



Colaboración especial

Azúcares en alimentos infantiles. La normativa española y europea, ¿a quién protege?

Julio Basulto^a, Francisco José Ojuelos^b, Eduard Baladia^c, Maria Manera^a

Publicado en Internet:
31-marzo-2016

Julio Basulto:
juliobasulto@juliobasulto.com

^aDietista-nutricionista. Sociedad Española para el Estudio Interdisciplinar de la Alimentación y los Hábitos Sociales • ^bAbogado. Huelva. España • ^cDietista-nutricionista. Investigador colaborador externo del Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición (ALINUT). Universidad de Alicante. Alicante. España.

Resumen

El elevado consumo de azúcares en la infancia contribuye a la actual epidemia de caries dental y de obesidad infantil, además de influir de forma negativa en las bajas tasas de lactancia materna. Entre las medidas para controlar este consumo está la determinación, por parte de las autoridades sanitarias, de la cantidad máxima de azúcares existentes en los alimentos infantiles elaborados por la industria alimentaria. El presente artículo inspecciona las normas que regulan en Europa y en España la presencia de azúcares en alimentos infantiles distintos a fórmulas lácteas (preparados para lactantes o preparados de continuación): la Directiva 2006/125/CE y el Real Decreto 490/1998. Tras revisar la técnica legislativa y de compilación o refundición de normas, el respeto de plazos y la idoneidad de los procedimientos, podemos concluir que la falta de rigor es patente. Con respecto a las cifras de azúcares permitidos en alimentos infantiles, distan mucho de ser idóneas, hasta el punto de que pueden considerarse un factor obesogénico y de promoción de malos hábitos alimentarios en la infancia. Por ello, cabe preguntarse a quién protege la legislación, si a la salud infantil, o más bien a los intereses de la industria alimentaria.

Palabras clave:

- Azúcares
- Alimentos infantiles
- Legislación alimentaria
- Lactantes
- Niños

Sugars in infant food. Spanish and European regulations, who are they protecting?

Abstract

The high level of sugar intake in infancy and childhood contributes to the current epidemic of tooth decay and childhood obesity, influencing negatively, as well, on low rates of breastfeeding. One of the measures to control this consumption is the determination by the health authorities of the maximum amount of existing sugar in infant foods produced by the food industry. This article inspects the law in Europe and Spain governing the presence of sugar in baby foods other than infant formula: Directive 2006/125/EC and Royal Decree 490/1998. After reviewing the legislative and compilation or consolidation technical rules, the respect of deadlines and the suitability of the procedures, we can conclude that the lack of accuracy is evident. Regarding the amount of sugars allowed in baby foods, they are far from ideal, to the extent that they can be considered an obesogenic factor and an issue that promote bad dietary habits throughout childhood. Therefore, we can question if the law protects infant's health or the interest of food industry.

Key words:

- Nutritive sweeteners
- Infant food
- Food legislation
- Infant
- Child

Cómo citar este artículo: Basulto J, Ojuelos FJ, Baladia E, Manera M. Azúcares en alimentos infantiles. La normativa española y europea, ¿a quién protege? Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e47-e53.

INTRODUCCIÓN

En su más reciente informe sobre azúcares y salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconsejó limitar el consumo de azúcares libres* a < 10% de la energía consumida¹ para prevenir la obesidad y las patologías relacionadas, y detalló que restringir la ingesta a < 5% podría ofrecer beneficios extra, especialmente en relación con la caries dental. Dos documentos contribuyeron de forma importante a la postura de la OMS: un metaanálisis de Moynihan *et al.*², y un metaanálisis de Te Morenga *et al.*³. Este último concluyó que, en el marco de una alimentación *ad libitum* (sin control de ingesta o situación de vida real), la ingesta de azúcares libres o bebidas azucaradas es un determinante del peso corporal tanto en niños como en adultos. Dicho metaanálisis fue evaluado de forma crítica por parte del grupo de expertos de la Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), que le otorgó una alta confiabilidad⁴. Los autores del metaanálisis añadieron que “aconsejar limitar el consumo de azúcares libres podría ser incluido en el paquete de medidas necesarias para luchar contra la actual epidemia mundial de la obesidad”. Dado que tanto la ingesta de azúcares como las cifras de caries y obesidad en niños españoles y europeos son alarmantes⁵⁻⁷, y teniendo en cuenta que la presencia de azúcares en alimentos infantiles puede regularse por los poderes públicos, en el presente análisis se revisa la situación actual de la legislación relativa a la presencia de azúcares en alimentos infantiles distintos a las fórmulas infantiles.

