

Alimentación y salud, una relación conflictiva. El caso de España

M David García-Brenes, Dr en Econ.⁽¹⁾

García-Brenes MD.
Alimentación y salud, una relación conflictiva.
El caso de España.
Salud Publica Mex 2010;52:455-460.

Resumen

En este trabajo se analizan los factores que han desencadenado la progresiva desestructuración de los hábitos alimentarios y los nuevos imperativos socioculturales que están dañando seriamente el bienestar de los consumidores en España. Se muestra cómo se ha producido un descenso del consumo de los alimentos considerados esenciales para una buena alimentación y un aumento de los que perjudican la salud. Así, el consumo de cereales, arroz, legumbres y vino ha descendido de forma muy significativa, mientras que el consumo de carne, leche y sus derivados, y aceites ha crecido de forma notable. Además, se han modificado y diversificado las maneras de comer al adaptarse a las nuevas limitaciones impuestas por las transformaciones producidas en una sociedad cada vez más industrializada. Al final se presenta una serie de conclusiones y recomendaciones para lograr tener hábitos alimenticios saludables.

Palabras clave: salud; alimentación; estrés laboral; estilo de vida; obesidad; España

García-Brenes MD.
Food and health, a conflictive relationship.
The case of Spain.
Salud Publica Mex 2010;52:455-460.

Abstract

This study analyzes the factors that have triggered a gradual deterioration of eating habits and the new social and cultural imperatives that have seriously undermined the well-being of Spanish consumers. It shows that consumption of basic food products to ensure good nutrition has declined, while consumption of unhealthy food products has increased. The consumption of cereals, rice, legumes and wine has significantly declined; meat, milk, dairy products and fat consumption has substantially increased. Moreover, eating habits have changed and diversified, adapting to new constraints imposed by an increasingly industrialized society. Conclusions and recommendations for acquiring healthy eating habits are presented at the end of the paper.

Keywords: health; food; work; stress; lifestyle; obesity; Spain

Un estudio reciente sobre los hábitos alimentarios de los españoles sostiene que 52.8% de éstos señala que la salud es el principal factor a la hora de elegir los alimentos o platillos que han de ingerir.¹ Sin embargo, estas manifestaciones no corresponden con su comportamiento y maneras de comer, pues el exceso de colesterol

y la obesidad, entre otros, son problemas de salud muy habituales en la población española.

Esto nos lleva a plantear que la relación alimentación y salud es muy compleja, y que para estudiar los hábitos alimentarios debemos adoptar un enfoque multidisciplinario que nos ayude a conocer cuáles

(1) Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica Agrícola, Departamento de Economía Aplicada II. Sevilla, España.

Fecha de recibido: 25 de febrero de 2010 • **Fecha de aceptado:** 7 de junio de 2010
Solicitud de sobretiros: Dr. M. David García-Brenes. Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica Agrícola,
Departamento de Economía Aplicada II. Sevilla, España. Carretera de Utrera Km 1. 41.013, Sevilla, España.
Correo electrónico: mdgarcia@us.es

son verdaderamente los factores y restricciones que inciden en los consumidores a la hora de organizar su alimentación.

En esta idea insisten algunos trabajos que sugieren que la alimentación no es exclusivamente un fenómeno biológico, nutricional o médico, sino también social, psicológico, económico, simbólico, religioso, etc.²

Este trabajo tiene como objetivo fundamental el estudio de los cambios que han tenido los hábitos alimentarios tradicionales y las nuevas formas de comer que forman parte de la denominada modernidad alimentaria. Para ello, analizaremos el comportamiento alimentario desde la óptica de la salud y la enfermería, y comprobaremos lo poco saludable que es la dieta. Asimismo, contaremos con la ayuda de la sociología para comprender cuáles son los factores que se encuentran detrás de las modificaciones de la alimentación de las sociedades avanzadas y qué tanto daño ocasionan en la calidad de vida de los consumidores.

El modelo de alimentación tradicional

La sociedad tradicional tenía una dinámica de acumulación de víveres que fundamentalmente se apoyaba en la actividad agraria. El sector industrial, por el contrario, presentaba un escaso nivel de desarrollo y se encontraba en una situación muy incipiente. Esto suponía que buena parte de la población era de carácter rural y conseguía su sustento trabajando en la agricultura, donde los ingresos obtenidos en el sector industrial tenían un reducido protagonismo.

