

# Transición epidemiológica-nutricional y cambios demográficos en la España contemporánea

EVA MARÍA TRESCASTRO-LÓPEZ, MARÍA EUGENIA GALIANA-SÁNCHEZ Y JOSEP BERNABEU-MESTRE\*

## RESUMEN\*

Durante la segunda mitad del siglo XX la sociedad española completaba su transición demográfica, epidemiológica y sanitaria, y se alcanzaban los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia. Sin embargo, este proceso ha venido acompañado de nuevos retos como el envejecimiento poblacional y la elevada prevalencia de patologías crónicas no transmisibles. En este artículo se analiza la relación entre alimentación, nutrición y salud, y se reflexiona sobre el papel que puede jugar la mejora de los patrones alimentarios para garantizar un envejecimiento saludable y autónomo, así como también sobre el interés que ofrece el marco explicativo de la transición epidemiológica-nutricional.

## 1. INTRODUCCIÓN

Para poder entender las dinámicas que marcaron los patrones de salud y enfermedad de la población española a lo largo del siglo XX, puede resultar útil reflexionar sobre la interacción entre dinámicas de salud y procesos transicionales (gráfico 1).

\* Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante (eva.trescastro@ua.es, galiana@ua.es, josep.bernabeu@ua.es).

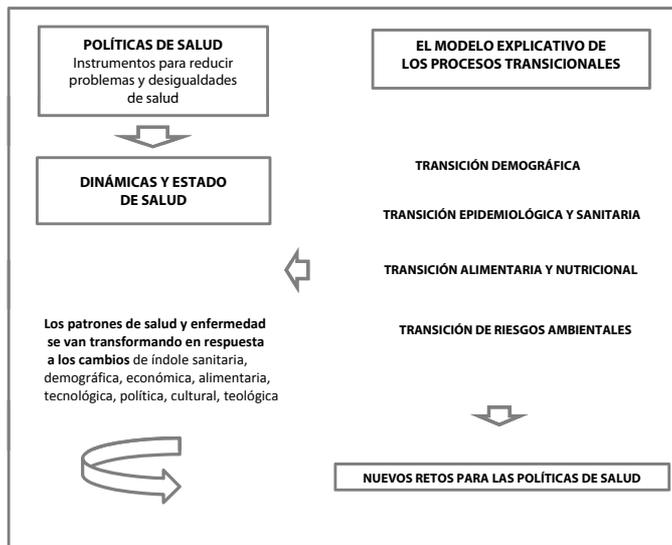
A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, al mismo tiempo que la sociedad española completaba su transición demográfica y consolidaba su transición sanitaria y epidemiológica, se alcanzaban los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia. Sin embargo, pese a todos aquellos avances, los años finales de la pasada centuria y los primeros años del siglo XXI se han acompañado de la aparición de nuevos retos demográficos y epidemiológicos que pueden cuestionar muchos de aquellos adelantos.

En los años noventa del pasado siglo, 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 y Domingo, 2002). 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, 2011). La

\* Este trabajo se ha elaborado en el marco de los proyectos de investigación "Programa Prometeo II/2014/ 015" para grupos de investigación de excelencia de la Generalitat Valenciana y "El contexto internacional de las políticas de nutrición y alimentación de la España del desarrollismo (1959-1975) (HAR2014-51859-C2-2-P), del Ministerio de Economía y Competitividad.

GRÁFICO 1

PROCESOS TRANSICIONALES, POLÍTICAS SANITARIAS Y DINÁMICAS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015a).

segunda fase de la transición demográfica nos ha aportado el reto sociosanitario 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 las cargas de enfermedades crónicas no transmisibles a medida que vivimos más años (Casado, 2011).

La transición epidemiológica, por su parte, estableció un nuevo patrón de morbilidad-mortalidad dominado por la patología de naturaleza crónica y degenerativa. Los avances en la longevidad de la población se han convertido en el aspecto más definitorio de los cambios aportados por la transición epidemiológica en la España de las décadas finales del siglo XX (Blanes, 2007). Al finalizar dicho siglo, el patrón de mortalidad de la población española estaba dominado por las causas no transmisibles, llegando a alcanzar más del 90 por ciento de las defunciones. En las edades maduras y avanzadas, el peso que tradicionalmente habían tenido las enfermedades transmisibles se vio reducido de forma paulatina a partir de mediados del siglo XX, hasta representar el 3 por ciento de las muertes en los adultos-maduros, y el 5 por ciento en los ancianos. A grandes rasgos, la evolución del patrón de morbilidad-mortalidad consistió en el control de las causas transmisibles a mediados del siglo XX,

y, en una segunda fase, a partir de los años setenta, en la progresiva reducción del peso de las enfermedades del aparato circulatorio y el creciente protagonismo de los tumores (Blanes, 2007).

