



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de
Salud

Eficacia de la regulación de la publicidad de comida rápida, kioskos escolares y etiquetado de alimentos en promover la alimentación saludable en escolares

REPORTE

Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, Centro Nacional de Salud Pública, INS

2013

INDICE

Resumen.....	03
I. La publicidad de comida rápida y disminución del consumo de alimentos no saludables en niños.....	04
II. implementación de los kioskos escolares saludables y disminución del consumo de alimentos no saludables en escolares	08
III.- El etiquetado y rotulado de los alimentos disminuye el consumo de alimentos no saludables.....	10
IV.- Resultados sanitarios de las intervenciones en dieta y actividad física	11

RESÚMEN

La publicidad de comida rápida y disminución del consumo de alimentos no saludables en niños. *Se concluye que la regulación de la publicidad de comida rápida es una manera costo-efectiva de reducir el consumo de este tipo de alimentos, así como el índice de masa corporal. La autorregulación no ha mostrado obtener el mismo efecto.*

Implementación de los kioscos escolares saludables y disminución del consumo de alimentos no saludables en escolares. *Se concluye que la evidencia sobre la eficacia de las políticas de regulación del expendio de alimentos en los centros escolares en reducir el consumo de comidas no saludables y el sobrepeso en niños y adolescentes es aún limitada, siendo su beneficio como intervención única aún controversial. Sin embargo, el implementar una política de "kioscos saludables" puede ser un componente esencial dentro de un programa más amplio, con múltiples intervenciones llevándose a cabo simultáneamente, orientado a mejorar la alimentación de niños y adolescentes.*

El etiquetado y rotulado de los alimentos disminuye el consumo de alimentos no saludables. *Se concluye que la evidencia sobre la eficacia o efectividad del etiquetado es insuficiente y en algún modo aún controversial. Sin embargo, el derecho a la información del consumidor obliga a que cada producto alimentario sea etiquetado respecto a su composición, y cantidades de sus componentes.*

Resultados sanitarios de las intervenciones en dieta y actividad física. *Todas las intervenciones muestran una significativa ganancia de años de vida ajustados a discapacidad. La regulación de la publicidad de alimentos inicialmente, en los primeros años de vida, tiene una efectividad algo menor a las demás intervenciones, pero esta se incrementa de manera importante en los años posteriores al inicio de la intervención, equiparándose a las demás intervenciones. Las intervenciones dirigidas a niños, como la regulación de la publicidad y las intervenciones en la escuela, tendrán efectos importantes en la salud luego de 40 a 50 años de implementadas*

I.- LA PUBLICIDAD DE COMIDA RÁPIDA Y DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS NO SALUDABLES EN NIÑOS

Desde 1980 hasta el 2008, en los Estados Unidos, la proporción de sobrepeso en niños de seis a once años se ha duplicado, llegando de 6.5% a 15,3 %, y para adolescentes la proporción se ha triplicado de 5.0% a 15,5%¹. Coincidentemente, en el mismo periodo, la inversión en publicidad de comidas rápida paso de 100 millones de dólares por año en 1983 a una inversión de 10,000 a 15,000 millones de dólares por año en publicidad dirigida a los jóvenes en el 2007²

En EE.UU. más del 30% de niños están con sobrepeso o son obesos y solo el 2% de estos consume una dieta acorde con la guía del Departamento de Agricultura de los EE.UU.³. Este aumento sin precedentes en la obesidad de los niños se refleja de igual forma en el aumento exponencial de la propaganda dirigida a niños, la cual además no ha tenido ningún tipo de regulación².

La publicidad de comida es efectiva en lograr un mayor consumo, especialmente entre los niños y adolescentes. Estudios realizados en países tan variados como Brasil, Chile, India y Venezuela, así como en mercados como el Reino Unido y los EE.UU., muestran que los niños se interesan en probar los alimentos que aparecen en los avisos comerciales y frecuentemente piden a sus padres que se les compre dicho tipo de alimentos vistos en los avisos⁴.