NORMATIVA EUROPEA Y ESPAÑOLA

Una directiva es una norma que establece un marco regulatorio que los estados miembros han de incorporar a su propio ordenamiento nacional. La regulación de la presencia de azúcar en alimentos

infantiles distintos a las fórmulas lácteas (“preparados para lactantes” o “preparados de continuación”), que estudiaremos, se remonta a 1996. En dicho año se publicó la Directiva 96/5/CE, relativa a los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad⁸. La regulación se incorporó a la normativa española en 1998, gracias al Real Decreto 490/1998⁹. Ocho años después se dictó la Directiva 2006/125/CE, aplicable también en España, relativa a los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad¹⁰. La promulgación de la Directiva de 2006 no ha motivado la modificación de la norma española de referencia, que sigue siendo el Real Decreto 490/1998, antes citado.

La Directiva 2006/125/CE está vigente, pero no puede anticiparse hasta cuándo lo estará, dado que todavía ha de dictarse la norma que lo establezca. El Reglamento (UE) 609/2013¹¹ es la norma que vino a establecer la derogación —diferida— de la Directiva 2006/125/CE y a sentar las bases de la delegación normativa que propiciaría el dictado de los Reglamentos que acabarían siendo las normas que efectivamente establezcan la regulación final aplicable. La Directiva 2006/125/CE está en el limbo legal: está vigente porque su derogación ha de tener efecto cuando se dicte un reglamento delegado para complementar el Reglamento (UE) 609/2013 que prevea un momento para su derogación. De momento, solo se han dictado, y más allá del plazo legalmente previsto por el propio Reglamento 609/2013, dos Reglamentos Delegados en complemento del 609/2013 (los Reglamentos 2016/127 y 2016/128), y ninguno de ellos establece previsión alguna de efecto de la derogación ya preestablecida de la Directiva 2006/125/CE, a pesar de que existe una obligación de llevarlo a término antes de junio de 2015.

Sea como sea, por tanto, la Directiva 2006/125/CE regula la presencia de los azúcares en alimentos infantiles distintos a las fórmulas infantiles. Divide dichos alimentos en dos categorías diferentes de productos: “alimentos elaborados a base de cereales” y “alimentos para lactantes”, tal y como se amplía a continuación.

* La expresión “azúcares libres” hace referencia, según la OMS, a todos los monosacáridos y disacáridos añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, incluidos los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los jugos de frutas.

ALIMENTOS ELABORADOS A BASE DE CEREALES

En este caso, el legislador fija unos criterios de composición limitadores en la adición de sacarosa, fructosa, glucosa, jarabes de glucosa o miel, y divide a los alimentos elaborados a base de cereales en tres nuevas categorías: “cereales simples reconstituidos o que deben reconstituirse con leche u otro líquido alimenticio adecuado”, “bizcochos y galletas que pueden consumirse directamente o, una vez pulverizados, con adición de agua, leche u otro líquido adecuado”, y “cereales con adición de otro alimento rico en proteínas reconstituidos o que deben reconstituirse con agua u otro líquido que no contenga proteínas”.

Cereales simples reconstituidos y bizcochos/galletas

En las dos categorías (“cereales simples reconstituidos o que deben reconstituirse con leche u otro líquido alimenticio adecuado” y “bizcochos y galletas que pueden consumirse directamente o, una vez pulverizados, con adición de agua, leche u otro líquido adecuado”), la Directiva establece que la cantidad de carbohidratos añadidos a partir de fructosa no podrá ser superior a 0,9 gramos por cada 100 kJ (3,75 g/100 kcal), lo que se traduce en que hasta el 15% de la energía total del producto puede provenir a partir de fructosa. Por su parte, la cantidad de carbohidratos añadidos a partir de sacarosa, glucosa, jarabes de glucosa o miel no podrá ser superior a 1,8 g/100 kJ (7,5 g/100 kcal). Esto significa que hasta el 30% de la energía total del producto puede provenir de los azúcares. Más adelante se analizan estas cifras, así como las que se detallan en las siguientes líneas.