Como se ha podido comprobar, en términos de dinámicas de salud nos enfrentamos a una prevalencia de patologías crónicas no transmisibles que influyen considerablemente en los niveles de bienestar y calidad de vida de la población. En este contexto, la estrecha relación entre alimentación, nutrición y salud nos lleva a reflexionar sobre el papel clave que puede jugar la mejora de los patrones de alimentación y nutrición para garantizar un envejecimiento saludable y autónomo y a valorar el interés que ofrece el marco explicativo de la transición epidemiológica-nutricional.

## 2. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL

Cuando se habla de transición epidemiológica-nutricional, nos estamos refiriendo a los cambios en los comportamientos alimentarios y estilos de vida, y a su impacto en indicadores y estados de

salud y nutricionales (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015a). Esta perspectiva permite valorar el efecto de la nutrición sobre la salud, la relación entre dieta y enfermedad, y la relación entre el consumo de alimentos y el desarrollo de determinadas patologías.

A lo largo del siglo XX, la población europea consolidó la última etapa de la transición epidemiológica-nutricional que se había iniciado a finales del siglo XVIII (Nicolau y Pujol, 2011). En España, fue al final de la década de los setenta del siglo XX cuando, con un cierto retraso en relación con los países de la Europa occidental, la mayoría de la población fue capaz de cubrir de forma satisfactoria los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, y mostrar un perfil calórico que se ajustaba casi perfectamente a las recomendaciones de los organismos internacionales (Abuhazim 2010; Marrodán, Montero y Cherkaoui, 2012; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b). A finales del siglo XX, sin embargo, se inició una nueva etapa en la que el consumo de dietas basadas en grasas saturadas, azúcares e hidratos de carbono derivó en un aumento de la obesidad y de las enfermedades degenerativas. En la actualidad, nos encontramos en la última etapa del modelo transicional, caracterizada por la necesidad de fomentar el consumo de dietas equilibradas y saludables que permitan controlar las enfermedades y los problemas de la etapa anterior, disfrutando así de una vida más larga y de mayor calidad (Popkin, 1993). Veamos a continuación cómo tuvo lugar dicho proceso en el caso español.

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

Una vez superado el período autárquico de la posguerra, en la década de los sesenta se inició un proceso de desarrollo económico no exento de desigualdades y caracterizado por una falta de homogeneidad que también afectaba a la cuestión alimentaria (Germán, 2009). Los estudios realizados sobre la alimentación de la población española desde la Escuela de Bromatología entre 1956 y 1961 ponían de manifiesto que un 10 por ciento de la población mostraba un aporte caló-

rico insuficiente, mientras que un 40 por ciento consumía un exceso de calorías. La ingesta de proteínas totales era adecuada; la mayor proporción de proteínas continuaba siendo de origen vegetal, pero se mantenían importantes déficits en vitaminas B2 (64 por ciento de la población), A (49 por ciento de la población) y C (33 por ciento de la población), calcio (30 por ciento) y ácido nicotínico (26 por ciento). 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, Moreiras y Carvajal, 1968). Por su parte, en las encuestas rurales de alimentación y nutrición que se llevaron a cabo en los años 1962-1969, no se apreciaba un déficit calórico proteico en las medias de consumo de la población, pero se seguía constatando que, en aquellos ambientes rurales, la mayor parte de las proteínas eran de origen vegetal, con una baja ingesta de calcio, que afectaba a la mayor parte de la población. Se estimaron déficits en vitamina A y B2 en amplios segmentos sociales (Varela, García y Moreiras, 1970; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

Al inicio de la década de 1960, la diversidad de situaciones que encerraba la geografía nacional era evidente, pero el problema no era la falta de recursos, salvo en un reducido número de familias; el reto estaba en educar a la población para que supiera qué alimentos debían adquirir con sus recursos y cuáles eran útiles para una alimentación correcta (De Palacios, 1964; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

A raíz de algunos de los convenios y acuerdos internacionales que firmó el régimen franquista, en 1954 se puso en marcha el Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición (SEAN), un organismo destinado a distribuir la llamada Ayuda Social Americana, y más concretamente encargado del reparto de leche entre los escolares españoles. Además, en 1961 se iniciaron las actividades del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), gracias a la ayuda técnica de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y el soporte económico de UNICEF (Esplugues-Pellicer y Trescastro-López, 2012; Trescastro-López, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre 2012; Trescastro-López, Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2013; Trescastro-López y Trescastro-López, 2013). El objetivo del Programa

EDALNU era mejorar el nivel nutricional de las familias españolas a través de la promoción de mejores hábitos alimentarios. Entre las 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.

