

DESEMPLEO, PRECARIEDAD, NUTRICIÓN Y SALUD EN UNA ESPAÑA EN CRISIS

UNEMPLOYMENT, PRECARIOUSNESS, NUTRITION AND HEALTH IN A SPAIN IN CRISIS

Noemí López-Ejeda
Acción Contra el Hambre
nlopez@accioncontraelhambre.org / noemilop@ucm.es

Antonio Vargas
Acción Contra el Hambre
avargas@accioncontraelhambre.org

María Dolores Marrodán
Universidad Complutense de Madrid
marrodan@ucm.es

Fecha recepción artículo: 27/05/2020 • Fecha aprobación del artículo: 10/07/2020

RESUMEN

El desempleo y el empleo precario son uno de los mayores determinantes de pobreza en España y se han visto agravados con la crisis económica sufrida durante la última década. La falta de recursos amenaza la seguridad alimentaria de las familias que se ven obligadas a adoptar estrategias de compra que conducen a la reducción del consumo de alimentos frescos y al aumento de productos refinados y ultraprocesados. Estas dietas hipercalóricas y de bajo valor nutricional, unidas al sedentarismo, dan lugar a una doble carga de malnutrición donde conviven la obesidad con las deficiencias de micronutrientes. El estado nutricional determina en gran medida la salud física y mental de las personas pero esta relación no es directa y unidireccional. Todos los factores mencionados se retroalimentan entre sí y a su vez están atravesados por otros elementos transversales como son la pobreza energética, la globalización, la inequidad de género o el acceso a la educación y la salud, entre otros. Intervenciones multisectoriales como son los itinerarios de inserción sociolaboral integrales y la colaboración entre entidades públicas y privadas, resultan imprescindibles para poder asegurar la salud y bienestar de los colectivos más vulnerables.





Palabras clave: Desempleo, Precariedad, Pobreza, Seguridad alimentaria, Malnutrición, Obesidad, Salud, Crisis económica, España.

ABSTRACT

Unemployment and precariousness are one of the major determinants of poverty in Spain and have been aggravated by the economic crisis of the last decade. The lack of resources threatens the food security of families who are forced to adopt purchasing strategies that lead to a reduction in the consumption of fresh food and an increase in refined and ultraprocessed products. These high-calorie, low-nutritional value diets, coupled with sedentary lifestyles, lead to a double burden of malnutrition where obesity and micronutrient deficiencies coexist. Nutritional status largely determines the physical and mental health of individuals but this relationship is not direct and unidirectional. All of the above factors feed off each other and are in turn crossed by other transversal elements such as energy poverty, globalization, gender inequality or access to education and health services, among others. Multisectoral interventions such as integral social-labour insertion itineraries and collaboration between public and private entities are essential to ensure the health and well-being of the most vulnerable groups.

Keywords: Unemployment, Precariousness, Poverty, Food security, Malnutrition, Obesity, Health, Economic crises, Spain.

Noemí López-Ejeda es Doctora en Biología con Máster en Antropología Física y está especializada en epidemiología nutricional. Trabaja como investigadora en la ONG Acción Contra el Hambre en proyectos enfocados a la mejora del tratamiento de la malnutrición aguda infantil y es profesora del Grado de Nutrición Humana y Dietética en la Universidad Isabel I de Castilla. También es miembro del Grupo de Investigación EPINUT de la Universidad Complutense de Madrid y forma parte de la Red NISALdes para el estudio de los Niveles de Vida, Salud, Nutrición y Desigualdad (RED2018-102413-T).

Antonio Vargas es médico especialista en medicina de familia y salud comunitaria. Doctorado en ciencias de la salud y master en Medicina tropical y en Salud Pública Internacional. Profesor del grado de medicina tropical de la universidad Autónoma de Madrid. Es responsable del departamento de nutrición y salud de Acción Contra el Hambre España, responsable y miembro de varios grupos de investigación dirigidos a mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento nutricional en el ámbito de la cooperación. Está vinculado al problema de la desnutrición desde hace más de 20 años desarrollando su carrera profesional como médico, docente e investigador en más de una quincena de países y diferentes contextos.

María Dolores Marrodán es Doctora en Biología. Directora del Grupo de Investigación EPINUT de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de la Red NISALdes para el estudio de los Niveles de Vida, Salud, Nutrición y Desigualdad (RED2018-102413-T). Vicepresidenta de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA) y de la Sociedad Internacional de Antropometría Aplicada al Deporte y la Salud (SIANADS). Ha participado y dirigido proyectos de investigación orientados a la cooperación internacional en temas de salud, nutrición y seguridad alimentaria, en diversos países de África y Latinoamérica.



1. INTRODUCCIÓN

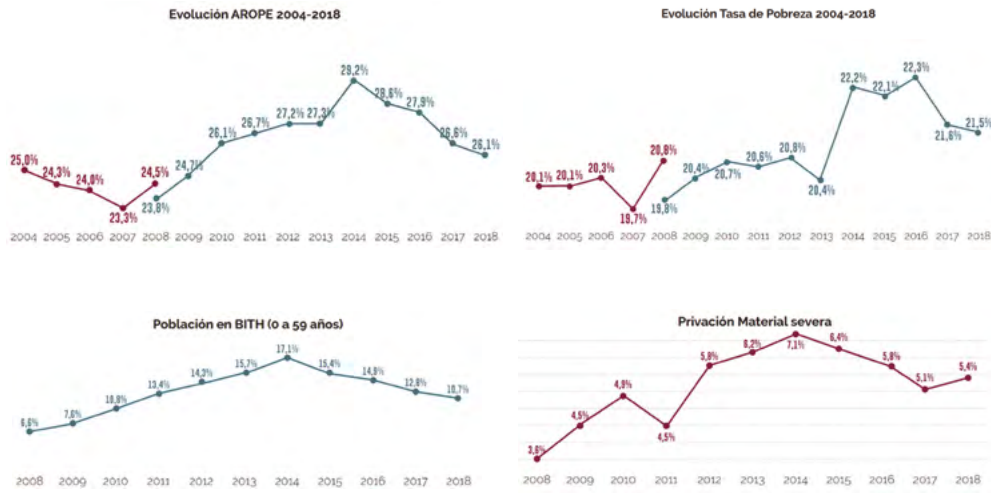
En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en Roma en 1996 se definió la Seguridad Alimentaria (*Food Security* en inglés) como la condición que se da cuando “todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2012, P.6). Por tanto, la inseguridad alimentaria vendría determinada por una disminución de la variedad, calidad o cantidad de alimentos que se ingieren o por la falta de las condiciones adecuadas para garantizar su inocuidad. Este término está íntimamente vinculado a los países de bajos o medianos ingresos, donde la prevalencia de desnutrición es aún muy elevada y suele estar asociada a contextos de inestabilidad política, conflictos armados o fenómenos derivados del cambio climático como las inundaciones y sequías. No obstante, se estima que de los 2.000 millones de personas que aún padecen inseguridad alimentaria moderada o severa en el mundo, el 8% se localiza en países de Europa y América del Norte. En concreto, en España, la inseguridad alimentaria afecta a 3,5 millones de personas, lo que supone el 7,5% de la población total, de los cuales, el 1,5% se encuentra en una situación grave de falta de alimentos (FAO et al., 2019).