Cereales con adición de otro alimento rico en proteínas reconstituidos o que deben reconstituirse con agua u otro líquido que no contenga proteínas

La cantidad de fructosa añadida en estos productos no podrá ser superior a 0,6 g/100 kcal),

es decir, que hasta el 10% de su energía puede provenir de este monosacárido. La cantidad de carbohidratos añadidos a partir de sacarosa, glucosa, jarabes de glucosa o miel no podrá ser superior a 1,2 g/100 kJ (5 g/100 kcal), lo que significa que hasta un 20% de la energía en estos productos puede estar en forma de azúcares.

No se establece ningún límite de azúcares añadidos para los alimentos preparados a base de cereales del tipo “pastas que deben cocer en agua hirviendo o en otros líquidos apropiados antes de su consumo”.

ALIMENTOS PARA LACTANTES

Para los alimentos para lactantes, la Directiva establece que “la cantidad total de carbohidratos presentes en los zumos de fruta y verduras y los néctares, los platos exclusivamente de fruta y los postres o las cremas no deberán ser superiores a:

- 10 g/100 ml para los zumos de verduras y las bebidas a base de los mismos.
- 15 g/100 ml para los zumos de fruta y néctares y las bebidas a base de los mismos (el 15% de la energía a partir de azúcares).
- 20 g/100 g para los platos exclusivamente de fruta.
- 25 g/100 g para los postres y cremas.
- 5 g/100 g para las demás bebidas no lácteas.

DISCUSIÓN

La técnica legislativa y de compilación o refundición de normas, el respeto de plazos y la idoneidad de los procedimientos son, en nuestra opinión, absolutamente demenciales. En todo caso, como se ha indicado, las normas vigentes en esta materia en Europa y España (que acabarán derogadas, aunque imposible saber, a día de hoy, cuándo sucederá) son la Directiva 2006/125/CE y el Real Decreto 490/1998, respectivamente. Ambas normas se aplican a los “(...) productos alimenticios destinados a una alimentación especial que satisfagan las

necesidades específicas de los lactantes [niños de menos de doce meses] y los niños de corta edad [niños entre uno y tres años] en buen estado de salud en la Comunidad y que tengan por destinatarios a los lactantes durante el periodo de destete y a los niños de corta edad, como complemento de su dieta y/o para su progresiva adaptación a los alimentos normales”.

De la frase anterior creemos importante cuestionar, por una parte, el concepto “alimentación especial”, puesto que da a entender que la alimentación del niño debe ser “especial”. Lo cierto es que, si se evitan los sólidos con riesgo de atragantamiento y se ofrecen al niño alimentos saludables en raciones adaptadas a sus sensaciones de hambre y saciedad, no existen motivos para pensar que haya que ofrecer alimentos o preparados especiales a los bebés. Así lo indican entidades como el Gobierno de Escocia¹², en base al concepto *baby-led weaning*, que se defendió como una opción recomendable en el 13.º Curso Actualización Pediatría 2016 de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria¹³. Por otra parte, consideramos desafortunada la palabra “destete”, dado que lo recomendable es que el bebé continúe con la lactancia materna (no exclusiva desde aproximadamente los seis meses de edad) durante dos años o más¹⁴.

Otro punto cuestionable es que se fija como edad mínima para consumir los productos que son objeto de regulación en tan solo cuatro meses. Hoy por hoy tenemos serias razones para desaconsejar el inicio de la alimentación complementaria antes de los seis meses. Es decir, mientras que en la literatura científica no encontramos motivos que induzcan a pensar en posibles beneficios de la incorporación de alimentos a los cuatro meses, hay razones que justifican que dicha incorporación, en su caso, debería ser la excepción y no la norma¹⁵⁻¹⁸.

Las anteriores consideraciones tienen cabida en este sucinto análisis dado que el elevado consumo de azúcares que se observa en niños europeos⁷ se relaciona de forma clara con la caries y la obesidad¹ (muy prevalente en niños españoles)¹⁹. No es lo mismo que los azúcares libres aparezcan a los

cuatro meses que a los seis: cuanto más tarde, mejor, entre otros motivos porque su aparición prematura puede afectar negativamente a la lactancia materna, un pilar de salud pública²⁰, y porque su presencia puede afectar a la selección dietética del niño, que será más proclive a preferir alimentos malsanos²¹. Tampoco es tolerable que pueda interpretarse que el “destete” pasa por la incorporación de alimentos azucarados, incluidos en una categoría denominada “alimentación especial”.

