en el crecimiento de los escolares españoles (1954-1978)», *Nutrición Hospitalaria*, 29(2), pp. 227-236.
- VARELA MOSQUERA, G. (1968): *Contribución al estudio de la alimentación española*, Granada, Instituto de Desarrollo Económico.
- VARELA MOSQUERA, G.; GARCÍA RODRÍGUEZ, D. y MOREIRAS, O. (1970): *La Nutrición de los Españoles. Diagnóstico y Recomendaciones*, Granada, Instituto de Desarrollo Económico.
- VARELA MOSQUERA, G.; MOREIRAS, O. y CARVAJAL, B. (1988): *Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española*, Madrid, Fundación Española de Nutrición.
- VILLALBÍ, J. R. y MALDONADO, R. (1988): «La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición», *Medicina Clínica*, 90, pp. 127-130.
- ZAPATA, Z. (2003): «Problemática actual de la alimentación rural y posibilidades de recuperación», en MARTÍNEZ LÓPEZ, J. M. (ed.): *Historia de la alimentación rural y tradicional. Recetario de Almería*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses, pp. 17-28.