Los productos agrarios obtenidos en los sistemas tradicionales, sin necesidad de aportes químicos exteriores, eran productos ecológicos y con unas propiedades organolépticas muy importantes desde el punto de vista de su calidad.

El gasto en la alimentación representaba una parte muy importante en el gasto familiar total, con proporciones cercanas a 50% de la renta familiar total.³ Esto hacía que los hogares prestaran una elevada atención a la gestión del gasto en alimentación.

La dieta es un elemento esencial para explicar los hábitos alimentarios. La dieta dominante era muy rica en hidratos de carbono, verduras y frutas, y aceite de oliva. Sirva de muestra el hecho de que en 1958, de cada 100 pesetas de gasto en alimentación, 18.5 pesetas tenían como destino el pan, 17.6 pesetas las carnes, 13.1 pesetas las patatas, 8.5 los aceites, 6.8 los huevos y 5.3 las frutas.⁴ El consumo de hidratos de carbono es aún más destacado cuando presentamos la dieta en unidades físicas. Así, en 1965, un consumidor consumía diariamente como media 541 g de pan, pastas y cereales, 453 g de patatas y hortalizas frescas, 156 g de frutas frescas, 81 g de aceite

de oliva, mientras que de carne y sus derivados, por el contrario, sólo 77 g.⁵

Se trata de una dieta que comprende los componentes básicos de la dieta mediterránea y que en buena medida favorece la salud de los consumidores. En el caso de los cereales, es sabido que ayudan al vaciado gástrico y minimizan el riesgo de apendicitis; y el aceite de oliva contiene compuestos antioxidantes que contribuyen a reducir los riesgos de cardiopatías. Por último, el consumo de vegetales ricos en carotenoides contribuye a una menor incidencia de enfermedades crónicas ligadas al desarrollo y tiene efectos protectores frente al cáncer.⁶

Pero además, en una sociedad todavía eminentemente tradicional, las producciones agrarias sufrían un reducido número de transformaciones antes de ser consumidas, es decir, existía una coincidencia casi total entre producciones agrarias y alimenticias. Se trataba, por tanto, de productos poco elaborados y básicamente perecederos.

Era muy habitual la venta de los productos a granel sin marca o distintivo alguno. La calidad del producto se ligaba más a sus características naturales que al prestigio de la marca que servía para comercializarlos. Así, por ejemplo, los consumidores acostumbraban a llevarse el aceite o el vinagre en las botellas que ellos mismos llevaban a las tiendas encargadas de distribuirlos. De forma análoga, era habitual que el azúcar y la harina, el arroz o los garbanzos se vendieran sin empaquetar. Además, la venta ambulante jugaba un papel fundamental en este modelo de alimentación pues era habitual el suministro directo a la población. Así, diariamente el panadero acercaba el pan a sus clientes; el propietario de las vacas, la leche (básicamente en las áreas productoras); el hortelano, las frutas y verduras; y el carnicero, las carnes y chacinas.

Otra de las características de esa etapa es que la mujer tenía un papel fundamental en la satisfacción de las necesidades alimenticias. El trabajo de la mujer no estaba remunerado ni reconocido socialmente y se le encomendaba la adquisición, conservación y preparación de los alimentos.

Por otro lado, resulta necesario recordar que el grado de motorización de los medios de transporte era todavía muy reducido en esos momentos. La proximidad era un elemento esencial de los hábitos de compra y por ello la pequeña tienda tradicional tenía un papel fundamental en el abastecimiento de los productos alimenticios. Esto daba lugar a que se consumieran, en buena medida, productos de los entornos agrícolas inmediatamente circundantes a los lugares de consumo.

Pero además, se trataba de un modelo de compra continua y diaria, en el que prácticamente no existía el almacenamiento de los alimentos. Se compraba, por

tanto, para satisfacer las necesidades alimenticias del día, en un comercio cercano, y de ese modo minimizar los costos del transporte de los alimentos y evitar el deterioro de los mismos.