En cuanto a la regulación de la presencia de azúcar en alimentos infantiles, hemos visto que la normativa tolera una cantidad ilimitada en “pastas que deben cocer en agua hirviendo o en otros líquidos apropiados antes de su consumo”, mientras que los cereales simples reconstituidos y los bizcochos/galletas pueden contener hasta el 15% de su energía a partir de fructosa y hasta 30% de su energía a partir de otros azúcares. Por su parte, en los “cereales con adición de otro alimento rico en proteínas reconstituidos o que deben reconstituirse con agua u otro líquido que no contenga proteínas”, su energía a partir de fructosa puede ascender al 10%, y al 20% si proviene de otros azúcares. En los “alimentos para lactantes”, como los carbohidratos presentes de forma natural en frutas enteras u hortalizas no se consideran “azúcares libres”, no haremos alusión a ellos, pero sí debemos hacerlo en el caso de la categoría “zumos de fruta y néctares y las bebidas a base de los mismos”, productos en los que el legislador tolera una cifra del 10% de la energía a partir de azúcares (la OMS¹ y otras entidades^{22,23} consideran a sus azúcares, aunque sean naturalmente presentes, como azúcares libres).

Para entender la magnitud de los anteriores porcentajes es preciso saber que los alimentos analizados en este texto forman parte de los principales contribuyentes a la elevada ingesta de azúcares consumidos por bebés y niños⁷. No debe extrañarnos, por tanto, que la OMS recomiende no hacer publicidad de productos similares a los detallados en este escrito si igualan o superan un 10% de su peso en azúcar, dado que el consumo frecuente de este tipo de alimentos puede perjudicar la salud

infantil a largo plazo^{24,25}. Diversos investigadores han considerado que lo ideal es que los alimentos infantiles no tengan más del 20% de su energía a partir de azúcares, y han observado que la mayoría de alimentos dirigidos a niños presentan un perfil nutricional desaconsejable²⁶⁻²⁸. El porcentaje de azúcar a no superar es inferior en el caso de las bebidas azucaradas²⁹, hasta el punto de que entidades como el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer recomienda evitarlas, tengan la cantidad de azúcar que tengan³⁰.

Queremos también destacar la confusión terminológica presente en la legislación relativa a la presencia de azúcar en alimentos infantiles que, en nuestra opinión, favorece la libertad de acción de la industria, por lo que es preciso que se denuncien las lagunas que no tengan justificación técnico-científica suficiente. Tenemos un ejemplo en la definición de azúcares libres de la OMS que, pese a ser la mejor de las disponibles hasta la fecha, no es del todo completa, ya que no se integra la posibilidad de obtención de azúcares que, pese a no haber sido añadidos, se liberen por un proceso tecnológico³¹.

Académicos, entidades sanitarias y organizaciones no gubernamentales aconsejan disminuir el consumo de azúcar en niños, basándose en una suficiente cantidad de pruebas científicas de gran calidad^{1-3,21-33}. No se entiende, por tanto, por qué la

legislación tolera los porcentajes antes citados, máxime si, por una parte, la Directiva 2006/125/CE o el Real Decreto 490/1998 establecen que “los alimentos elaborados a base de cereales y los alimentos infantiles se fabricarán con ingredientes cuya adecuación para la alimentación especial de los lactantes y los niños de corta edad haya sido determinada mediante datos científicos generalmente aceptados” y, por otra parte, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública detalla que “la existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurran”. Si añadimos que existe un entramado de intereses entre las administraciones públicas y la industria alimentaria^{34,35}, debemos preguntarnos a quién protege la legislación, si a la salud infantil, o más bien a la industria azucarera³⁶.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects • **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Sugars intake for adults and children. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
2. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res*. 2014;93:8-18.
3. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2013;346:e7492.
4. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort Studies. 2013. En: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) [en línea] [consultado 15/03/2016]. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0051979/#d12013003284.db-entry-date
5. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J*. 2009;59:78-82;quiz 62.
6. Ministerio de Sanidad, Consumo, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2011–2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo, Igualdad y Servicios Sociales; 2013.
7. Stephen A, Alles M, de Graaf C, Fleith M, Hadjilucas E, Isaacs E, et al. The role and requirements of digestible dietary carbohydrates in infants and toddlers. *Eur J Clin Nutr*. 2012;66:765-79.