Los padres provenientes de los hogares con menos ingresos suelen acceder con mayor frecuencia a estos pedidos que los niños hacen por influencia publicitaria. Así también, las madres en hogares pobres usualmente atribuyen una mayor importancia este tipo de propaganda que las madres de hogares con mayores ingresos, lo que acentúa la inequidad en salud⁵

Según informe de la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados y en vías de desarrollo existe una gran cantidad de propaganda relacionada a comida y dirigida a los niños, particularmente en la forma de propaganda televisiva, la cual típicamente publicita alimentos altamente procesados y con gran contenido energético, difundidas usando estrategias de mercadeo que favorecen su recuerdo, de tal manera que los niños no solo recuerdan estos productos, sino que además encuentran estos productos asociados a diversión, enganchándose así con la propaganda⁴.

De manera preocupante, existen razones para creer que los niños en países en vías de desarrollo están bajo los mismos o más riesgos que los niños de países desarrollados, por los siguientes motivos:

- 1) Las compañías procedentes de países desarrollados ven a los niños como una puerta de entrada a las economías emergentes debido que esta población es más vulnerable y flexibles a adquirir nuevas conductas, y tienen una mejor respuesta a la propaganda que sus padres⁴
- 2) Los niños representan un mercado directo e indirecto. De hecho, en países relativamente pobres, los niños tienen cierta cantidad de recursos disponibles desde una edad temprana para adquirir estos productos, y además, se sabe que pueden influir en la decisión de los padres⁴.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos, a través de su comité de mercadeo de comida y dietas en niños y jóvenes, condujo una revisión sistemática y concluyó que existe evidencia suficiente para sostener que la propaganda televisiva influencia la elección de comidas y

bebidas, pedidos de compra, creencias e ingesta dietética en los niños expuestos a propaganda alimenticia⁶.

Otros estudios, incluyendo dos chilenos, estudiaron la influencia de la propaganda en las conductas de consumo⁷. Olivares et al., preguntaron a los niños si ellos habían consumido comidas o bebidas que habían observado en las propagandas en el día previo⁵. La mitad de los niños de 6 a 8 años y dos tercios de los niños de 9 a 11 años refirieron que, efectivamente, ellos habían consumido los alimentos vistos en las propagandas⁵. Un estudio posterior realizado por el mismo investigador, se les preguntó a los niños si estos tenían los recursos para consumir comidas o bebidas que se presentaron en el día previo en la publicidad, y el 40% refirió que efectivamente, habían obtenido el dinero para consumir lo que deseaban⁸.

Adicionalmente, en una revisión sistemática que incluyó 14 estudios experimentales se encontró evidencia que la propaganda tiene un efecto en las preferencias de los niños. De 13 estudios que reportaron resultados, siete encontraron que la exposición a propagandas de comida incrementa el consumo y genera cambios significativos en las preferencias de comidas de los niños⁴.

Otro estudio estimó mediante métodos econométricos, que reducir la exposición a la propaganda en comida a **cero** disminuiría el promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) en un 0.38 Kg/m² y disminuiría la prevalencia de obesidad de 17.8% a 15.2% en los varones de 6 a 12 años, y de 15.9% a 13.5% en las mujeres de dicha edad⁹. Similarmente, otro estudio, usando modelos de simulación para la realidad Australiana estimó que removiendo la propaganda en comida y alimentos con altos contenidos de grasas, azúcar y sal conllevaría a evitar 37000 años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura en dicho país¹⁰. Además, este estudio en Australia concluyó que el prohibir la propaganda de comida no saludable dirigida a niños y jóvenes sería la intervención más costo-efectiva que podría llevar a cabo el Estado en el momento actual para disminuir la carga de enfermedad, ya que tendría un efecto directo beneficioso en salud con una inversión relativamente baja para el Estado¹⁰.

A la fecha 26 gobiernos han desarrollado regulaciones explícitas sobre la propaganda de comida a los niños sobre documentos estratégicos. Veinte han desarrollado o están desarrollando directivas explícitas en la forma de estatutos o formas de autorregulación¹¹.

Cuatro países han desarrollado estatutos legales regulatorios específicos hacia la comida¹¹, de éstos la más restrictiva es la aplicada en Inglaterra donde la propaganda en televisión de comidas altas en grasas, azúcar, o sal, dirigida a niños menores de 16 años, está prohibida. Por su parte, Irlanda restringe el uso de "celebridades" y estipula el uso de advertencias en las propagandas. En Brasil también se obliga a poner advertencias en las publicidades, y en Francia se requiere que toda propaganda se acompañe de mensajes nutricionales¹¹⁻¹².