La antropóloga Mabel García-Arnaiz (2014, p.650) describe esta situación como la “inseguridad alimentaria en las sociedades de la abundancia”, contextos en los que la oferta alimentaria sigue aumentando pero coexiste con la precarización de gran parte de la población como consecuencia de las políticas de austeridad aplicadas desde el inicio de la crisis económica global en 2008. En España, las cifras más recientes indican que el 26,1% de la población se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social según el indicador AROPE (de sus siglas en inglés, *At risk of Poverty and/or Exclusion*), lo que supone más de 12 millones de personas. Las cifras son ligeramente superiores para las mujeres que para los varones (27% vs. 25,1%) y muestran un marcado declive con la edad (33,8% en el grupo de 16-29 años frente al 17,6% en los mayores de 65 años) (*European Anti Poverty Network* [EAPN], 2019a). Entre las situaciones que se contemplan en este indicador, estaría la condición de vivir en un hogar con una baja intensidad de empleo, (entendida ésta como una empleabilidad inferior al 20% del potencial de trabajo de las personas que lo componen), el bajo nivel de ingresos (inferior al 60% de la renta mediana española tras recibir prestaciones sociales) y la privación material severa (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2019). Según un análisis realizado por la Cátedra Banco de Alimentos de la Universidad Politécnica de Madrid, este indicador de pobreza sería más elevado entre las personas con bajo nivel educativo, nacionalidad extranjera extracomunitaria y en las familias monoparentales o en situación de desempleo (Alfonso y Sastre, 2017). En concreto, el riesgo de pobreza entre los parados asciende al 72,4% en los varones y 59,3% en las mujeres (INE, 2019).

La figura 1 muestra la evolución del indicador AROPE desde el 2008, momento del comienzo de la crisis económica global. La tasa de pobreza y exclusión social alcanzó un pico máximo en 2014, reduciéndose paulatinamente desde entonces. Lamentablemente, esta tendencia a la mejora se verá truncada en 2020 por las consecuencias económicas de la pandemia de COVID-19 (EAPN, 2020). Según el último informe elaborado por la Red Europea Antipobreza, el descenso registrado en los últimos años se debe principalmente al indicador relativo al empleo, ya que el nivel de ingresos y la privación material apenas han mejorado desde entonces (figura 1) (EAPN, 2019a). No obstante, el mismo informe resalta que el indicador AROPE y sus componentes no muestran un comportamiento homogéneo en todo el territorio español, con un marcado gradiente Norte/Sur. El País Vasco y Navarra serían las comunidades que registran una menor tasa de pobreza o exclusión social, en torno al 12%, frente al 45% registrado en Extremadura o el 49% de Ceuta (figura 2).

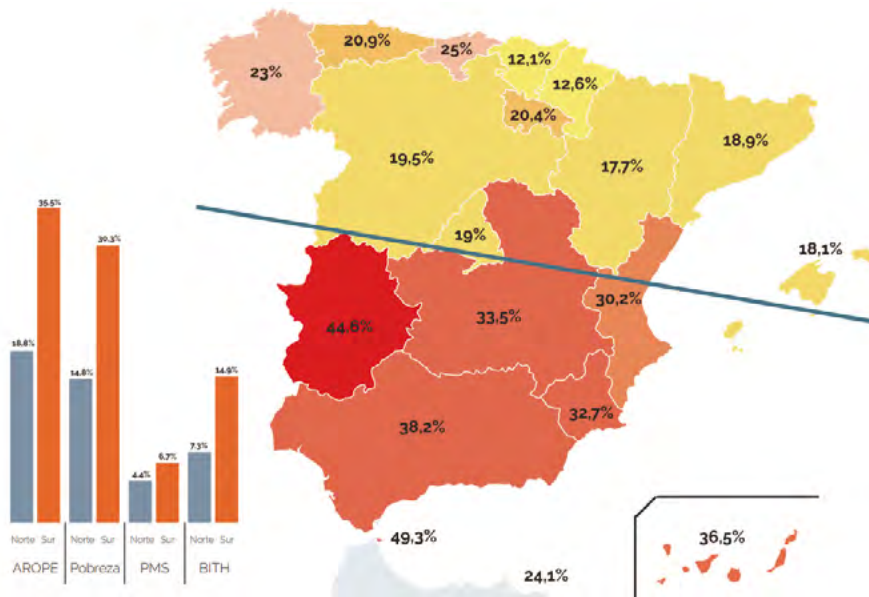


Figura 1. Evolución temporal del indicador AROPE de riesgo de pobreza y exclusión social y de sus componentes en España (2004-2018).



Fuente: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN, 2019a).

Figura 2. Diferencias geográficas del indicador AROPE de riesgo de pobreza y exclusión social y diferencias Norte-Sur en los componentes de dicho indicador en España (2018).



AROPE: At Risk of Poverty and/or Exclusion; Pobreza: Tasa de Riesgo de Pobreza; PMS: Tasa de Privación Material Severa; BITH: Baja Intensidad de Trabajo en el Hogar.

Fuente: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN, 2019a).



Los resultados mostrados por dicho informe son reflejo de la precarización del mercado laboral español, ya que está aumentando el número de personas en edad de trabajar que tienen empleo, pero eso no parece tener un efecto proporcional sobre los ingresos o la privación material de las familias. Tal como explica el sociólogo Carlos de Castro, el empleo precario en España es el resultado de las reformas laborales de las últimas décadas unido con un mercado neoliberal y globalizado en el que se deslocalizan las actividades productivas. Todo ello ha permitido la proliferación de contrataciones temporales, jornadas a tiempo parcial, subcontratos, falsos autónomos, falsos becarios y un largo etcétera de situaciones inestables que afectan, con mayor o menor intensidad, a una gran diversidad de colectivos independientemente de la edad, género, nivel de estudios y ocupación profesional. En sus propias palabras “si el trabajo constituye uno de los principales vehículos de integración social, el deterioro de las instituciones del mundo del trabajo ha convertido la precariedad laboral en un fenómeno cuyos efectos van más allá del trabajo” (De Castro, 2019, p. 14).

Resulta sencillo acceder a las cifras de desempleo en España consultando la Encuesta de Población Activa (EPA). Según la más reciente publicada en el momento de la elaboración de este texto (primer trimestre de 2020), España registra un 14,1% de paro, siendo mayor en las mujeres (16,2% vs. 12,8%) y en los menores de 25 años (33% vs. 12,1% en los mayores de 55 años) (INE, 2020a). Resulta más difícil cuantificar la proporción de empleo precario al no existir una definición de consenso que permita aglutinar todas las casuísticas en una única cifra. Considerando términos estrictamente económicos, Felgueroso et al. (2017) definen el empleo precario como aquel cuya retribución no supera al salario mínimo interprofesional anual a tiempo completo, incluyendo tanto los trabajadores a jornada completa que perciben un salario bajo, como aquellos trabajadores discontinuos o con jornadas parciales no voluntarias que, aunque tengan un buen salario, no consiguen trabajar el tiempo suficiente durante el año como para alcanzar ese umbral de ingresos. Según este modelo, el empleo precario en 2017 afectaba a más de 5 millones de trabajadores en España, de los cuales más del 70% tenían menos de 44 años, el 57,5% eran mujeres y el 42% tenía un nivel educativo igual o inferior a la secundaria obligatoria (Felgueroso et al., 2017).

