

<sup>a</sup> Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Málaga, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

<sup>c</sup> Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio, Hospital Materno-Infantil, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [victor.navas@gmail.com](mailto:victor.navas@gmail.com)  
(V.M. Navas-López).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.011>  
1695-4033/

© 2017 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Publicidad televisiva alimentaria en horario infantil reforzado en España, 2017



### Food and drinks advertising directed at children on television during reinforced protection time slot in Spain, 2017

Sr. Editor:

La obesidad infantil representa uno de los mayores problemas de salud pública en nuestro país, y condiciona uno de los grandes retos a los que se enfrenta nuestra sociedad. En España, según los datos del estudio ALADINO<sup>1</sup> realizado en el año 2015 la prevalencia de sobrepeso en niños de 6 a 9 años era del 23,2% y de obesidad del 18,1%.

Pero ¿cómo hemos llegado a esta situación? Nuestra población infantil realiza una vida cada vez más sedentaria, con limitación del ejercicio físico y un patrón de consumo de alimentos poco saludables. Este último factor constituye una de las claves de la problemática de la obesidad, en la que la publicidad televisiva puede jugar un papel relevante<sup>2</sup>, que debería ser analizado y controlado. En nuestro país la bibliografía al respecto resulta escasa, destacando estudios como los de Royo Bordonada et al.<sup>3</sup>, que ponen de manifiesto el alto grado exposición de los niños españoles a la publicidad televisiva alimentaria.

Por nuestra parte hemos llevado a cabo un estudio piloto observacional con el objetivo de analizar la publicidad emitida en la televisión en el horario infantil reforzado, centrándonos en los 4 principales canales de nuestro país con emisión publicitaria (Telecinco, Cuatro, Antena 3 y La Sexta). Dicho horario es de lunes a viernes de 8:00 a 9:00 h y de 17:00 a 20:00 h, y los sábados y domingos de 9:00 a

12:00 h. Se analizaron 5 días durante el mes de abril de 2017 (3 de ellos en el período de lunes a viernes y los 2 días restantes correspondientes al fin de semana), estudiándose un total de 72 h de emisión (18 h emitidas por cada canal).

En el periodo estudiado se registraron 797 min de emisión publicitaria (tabla 1) en horario de protección reforzado infantil (equivalente a unos 200 min por canal). Se contabilizaron un total de 2.847 anuncios, de los cuales 679 (23,8%) eran de contenido alimentario, constatándose un promedio de 9,5 anuncios alimentarios por hora de emisión. Dichos anuncios se clasificaron por categorías o grupos con características nutricionales similares, configurados a partir de una adaptación simplificada de las categorías alimentarias recogidas por el modelo de perfil nutricional europeo elaborado por la OMS (tabla 2). Los grupos más anunciados en los 4 canales fueron las bebidas e infusiones (22,9%, siendo la mayor parte de ellos líquidos azucarados), las golosinas, snacks y tartas (21,8%) y los lácteos (16,2%). Se observó que, tanto la proporción de anuncios de contenido alimentario como el subgrupo alimentario más anunciado variaba de forma significativa entre las cadenas, lo que pudiera relacionarse con el proceso de autorregulación aplicado por cada una de ellas.

Nuestros resultados indican que casi la mitad de anuncios que ven los niños en el «horario de protección reforzado infantil» promueven el consumo de alimentos con alta carga calórica, azucarados y poco saludables. Dado que los menores también consumen contenidos televisivos en las horas de comida y cena y que, dichos horarios están sometidos a menor regulación publicitaria, es probable que la presión publicitaria global sobre alimentos sea todavía mayor. En España, en los últimos años se han puesto en marcha iniciativas para intentar contrarrestar esta realidad, como el Plan HAVISA, que incluye pequeñas leyendas en los anuncios que

**Tabla 1** Análisis de la publicidad total y de la publicidad alimentaria emitida por cada cadena

Cadena de televisión	Tiempo de emisión publicitaria/tiempo de emisión total (%)	Número total de anuncios emitidos	Anuncios alimentarios y (%) sobre el total de anuncios de la cadena	Anuncios alimentarios por hora de emisión
Antena 3	16,7	693	181 (26,1)	10,1
Cuatro	23,1	897	193 (21,5)	10,7
Telecinco	14,3	507	111 (21,9)	6,2
La Sexta	19,6	750	194 (25,9)	10,8
Media	18,4	711,8	169,8 (23,8)	9,5