En once países por otro lado han desarrollado formas de auto regulación (regulaciones aprobadas en colaboración con o a pedido explícito del gobierno) o al menos han dado el mensaje de la necesidad de establecer (el gobierno ha dejado clara la necesidad pero no ha participado en su desarrollo) tales regulaciones. Entre el 2005 y el 2009 la industria de comida ha desarrollado 13 de compromisos voluntarios comprendiendo a 51 empresas. Dos de estos compromisos son globales, dos son regionales y nueve aplican a países específicos. En el periodo 2010-2011, seis compromisos adicionales fueron publicados, uno regional y el resto en países específicos, siendo en total 19 promesas a Abril del 2011¹¹⁻¹². Sin embargo, estas promesas de autoregulación no han llevado a una reducción de la publicidad en ninguno de los casos, probablemente porque las empresas no obligaron legal de implementarlas.

Aunque estos compromisos fueron inicialmente desarrollados en países desarrollados, organizaciones como la World Federation of Advertisers (WFA) y la International Food and Beverage Alliance (IFBA) están trabajando activamente con grupos empresariales locales para desarrollar compromisos de regulación. Sin embargo, estos compromisos permiten exceptuar a ciertos alimentos de dichas regulaciones basados en criterios que establecen las propias compañías de alimentos¹¹. Esto último ha impedido que estas medidas sean realmente efectivas, y tal como ha sucedido en los países donde se permitió esta modalidad voluntaria de regulación, no ha llevado a reducción de la publicidad dirigida a niños y adolescentes.

En relación a la evaluación de estos compromisos de autorregulación, existen estudios realizados en países como Estados Unidos y Australia, los cuales señalan que este tipo de regulaciones no funcionan¹³. Esta ineficacia de los compromisos de auto-regulación no se debe a que prohibir la propaganda carezca de efectividad, sino más bien se debe a que las industrias no cumplen en la práctica con este tipo regulaciones auto-establecidas, principalmente porque éstas no son legalmente obligatorias².

En un informe preparado por la Universidad de Arizona en Estados Unidos se encontró que más de un cuarto de la propaganda actual proviene de compañías que no aceptaron las regulaciones y que el 68.5% de publicidad sigue promocionando comidas con alto contenido calórico y poco nivel nutricional. Además, este informe establece que la estrategia de autorregulación no mejora la calidad nutricional general de propaganda hacia los niños¹³.

En conclusión, la regulación de la publicidad de comida rápida es una manera costo-efectiva de reducir el consumo de este tipo de alimentos, así como el índice de masa corporal. La autorregulación no ha mostrado obtener el mismo efecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2002 Oct 9;288(14):1728-32.
2. Linn S, Novosat C. Calories for sale: food marketing to children in the twenty-first century. ANNALS, AAPSS. 2008;615:133-55.
3. Batada A, Wootan MG. Nickelodeon markets nutrition-poor foods to children. American journal of preventive medicine. 2007 Jul;33(1):48-50.
4. Scully M, Dixon H, White V, Beckmann K. Dietary, physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students in 2005. Health Promot Int. 2007 Sep;22(3):236-45.
5. Olivares S, Albala C, Garcia F, Jofre I. [Television publicity and food preferences of school age children of the metropolitan region]. Revista medica de Chile. 1999 Jul;127(7):791-9.
6. Institute of Medicine, committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth, Food and Nutrition Board et al. Food marketing to children and youth:threat or oportunity?. Washington DC. The National Academy Press 2006.
7. Arluk SL, Branch JD, Swain DP, Dowling EA. Childhood obesity's relationship to time spent in sedentary behavior. Military medicine. 2003 Jul;168(7):583-6.
8. Olivares S, Yañez R, Diaz N. Publicidad de alimentos y conductos alimentarios en escolares de 5ª a 8ª basico. Rev Chil Nutr. 2003;30(1):36-42.
9. Veerman JL, Van Beeck EF, Barendregt JJ, Mackenbach JP. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? European journal of public health. 2009 Aug;19(4):365-9.

10. Magnus A, Haby MM, Carter R, Swinburn B. The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children. *Int J Obes (Lond)*. 2009 Oct;33(10):1094-102.
11. PAHO. Recommendations from a Pan American Health Organization expert consultation on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children in the Americas. Washington DC 2011.
12. Cawley J. Markets and childhood obesity policy. *Future Child*. 2006 Spring;16(1):69-88.
13. Kunkel D, McKinley C, Wright P. The impact of industry self regulation on the nutritional quality of foods advertised on television to children. University of Arizona December 2009.