Gracias a estas y otras iniciativas (Trescastro-López *et al.*, 2014), fue al final de la década de los setenta cuando, como ya se ha indicado, la mayor parte de la población española pudo cubrir sus requerimientos de energía, proteínas y micronutrientes y ajustar su ingesta a las recomendaciones sobre alimentación saludable de la época.

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

Lejos de mantenerse aquella situación, idónea desde el punto de vista epidemiológico-nutricional, unos años después, en la década de los ochenta, el panorama nutricional se hallaba 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. España fue evolucionando desde un patrón de consumo basado fundamentalmente en cereales, legumbres, aceite de oliva, grasa de cerdo, patatas, frutas, hortalizas, pescados y huevos, hacia un aumento del consumo de carne, leche y productos lácteos, con un descenso importante del consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, grasas vegetales, cereales y patatas (Serra y Bautista, 2007; Garrobou y Cussó, 2009).

En realidad, al mismo tiempo que se habían ido resolviendo los problemas de desnutrición propios de la etapa pretransicional, fueron apareciendo los problemas postransicionales ligados a la sobrealimentación (dietas hipercalóricas, mayor consumo de grasas de origen animal y de azúcares libres, o menor ingesta de alimentos ricos en fibra, entre otros) y que explicarían una parte importante de los cambios que acompañaron a la transición epidemiológica española (Blanes, 2007).

Como señalaban Villalbí y Maldonado (1988: 128-129) en su análisis de la transición

nutricional experimentada por la población española entre la década de 1940 y la de 1980, la dieta de los españoles 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 marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas, dando lugar a una dieta hipercalórica que empezaba a vislumbrarse como 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 (SP/OB). Según diversas estimaciones, las calorías de la dieta media se habían incrementado en un 10 por ciento desde 1965 a 1979, y el consumo de grasas, en un 20 por ciento, a expensas, sobre todo, de las de origen animal (Varela, Moreiras y 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 Garrobou, 2007: 90-95); por el contrario, en los años ochenta, 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 ciento de la energía, la misma proporción que los hidratos de carbono. Además, destacaba el excesivo consumo de las proteínas de origen animal: 65 por ciento de la cantidad de proteína consumida por persona y día, muy por encima del 50 por ciento recomendado (Cussó y Garrobou, 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 el antagonismo de factores de riesgo y factores protectores, como ocurre con el elevado consumo de aceite de oliva (Moreno, Sarría y Popkin, 2002).

El cambio en el comportamiento alimentario de la población española, asociado al

CUADRO 1

## EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS (ESPAÑA, 1987-2012)

	ENS 1987		ENS 2006		ENS 2012	
	Adultos 18 años y más		Adultos 18 años y más		Adultos 18 años y más	
	Exceso ponderal (SP+OB)	Exceso ponderal %	Sobrepeso %	Obesidad %	Sobrepeso %	Obesidad %
Hombres	--	--	44,7	15,6	45,1	18,0
Mujeres	5	5	29,4	15,2	28,1	16,0

Fuente: Elaboración propia.

aumento del bienestar socioeconómico, tuvo un impacto positivo al reducir los problemas vinculados con la malnutrición por defecto, además de mostrar un efecto beneficioso sobre el crecimiento infantil y juvenil, que se reflejó, entre otros indicadores, en el aumento de la estatura (Trescastro-López *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, a la vez que un consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples o sodio, y calóricamente densos, han comportado un aumento del sobrepeso y la obesidad (SP/OB) y el incremento de problemas de salud, como la diabetes, determinados tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Moreno, Sarría y Popkin, 2002; Quiles *et al.*, 2008), encontrándonos ante una creciente prevalencia de problemas asociados a la malnutrición por exceso.