Volviendo a los indicadores de pobreza, dentro de los ítems contemplados para estimar la privación material severa, existe uno directamente relacionado con la inseguridad alimentaria que registra si la familia no “puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado cada dos días (o su equivalente vegetariano)”. Al comienzo de la crisis, esta situación afectaba al 2,2% de los hogares españoles, pero esa cifra ha aumentado hasta el 3,6% en 2018 (EAPN, 2019a). Asimismo, entre 2008 y 2012 se registró un aumento del 217% en el número de beneficiarios del Plan Estatal de Ayuda Alimentaria (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014). Más recientemente, como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y el parón económico nacional, en solo dos meses las entidades benéficas de la Comunidad de Madrid han registrado un incremento del 30% en las peticiones de ayuda alimentaria, pasando de atender a 150.000 personas en febrero a más de 190.000 en abril, cifra que prevén que se siga incrementando (Banco de Alimentos de Madrid, 2020).

Cabe mencionar que, en España, la inseguridad alimentaria no sólo está relacionada con los bajos ingresos asociados al desempleo o al empleo precario, sino también con el aumento de los precios de la vivienda, especialmente en los entornos urbanos. Como consecuencia de la combinación de ambas circunstancias, las familias en situación de pobreza se ven obligadas a reducir el presupuesto dedicado a alimentación para atender otros gastos que les obligarían a visibilizar su situación al exterior, como son el pago de la vivienda o los recibos de luz y gas (Díaz et al., 2018). Los resultados del VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España indican que, en aquellos hogares donde los ingresos se reducen drásticamente por el coste de la vivienda, el 57,4% ha reducido el gasto en alimentación y el 31,9% se vieron obligados a no llevar una dieta adecuada. Por el contrario, en los hogares donde el pago de la vivienda no supone un gasto excesivo,





esos porcentajes se reducen al 13,6% y 5,0% respectivamente (Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada [FOESSA] y Cáritas, 2019). Otra de las consecuencias del aumento de precios es la proliferación de infraviviendas en las que no se dispone del espacio ni las instalaciones adecuadas para la conservación y cocinado de alimentos, lo que también contribuye a dietas poco variadas e insanas, con alto consumo de alimentos precocinados de baja calidad nutricional (Antentas y Vivas, 2014).

2. ADAPTACIONES ALIMENTARIAS ANTE LA FALTA DE RECURSOS

Ante el empeoramiento de la situación económica familiar, una de las primeras adaptaciones es la de reducir las comidas fuera del hogar en restaurantes o establecimientos de comidas preparadas. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, en 2007 las familias españolas gastaban en promedio 3.043 euros anuales en comidas y bebidas fuera del hogar mientras que, en 2014, cuando los indicadores de pobreza alcanzaban su pico máximo, ese gasto había bajado a los 2.180 euros. No obstante, entre el segmento de la población con menores ingresos (<500 €/mes), el gasto anual en alimentación fuera del hogar en 2014 se cifró en 476 euros (INE, 2014). Cabe mencionar que, en España, comer fuera de casa tiene una profunda significación social y cultural y no se puede vincular tan fácilmente a un determinado nivel de renta como ocurre en otros países. Los estudios desarrollados durante la crisis indican que los españoles están menos dispuestos a restringir o eliminar este hábito cuando está vinculado al ocio y se desarrollan distintas estrategias de adaptación como el incremento del uso de la fiambra entre semana, el tapeo o recurrir a restaurantes de comida rápida que ofertan menús con grandes porciones a muy bajo coste. Los sociólogos lo interpretan como un acto de resistencia que reporta beneficios psicosociales al permitir escapar de la rutina de la austeridad creando la ilusión de una buena situación económica y de la libertad de elección (García-Espejo y Herrera-Racionero, 2018; Ramos-Truchero, 2017).

Dentro del hogar, las primeras estrategias adaptativas ante la falta de recursos consistirían en reducir el desperdicio alimentario, cambiar los productos habituales por otros de marca blanca y buscar otros establecimientos de compra donde se encuentren productos similares a precios más baratos (Antentas y Vivas, 2014; García-Arnáiz, 2014). Según un informe del Observatorio del Consumo y la Distribución Alimentaria, en los cuatro primeros años de la crisis, los españoles aumentaron en un 10% el tiempo dedicado a la compra de alimentos y la proporción de consumidores que consideran el precio como el principal factor de compra pasó del 34,1% en 2008 al 59,3% en 2011 (Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, 2011). Con todas estas adaptaciones se consigue reducir los costes asociados a la alimentación sin afectar la composición habitual de la dieta, pero, si la mala situación económica perdura, la siguiente estrategia pasa por sacrificar los alimentos más caros, que suelen ser los productos frescos.

Durante los años más duros de la crisis económica, se ha registrado un descenso en la ingesta de carne de vacuno y ovino, mientras que ha aumentado la compra de pollo, de carne procesada (embutidos, hamburguesas, salchichas, etc.) y del género congelado, tanto carne como pescado. En cuanto a otros productos de alto contenido proteico, se ha visto una reducción en algunos lácteos como los yogures, mientras que ha aumentado el consumo de huevos y legumbres. Cabe mencionar que, en el caso de las legumbres, la crisis ha hecho que se revierta una tendencia histórica de descenso que comenzó en la década de los 60. Otro aspecto reseñable es la reducción del uso de aceite de oliva como fuente principal de grasa en pro de otros aceites de peor calidad nutricional como el de girasol y, en general, parece haber aumentado la ingesta de algunos productos ricos en carbohidratos como el pan o las patatas. El consumo de frutas y verduras no parece mostrar un patrón estable, registrando ascensos y descensos durante los años de la crisis, aunque contrasta con el periodo precedente en el que se había mostrado una tendencia continuada al alza (Antentas y Vivas, 2014; Serra-Majem y Castro-Quezada, 2014).



En principio, algunos de estos ajustes en la compra podrían considerarse beneficiosos para la salud, como la reducción de la carne roja o el aumento de las legumbres, acordes con el patrón saludable de la dieta mediterránea. Otros aspectos, como el menor consumo de aceite oliva y yogur, irían en contra de este patrón (World Health Organization [WHO], 2018). La dieta mediterránea se caracteriza por el uso de aceite de oliva como principal grasa, el consumo frecuente de verduras, frutas, cereales y harinas integrales, legumbres y frutos secos; moderado de pescado, lácteos y carne de ave; y bajo o nulo de carnes rojas y procesadas, harinas refinadas, hortalizas ricas en almidón y azúcares añadidos, evitando especialmente las bebidas azucaradas o edulcoradas artificialmente (Fundación Dieta Mediterránea, 2020). En general, los estudios indican que las personas con mejor posición económica tienen una buena adherencia a la dieta mediterránea y esta disminuye marcadamente en función del nivel de ingresos. Las personas con alta adherencia a este patrón dietético gastan entre 1,2 y 1,4 euros más al día en alimentación, lo que supone un costo acumulado considerable para el presupuesto anual (Serra-Majem y Castro-Quezada, 2014). El empobrecimiento derivado del desempleo o del empleo precario dificulta cumplir en gran medida con este patrón.

