

los encuestados. Pero su consumo es bajo en los niveles intermedios, lo que sugiere que si el consumidor escoge este tipo de leche se convierte en la “leche de diario”, y si no se escoge, no se consume. La razón para consumirla está relacionada con un problema de salud, la falta de calcio. Más en concreto. “para tener un suplemento de calcio” (el 52%) o “porque me lo ha recomendado el médico” (el 30%). La edad influye en su consumo, observándose que se incrementa la frecuencia de consumo a partir de los 45 años. 1/3 de los mayores de esta edad la consumen regularmente. También el sexo es una variable importante, pues el porcentaje de mujeres que la consumen duplica al de los hombres (el 38% y el 18% respectivamente). De hecho, el 70% de quienes la beben regularmente son mujeres. La presencia de la patología también guarda relación con su consumo: el 80% de las personas a las que su médico les ha dicho que tiene “bastante” o “un poco” de osteoporosis la consume regularmente, mientras que sólo el 26% de quienes les ha dicho “estar bien” la consumen. La mayoría de quienes consumen leche rica en calcio su médico no les ha dicho que tienen osteoporosis y la compran, básicamente, “para tener un suplemento de calcio”. Se podría hablar de una ‘automedicación’. En efecto, de los consumidores regulares, sólo al 27% un médico le ha dicho que tiene osteoporosis y/o le ha recomendado consumirla. Y se trata de un producto que cuesta unos 40 céntimos más el litro que la leche convencional (un 46% más).

Conclusiones

Quienes presentan el problema de salud para el que ha sido creado el producto, lo consumen con más frecuencia. La mayoría de los consumidores regulares (entre el 80% y el 87%) creen que es eficaz para el trastorno de salud para el que lo consume. Esto no significa, necesariamente, que sea eficaz a juicio de los consumidores: puede ser que quienes más confían (quienes más creen en el producto) son quienes más lo consumen.

Las razones para consumir estos tres productos se podrían resumir en función de dos ejes: placer-salud y consejo médico-decisión propia.

Activa está a medio camino entre la salud y el hedonismo porque la mitad de sus consumidores regulares presentan problemas de tránsito lento, y la otra mitad lo eligen porque es su lácteo preferido. Los encuestados no dan como razón para su consumo el que haya sido recomendado por el médico, por lo que se ubicaría en el ámbito de la decisión propia.

Las bebidas con fitoesteroides se ubican en el ámbito de la salud, se consumen para hacer frente al colesterol y/o por recomendación médica. No obstante, el 52% de quienes tiene “un poco” no lo consumen regularmente. Los fabricantes del producto no invocan a la necesidad de consultar al médico ante este problema. Por el contrario, tratan de alejarlo de ese ámbito para que su consumo dependa de la decisión del consumidor. Y para influir en su comportamiento tratan de superar dos obstáculos importantes: la desconfianza ante su eficacia, y el no estar suficientemente preocupado por su salud.

La leche enriquecida también responde a un problema de salud; hacer frente al problema de la osteoporosis. No obs-

tante, habría pocos consumidores de esta leche si se limitasen a quienes tienen diagnosticado el problema y/o a quienes se lo recomienda el médico. De los alimentos analizados, es el que menos peso tiene la recomendación médica para su consumo. Es, por tanto, el que más se consume siguiendo ‘el criterio de cada persona’.

Los tres alimentos analizados responden a un problema de salud y tienen consecuencias sobre la salud por lo que debería de existir un mayor control de los profesionales independientes (médicos o dietistas-nutricionistas) sobre su consumo. Si las empresas que los fabrican pueden hacer una difusión masiva de su mensaje, no se puede dejar en manos del consumidor la decisión de compra de un producto cuya conveniencia y dosis desconoce.

Bibliografía

1. Verbeke W. Consumer acceptance of functional foods: socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Quality and Preference*. 2005;16:45-57.
2. Landström E, et al. Use of functional foods among Swedish consumers related to health-consciousness and perceived effect. *Br J Nutr*. 2007;98:1058-69.
3. Herath D, et al. Who consumes functional foods and nutraceuticals in Canada? Results of cluster analysis of the 2006 survey of Canadians' Demand for Food Products Supporting Health and wellness. *Appetite*. 2008;51:256-63.
4. Sánchez M, Barrena, R. El consumidor ante los alimentos de nueva generación: alimentos funcionales y alimentos transgénicos”. *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros*. 2004;204:95-125.
5. Hardy G. Nutraceuticals and functional foods: introduction and meaning. *Nutrition*. 2000;16:688-9.
6. International Food Information Council IFIC. The consumer view on functional foods: yesterday and today. *Food Insight* 2002;May/June.

Declaraciones nutricionales y de propiedades saludables. Situación actual

A. Palou

Laboratorio de Biología Molecular, Nutrición y Biotecnología. Universitat de les Illes Balears. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. CIBEROBN. Instituto de Salud Carlos III. Campus Universitario UIB.