Estos pequeños comercios formaban densas redes comerciales que almacenaban y acercaban los alimentos al consumidor. De este modo, el pequeño comercio tenía una importante función logística, pues era esa red comercial la que aseguraba el suministro, se encargaba de que los productos perecederos no se estropearan, daba crédito a las familias en situaciones de necesidad, etc. En este sentido, era muy frecuente que los pequeños comercios tradicionales fiaran a los clientes habituales las compras que realizaban para luego pagarlas en plazos cómodos. Así, la red comercial era un elemento básico de las tradicionales cadenas agroalimentarias de valor; sin embargo, el reducido tamaño de los comercios tradicionales no permitía que los mismos adquiriesen un papel dominante en estas cadenas.

Nuevas formas de comer. Mucha comida y poca salud

En el cuadro I se presenta el consumo de los principales alimentos en los hogares españoles en 1960 y 2006, lo que nos permite estudiar los cambios más significativos de la dieta alimentaria. Para ello se presenta el consumo de los diferentes alimentos expresados en unidades físicas con el fin de analizar si la dieta alimentaria consumida corresponde con lo que se considera una dieta "saludable".

Cuadro I
CONSUMO DE LOS ALIMENTOS MÁS IMPORTANTES
(KG/L/U PERSONA/AÑO)

	1960	2006
Cereales (trigo)	131.7	53.8
Arroz	7.3	5.7
Legumbres	119	4.4
Hortalizas frescas	56.3	67.7
Frutas	50.1	103.4
Carne	11.7	65.3
Huevos	123.6	195.5
Leche y derivados lácteos	59.8	138.6
Azúcar	16.2	6.7
Pescado	16.3	36.7
Aceite	10.3	20.6
Vino	45.7	24.1

Fuente: referencias 7 y 8

Tradicionalmente, la dieta de los españoles se basaba en el consumo de alimentos de notables efectos beneficiosos para la prevención de muchas enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc. Era una dieta rica en cereales, legumbres, aceite de oliva, patata, frutas y hortalizas, huevos, pescado y vino, y con un consumo moderado de carne y leche. De este modo, en 1960 destaca el consumo de cereales con 131.7 kg (consumo por persona/año), legumbres con 119 kg, 123.6 unidades de huevo, y 56.3 kg de hortalizas frescas. Por el contrario, el consumo de carne alcanzaba 11.7 kg y de leche y sus derivados 59.8 l. Se trataba, por tanto, de una dieta rica en hidratos de carbono y con escasa presencia de grasas animales.

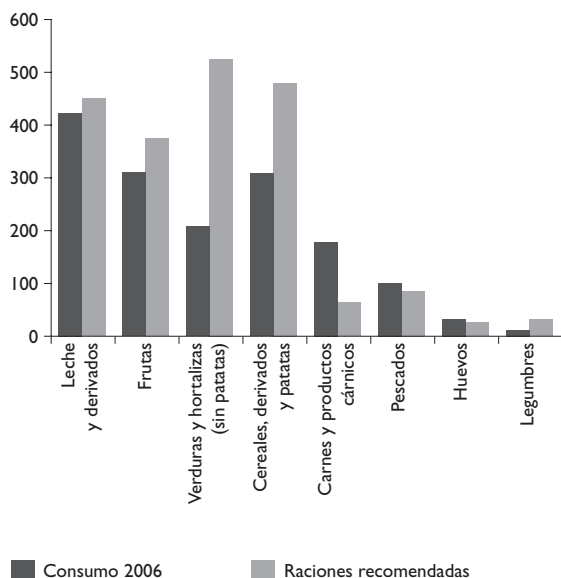
Sin embargo, la situación en 2006 era muy distinta y se aprecian cambios muy relevantes en la dieta de los hogares españoles; se advierte una importante caída del consumo de cereales, arroz, legumbres y vino. Es especialmente significativa la caída de los cereales, que pasan de 131.7 kg en 1960 a 53.8 kg en 2006, y las legumbres de 119 kg a 4.4 kg, respectivamente. Por el contrario, el consumo de carne, leche y sus derivados y aceites ha crecido en 2006. Destaca el aumento del consumo de carne al pasar de 11.7 kg a 65.3 kg, reflejado en los efectos perjudiciales en la salud de los consumidores.