La principal consecuencia negativa de la “inseguridad alimentaria en las sociedades de la abundancia” es el incremento del consumo de alimentos ultraprocesados. Este tipo de productos están elaborados a partir de procesos de refinado (hidratos de carbono simples procedentes de harinas o féculas, grasas refinadas como el aceite de palma, etc.) y, en el caso de alimentos de origen animal, a partir de los restos o piezas más baratas, a los que se suelen añadir grasas saturadas o trans, azúcares, sal u otros saborizantes, como el glutamato monosódico, para hacerlos muy palatables. Como consecuencia, son productos de elevada densidad calórica y nutricionalmente pobres, con bajo contenido en fibra, vitaminas, minerales y algunos fitoquímicos con propiedades saludables, como los polifenoles, que son unos potentes antioxidantes. A diferencia de los productos frescos, los ultraprocesados contienen conservantes que los hacen muy perdurables y requieren poco tiempo y esfuerzo de preparación para estar listos para el consumo (Moodie et al., 2013). Ejemplos típicos de alimentos ultraprocesados son las pizzas, hamburguesas, salchichas, productos congelados y precocinados listos para freír u hornear, galletas, cereales de desayuno, bollería industrial, aperitivos y snacks, refrescos, zumos envasados, etc. Además de utilizar materia prima barata, los productos ultraprocesados son elaborados y comercializados mayoritariamente por grandes multinacionales cuya presencia global, capacidad productiva y logística, les permite venderlos a un precio muy reducido en comparación con los productos frescos o poco procesados elaborados por pequeñas y medianas empresas locales (Zobel et al., 2016). Según se describe en el estudio de Urbanos-Garrido y González (2013, p. 306) “el precio de la caloría es inversamente proporcional a la densidad calórica; la dieta más económica es la más obesogénica”. Todo ello da lugar a dietas hipercalóricas de bajo valor nutricional que, de ser mantenidas en el tiempo, pueden conducir a una doble carga de malnutrición en la que coexisten el sobrepeso u obesidad con las deficiencias de micronutrientes, principalmente de calcio, hierro, folatos y vitaminas D, E, B y K (Ortega et al., 2014).

En los casos más extremos de pobreza se han descrito otras modificaciones alimentarias que también afectarían a la cantidad de alimento más allá de su calidad nutricional. Las principales serían la disminución en la frecuencia de las ingestas diarias, la reducción de las porciones y la reserva de parte de dichas raciones congelándolas en previsión de carencias a final de mes (Díaz et al., 2018). Ante situaciones severas, también se vería afectada la compra de alimentos básicos, especialmente de aquellos de origen animal con alto contenido proteico como la leche, los huevos y las conservas de pescado. Esto limitaría la alimentación a productos basados en hidratos de carbono simples que requieren poco tiempo de cocción como la pasta, patatas, arroz, etc., lo que podría agravar las deficiencias nutricionales anteriormente mencionadas. A este respecto, un análisis realizado por la oficina del Defensor del Pueblo pone de manifiesto la relación entre la pobreza energética, las dificultades para cocinar y la malnutrición infantil en los hogares catalanes durante la





crisis (SINDIC, 2013). Cabe recordar que, al igual que la vivienda o la alimentación, el acceso a la energía para la cocina, calefacción y alumbrado, está reconocido como un derecho humano según el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y constituye el séptimo Objetivo de Desarrollo Sostenible (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020a y 2020b).

Para finalizar este apartado, debe ser mencionado el Decálogo de Consenso sobre la Alimentación Española en Tiempos de Crisis, firmado en Cádiz en 2012 con el apoyo de numerosas sociedades científicas y asistenciales del país. En este decálogo se incluyen medidas que deberían ser potenciadas o protegidas para salvaguardar la salud nutricional de la población más vulnerable, como los comedores de las escuelas públicas, la potabilización y suministro de agua de calidad en todo el territorio nacional, el equilibrio del precio de los alimentos básicos e iniciativas relacionadas con la producción local de alimentos, como los huertos urbanos. Destaca una frase del punto séptimo en el que se indica que, en épocas de crisis “debe ponerse el énfasis no tanto en modular la demanda (educación nutricional) sino en mejorar la oferta (con acciones sobre la disponibilidad)” (Serra-Majem y Castro-Quezada, 2014).

3. EL CÍRCULO DEL EMPLEO DIGNO, LA NUTRICIÓN Y LA SALUD EN ESPAÑA

Según lo descrito hasta ahora, la situación sobrevenida tras un periodo prolongado de desempleo o trabajo precario tendría un impacto negativo en la salud a través del empobrecimiento de la dieta. La Organización Mundial de la Salud (2020) define la obesidad como una “acumulación de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud” por su vinculación con numerosas enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, autoinmunes, neurodegenerativas y algunos tipos de cáncer, entre otras (Banjare y Bhalerao, 2016). La obesidad también se asocia con un mayor riesgo de muerte por cualquier causa (Di Angelantonio et al., 2016).

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, el exceso de peso afecta al 54,5% de la población adulta española, de los cuales, el 17,4% son obesos. Al analizar las cifras por situación laboral, la obesidad afecta al 18,3% de los parados y 21,4% de inactivos, frente al 14,7% de los ocupados. Pero las mayores diferencias se encuentran al considerar el nivel de renta ya que son obesos el 23,6% de las personas cuyos ingresos mensuales están en el primer quintil frente al 10,6% de aquellos que superan el cuarto quintil de renta (Ministerio de Sanidad, 2020). No obstante, cabe destacar que las Encuestas Nacionales de Salud españolas emplean datos de peso y estatura autorreferidos por los encuestados, quienes tienden a subestimar sus propias dimensiones corporales (Marrodán et al., 2013). El último estudio representativo a nivel nacional que incluye datos antropométricos reales indica que el exceso de peso afecta al 60,9% de los españoles entre 25 y 65 años, de los cuales, el 21,6% padece obesidad (Aranceta-Batrina et al., 2016).

La relación entre empleo, obesidad y salud no es directa y unidireccional, sino que los factores interaccionan entre sí, formando un complejo sistema retroalimentado. El estado nutricional de las personas no depende exclusivamente del acceso a los alimentos, sino también de la capacidad del organismo para el correcto aprovechamiento biológico de sus nutrientes. Es lo que se conoce con el término de seguridad nutricional que, según la definición aportada por el Banco Mundial, se daría cuando “la seguridad alimentaria se combina con un entorno salubre, unos servicios sanitarios adecuados y unas prácticas de atención y alimentación apropiadas, a fin de asegurar una vida saludable para todos los miembros de la familia” (FAO, 2012). Por tanto, además de poder acceder a alimentos variados y de calidad, debemos encontrarnos en un buen estado



de salud física y emocional para poder aprovecharlos y, para eso, es necesario contar con acceso al sistema de salud y a sus servicios preventivos y curativos.

A pesar de que el Sistema Nacional de Salud español da cobertura a todos los residentes, no hay que olvidar que hay algunas prestaciones y medicamentos que no están incluidos dentro de la cartera de servicios. La falta de acceso por causas económicas a fármacos recetados, atención médica especializada, bucodental y de salud mental es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres (EAPN, 2019b). Asimismo, la pobreza energética está directamente relacionada con un mayor riesgo de enfermedades infecciosas, osteoarticulares y reumatológicas por vivir en entornos térmicamente no adecuados (Arenas et al., 2019). Por otro lado, las deficiencias de micronutrientes y la obesidad impiden el correcto funcionamiento del sistema inmune, aumentando el riesgo de padecer enfermedades infecciosas y otras muchas de origen inflamatorio, como las cardiovasculares, autoinmunes, alergias, asma, cáncer e incluso las neurodegenerativas como el Alzheimer (Calder, 2013; Pérez de Heredia et al. 2012). En los últimos años han aumentado los estudios científicos que sitúan a la microbiota intestinal como uno de los mediadores en el complejo sistema que conforman la alimentación, el sistema inmune y la salud (Alam et al., 2017; Cianci et al., 2018), con un posible papel en el desarrollo de enfermedades mentales (Logan et al., 2016).