8. Directiva 96/5/CE, Euratom de la Comisión, de 16 de febrero de 1996, relativa a los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad.
9. Real Decreto 490/1998, de 27 de marzo, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria específica de los Alimentos Elaborados a Base de Cereales y Alimentos Infantiles para Lactantes y Niños de Corta Edad.
10. Directiva 2006/125/CE de la Comisión, de 5 de diciembre de 2006, relativa a los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad.
11. Reglamento (UE) n.º 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, los alimentos para usos médicos especiales y los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso y por el que se derogan la Directiva 92/52/CEE del Consejo, las Directivas 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE y 2006/141/CE de la Comisión, la Directiva 2009/39/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y los Reglamentos (CE) n.º 41/2009 y (CE) n.º 953/2009 de la Comisión.
12. Improving maternal and infant nutrition: a framework for action. 2011. En: The Scottish Government [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.gov.scot/Publications/2011/01/13095228/5
13. Los pediatras de Atención Primaria consideran que el Baby Led Weaning podría contribuir a la prevención de la obesidad infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.aepap.org/actualidad/comunicados-y-notas-de-prensa/los-pediatras-de-atencion-primaria-consideran-que-el-baby-led-weaning-podria-contribuir-la
14. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. En: Previnfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf [Consultado 11 de abril de 2016].
15. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res.* 2013;57.
16. Kramer MS1, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 8:CD003517
17. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129:e827-41.
18. Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, Mengual Gil JM, Merino Moína M, Pallás Alonso CR, *et al.* ¿Cuál es la edad adecuada para la introducción del gluten en la dieta de los lactantes? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17:271-4.
19. Estudio Aladino 2013. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.ciberobn.es/media/434027/estudio_aladino_2013.pdf
20. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016;19:753-64.
21. Mennella JA, Bobowski NK. The sweetness and bitterness of childhood: Insights from basic research on taste preferences. *Physiol Behav.* 2015;152:502-7.
22. Sugar reduction: responding to the challenge. En: Government of the United Kingdom [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.gov.uk/government/publications/sugar-reduction-responding-to-the-challenge
23. SACN Carbohydrates and Health Report. En: Government of the United Kingdom [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.gov.uk/government/publications/sacn-carbohydrates-and-health-report
24. WHO Regional Office for Europe. Nutrient profile model. En: World Health Organization [en línea] [consultado el 15/03/2015]. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-Profile-Model_Version-for-Web.pdf
25. Howard BV, Wylie-Rosett J. Sugar and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the Committee on Nutrition of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism of the American Heart Association. *Circulation.* 2002;106:523-7.
26. Harrison K, Marske AL. Nutritional content of foods advertised during the television programs children watch most. *Am J Public Health.* 2005;95:1568-74.

27. Elliott C. Assessing “fun foods”: nutritional content and analysis of supermarket foods targeted at children. *Obes Rev.* 2008;9:368-77.
28. Elliott CD. Sweet and salty: nutritional content and analysis of baby and toddler foods. *J Public Health (Oxf).* 2011;33:63-70.
29. Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Lim S, Ezzati M, Mozaffarian D; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). Estimated global, regional, and national disease burdens related to sugar-sweetened beverage consumption in 2010. *Circulation.* 2015;132:639-66.
30. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: AICR; 2007.
31. Basulto J. Cereales para bebés sin azúcar... que tienen azúcar. En: *Consumer.es* [en línea] [consultado el 15/03/2016]. Disponible en www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/2015/07/15/222238.php
32. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4:174-86.
33. Curbing global sugar consumption. Effective food policy actions to help promote healthy diets & tackle obesity. En: World Cancer Research Fund International [en línea] [consultado el 15/03/2016]. Disponible en www.wcrf.org/sites/default/files/Curbing-Global-Sugar-Consumption.pdf
34. García Rada A. Links between food manufacturers and Spanish health institutions are highlighted in report. *BMJ.* 2015;351:h4207.
35. La OMS destierra a la industria de alimentos azucarados de las políticas de salud pública. En: *El Mundo* [en línea] [consultado el 15/03/2016]. Disponible en www.elmundo.es/salud/2015/06/23/55895bfe46163f263c8b4585.html
36. Crowe K. Sugar industry's secret documents echo tobacco tactics. En: *CBC News* [en línea] [consultado el 15/03/2016]. Disponible en www.cbc.ca/news/health/story/2013/03/08/f-vp-crowe-big-sugar.html