II.- IMPLEMENTACIÓN DE LOS KIOSKOS ESCOLARES SALUDABLES Y DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS NO SALUDABLES EN ESCOLARES

En relación a la implementación de los establecimientos expendedores de alimentos escolares (kioskos escolares saludables) sobre el consumo de alimentos no saludables, se encontraron cinco estudios primarios:

1. Un estudio comparativo realizado en los EEUU (**Taber et al, 2011**^[4]), evaluó múltiples estudios conducidos por el Center of Disease Control and Prevention (CDC) para estimar el impacto de los cambios de la política de Estado respecto a la alimentación escolar mediante auto-reportes telefónicos o correo electrónicos. El estudio encontró que los cambios de políticas sobre regulación de comida chatarra y bebidas se asociaron con una disminución del número de bebidas gaseosas consumidas en 0,09 por día (95% [IC= -0,17, -0,01]), aunque no se observaron cambios en el índice de masa corporal de los escolares.
2. Un estudio realizado en 222 escuelas públicas de los EEUU (**Alisha et al, 2011**^[5]), que evaluó la asociación entre la venta de alimentos en las máquinas expendedoras en las escuelas y la conducta alimentaria de los estudiantes, encontró que el consumo de frutas y vegetales estuvo asociado con una mayor disponibilidad de estos alimentos en los quioscos o máquinas expendedoras. Este efecto fue mayor para los niños menores.
3. Un estudio realizado en Inglaterra (**Callaghan et al, 2010**^[1]), se reemplazó en el 50% de las máquinas expendedoras los ítems usuales por alimentos saludables (<6g grasa total/paquete, <2g grasa trans/paquete, <2g sal/paquete). Se encontró que el consumo de los alimentos saludables fue solo del 14-17% del total, evidenciándose además una reducción de las ventas en 33% [0.7-66%]. La evaluación cualitativa encontró como barreras que limitan la elección de los productos saludables al precio, costo y gusto; mientras que sí reconocían como saludables al yogurt, frutas y vegetales.
4. Un estudio longitudinal en un estado de los EEUU (**Kubik et al, 2010**^[2]), a través de datos de auto-reporte vía telefónica, encontró una menor oferta de alimentos no saludables en las escuelas de nivel elemental y primaria que habían establecido políticas de prohibición del expendio de comida chatarra comparado con escuelas donde no hubo dicho tipo de políticas (13% vs 37%; p=0.006). Este efecto de políticas en las escuelas no fueron claras en las escuelas secundarias.
5. Un estudio longitudinal realizado en tres escuelas primarias de Texas, EEUU (**Cullen et al, 2006**^[3]), evaluó el impacto en el cambio de la política de alimentación escolar referente al almuerzo de los estudiantes, a través del retiro de las papas fritas, dulces, postres, bebidas azucaradas y máquinas expendedoras de las cafeterías escolares. Se evidenció una reducción solo en el consumo de bebidas azucaradas. El consumo de grasas saturadas, vitamina A, calcio, sodio y de leche incrementó, así como también el número de máquinas expendedoras. El incremento del consumo de vegetales fue menor.

En conclusión, la evidencia sobre la eficacia las políticas de regulación del expendio de alimentos en los centros escolares en reducir el consumo de comidas no saludables y el sobrepeso en niños y adolescentes es aún limitada, siendo su beneficio como intervención única aún controversial. Sin embargo, el implementar una política de "kioskos saludables" puede ser un componente esencial dentro de un programa más amplio, con múltiples intervenciones