En España, las cifras de SP/OB se aceleraron a partir de la década de 1980. De acuerdo con datos proporcionados por la *Encuesta Nacional de Salud* (ENS), en 1987 se situaba en torno

al 5 por ciento, cuando según la misma Encuesta del año 2006 el 52,45 por ciento de la población presentaba exceso de peso, afectando a los hombres en un 60,3 por ciento, y a las mujeres en un 44,6 por ciento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Sin embargo, estas cifras han continuado en aumento y en la última ENS del año 2012, el 53,7 por ciento de la población presentaba exceso de peso (SP/OB), afectando a los hombres en un 63,15 por ciento, y a las mujeres en un 44,18 por ciento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) (cuadro 1). 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 y Cherkaoui, 2012: 61).

El problema es similar e incluso más preocupante entre la población infantil y adolescente (cuadro 2). El estudio Paidos publicado en 1985 mostraba un 4,9 por ciento 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 ascendía al 13,9 por ciento.

CUADRO 2

## EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS-ADOLESCENTES EN ESPAÑA, 1985-2011

	Estudio Paidos		Estudio Enkid		Estudio ALADINO	
	1985		1998-2000		2010-2011	
	Edad 9-12 años		Edad 2-24 años		Edad 6-9 años	
	Exceso ponderal (SP+OB)	Exceso ponderal %	Sobrepeso %	Obesidad %	Sobrepeso %	Obesidad %
Niños	--	--	16	21,7	13,9	20,2
Niñas	49	49	13,1	9,8	13,8	14,8

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

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.

El exceso nutricional propio de la etapa postransicional y los cambios en los estilos de vida (menor actividad física, que, por tanto, precisa un menor gasto energético) explican el incremento de patologías como la obesidad, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, las afecciones cardio y cerebrovasculares, así como determinados tipos de cáncer (principalmente de mama, próstata y colon) (Bernabeu-Mestre, Esplugues-Pellicer y Trescastro-López, 2011). Estos efectos no deseados de la transición epidemiológica-nutricional se agravan en la población anciana. Se ha llegado a estimar que aproximadamente el 40 por ciento de las personas mayores presentan algún tipo de alteración nutricional, como malnutrición calórico-proteica, déficit selectivo de vitaminas u oligoelementos, inadecuado aporte hídrico y obesidad (Martín, 2002: 23), por lo que este grupo de población aumenta su riesgo de déficit nutricional. En el caso de la población anciana se combina una paradójica carencia alimentaria: por una parte, un incremento de la obesidad por exceso de alimentación y, por otra, un mayor riesgo de desnutrición asociada al proceso de envejecimiento (Martín, 2002).

## 5. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LOS RETOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, las cuestiones alimentarias y nutricionales pueden jugar un papel relevante en el mantenimiento de unos estándares de calidad de vida óptimos en la población general, y en las personas mayores en particular. Resulta evidente la necesidad de fomentar el consumo de dietas equilibradas y saludables que permitan controlar las enfermedades y los problemas derivados de una mala alimentación, disfrutando así de una vida más larga y de mayor calidad. La gastronomía, entendida como la ciencia que 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, proporciona elementos clave a la hora de conseguir este objetivo. El conocimiento gastronómico 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 (Bernabeu-Mestre, 2016).

En el momento actual no se come solo por salud, también se come por placer, y, sobre todo, se come de acuerdo con unos hábitos alimentarios (Ansón y Varela, 2007). En el momento de programar una dieta, aunque sea correcta desde el punto de vista nutricional, si no se tienen en cuenta el placer y los hábitos, es decir, la gastronomía, muy probablemente se 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” (Bernabeu-Mestre, 2016).

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 y las nuevas formas de restauración colectiva gozan cada vez de mayor aceptación, mientras va ganando terreno la desestructuración de los hábitos alimentarios (Bernabeu-Mestre, 2016). Por todo ello debemos ser capaces de conjugar la salubridad y la calidad en la alimentación que promocionemos; en este contexto, la Dieta Mediterránea (DM) se presenta como un patrón alimentario que reúne todas estas características.

Sin embargo, 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). Según datos del Estudio ENRICA, la puntuación media en la escala de adherencia a la dieta mediterránea es escasa. Ello obedece a la emergencia de una “dieta mediterránea evolucionada” resultante de la incorporación, en las últimas décadas,

de un alto consumo de carne y otros productos ricos en grasa animal, así como de alimentos ricos en azúcares (UAM, 2010).