La situación laboral está reconocida como uno de los principales determinantes de las desigualdades en salud. Varios estudios han demostrado que la falta de trabajo tiene un impacto negativo directo en la salud física y emocional de las personas y que sus consecuencias son peores en los parados de larga duración, especialmente en su salud mental (Acevedo et al., 2019; EAPN, 2019b; Espino-Granado, 2014; Urbanos-Garrido y González, 2013). Los datos de atención primaria muestran que durante la crisis económica han aumentado significativamente los casos de depresión, ansiedad, ataques de pánico y dependencia del alcohol asociados al desempleo (Gili et al., 2013). De igual manera ocurre con el empleo precario. En el actual contexto de deslocalización de empresas, inseguridad laboral y aumento del paro, las personas de los colectivos más vulnerables se ven empujadas a aceptar peores condiciones laborales que ponen en riesgo su salud física (al aumentar el riesgo de accidentes) y psicosocial. Unido a los bajos salarios, la exigencia de una mayor flexibilización de horarios y vacaciones y la mayor disponibilidad para viajar, hacen que los trabajadores reduzcan el control sobre sus propias vidas, generando un importante estrés psicológico (Ministerio de Sanidad, 2015; Urbanos-Garrido y González, 2013), que parece tener un efecto mayor entre las mujeres (Vives et al., 2013).

Según un informe publicado por varias agencias de Naciones Unidas, en los países de altos ingresos, la asociación entre inseguridad alimentaria y obesidad no sólo está determinada por la baja disponibilidad económica, sino también por el estrés, la ansiedad y la depresión, en lo que han denominado como la 'ruta psicosocial' (FAO et al., 2018). Según este planteamiento, la ingesta de alimentos ricos en azúcares, grasas y sal aumenta la secreción de determinadas hormonas, como la dopamina, que tienen la capacidad de activar los centros de recompensa o centros del placer de nuestro cerebro. Esto tendría un efecto apaciguador frente a los estados psicológicos negativos derivados de la mala situación económica. Se trata de un efecto a corto plazo similar al que proporciona el consumo de otras sustancias como el tabaco o el alcohol y que también podría desembocar en adicciones con el agravante de que los productos ultraprocesados se adquieren a muy bajo precio (Gearhardt et al., 2011). De manera recíproca, un estudio longitudinal que ha seguido la evolución de quince mil universitarios españoles durante más de 10 años ha mostrado que el consumo elevado de productos ultraprocesados aumenta el riesgo de desarrollar trastornos depresivos y que esto podría estar asociado con ciertas deficiencias de micronutrientes (Gómez-Donoso et al., 2020; Sánchez-Villegas et al., 2015).

Otros estudios muestran que el desempleo y la obesidad se retroalimentan, ya que padecer exceso de peso también dificulta el poder conseguir o mantener un trabajo. Ya sea por estética, por la presunción de una menor productividad o un mayor riesgo de absentismo por enfermedad, los empleadores prefieren contratar a candidatos





sin exceso de peso. Asimismo, estos estudios muestran que, cuando acceden al mercado laboral, las personas obesas suelen ocupar puestos de menor retribución, especialmente en el caso de las mujeres (LaVan y Katz, 2009; Lindeboom et al., 2010; Härkönen et al., 2011). Y no parece que sea solo percepción del empleador, ya que existe evidencia consistente que apoya la asociación entre obesidad y un mayor absentismo laboral, pensiones de invalidez e incapacidad laboral en general (Shrestha et al., 2016). La pobreza energética también dificulta el acceso al empleo. Según un informe de Cruz Roja Española, casi el 30% de las personas atendidas asocian su absentismo laboral a condiciones de salud derivadas del frío en el hogar y casi el 20% indicaron no haber acudido a entrevistas de trabajo por no poder hacerlo en unas condiciones de higiene y aseo personal adecuadas (Cruz Roja, 2018).

Unido a todo este entramado, cabe mencionar el papel de la actividad física. Según la propia Organización Mundial de la Salud, junto con la mala alimentación, la principal causa de obesidad en el mundo es “un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización” (OMS, 2020). Está demostrado que las personas con un nivel socioeconómico bajo, a pesar de realizar trabajos más activos físicamente, realizan menos ejercicio en su tiempo libre, que es el que se asocia con una menor morbi-mortalidad (Beenackers et al., 2012). Las condiciones del empleo precario dificultan tener tiempo libre para dedicar al deporte. Asimismo, los barrios más desfavorecidos suelen tener menos áreas verdes y zonas recreativas al aire libre donde poder realizar ejercicio sin un coste económico asociado (Black y Macinko, 2008). En cuanto al desempleo, en los primeros momentos se asociaría con un aumento de la actividad física recreacional debido a la mayor disponibilidad de tiempo, aunque el gasto energético total disminuye con respecto a los períodos con actividad laboral (Colman y Dave, 2011). Por otro lado, trastornos psicológicos como el estrés y la ansiedad también se asocian de forma independiente con un menor nivel de actividad física en población general (Muhsen et al., 2010) y, como se ha descrito anteriormente, son unas de las consecuencias de salud más comunes en situaciones de desempleo o empleo precario.

4. SOLUCIONES COMPROMETIDAS E INTEGRALES PARA PROBLEMAS COMPLEJOS

Ha quedado patente que el desempleo, la pobreza, la malnutrición y la salud interaccionan de forma compleja también en contextos de economías desarrolladas, como es el caso de España. Así pues, estos problemas no pueden ser abordados de forma individual, sino que requieren intervenciones multisectoriales dirigidas a fortalecer la protección social de los colectivos más vulnerables. En el informe para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud se dan tres recomendaciones básicas para las políticas de empleo: fomento de las contrataciones fijas con salarios dignos, proteger los derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal (como el servicio doméstico o la hostelería), y el aumento de los servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes (población infantil o discapacitados) (Ministerio de Sanidad, 2015).

Tanto el servicio doméstico, como el cuidado de personas dependientes, son ámbitos que recaen mayoritariamente sobre las mujeres, así como todo lo relativo a la alimentación y la salud familiar. En la mayoría de países del mundo, la inseguridad alimentaria y la obesidad afectan más a las mujeres que a los hombres (FAO et al., 2018 y 2019) y, en España, ellas acumulan más desempleo, más contratos temporales, más jornadas parciales, menor salario (De Castro, 2019) y conforman el 81% de los hogares monoparentales (INE, 2020b). Todo ello conduce a una feminización de la pobreza que se ha visto agravada con la crisis económica y las medidas de austeridad (De la Fuente, 2017). Por otro lado, aunque en general se alimentan mejor, las mujeres hacen menos ejercicio, tienen peor salud percibida, más enfermedades crónicas, mayor morbilidad psicológica y un peor acceso a los servicios de salud y medicamentos no cubiertos (Henares et al., 2020; EAPN, 2019b). Queda patente



que la inequidad de género es uno de los principales factores que retroalimentan el círculo entre empleo, pobreza y salud y, como tal, debe ser abordado en cualquier estrategia que pretenda romper dicho círculo.