El Reglamento (CE) Nº 1924/ 2006 (1) (y sus posteriores correcciones y modificaciones) (2-4) armoniza las normas que rigen en todos los estados miembros de la UE sobre todas las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables (health claims) efectuadas en las comunicaciones comerciales. Su implementación está conllevando algunas reinterpretaciones y controversias que son ineludibles en un terreno en el que confluyen, el enorme alcance cualitativo de los objetivos marcados, la adaptación del sector al



reto de I+D, el continuo desarrollo científico y la confluencia de intereses y sectores contrapuestos. En esta nueva legislación podemos destacar 3 aspectos fundamentales:

1. El establecimiento de que las declaraciones de salud (de propiedades saludables en los alimentos y las nutricionales) deben estar substanciadas científicamente. La acreditación de tal substanciación científica depende de una opinión independiente, la EFSA (European Food Safety Authority).
2. Está previsto que sólo los alimentos con perfiles nutricionales "apropiados" puedan llevar declaraciones de salud. El concepto de perfil nutricional (véase más adelante) es, sin embargo, controvertido y de difícil concreción.
3. La protección de la propiedad intelectual por 5 años de los datos (resultados de estudios e investigaciones) (I+D) propiedad del solicitante, siempre que sean determinantes de la acreditación de una declaración de propiedades saludables.

Elo puede suponer un enorme estímulo a la I+D en el sector alimentario, aunque suscita numerosos interrogantes.

Las declaraciones nutricionales (referidas al contenido/composición de los alimentos) que están permitidas (junio 2011) se limitan a las 29 descritas en el anexo del Reglamento, mientras que otras 10 están en fase de discusión.

Las declaraciones de salud (propiedades saludables o health claims) se refieren más específicamente a los efectos de los alimentos o componentes de los mismos, y pueden considerarse 3 tipos principales:

- a) Genéricas o funcionales, contempladas el artículo 13 (13.1), y sobre las que la CE está preparando la lista de las ya aplicables, en base a las evaluaciones de la EFSA.
- b) Adicionalmente a las anteriores, la lista puede ampliarse, con declaraciones substanciadas por nueva evidencia científica (artículo 13.5) consideradas caso por caso.
- c) Reducción de riesgo de enfermedad, contempladas en el artículo 14, y que deben referirse no a prevención de riesgo sino a disminución de un "factor de riesgo" de enfermedad.
- d) Las relativas al desarrollo y la salud de los niños, también contempladas en el artículo 14).

Se espera que la evaluación por la EFSA de todas las solicitudes recibidas pueda completarse antes de 2012, si bien la CE ha anunciado que espera completar el proceso en 2 etapas, dejando los extractos botánicos para una consideración posterior. Hasta el momento (junio 2011), la EFSA ha recibido 4.638 solicitudes presentadas por los estados miembros de la UE para optar a la lista referida en el artículo 13, de las cuales 2.338 ya han sido evaluadas y 2.188 publicadas, resultando favorables 430 (aproximadamente el 19%) e incluyen principalmente vitaminas y minerales y otros nutrientes considerados esenciales. Además, se han recibido 50 solicitudes basadas en nuevo conocimiento (art 13.5) de las que se han evaluado 28, 3 de ellas (10%) favorablemente. También, se han evaluado 83 de las solicitudes correspondientes al artículo 14, con evaluaciones favorables para 7 de las relativas a reducción de riesgo (30% de las evaluadas) y 21 de las referidas a niños (26%).

La legislación incluye la previsión de prohibiciones de alegaciones nutricionales o de salud para aquellos alimentos que no respondan a un "perfil nutricional" mínimamente saludable (alimentos ricos en grasa saturada, sal, etc.). La idea subyacente es que sólo debieran permitirse las alegaciones de salud probadas científicamente y, dado que las alegaciones de salud pueden estimular el consumo de aquellos alimentos que las lleven, no parece razonable que tales alegaciones beneficien el consumo de alimentos con un perfil nutricional inadecuado. Sin embargo, llevar a la práctica esta disposición está resultando muy difícil, sin que se haya cumplido la previsión ("a más tardar el 19 de enero de 2009, la Comisión establecerá los perfiles nutricionales específicos") prevista en el Reglamento.

Sin duda, la obtención de un claim específico (art. 13.5 y las de reducción de riesgo del art. 14) supone un gran valor añadido para cualquier empresa y, en conjunto, se espera que la implementación del nuevo reglamento se traduzca en una mejora de la alimentación y salud del consumidor europeo.

Bibliografía

1. Reglamento (CE) n.º 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos Diario Oficial de la Unión Europea L 404 de 30 de diciembre de 2006.
2. Corrección de errores del Reglamento (CE) n.º 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. DOCE L 12 de 18 de enero de 2007.
3. Reglamento CE n.º 107/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de enero de 2008 por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos por lo que se refiere a las competencias de ejecución atribuidas a la Comisión. DOCE L 39 de 13 de febrero de 2008.
4. Reglamento CE n.º 109/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de enero de 2008 por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. DOCE L 39 de 13 de febrero de 2008.

La importancia de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad

M. Garaulet Aza

Catedrática de Fisiología y Nutrición. Universidad de Murcia.

El tratamiento de la obesidad ha sufrido numerosos cambios en las últimas décadas. En los años 60 las dietas hipocalóricas eran prácticamente la única alternativa. Sin embargo, en 1970 se introdujo un nuevo concepto en el tratamiento de la obesidad, la terapia de comportamiento (TC): "un cambio en la forma de vida y en los hábitos alimentarios del paciente podría