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 las ventajas 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 y 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 sus virtudes y defectos desde el punto de vista nutricional, corrigiéndolos cuando resulte conveniente, tal como ocurre con la reducción de la proporción de grasas en los casos en que resultan excesivas, o con el cuidado de 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 y de campañas orientadas hacia la mejora de la educación en alimentación y nutrición, pero al que también se tienen que incorporar sectores claves en el ámbito de la alimentación, como la industria agroalimentaria, aportando sus cuotas de responsabilidad social, y otros agentes involucrados en la restauración colectiva.

## 6. UNAS REFLEXIONES FINALES

En términos de alimentación y nutrición, la experiencia española confirma cuestiones ya conocidas: la mejora de los niveles de vida o, al menos, del poder adquisitivo, va acompañada habitualmente de aspiraciones gastronómicas más sofisticadas; pero el deseo de comer mejor

no siempre se corresponde con una alimentación y nutrición adecuadas. De acuerdo con el modelo europeo-occidental, en una primera etapa se superaron los problemas de desnutrición que explicarían, en buena medida, el patrón epidemiológico dominado por las enfermedades infecciosas que caracterizó la etapa pretransicional (Sánchez Verdugo, 1948). A partir de la década de 1960, el proceso de transición alimentaria y nutricional estuvo marcado por la evolución hacia unas condiciones y un estilo de vida caracterizado por el estrés, el sedentarismo y el descenso en la actividad física y, por tanto, en el gasto energético, a la vez que por un consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples o sodio, y calóricamente densos, lo que comportó, desde el punto de vista epidemiológico-nutricional, un aumento imparable del sobrepeso y la obesidad y un incremento de problemas de salud como la diabetes, determinados tipos de cáncer o las enfermedades cardiovasculares (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

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 (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 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 por qué la obesidad y el sobrepeso, muy relacionados con el sedentarismo, han llegado a alcanzar cifras tan alarmantes.

Los retos demográficos –envejecimiento y aumento de la longevidad– y epidemiológicos ante los que se encuentra la población española, muchos de estos últimos asociados a las consecuencias de una alimentación y nutrición inadecuadas, aconsejan revertir la tendencia que muestra la transición epidemiológica-nutricional y recuperar hábitos alimentarios y estilos de vida saludables como los que representa la dieta mediterránea.

## BIBLIOGRAFÍA

ABUHAZIM, A. (2010), *Transición nutricional y alimentaria en España*, Madrid, Bubok Publishing.

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2012), *Presentación de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE)* (de: [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)).

ALONSO, E. (2011), "Patrones de dieta actual en el mundo mediterráneo", en ALONSO, E.; VARELA, G., y D. SILVESTRE (coords.), *¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI?*, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez Cuétara: 39-54.

ANSÓN, R., y G. VARELA (2007), *Gastronomía saludable*, León, Editorial Everest.

BERNABEU-MESTRE, J. (2016), "Alimentación y población: los retos epidemiológicos de la transición nutricional española", en *Monografía colectiva de homenaje al Profesor Vicente Gozálviz Pérez*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante (en prensa).

BERNABEU-MESTRE, J.; ESPLUGUES-PELLICER, J. X., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2011), "Nutrición y envejecimiento", en R. GÓMEZ (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Alianza Editorial: 183-198.

BERNABEU-MESTRE, J.; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2015a), "Procesos transicionales y dinámicas de salud en la España de la segunda mitad del siglo XX", en E. PERDIGUERO (ed.), *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Alicante, Universidad Miguel Hernández: 19-30.

- (2015b). "De la faim et la dénutrition à l'obésité et la malnutrition: la transition épidémiologique et nutritionnelle de la population", en *Consommateurs et consommations XVII-XXIe siècles. Regards franco-espagnols*, Alicante/Perpignan, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante: 303-328.

BLANES, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX (tesis doctoral)*, Barcelona, Departament de Geografia, Facultat de Filosofia i Lletres, Universitat Autònoma de Barcelona.

CASADO, D. (2011), *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*, Madrid, Editorial CCS, Colección: Intervención social.

Cussó, X., y R. GARROBOU (2007), "La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas

y legumbres", *Investigaciones de Historia Económica*, 7: 69-100.

DE PALACIOS, J. M. (1964), *Estado nutritivo de nuestros niños*, Madrid, Ministerio de Educación Nacional/ Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición.