llevándose a cabo simultáneamente, orientado a mejorar la alimentación de niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Callaghan C, Mandich G, He M. ***Healthier Snacks in School Vending Machines: A Pilot Project in Four Ontario High Schools.*** Can J Diet Pract Res. 2010 Winter;71(4):186-91.
- [2]. Kubik MY, Wall M, Shen L, Nannery MS, Nelson TF, Laska MN, Story M. ***State but not district nutrition policies are associated with less junk food in vending machines and school stores in US public schools.*** J Am Diet Assoc. 2010 Jul;110(7):1043-8.
- [3]. Cullen KW, Watson K, Zakeri I, Ralston K. ***Exploring changes in middle-school student lunch consumption after local school food service policy modifications.*** Public Health Nutr. 2006 Sep;9(6):814-20.
- [4]. Taber DR, Stevens J, Evenson KR, Ward DS, Poole C, Maciejewski ML, Murray DM, Brownson RC. ***State policies targeting junk food in schools: racial/ethnic differences in the effect of policy change on soda consumption.*** Am J Public Health. 2011 Sep;101(9):1769-75. Epub 2011 Jul 21.
- [5]. Alisha J, Nansel TR, Wang J, Iannotti RJ. ***Foods Sold in School Vending Machines are Associated with overall Student Dietary Intake.*** J. Adolesc Health. 2011; 48(1): 13-19.

III.- EL ETIQUETADO Y ROTULADO DE LOS ALIMENTOS DISMINUYE EL CONSUMO DE ALIMENTOS NO SALUDABLES

En relación al efecto del etiquetado y rotulado de los alimentos sobre la elección de los alimentos consumidos, se encontraron tres estudios secundarios, que no encontraron evidencia suficiente del beneficio del etiquetado de los alimentos sobre la disminución de las calorías consumidas en restaurantes de comida rápida, aunque podría encontrarse cierto beneficio en establecimientos como los comedores expendedores de alimentos.

1. Una revisión sistemática realizada en EEUU (**Harnacket al, 2008**^[1]), que incluyó 6 artículos originales, evaluó los efectos del etiquetado de las calorías en la elección de alimentos consumidos en restaurantes de comida rápida. Cinco de estos estudios con defectos metodológicos importantes mostraron que el etiquetado de las calorías influyó en la elección de alimentos en restaurantes de comida rápida, aunque este efecto fue débil e inconsistente.
2. La actualización de la revisión sistemática de Harnacket al, fue realizada el 2011 en los EEUU por **Swartz et al, 2011**^[2]. Esta revisión evaluó 5 estudios observacionales que fueron conducidos en restaurantes de comida rápida luego de la implementación del etiquetado del menú, así como también evaluó 2 ensayos aleatorizados. La reducción en las calorías consumidas con el etiquetado de los alimentos solo fue hallada en dos de los siete estudios; mientras que los cinco estudios restantes, no encontraron ningún beneficio en la reducción de las calorías y consumo del menú con el etiquetado de calorías en los restaurantes de comida rápida.
3. Una tercera revisión sistemática realizada en España (**Sebastián-Ponce et al, 2011**^[3]), que evaluó 14 artículos originales, evidenció que el etiquetado y rotulación de alimentos (refrescos, golosinas, productos lácteos, platos de cafetería, productos de marca registrada, comida rápida y ensaladas) logró una disminución en el número de calorías consumidas; aunque ello no fue observado cuando la medida se aplicó en los restaurantes de comida rápida. Los atributos sensoriales visuales fueron más efectivos que las recomendaciones recogidas en el etiquetado de los productos.

En conclusión, la evidencia sobre la eficacia o efectividad del etiquetado es insuficiente y en algún modo aún controversial. Sin embargo, el derecho a la información del consumidor obliga a que cada producto alimentario sea etiquetado respecto a su composición, y cantidades de sus componentes.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Harnack LJ, French SA. **Effect of point-of-purchase calorie labeling on restaurant and cafeteria food choices: A review of the literature.** Int J Behav Nutr Phys Act. 2008 Oct 26;5:51.
- [2] Swartz JJ, Braxton D, Viera AJ. **Calorie menu labeling on quick-service restaurant menus: an updated systematic review of the literature.** Int J Behav Nutr Phys Act. 2011 Dec 8;8:135.
- [3] Sebastián-Ponce MI, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. **Etiquetado y rotulación de los alimentos en la prevención del sobrepeso y la obesidad: una revisión sistemática.** Cad Saude Publica. 2011 Nov 27(11):2083-94.