Una de las medidas que ha adquirido relevancia en los últimos años para mediar entre la situación económica y la salud, es la de aumentar los impuestos a los alimentos poco saludables, siguiendo el ejemplo de las políticas fiscales sobre el tabaco. Las pruebas científicas sobre su efectividad se están acumulando rápidamente (Teng et al., 2019), con algunos ejemplos destacados como el de México donde, desde 2014, se gravan con un 8% las bebidas azucaradas y los alimentos no básicos de alta densidad energética. En solo dos años desde su implementación, el consumo de este tipo de bebidas se redujo de media entre el 7-8% y hasta un 17% en los hogares con menor nivel socioeconómico. Las estimaciones para 2022 indican que se habrían prevenido 189.000 casos de diabetes, 20.000 eventos cardiovasculares y otras 20.000 muertes por esa causa (Barrientos-Gutiérrez et al., 2018).

En España no existe ninguna iniciativa a nivel nacional pero, desde 2017, en Cataluña se aplica una ley que añade un impuesto especial a las bebidas azucaradas (0,08 euros/litro para bebidas que contienen entre 5-8 gramos de azúcar y 0,12 euros/litro para las que superen esa cantidad). Un estudio realizado por Royo-Bordonada et al. (2019a) mostró una reducción del 39% en el consumo de las bebidas gravadas en jóvenes de barrios desfavorecidos. La principal razón argumentada por los encuestados es el aumento del precio por encima de la mayor conciencia de sus beneficios para la salud. Otro estudio realizado con datos de ventas de una cadena de supermercados con presencia en toda la provincia concluyó que dicha reducción es menor en los establecimientos situados en las zonas de bajos ingresos (-1.6 litros por producto, establecimiento y semana frente a -5,6 en las zonas de altos ingresos). Además se da un importante efecto de sustitución de forma que aumentó marcadamente la venta de otras bebidas catalogadas como 'Zero' o 'Light' (+11,2 litros por producto, establecimiento y semana frente a sólo un +0.005 en las zonas de altos ingresos) (Vall-Castelló y López-Casanovas, 2020).

En general, la mayoría de autores coinciden en que, para que estas medidas fiscales tengan un mayor impacto sobre la salud pública de los más vulnerables, los impuestos deben ir acompañados de ayudas o subsidios para la adquisición de alimentos saludables, formando parte de una batería de políticas alimentarias (desde el etiquetado alimentario hasta la regulación de la publicidad), y de la promoción de hábitos activos, entre otras (Royo-Bordonada et al., 2019a; Barrientos-Gutiérrez, et al., 2018; López-Sobaler y Ortega, 2014). Por supuesto, no se debe olvidar el papel mediador del acceso a una buena educación en todo este entramado. El nivel educativo determina en gran medida el acceso al mercado de trabajo y a las ocupaciones de mayor remuneración (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD], 2019). Asimismo, se relaciona con los conocimientos en nutrición y salud y éstos con los hábitos de vida y el riesgo de padecer obesidad u otras enfermedades crónicas (Berkman et al., 2011; Cohen et al., 2013).

Centrándonos en un ámbito de actuación más cercano, los itinerarios de inserción sociolaboral son una de las herramientas clave para la protección de los colectivos en riesgo de pobreza y exclusión. Se trata de programas formativos con una metodología pedagógica en la que se suele combinar sesiones grupales con un proceso de apoyo personalizado e individualizado. Además de adquirir competencias específicas que permitan mejorar la empleabilidad (como pueden ser la optimización del *currículum vitae* o habilidades para afrontar las entrevistas de trabajo), este tipo de programas potencian el autoconocimiento, la autoestima y el autocuidado como base para recuperar la confianza y la seguridad de las personas desempleadas (Mut, 2008; Rey y Moreno, 2017). Por tanto, este tipo de programas multidisciplinares representan una excelente oportunidad para abordar las otras problemáticas colaterales al desempleo.

Desde hace algunos años, el Fondo de Ayuda Europea para los Más Necesitados (FEAD), en colaboración con Cruz Roja y la Federación de Bancos de Alimentos (FESBAL) ha comenzado un proyecto denominado "Itinerarios





integrales intensificados para personas de baja empleabilidad”, donde se combinan acciones de fomento del empleo con otras actividades de intervención social, entre las que se encuentran la asistencia alimentaria, talleres de cocina saludable, formación en nutrición en distintas etapas de la vida (niños, jóvenes, tercera edad), gestión del presupuesto familiar, ahorro energético, etc. (FEAD, 2018). De forma similar, el programa de empleo de Cáritas Española incluye sesiones de higiene y nutrición dentro del módulo de prevención de riesgos laborales y apoyan a los participantes con una renta mínima durante el proceso (Ministerio de Sanidad, 2015). En el caso de los itinerarios impartidos por la ONG Acción Contra el Hambre, se están comenzando a incluir talleres para la correcta interpretación de las etiquetas nutricionales de los alimentos con el objetivo de reducir el consumo de ultraprocesados, talleres para el fomento de la actividad física y el autocuidado y sobre cómo planificar y elaborar menús sanos y baratos basados en la dieta mediterránea (ACH, 2019; Alaminos y Sánchez-Álvarez, 2019). A este respecto, en el citado decálogo de Cádiz sobre Alimentación en Tiempos de Crisis, se recomienda que las autoridades públicas, en especial las administraciones locales, colaboren con las Organizaciones No Gubernamentales y entidades sociales para crear estos espacios de formación donde las familias con escasos recursos puedan adquirir autonomía en el diseño de menús tradicionales, saludables y adaptados al presupuesto familiar (Serra-Majem y Castro-Quezada, 2014).

5. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha abordado la compleja interacción entre muchos de los ámbitos contemplados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en un contexto de economía desarrollada como el español, donde la crisis económica tiene un impacto importante sobre la salud y el bienestar de los colectivos más vulnerables. Desde la obvia conexión entre la falta de trabajo decente (ODS 8) y la pobreza (ODS 1), a los cambios de hábitos de compra y consumo ante una situación de inseguridad alimentaria (ODS 2) y su impacto negativo en la nutrición en forma de obesidad y deficiencias de micronutrientes. Además de la alimentación, se ha mencionado la importancia de la actividad física, que puede verse también condicionada por las infraestructuras y el diseño urbano (ODS 9 y ODS 11). Todo este sistema se ve alimentado por la pobreza energética (ODS 7), la inequidad de género (ODS 5), el bajo nivel educativo (ODS 4) y las desigualdades en el mercado globalizado (ODS 10).

Para reducir las inequidades sociales en materia de salud, no solo se debe asegurar el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, sino que se requieren intervenciones multisectoriales que aborden todos esos factores de una manera integrada. Los itinerarios de inserción socio-laboral son una herramienta de gran potencial ya que, además de mejorar la empleabilidad de las personas, persiguen recuperar su autoestima y confianza mediante el refuerzo de capacidades en diversos ámbitos transversales como los relativos al autocuidado. No obstante, para que este tipo de estrategias sean efectivas, es imprescindible la creación de alianzas inclusivas entre gobiernos, sector privado y sociedad civil (ODS 17).