ESPLUGUES-PELLICER, J. X., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2012), "El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición: cuando la alimentación española era satisfactoria (1961-1972)", en J. M. COMELLES, y M. GRACIA (eds.), *Alimentación, Salud y Cultura*, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili: 423-439.

GARRABOU, R., y X. CUSSÓ (2009), "Dieta mediterránea y transición nutricional moderna en España", en L. G. GERMÁN ZUBERO (coord.), *Economía alimentaria en España durante el siglo XX*, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: 25-63.

GERMÁN, L. G. (Coord.) (2009), *Economía alimentaria en España durante el siglo xx*, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.

GÓMEZ, R. (coord.) (2011), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Alianza Editorial.

MARRODÁN, M.; MONTERO, P., y M. CHERKAOUI (2012), "Transición nutricional en España durante la historia reciente", *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32 (suplemento 2): 55-64.

MARTÍN, A. (2002), "Epidemiología de las alteraciones nutricionales en el anciano", en M.A. RUBIO (dir.), *Manual de alimentación y nutrición en el anciano*, Barcelona, Masson: 23-29.

MENACHO, T.; CABRÉ, A. M., y A. DOMINGO (2002), "Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX", *Mediterráneo Económico (Procesos migratorios, economía y personas*, número coordinado por Manuel Pimentel), 1: 121-138.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006), *Encuesta Nacional de Salud* (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>).

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES e IGUALDAD (2012), *Encuesta Nacional de Salud* (<http://>

www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf).

MORENO, L.; SARRÍA, A., y B. M. POPKIN (2002), "The nutrition transition in Spain: A European Mediterranean country", *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(10): 992-1003.

NICOLAU, R., y J. PUJOL (2011), "Aspectos políticos y científicos del Modelo de Transición Nutricional: evaluación crítica y nuevas perspectivas", en J. BERNABEU, y J. LL. BARONA (eds.), *Nutrición, Salud y Sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universidad de Valencia: 19-57.

POPKIN, B. M. (1993), "Nutrition patterns and transitions", *Population and Development Review*, 19:138-157.

QUILES, J. (1994), *Els nostres menjars saludables*, València, IVESP.

QUILES, J. et al. (2008), "Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención", *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14(3): 142-149.

RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. et al. (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: 161-168.

SÁNCHEZ VERDUGO, J. (1948), "Cambios en la mortalidad proporcional por grupos de edades y causas en lo que va de siglo", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*: 808-829.

SERRA, LL., y A. BACH (2012), "Mediterranean diet and public health nutrition: Future and challenges", en A. GARCÍA y G. VARELA (coords.), *Hot topics in nutrition and public health*, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez Cuétara: 77-89.

SERRA, LL., e I. BAUTISTA (2007), "La nutrición en España", en V. CLIMENT et al., *Como vivíamos: alimentos y alimentación en la España del siglo XX*, Madrid, Lunweg editores/ MAPA/ Fundación Triptolemos: 177-196.

TRECASCRO-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): 227-236.

TRECASCRO-LÓPEZ, E. M.; BERNABEU-MESTRE, J., y M. E. GALIANA-SÁNCHEZ (2013), "Nutrición y Salud Pública: políticas de alimentación escolar en la España contemporánea (1931-1978)", *Asclepio*, 65 (2), p026 (<http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.26>).

— (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): 955-963.

TRECASCRO-LÓPEZ, E. M., y S. TRECASCRO-LÓPEZ (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): 84-90.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA y SALUD PÚBLICA (FACULTAD DE MEDICINA) (2010), *Estudio de nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA)* ([http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2011/07/11/17/21/3a4a4254-d025-45d1-b8d4-40a42c0f852f.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/11/17/21/3a4a4254-d025-45d1-b8d4-40a42c0f852f.pdf)).

VARELA, G.; GARCÍA, D., y O. MOREIRAS (1970), *La nutrición de los españoles. Diagnóstico y recomendaciones*, Granada, Instituto de Desarrollo Económico.

VARELA, G.; MOREIRAS, O., y B. CARVAJAL (1968), *Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española*, Madrid, Fundación Española de Nutrición.

VILLALBÍ, J. R., y R. MALDONADO (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: 127-130.

ZAPATA, Z. (2003), "Problemática actual de la alimentación rural y posibilidades de recuperación", en J. M. MARTÍNEZ (ed.), *Historia de la alimentación rural y tradicional. Recetario de Almería*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses: 17-28.