**Tabla 2** Publicidad de alimentos por cadena de televisión según subgrupos de alimentos anunciados

Grupo de alimentos	Antena 3 (%)	Cuatro (%)	Telecinco (%)	La Sexta (%)	Total (%)
Aceites y grasas (a)	3 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,4)
Bebidas e infusiones (b)	13 (1,9)	41 (6,0)	49 (7,2)	53 (7,8)	156 (22,9)
Carne y pescado (c)	7 (1,0)	5 (0,7)	12 (1,7)	5 (0,7)	29 (4,2)
Cereales (d)	37 (5,4)	10 (1,4)	2 (0,2)	9 (1,3)	58 (8,5)
Comida precocinada (e)	15 (2,2)	21 (3,0)	8 (1,1)	6 (0,8)	50 (7,3)
Golosinas, <i>snacks</i> , tartas (f)	53 (7,8)	58 (8,5)	6 (0,8)	31 (4,5)	148 (21,8)
Lácteos (g)	22 (3,2)	20 (2,9)	22 (3,2)	46 (6,7)	110 (16,2)
APPS (h)	0 (0)	4 (0,6)	2 (0,3)	13 (1,9)	19 (2,8)
Pizzas y hamburguesas (i)	11 (1,6)	3 (0,4)	3 (0,4)	15 (2,2)	32 (4,7)
Otros (j)	20 (2,9)	31 (4,5)	7 (1,0)	16 (2,3)	74 (10,9)
Total	181 (26,6)	193 (28,4)	111 (16,3)	194 (28,5)	679 (100)

Equivalencia con las categorías de la OMS: a = categoría 10; b = categoría 4; c = categorías 13, 14 y 15; d = categorías 6, 11 y 12; e, h e i = categoría 9; f = categorías 1, 2, 3 y 5; g = categorías 7 y 8; j = categorías 15 y 16.

APPS: aplicaciones de envío a domicilio de comida.

promueven hábitos saludables, pero que tiene poco protagonismo dentro de la emisión publicitaria; el Código PAOS, que tiene como objetivo la autorregulación de una publicidad alimentaria responsable dirigida a menores de 12 años y la estrategia NAOS, una importante iniciativa de prevención de la obesidad, en vigor desde 2005. Hasta el momento, dichas iniciativas se han mostrado globalmente insuficientes<sup>4,5</sup>. Por todo ello, consideramos que los pediatras debemos alertar a los ciudadanos y las instituciones de los riesgos que pueden tener los mensajes publicitarios centrados en alimentos que no contribuyen a mejorar los hábitos nutricionales y se emiten en horarios sensibles a través de un medio de gran influencia como la televisión<sup>6</sup>.

### Bibliografía

1. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.
2. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JC, et al. Advertising as a cue to consume: A systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *Am J Clin Nutr.* 2016;103:519–33.
3. Royo Bordonada MÁ, Rodríguez Artalejo F. Publicidad alimentaria y salud. Estado de la situación en España. *Mediterráneo Económico.* 2015;27:319–30.
4. Leon-Flandez K, Rico-Gomez A, Moya-Geromin MA, Romero-Fernandez M, Bosqued-Estefania MJ, Damian J, et al. Evaluation

of compliance with the Spanish Code of self-regulation of food and drinks advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012. *Public Health.* 2017;150:121–9.

5. Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: A systematic review. *Obes Rev.* 2013;14:960–74.
6. Lapierre MA, Fleming-Milici F, Rozendaal E, McAlister AR, Castonguay J. The Effect of Advertising on Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2017;140 Suppl 2:S152–6.

Javier Trastoy Quintela<sup>a,\*</sup>, Jéssica Freire Rouco<sup>b</sup>, Lucía Rodríguez González<sup>a</sup>, Isabel Campos Varela<sup>b,c</sup> y Antonio Rodríguez Núñez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España*

<sup>b</sup> *Facultad de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España*

<sup>c</sup> *Grupo de Investigación CLINURSID, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javier.trastoy.quintela@sergas.es](mailto:javier.trastoy.quintela@sergas.es) (J. Trastoy Quintela).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.016>  
1695-4033/

© 2017 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).