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se ha elaborado en el marco del Proyecto “Desigualdad y pobreza en España en el muy largo plazo. Nuevas aproximaciones desde los niveles de vida biológicos” (HAR2016-76814-C2-2-P) promovido por el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (MINECO/AEI/FEDER/UE) y de la Red de Investigación Temática “Niveles de vida, Salud, Nutrición y Desigualdad. Siglos XVIII-XXI (NISALdes)” (PHA-HIS. RED2018-102413-T) financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, P., Mora-Urda, A.I. y Montero, P. (2020). Social inequalities in health: duration of unemployment unevenly effects on the health of men and women. *European Journal of Public Health*, 30 (2): 305-310.
- Acción Contra el Hambre (2019). Ideas contra el Hambre. Innovamos para mejorar la nutrición y salud de las personas más vulnerables a través del empleo. Disponible en: <https://www.fundacionmontemadrid.es/wp-content/uploads/2018/07/Resumen-Informe-Estudio-de-la-Alimentaci%C3%B3n-ejercicio-y-percepci%C3%B3n-del-Proyecto-Vives-Emplea-Despega-San-Crist%C3%B3bal-.pdf>
- Alam, R., Abdolmaleky, H.K. y Zhou, J.R. (2017). Microbiome, inflammation, epigenetic alterations and mental diseases. *American Journal of Medical Genetics*, 174B: 651-660.
- Alaminos, A. y Sánchez-Álvarez, M. (2019). Identificación del perfil socio-ecológico ligado a la nutrición y salud del barrio de San Cristóbal de los Ángeles. Acción Contra el Hambre, Fundación Montemadrid y Grupo de Investigación Epinut. Disponible en: https://www.accioncontraelhambre.org/sites/default/files/documents/nutricion-anexo-1-digital_0.pdf
- Alfonso, A. y Sastre, S. (2017). Elementos para paliar la pobreza en España: análisis de la encuesta de condiciones de vida. Cátedra Bancos de Alimentos, Universidad Politécnica de Madrid. Disponible en: <https://www.fesbal.org.es/informes-catedra-bda-upm>
- Antentas, J.P. y Vivas, E. (2014). Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SEPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 (S1): 58-61.
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N. y Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalence of general obesity and abdominal obesity in the Spanish adult population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Revista Española de Cardiología*, 69: 579-587.
- Arenas, E.M, Barrella, R., Burzaco, M., Cabrera, P.J., Centero, E., Escribano, J.W., et al. (2019). La pobreza energética en España. En: A. Blanco, A. Chueca, J.A. López-Ruiz y S. Mora (Eds). *INFORME España 2019. Cátedra Jose María Martín Patino de la Cultura del Encuentro*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.
- Banco de Alimentos de Madrid (2020). El banco de alimentos lanza una operación kilo especial covid19 para no romper stock en sus almacenes. Comunicado de Prensa, 21 de abril de 2020. Disponible en: <https://bamadrid.org/pdf/covid-19/22-04-COMUNICADO-COVID19.pdf>
- Banjare, J.B. y Bhalerao, S. (2016). Obesity associated noncommunicable disease burden. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 5: 81-87.
- Barrientos-Gutiérrez, T., Colchero, M.A., Sánchez-Romero, L.M, Batis, C. y Rivera-Dommarco, J. (2018). Posicionamiento sobre los impuestos a alimentos no básicos densamente energéticos y bebidas azucaradas. *Salud Pública de México*, 60 (5): 586-591.
- Beenackers, M.A., Kamphuis C.B.M, Brug, J., Kunst, A.E., Burdorf, A. y van Lenthe, F.J. (2012). Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: A systematic review. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 9: 116.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. y Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155: 97-107.
- Black, J.L. y Macinko, J. (2008). Neighborhoods and obesity. *Nutrition Reviews*, 66 (1): 2-20.
- Calder, P.C. (2013). Feeding the immune system. *Proceedings of the Nutrition Society*, 72 (3): 299-309.
- Cianci, R., Pagliari, D., Piccirillo, C.A., Fritz, J.H. y Gambassi, G. (2018). The microbiota and immune system crosstalk in health and disease. *Mediators of Inflammation*, 2018; ID 2912539.





- Cohen, A.K., Rai, M., Rehkopf, D.H. y Abrams, B. (2013). Educational attainment and obesity: a systematic review. *Obesity reviews*, 14 (12): 989-1005.
- Colman, G.J. y Dave, D.M. (2011). Exercise, physical activity and exertion over the business cycle. National Bureau of Economic Research Working Paper No. 17406. Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w17406.pdf>
- Cruz Roja Española (2018). La vulnerabilidad asociada al ámbito de la vivienda y la pobreza energética en la población atendida por Cruz Roja. Boletín sobre vulnerabilidad social, nº17. Disponible en: <https://www.eapn.es/publicaciones/338/la-vulnerabilidad-asociada-al-ambito-de-la-vivienda-y-pobreza-energetica-en-la-poblacion-atendida-por-cruz-roja>
- De Castro, C. (2019). La precariedad laboral y más allá. Presentación del monográfico. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 37 (1): 11-29.
- De la Fuente, M. (2017). Crisis, austeridad y pobreza con perspectiva de género. *Barcelona Societat, Revista de Investigació y Análisis Social*. Nº21. Tribuna. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/barcelona-societat-num-21-es>
- Di Angelantonio, E., Bhupathiraj, Sh.N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., Berrington, A., et al. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388: 776-786.
- Díaz, C., García, I., y Otero, S. (2018). Discursos sobre la escasez: estrategias de gestión de la privación alimentaria en tiempos de crisis. *EMPIRIA, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 40: 85-105.
- European Anti Poverty Network (2020). Recomendaciones de la Comisión Europea. Bruselas advierte de un incremento de la pobreza en España e insta a proteger los ingresos de los hogares. EAPN Actualidad 21/05/2020. Disponible en: <https://www.eapn.es/covid19/noticia/35/bruselas-advierde-de-un-incremento-de-la-pobreza-en-espana>
- European Anti Poverty Network (2019a). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España (2008 - 2018), 9º Informe AROPE 2019. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/>
- European Anti Poverty Network (2019b). La desigualdad en salud. Disponible en: <https://www.eapn.es/noticias/1030/eapn-espana-presenta-su-informe-la-desigualdad-en-la-salud>
- Espino-Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (122): 385-404.
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS (2019). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS (2018). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/I9553es.pdf>
- Fondo de Ayuda Europea a los más Necesitados (2018). Informe de ejecución anual. Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/uafse/ficheros/fead/iae_fead_2018.pdf
- Felgueroso, F., Millán, A. y Torres, M. (2017). Población especialmente vulnerable ante el empleo en España. Cuantificación y caracterización. Estudios sobre la Economía Española 2017/07. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-07.pdf>
- Fundación Dieta Mediterránea (2020). ¿Qué es la dieta mediterránea? Decálogo. Disponible en: <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>



- Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada y Cáritas (2019). VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Disponible en: <https://www.foessa.es/viii-informe/>
- García-Arnaiz, M. (2014). Comer en tiempos de “crisis”: nuevos contextos alimentarios y de salud en España. *Salud Pública de México*, 56 (6): 648-653.
- García-Espejo, I. y Herrera-Racionero, P. (2018). Monográfico. La comida fuera del hogar: nuevas estrategias y hábitos alimentarios extra-domésticos. *Revista Española de Sociología*, 27 (2). Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/issue/view/3343>
- Gearhardt, A.N., Davis, C., Kuschner, R. y Brownell, D. (2011). The addiction potential of hyperpalatable foods. *Current Drug Abuse Reviews*, 4: 140-145.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23 (1): 103-108.
- Gómez-Donoso, C., Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M.A., Gea, A., de Deus, R., Lahortiga-Ramos, F., et al. (2020). Ultra-processed food consumption and the incidence of depression in a Mediterranean cohort: the SUN Project. *European Journal of Nutrition*, 59: 1093-1103.
- Härkönen, J., Räsänen, P., y Näsi, M. (2011). Obesity, unemployment, and earnings. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 1 (2): 23-38.
- Henares, J., Ruiz-Pérez, I. y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34 (2): 114-119.
- Instituto Nacional de Estadística (2020a). Encuesta de Población Activa (EPA). Primer trimestre de 2020. Nota de prensa. Disponible en: <https://www.ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=0&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística (2020b). Encuesta continua de hogares (ECH). Año 2019. Nota de prensa. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE. En: Mujeres y hombres en España. Salarios, ingresos, cohesión social. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Encuesta de presupuestos familiares. Base 2006-2015. Gasto total, gastos medios y estructura del gasto total por subgrupos de gasto (3 dígitos) según diferentes variables de clasificación. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=resultados&secc=1254736194790&idp=1254735976608#!t=bs-1254736194790
- LaVan, H. y Katz, M. (2009). Managing Obesity: Human Resource Managers' Perspectives. *Compensation & Benefits Review*, 41: 54-61.
- Lindeboom, M., Lundborg, P., y der Klaauw, B. (2010). Assessing the impact of obesity on labor market outcomes. *Economics and Human Biology*, 8: 309-319.
- Logan, A.C., Jacka, F.N. y Prescott, S.L. (2016). Immune-microbiota interactions: Dysbiosis as a global health issue. *Current Allergy Asthma Reports*, 16:13.
- López-Sobaler, A.M. y Ortega, R.M. (2014). Cuestionando la efectividad de los impuestos a alimentos como medida de lucha frente a la obesidad. *Gaceta Sanitaria*, 28 (1): 69-71.
- Marrodán, M.D., Martínez-Álvarez, J.R., Villarino, A., Alférez-García, I., González-Montero, M., López-Ejeda, N., et al. (2013). Utilidad de los datos antropométricos auto-declarados para la evaluación de la obesidad en la población española; estudio EPINUT-ARKOPHARMA. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (3): 676-682.





- Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, Gobierno de España (2011). Observatorio del Consumo y la Distribución Alimentaria. Resultados 2011. Disponible en: <https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/observatorio-de-consumo-y-la-distribucion-alimentaria/informes-anuales/default.aspx>
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Gobierno de España (2014). Programa operativo del Fondo de Ayuda Europea para las Personas más Desfavorecidas (FEAD) (2014-2020). Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/uafse/ficheros/fead/po_fead.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). Portal estadístico de la Agencia de Inteligencia de Gestión. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Estilos de vida y prácticas preventivas. Índice de masa corporal. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=17055>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España (2015). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., et al. (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Non-Communicable Diseases 4 Series. The Lancet*, 381 (9867): 670-679.
- Muhsen, K, Garty-sandalon N., Gross, R. y Green, M.S. (2010). Psychological distress is independently associated with physical inactivity in Israeli adults. *Preventive Medicine*, 50; 118-122.
- Mut, S. (2008). Itinerarios de inserción sociolaboral. *Formación XXI, Revista de formación y empleo*, 11. Disponible en: <http://www.transiciones.es/PUBLICACIONES%20WEB%20TESE/Itinerarios%20de%20inserci%F3n%20sociolaboral.pdf>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2019). Education at a glance 2019. OECD indicators. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2019_f8d7880d-en
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (2012). En buenos términos con la terminología: seguridad alimentaria y seguridad nutricional. Disponible en: <http://www.fao.org/3/MD776s/MD776s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Obesidad y sobrepeso. Notas descriptivas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización de Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. (2020a). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización de Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. (2020b). El derecho a una vivienda adecuada. Folleto informativo nº21 (Rev.1). Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf
- Ortega, R.M, Jiménez-Ortega, A.J., Perea, J.M. y Navia, B. (2014). Desequilibrios nutricionales en la dieta media española; barreras en la mejora. *Nutrición Hospitalaria*, 30 (suppl.2): 29-35.
- Pérez de Heredia, F., Gómez-Martínez, S. y Marcos, A. (2012). Obesity, inflammation and the immune system. *Proceedings of the Nutrition Society*, 71 (2): 332-338.
- Ramos-Truchero, G. (2017). Salir a comer fuera como forma de resistencia ante la crisis. En: C. Díaz-Méndez y A. Novo (Eds.). *Comer fuera de casa. Las opciones alimentarias de las nuevas relaciones sociales*. (pp. 91-106). Barcelona, España: Editorial Icaria.



- Rey, L. y Moreno, E.M. (2017). Estrategias para disminuir el impacto del desempleo en la salud mental. El papel de la motivación y la autoeficiencia en la Orientación Laboral. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/15189/Estrategias%20disminuir%20impacto%20desempleo-Salud%20Mental%202017%20.pdf?sequence=1>
- Royo-Bordonada, MA., Fernández-Escobar, C., Simón, L., Sanz-Barbero, B. y Padilla, J. (2019a). Impact of an excise tax on the consumption of sugar-sweetened beverages in young people living in poorer neighbourhoods of Catalonia, Spain: a difference in differences study. *BMC Public Health*, 19: 1553.
- Royo-Bordonada, M.A., Rodríguez-Artalejo, F., Bes-Rastrollo, M., Fernández-Escobar, C., González, C.A., Rivas, F., et al. (2019b). Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. *Gaceta Sanitaria*, 33 (6): 584-592.
- Sánchez-Villegas, A., Ruíz-Canela, M., de la Fuente-Arrillaga, C., Gea, A., Shivappa, N., Hébert, J.R., et al. (2015). Dietary inflammatory index, cardiometabolic conditions and depression in the Seguimiento Universidad de Navarra cohort study. *British Journal of Nutrition*, 114 (9): 1471-1479.
- Sánchez-Villegas, A., Toledo, E., de Irala, J., Ruíz-Canela, M., Pla-Vidal, J. y Martínez-González, M.A. (2012). Fast-food and commercial backed goods consumption and the risk of depression: the SUN Project. *PLoS One*, 6: e16268.
- Shrestha, N., Pedisic, Z y Neil-Sztramko, S. (2016). The impact of obesity in the workplace: a review of contributing factors, consequences and potential solutions. *Current Obesity Reports*, 5: 344-360.
- SÍNDIC de Greuges de Catalunya – El Defensor de les Persones. (2013). Informe sobre la malnutrición infantil en Cataluña. Agosto de 2013. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3509/Informe%20malnutricio%20infantil%20castella.pdf>
- Serra-Majem, Ll. y Castro-Quezada, I. (2014). La alimentación en tiempos de crisis. Decálogo de Consenso de Cádiz de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la ONG Nutrición Sin Fronteras (NSF). *Nutrición Clínica en Medicina*, VIII (2): 35-46.
- Teng, A.M., Jones, A.C., Mizdrak, A., Signal, L., Genç, M. y Wilson, N. (2019). Impact of sugar sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20: 1187-1204.
- Urbanos-Garrido, R.M. y González López-Valcárcel, B. (2013). Desempleo y salud: un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles. *Estudios de Economía Aplicada*, 31 (2): 303-326.
- Vall-Castelló, J. y López-Casanovas, G. (2020). Impact of sugar-sweetened beverages (SSB) taxes on sales. *Economics and Human Biology*, 36: 100821.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., et al. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health*, vol. 2013: ID 978656.
- World Health Organization. (2018). What national and subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing noncommunicable diseases?. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf?ua=1
- Zobel, E.H., Hansen, T.W., Rossing, P., y Von Scholten, B.J. (2016). Global changes in food supply and the obesity epidemic. *Current Obesity Reports*, 5: 449-455.