Si comparamos el consumo de los diferentes tipos de carne entre 1960 y 2006, se advierte que el consumo de vacuno pasó de 5.2 kg/persona al año a 10.2 kg, el porcino de 1.8 kg a 16.1 kg/persona, y el de ave de 0.4 kg/a 14.1 kg/persona al año. Un caso único es el crecimiento espectacular del consumo de carne transformada, que no era significativo en 1960, y que en 2006 alcanzó los 14.6 kg por persona al año.^{7,8}

Además, se aprecia un aumento del consumo de leche y sus derivados, que ha pasado de los 59.8 l en 1960 a los 138.6 l en 2006. Tradicionalmente, los hogares consumían leche fresca del día, mientras que la leche que se consume en la actualidad es de larga duración. El consumo de yogur, que en 1960 era casi inexistente, es de los que con mayor fuerza se ha introducido en los hábitos alimentarios de los españoles en los últimos tiempos.

La Fundación Española de Nutrición⁹ ha estudiado el consumo de alimentos de los hogares españoles y su adecuación a los niveles recomendados en 2006. De este modo, el consumo de carne y sus derivados fue superior al recomendado. Por el contrario, el de cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas y leguminosas se encontraba por debajo de los niveles deseados. Los grupos que se ajustaron más a las recomendaciones fueron los de la leche y derivados, pescados y huevos.

En cuanto al perfil calórico medio de la dieta alimentaria de los hogares españoles, destaca que el aporte de lípidos y alcohol es superior al recomendado.



Fuente: referencia 9

FIGURA I. CONSUMO DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ALIMENTOS Y SUS RECOMENDACIONES (HOGAR + EXTRADOMÉSTICO), (G/DÍA)

En cambio, la aportación de los hidratos de carbono se encuentra por debajo del nivel recomendado. Los ácidos grasos saturados se encuentran asociados al consumo de lípidos y predominan en los alimentos de origen animal: carnes, vísceras y derivados (embutidos, patés, manteca, tocino, etc.), lácteos completos y grasas lácteas (nata y mantequilla), huevos, etc. También están presentes en el aceite de coco y palma, que contienen grasas hidrogenadas (*snacks*, productos de repostería industrial, etc.). Los ácidos grasos saturados hacen más sabrosos los platillos, además de provocar sensación de saciedad. Sin embargo, un consumo elevado de los mismos, junto con la ingesta de colesterol exógeno (procedente de los alimentos), puede ocasionar graves problemas cardiovasculares al obstruir las arterias.

Un caso especialmente importante son los hábitos alimentarios de los niños. Los especialistas constatan que los niños comen más y peor. Según los datos de la encuesta nacional de salud de 2006, 18% de los niños españoles tienen sobrepeso, cuando en 1984 esta cifra se reducía sólo a 4 por ciento. Andalucía está por encima de la media, con 29 por ciento. En 2007, la Asociación Española de Pediatría, tras visitar 33 comedores de toda España, denunció que el consumo de carne era excesivo, y el de frutas y verduras insuficiente.¹⁰

Otro estudio recientemente aplicado a 25 000 alumnos en toda España por la Fundación Dieta Mediterránea corrobora esta preocupante situación y concluye que existe un gran desconocimiento de algunos de los productos típicos de la dieta mediterránea. El 32% de los escolares de entre 8 y 11 años no han probado nunca las espinacas, 23% no saben qué gusto tiene un tomate y 15% no han comido jamás una naranja. Parece imposible, pero es cierto¹¹.

Se podría afirmar que buena parte de los problemas alimentarios que hoy observamos se han fraguado en el pasado y aparecen como efectos no intencionados de las acciones institucionales encaminadas a modernizar la sociedad española. La estimulación del alejamiento de la dieta tradicional, en sus productos y saberes, se manifiesta en un conjunto nuevo de hábitos alimentarios. La búsqueda de la variedad, para romper la monotonía alimentaria de las épocas de escasez, ha venido acompañada de la aparición de nuevos productos, que no siempre han aportado la esperada salud y que, sin embargo, han sustituido a los anteriores.¹²

Las grandes empresas alimentarias han convertido esta situación en una nueva oportunidad de negocio. Las firmas están desarrollando una nueva segmentación del mercado y ofreciendo a los consumidores productos que benefician a su salud. Para ello, la ciencia ha pasado a ser un pilar imprescindible del discurso publicitario de las grandes empresas agroalimentarias. Los anuncios se redactan como panfletos institucionales y los reclamos alimentarios están impregnados de ciencia médica que avala la calidad alimentaria y sustituye a las empresas como fuente de confianza.¹³ Las empresas ofrecen los alimentos como una mercancía al servicio de la salud. Recientemente han aparecido los “alimentos funcionales”, en los que el alimento contiene la fórmula para lograr la salud. Son productos con un soporte publicitario respaldado por estudios científicos que indican cuáles son las propiedades médicas del producto. Es el inicio de la medicalización de la alimentación.^{14,15} Como ejemplo de lo anterior está el caso de “Danacol”, de Danone, que es comercializado como un producto que reduce el colesterol y está avalado por la Sociedad Española de Cardiología, que prueba mediante un estudio científico que “Danacol” reduce el colesterol LDL, además de contribuir a que cada persona logre sus niveles óptimos.

La gran paradoja es que la mayoría de los productos funcionales inciden en todas las carencias derivadas de una alimentación industrial basada en productos procesados. Además, en la mayoría de los casos todavía no hay estudios suficientes y consistentes que permitan realizar una declaración de propiedad saludable, en

relación con determinados componentes o alimentos. Asimismo, los consumidores no tienen información clara sobre qué son estos alimentos, qué pueden aportar o cómo diferenciarlos.

En la Unión Europea no existe una legislación armonizada que regule la producción, la comercialización ni la publicidad de estos nuevos alimentos, y por tanto, estas cuestiones se resuelven a nivel nacional, siendo muy pocos los países miembros que cuentan con una reglamentación clara.

Discusión

Desde los años cincuenta del pasado siglo varios factores vienen actuando de un modo continuado y progresivo sobre los hábitos alimenticios de los hogares españoles, de tal modo que han terminado transformando seriamente la relación entre alimentación y salud. La salud realmente no es la principal motivación a la hora de elegir los alimentos. Las actuales formas de comer están condicionadas por una serie de imperativos o limitaciones, como la disposición de tiempo, presupuesto, búsqueda de placer o sociabilidad, etc. Aún sin corresponderse con el modelo alimentario facultativamente pautado y esperado, las prácticas no constituyen, salvo excepciones, síntomas alarmantes de una desestructuración generalizada, sino más bien, modos de comer más operativos y flexibles.¹⁶

La rapidez y facilidad en la preparación de los alimentos se integran a la publicidad de la alimentación para favorecer los nuevos ritmos laborales, el aumento creciente de tiempo de ocio y la prolongada escolarización de los jóvenes. No obstante, ahora se piensa más en un consumidor (hombre o mujer, indistintamente) que, ocupado en el trabajo externo al hogar, llega a casa con escaso tiempo, con el cansancio acumulado y sin nadie con quien compartir la comida.¹⁵

Una de las características más importantes de la modernidad alimentaria es la introducción de la alimentación en el lugar de trabajo, no sólo en el restaurante o en la cafetería de la empresa, sino en el mismo despacho u oficina o en las salas de reunión y de descanso. Los alimentos se traen del propio domicilio o son comprados cerca del lugar de trabajo. Las motivaciones de estas prácticas no son de tipo económico ni tienen que ver con un eventual descontento con el restaurante de la empresa sino con una lógica de organización del tiempo de trabajo o del tiempo en general.¹

Además, ha cambiado la estructura del consumo alimentario: aumenta el consumo de carne y sus derivados por encima del nivel recomendado, y disminuye el de cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas y leguminosas, que se encuentra por debajo de los niveles

deseados para una buena salud. Como consecuencia de estos desequilibrios en la dieta, es muy frecuente la aparición de una serie de problemas sanitarios asociados a una mala alimentación. Un caso especialmente preocupante son los hábitos alimentarios de los niños. Los especialistas constatan que los niños comen más y peor. En 2006, 18% de los niños españoles tenían sobrepeso.

A ello se suma que el entorno alimentario tampoco favorece la salud de los consumidores españoles. Las nuevas formas de distribución que acaparan buena parte de las ventas de la alimentación y la proliferación de las máquinas de *vending* en lugares como las gasolineras están favoreciendo la comercialización de productos como los *snacks* salados o los dulces, que suelen igualmente venderse cerca de las cajas de los supermercados, y que son productos ricos en grasas saturadas y azúcares añadidos.¹⁷ Es decir, el entorno cotidiano de los consumidores facilita el acceso a este tipo de productos, por su omnipresencia en los lineales,* así como por la enorme presión que ejercen sus distribuidores y la inversión publicitaria, todo lo cual perjudica seriamente el control de la ingesta calórica en su consumo.

Conclusiones

La situación actual requiere una serie de cambios para poner fin al conflicto que existe entre alimentación y salud. Para ello, es necesario un importante esfuerzo por parte de la administración pública para concienciar a los consumidores y aumentar su capacidad de gestión sobre los parámetros de su alimentación.

Además, tal esfuerzo habrá de estar necesariamente acompañado por una serie de limitaciones a las poderosísimas influencias que la gran distribución comercial y la industria alimentaria desarrollan a la hora de comercializar los alimentos. Ya que los consumidores están adiestrados en la comunicación publicitaria, se trata, en definitiva, de controlar aquellos reclamos publicitarios que los incitan o confunden, y provocan desórdenes en las comidas que en modo alguno contribuyen a su bienestar.

Asimismo, la vida cotidiana comprende múltiples acontecimientos de diversa índole (diferentes horarios, reuniones imprevistas, viajes, etc.) que dificultan la rutina en la organización de las comidas. Los padres, asimismo, tienen que realizar un importante esfuerzo para adaptar la vida diaria a los parámetros de una buena alimentación que beneficie a sus hijos.

* Se llama lineal al conjunto de estantes de las góndolas en donde se exponen los productos en las grandes superficies comerciales.

Por último, es importante señalar que el tiempo dedicado al desempeño de actividades sedentarias (ordenador, televisión, estudio, videojuegos, etc.) y la falta de ejercicio físico tampoco ayudan a la buena calidad de vida de las personas. Esto hace que sea necesario insistir en cambiar esta forma de vida, lo que indudablemente mejorará la salud.

Declaración de conflicto de intereses

Declaro no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Contreras J, Gracia M. Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud. En: Díaz C, Gómez C, eds. Alimentación, consumo y salud. Barcelona: La Caixa, 2008: 153-191.
2. Contreras J. Alimentación y sociedad, sociología del consumo alimentario en España. En: Gómez C, ed. Agricultura y sociedad en el cambio de siglo. Madrid: McGraw-Hill, 2002: 297-332.
3. Abad C, Naredo JM. Sobre la modernización de la agricultura española (1940-1995): de la agricultura tradicional a la capitalización agraria y dependencia asistencial. En: Gómez C, González J, comp. La agricultura y sociedad en la España contemporánea. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997: 249-316.
4. Maté V. Menos comida, pero más cara. El País 2001 mayo 6; p. 14.
5. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. La alimentación en España. Madrid: MAPA, 1995.
6. Farré R, Frasquet I. Dieta mediterránea: aspectos nutricionales. Distribución y consumo 2000; 50: 97-107.
7. Fundación FOESSA. Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975-1983. Madrid: Euramérica, 1983.
8. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. La alimentación en España. Madrid: MAPA, 2006.
9. Fundación española de la Nutrición. ¿Qué estamos comiendo los españoles? ¿Cómo ha evolucionado nuestra dieta? [monografía en internet]. Madrid: FEN, 2008. [consultado 2009 septiembre 3]. Disponible en: <http://www.fen.org.es/img/Noticias/13320084458.doc>.
10. Monago T. Aprender a comer. Diario de Sevilla 2008 octubre 3.
11. Pantaleoni A. Ni naranjas ni espinacas. El País 2008 enero 10. [consultado 2009 septiembre 11]. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/cataluna/naranjas/espinacas/elpepuespcat/20080110elpcat_15/Tes.
12. Díaz C, Gómez C. Evolución de las recomendaciones institucionales sobre salud y alimentación. En: Díaz C, Gómez C, eds. Alimentación, consumo y salud. Barcelona: La Caixa, 2008: 25-54.
13. González M. Transformaciones en el concepto de salud: publicidad y consumo alimentario (1960-2009). En: Federación Española de Sociología. I Congreso Español de Sociología de la Alimentación. Gijón, mayo 28-29 2009.
14. Gracia M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública Mex 2007; 49(3):236-242. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Mayo%20Junio/9-comer.pdf [consultado 2009 septiembre 20].
15. Díaz C, González M. Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales. En: Díaz C, Gómez C, eds. Alimentación, consumo y salud. Barcelona: La Caixa, 2008: 105-129.
16. Gracia M. Maneras de comer hoy. Internacional de Sociología 2005; 40:159-182.
17. Luque E. La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios. En: Díaz C, Gómez C, eds. Alimentación, consumo y salud. Barcelona: La Caixa, 2008: 130-149.