IV.- RESULTADOS SANITARIOS DE LAS INTERVENCIONES EN DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

Una reciente publicación desarrolló un modelo para evaluar el efecto de varias intervenciones dirigidas a mejorar la dieta y aumentar la actividad física¹. Este modelo tomó los datos de siete países (Brasil, China, Inglaterra, India, México, Rusia y Sudafrica) y proyectó los resultados esperados con la implementación de diferentes intervenciones: basada en la escuela, en el lugar de trabajo, campañas en medios masivos, medidas fiscales, consejería médica, regulación de la publicidad de alimentos y etiquetado de los alimentos. Las intervenciones estudiadas no reducen la mortalidad por enfermedades crónicas pero si postergan en el tiempo el inicio de estas. Por ello, la mejor medida para evaluar el efecto de estas intervenciones son los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) evitados.

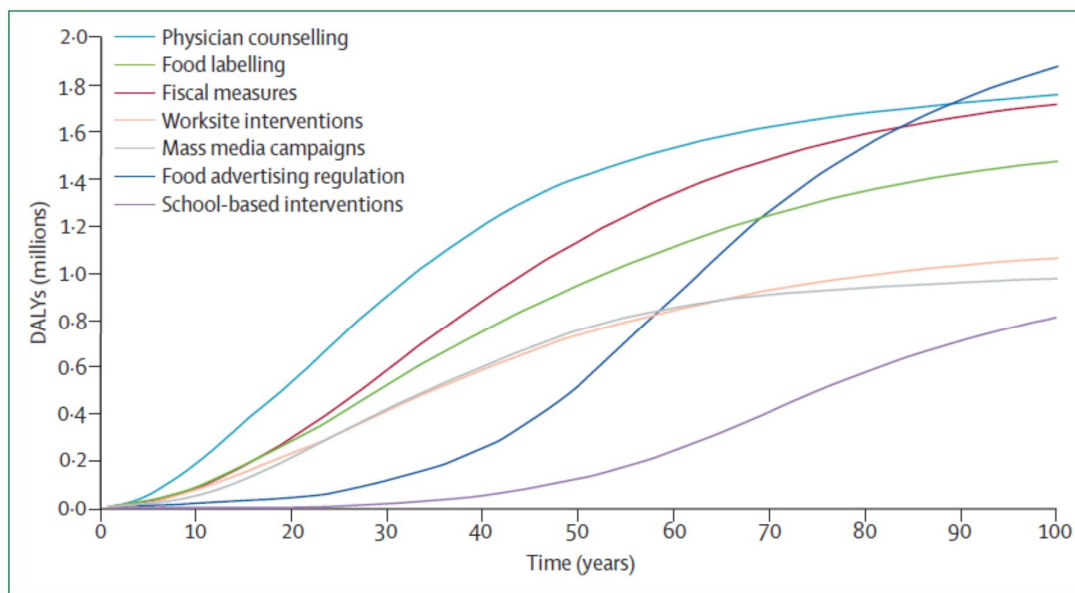


Figure 3: Cumulative disability-adjusted life-years (DALYs) gained over time

* Tomado de la referencia 1

Todas las intervenciones muestran una significativa ganancia de años de vida ajustados a discapacidad. La regulación de la publicidad de alimentos inicialmente, en los primeros años de vida, tiene una efectividad algo menor a las demás intervenciones, pero esta se incrementa de manera importante en los años posteriores al inicio de la intervención, equiparándose a las demás intervenciones. Las intervenciones dirigidas a niños, como la regulación de la publicidad y las intervenciones en la escuela, tendrán efectos importantes en la salud luego de 40 a 50 años de implementadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Cecchini M, Sassi F, Lauer J, Lee Y, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Lancet 2010; 376: 1775–84

Revisión

Fabian Fiestas Saldarriaga, MD., Ph.D. (c)

Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud del Perú. Lima, Perú.

Carlos Canelo Aybar, MD.

Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud del Perú. Lima, Perú.

Fernando Donaires Toscano, MD.

Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud del Perú. Lima, Perú.

Elizabeth Garcia Torres, MD.

Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud del Perú. Lima, Perú.

Cita Recomendada

Fiestas Saldarriaga, Fabian; Canelo Aybar, Carlos; Donaires Toscano, Fernando; Garcia Torres, Elizabeth. *Eficiencia de la regulación de la publicidad de comida rápida, kioscos escolares y etiquetado de alimentos en promover la alimentación saludable en escolares*. Lima: INS-UNAGESP, 2012.

Financiación

Instituto Nacional de Salud del Perú. Centro Nacional de Salud Pública. Dirección Ejecutiva de Enfermedades no Transmisibles

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés