



Factores socioeconómicos, de género y territoriales que afectan la adherencia a una dieta saludable en entornos urbanos

Resumen de recomendaciones políticas

(versión preliminar sin maquetar)



Participan:



ICTA-UAB Institut de
Ciència i Tecnologia
Ambientals



Institut
Metròpoli



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

UpSocial Innovation
and Scaling

Con el financiamiento de:



Fundación "la Caixa"



Esta obra está sujeta a la licencia de Atribución/Reconocimiento-NoComercial-SinDerivados 4.0 Internacional No adaptada de Creative Commons.



Resumen ejecutivo

El presente documento presenta el resumen de recomendaciones políticas que se derivan de los resultados del proyecto **Pobreza nutricional y sanitaria en Barcelona – PANIS** (www.projectepanis.org) , cuyo objetivo general era *identificar barrios, hogares y grupos sociales vulnerables en términos de pobreza económica, alimentaria y de salud en Barcelona, para diseñar programas de incidencia en alimentación saludable y sostenible adecuados y adaptados a la realidad socioeconómica de cada barrio.*

Problemática

Los hogares españoles han experimentado un claro deterioro en términos de inequidad, pobreza y exclusión social, afectando de manera importante la calidad de la dieta [1]. Aunque la dieta mediterránea está claramente asociada con excelentes niveles de salud [2] –incluyendo reducciones en la mortalidad cardiovascular, la incidencia de cáncer, diabetes, y deterioro cognitivo [3, 4, 5]– la mayoría de los estudios señalan una adherencia baja o moderada entre las poblaciones mediterráneas, lo que sugiere un progresivo abandono de este patrón alimentario tradicional [6]. Si bien se reconoce el impacto de la dieta en la salud física, psicológica, emocional y mental, así como en el rendimiento laboral y el gasto sanitario, aún no hay un seguimiento sistemático sobre el acceso a una alimentación adecuada, como un derecho básico de la población, ni a la calidad de la dieta [7].

Este deterioro se manifiesta en varios indicadores preocupantes: las tasas de obesidad, anemia en mujeres entre 15 y 49 años y el bajo peso al nacer han aumentado en los últimos años, así como la incapacidad de los hogares para permitirse una comida con carne, pollo o pescado (o su equivalente vegetariano) cada dos días [8].

Este fenómeno afecta especialmente a poblaciones en situación socioeconómica precaria. En ciudades como Barcelona, se observa una mayor incidencia de la obesidad y el sobrepeso en barrios desfavorecidos [9], y casi se ha duplicado el porcentaje de hogares en situación de privación material severa en la última década [10, 11].

Nuevas evidencias

Existe una baja adherencia a una dieta saludable, y los ingresos y la presencia de personas menores de 16 años en el hogar son factores que influyen de manera importante.

En una escala de 0-20, la adherencia a la dieta mediterránea promedio de los hogares de las capitales de provincia de más de 100.000 habitantes se encuentra en 8,12, con una variabilidad moderada (2,05). El valor más bajo de adherencia (7,65) lo tienen hogares de ingresos bajos con personas menores de 16 años y el más alto (8,46) lo tienen hogares con ingresos altos sin personas menores de 16 años.

Existe una relación entre el nivel de ingresos y la adherencia a la dieta mediterránea. En general, la adherencia a la dieta mediterránea mejora con los ingresos, y este patrón es especialmente evidente en los hogares sin personas menores de 16 años.

El contexto socioeconómico y el entorno alimentario pueden condicionar la adherencia a una dieta saludable

El contexto socioeconómico es determinante en la adherencia a una dieta saludable, como la dieta mediterránea. La carga financiera asociada a bienes y servicios básicos, especialmente la vivienda



[12], el entorno alimentario en el que viven las familias [13], y los ingresos del hogar son factores determinantes de adherencia a una dieta saludable.

Al clasificar las secciones censales de Barcelona según distintos niveles de vulnerabilidad contextual –pobreza, coste de la vivienda respecto de los ingresos y entorno alimentario– encontramos a cerca de 140.000 personas que viven en contextos de vulnerabilidad alta y caso 380.000 personas en contextos de vulnerabilidad media, lo que señala la necesidad de intervenciones específicas y sostenidas en estos ámbitos.

Existen disparidades de género que afectan la adherencia a una dieta saludable de los hogares

El género de la persona sustentadora principal del hogar tiene efectos sobre la calidad de la dieta.

- Se observa una asociación positiva con la adherencia a la dieta mediterránea en hogares con una mujer como sustentadora principal, en comparación con hogares de referencia con un hombre como sustentador principal.
- En hogares con sustentadora principal mujer y personas menores de 16 años se invierte el efecto positivo en la calidad de la dieta. Esto sugeriría que la sustentadora principal asume una triple carga de trabajo que le resta tiempo para asumir las responsabilidades asumidas: sostener económicamente el hogar, el cuidado y crianza de los menores, y la preparación y el aprovisionamiento de alimentos.



1 Introducción

Los hogares españoles han experimentado un claro deterioro en términos de alimentación saludable en los últimos años. A pesar de que hay un reconocimiento creciente del impacto de la dieta en la salud física, psicológica, emocional y mental, así como en el rendimiento laboral y el gasto sanitario, aún no hay un seguimiento sistemático del acceso a los alimentos y la calidad de la dieta de la población [7]. El único indicador oficial que se registra sistemáticamente es la incapacidad de los hogares para permitirse una comida con carne, pollo o pescado (o su equivalente vegetariano) cada dos días, según el cual los hogares españoles han pasado del 2,2 % al 6,1 % entre 2008 y 2023, y del 5,4 % al 13,1% en el caso de los hogares de bajos ingresos. España es el tercer país europeo donde más ha aumentado el porcentaje de hogares con privación material relacionada con la alimentación, después de Francia y Grecia, en los últimos 15 años. Además, la tasa de anemia en mujeres de entre 15 y 49 años ha pasado del 11,5 % en 2000 al 13,4 % en 2019, la de obesidad en adultos del 18,3 % en 2000 al 23,8 % en 2019 y el porcentaje de personas con bajo peso al nacer ha pasado del 8,9 % en 2000 al 9,6 % en 2020 [8].

En España, los estudios muestran que la obesidad infantil está estrechamente relacionada con los hábitos alimentarios y la falta de actividad física, así como con los ingresos y el nivel educativo de los padres [14]. En personas adultas, la prevalencia de la obesidad está estrechamente relacionada con los estilos de vida (p. ej. actividad física, hábitos alimentarios, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol) y presenta una relación inversa con el nivel educativo y la clase social [15, 16]. A su vez, el sobrepeso y la obesidad se relacionan con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y representan una importante carga para el sistema sanitario [17]. El aumento de la incidencia de la obesidad y el sobrepeso en poblaciones con una situación socioeconómica precaria se observa en grandes ciudades como Barcelona, donde más del 60 % de sus residentes con ingresos muy bajos padece esta enfermedad, y un porcentaje similar de las personas sin estudios [18].

Según la Encuesta Metropolitana de Condiciones de Vida, entre 2016 y 2002, Barcelona ha triplicado el porcentaje de población que no se puede permitir una comida con carne, pollo o pescado (o su equivalente vegetariano) cada dos días (del 1,7 % al 5,7 %) y que no puede mantener el hogar caliente en invierno (7 % al 21,8 %), y ha duplicado el porcentaje de población con privación material severa (4,4 al 8,8 %) [10, 11]. Estas cifras arrojan luz sobre el proceso de deterioro de las condiciones alimentarias y nutricionales de los hogares urbanos, tanto en términos de acceso a los alimentos como de los efectos de la baja calidad de la dieta. Las disparidades en la prevalencia de problemas de salud y hábitos alimentarios entre diferentes grupos sociales constituyen un problema de equidad y justicia que debe considerarse para definir políticas e intervenciones adecuadas.

2 Resultados

2.1 Evidencia 1. Baja adherencia generalizada a una dieta saludable, sobre todo en hogares con personas menores de 16 años

Para evaluar la adherencia a una dieta saludable se han adaptado los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EOF) del Instituto Nacional de Estadísticas al índice MEDLIFE [19]. Las cantidades de alimentos registradas en la EPF se compararon con las recomendaciones del índice MEDLIFE para la muestra de hogares en capitales de provincia de más de 100.000 habitantes. El valor medio de adherencia ha sido de 8,12 sobre 20 con una desviación estándar de 2,05, lo que sugiere una variabilidad moderada de esta variable en los datos.

El Gráfico 1 muestra los porcentajes de hogares que se adhieren a las recomendaciones de los diferentes componentes de la dieta mediterránea.

- Entre 50 % y 30 % de los hogares se adhieren a las recomendaciones de fibra, pescado, dulces, legumbres, sal, cereales e ingredientes para sofrito.
- Menos de un 30 % de los hogares se adhieren a las recomendaciones de frutas, carne procesada, lácteos bajos en grasas, frutos secos, verduras, huevos, aceite de oliva y carnes blancas.

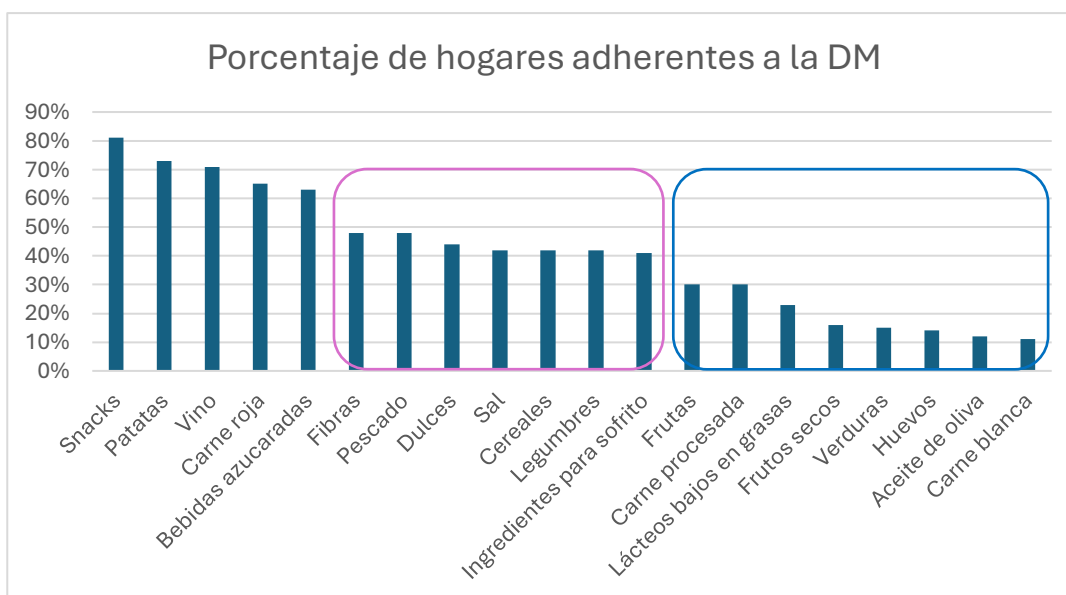


Gráfico 1. Porcentaje de hogares adherentes a los diferentes componentes de la dieta mediterránea

El índice MEDLIFE adaptado se sitúa en un rango estrecho de entre 7,65 y 8,46 (sobre 20) entre los distintos tipos de hogar. Existe una tendencia generalizada a mejorar la adherencia a la dieta mediterránea con los ingresos, y los hogares sin personas menores de 16 años muestran mejores resultados para los niveles de ingreso medio y alto. Destacan las siguientes diferencias significativas entre los hogares (**Error! Reference source not found.**).

- Hogares de ingresos bajos con personas menores de 16 años destacan por tener el índice MEDLIFE más bajo (7,65). Sin embargo, las diferencias no son significativas con los hogares con personas menores de 16 años de rentas medias y altas.
- Los hogares con ingresos altos sin personas menores de 16 años presentan el índice MEDLIFE más alto (8,46), y es significativamente más alto que el de los hogares sin menores e ingresos intermedios y bajos.

La Figura 1 presenta un resumen del riesgo generalizado, y la influencia de los ingresos y la presencia de personas menores de 16 años en la adherencia de los hogares a los distintos componentes del índice MEDLIFE adaptado.

- Existe un riesgo generalizado de no adherencia por insuficiencia en siete tipos de alimentos: verduras, aceite de oliva, frutos secos, fruta, carne blanca, huevos y lácteos bajos en grasas.
- Existe un riesgo generalizado por consumo excesivo en carnes procesadas.
- Las diferencias por renta muestran un riesgo de consumo insuficiente de frutas más evidente en los hogares de bajos ingresos y un consumo excesivo de vino en hogares de ingresos altos.
- En cuanto a la tipología de familia, la presencia de personas menores de 16 años en los hogares acentúa el riesgo de insuficiencia de verduras, fruta, fibra y aceite de oliva. Mientras que los hogares sin menores de 16 años tienen un mayor riesgo de consumo excesivo de huevos, sal y carne roja.

Riesgo generalizado
Verduras (<i>insuficiente</i>)
Aceite de oliva (<i>insuficiente</i>)
Frutos secos (<i>insuficiente</i>)
Fruta (<i>insuficiente</i>)
Carne blanca (<i>insuficiente</i>)
Huevos (<i>insuficiente</i>)
Lácteos bajos en grasa (<i>insuficiente</i>)
Carne procesada (<i>excesivo</i>)

Nivel de ingresos	Riesgo por nivel de ingreso	Riesgo según presencia de personas menores de edad	
		Sí	No
Bajos	Fruta (<i>insuficiente</i>)	Verduras (<i>insuficiente</i>) Fruta (<i>insuficiente</i>) Fibra (<i>insuficiente</i>) Aceite de oliva (<i>insuficiente</i>)	Huevos (<i>excesivo</i>) Sal (<i>excesivo</i>) Carne roja (<i>excesivo</i>)
Medios			
Altos	Vino (<i>excesivo</i>)		

Figura 1. Resumen del riesgo a no cumplir con la adherencia a la dieta mediterránea en hogares de capitales de provincia de más de 100.000 habitantes

2.2 Evidencia 3. El contexto socioeconómico y los entornos alimentarios importan.

La carga financiera asociada a bienes y servicios básicos, especialmente la vivienda [12], el entorno alimentario en el que viven las familias [13], y los ingresos del hogar son factores determinantes de adherencia a una dieta saludable.

Las secciones censales de Barcelona según han sido clasificadas a través de un análisis espacial, utilizando el índice Local I de Moran. Este análisis espacial ha permitido identificar dónde se concentran los valores más altos o más bajos de las variables pobreza, coste de la vivienda respecto



de los ingresos y entorno alimentario (número de tiendas de alimentación), ayudando a identificar zonas críticas según la concentración de factores de riesgo estructural relacionados con el acceso a una dieta saludable (

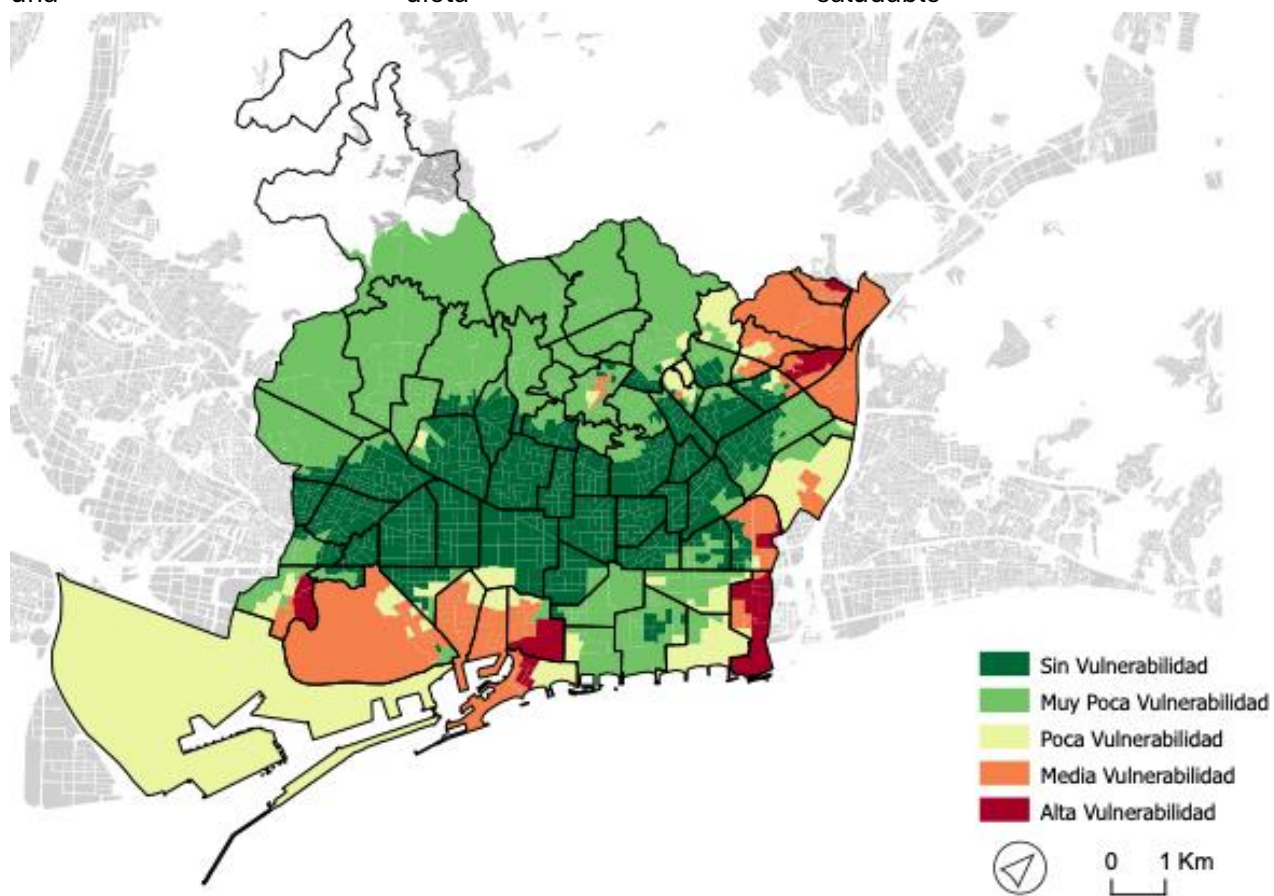


Figura 2).

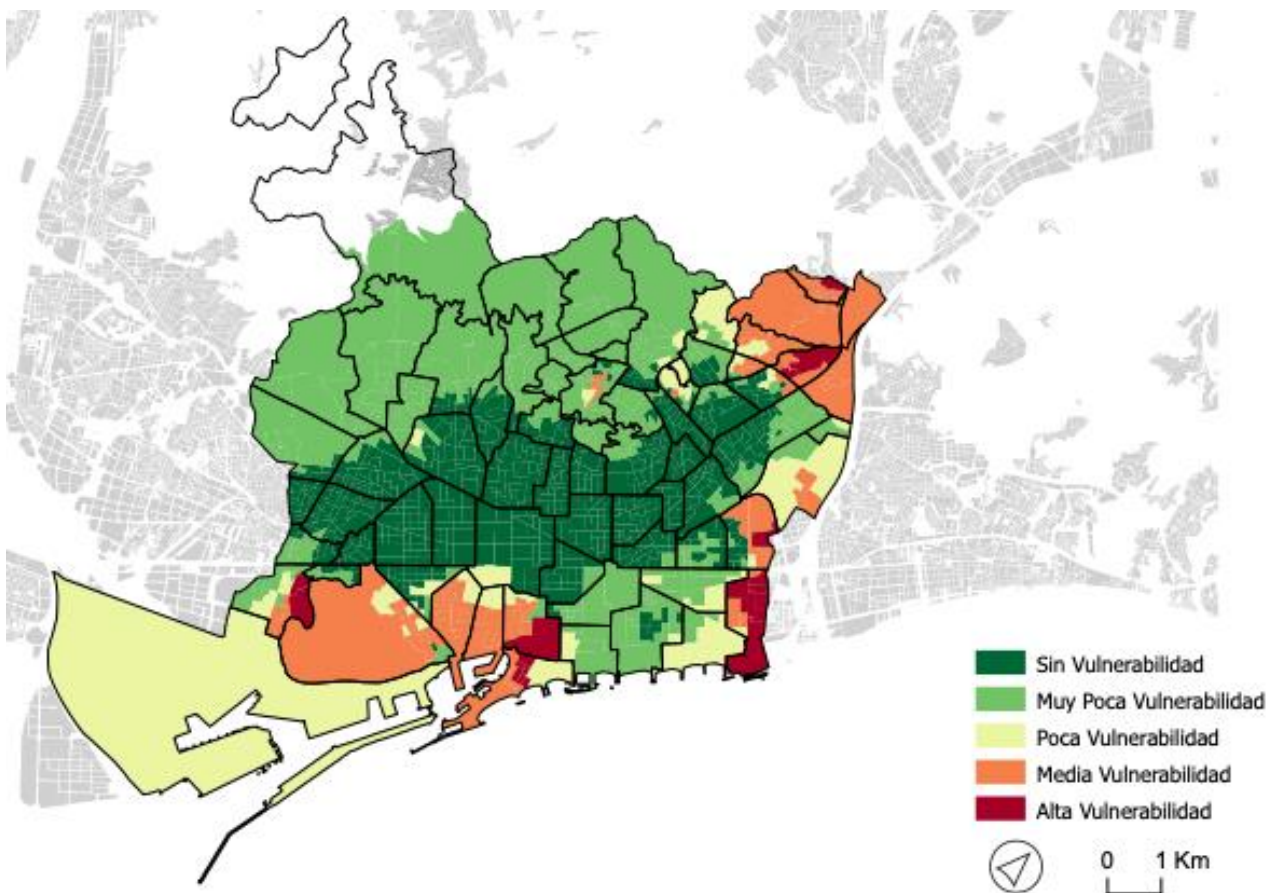


Figura 2. Mapa de nivel de vulnerabilidad.

Es interesante observar que casi un 60 % de la población de Barcelona reside en entornos socioeconómicos y alimentarios que proporcionan una situación con baja o nula vulnerabilidad. Pero hay más de 150.000 personas en contextos de vulnerabilidad alta y casi 280.000 personas en contextos de vulnerabilidad media, lo que señala la necesidad de intervenciones específicas y sostenidas en estos ámbitos (Gráfico 2).

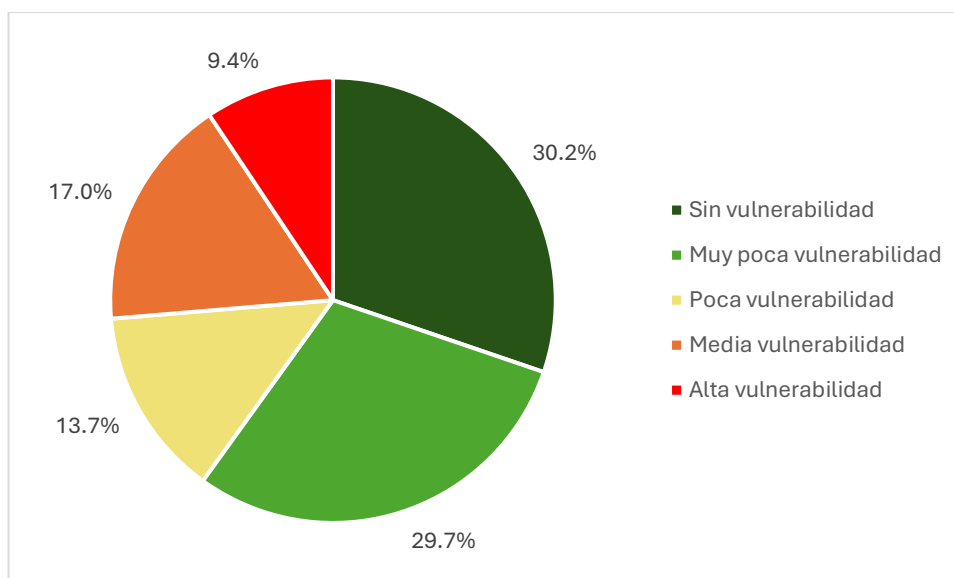


Gráfico 2. Porcentajes de población de Barcelona que vive en secciones censales con diferentes niveles de situación de vulnerabilidad.

2.3 Evidencia 2. Disparidades de género en la adherencia a una dieta saludable

El análisis del modelo de regresión ajustado muestra que hogares donde una mujer es la principal sustentadora tienden a seguir más la dieta mediterránea que aquellos encabezados por hombres. Sin embargo, esta adherencia disminuye cuando en esos hogares hay personas menores de 16 años.

Los resultados del proyecto confirman estudios recientes que indican que las mujeres tienden a seguir más la dieta mediterránea [20, 21], con una mayor preferencia por frutas, verduras, legumbres y lácteos, y un menor consumo de alcohol, carnes procesadas y dulces [20, 22, 23]. También muestran mayor conocimiento sobre alimentación saludable y habilidades culinarias [24, 25, 26], lo que puede influir positivamente en los hábitos alimentarios del hogar cuando ellas toman las decisiones.

Los resultados confirman que cuando el género de la persona sustentadora principal cambia a una mujer, se mejora la adherencia de ingredientes para sofritos, legumbres, fruta, fibra y verduras, y se reduce el consumo de alcohol. No obstante, la presencia de personas menores de 16 años en el hogar parece revertir este efecto, posiblemente debido a la sobrecarga de responsabilidades: trabajo remunerado, cuidado infantil y preparación de alimentos. Las mujeres en España dedican el doble de tiempo a tareas culinarias que los hombres, aunque ese tiempo disminuye con mayor nivel educativo e ingresos (Gráfico 3).

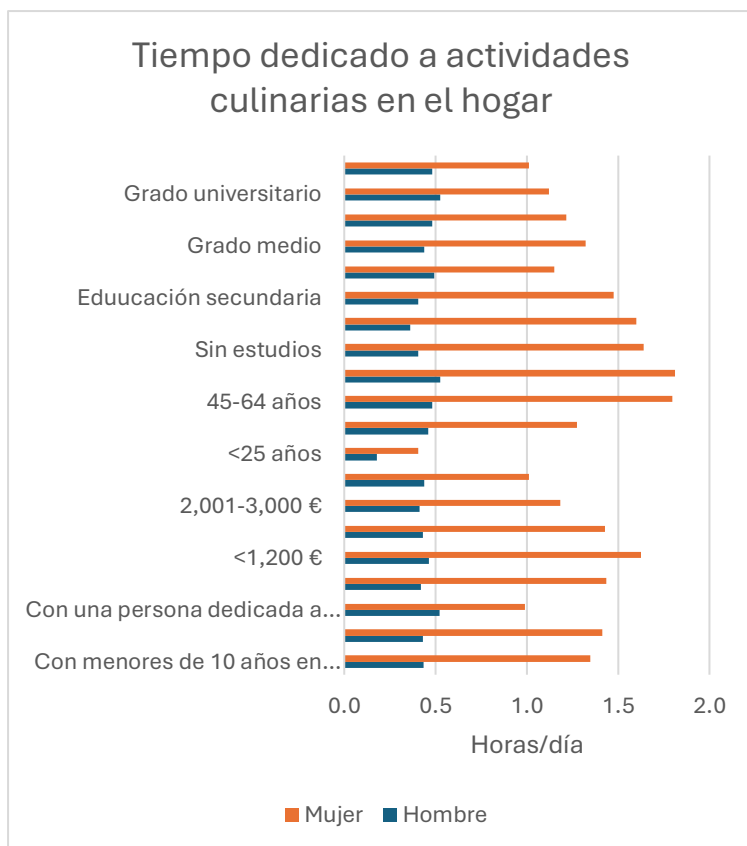


Gráfico 3. Uso del tiempo en actividades culinarias en el hogar. Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta de Usos del Tiempo, 2010.

Las dificultades para conciliar trabajo y familia afectarían negativamente la alimentación del hogar [27, 28], dado que la responsabilidad de las actividades culinarias recae principalmente en las mujeres, las cuales desarrollan estrategias como el consumo de comida preparada o a saltarse comidas [27, 29, 30]. Esta situación se agrava en hogares monoparentales, donde la falta de un adulto responsable intensifica los desafíos logísticos y alimentarios [31, 32, 33]. Es así, que se ha encontrado una relación directa entre las horas trabajadas por una madre en tiempo de crianza y la propensión al sobrepeso de sus hijos [34].

La carga desproporcionada que enfrentan las mujeres en las tareas de alimentación y crianza contrasta con la menor implicación de los hombres en estas responsabilidades. Esto puede explicar por qué la presencia de personas menores de 16 años afecta más la calidad de la dieta en hogares con mujeres sustentadoras. Se recomienda que futuras investigaciones consideren estas desigualdades de género y las condiciones reales de los hogares al estudiar la calidad de la dieta y la inseguridad alimentaria.



3 Recomendaciones para las administraciones locales

Los resultados del presente estudio evidencian que la adherencia a una dieta saludable como la mediterránea no depende únicamente de elecciones individuales, sino que está fuertemente condicionada por factores estructurales: los ingresos del hogar, la presencia de personas menores de edad a cargo, el género de la persona sustentadora principal del hogar y el entorno urbano.

Ante este escenario, las políticas alimentarias deben ir más allá de la promoción genérica de hábitos saludables. Se requiere una estrategia integral que articule políticas económicas, sociales, urbanas y de salud pública, con especial atención a las desigualdades estructurales en la alimentación saludable, y a factores socioeconómicos, de género y territoriales, combinando intervenciones en vivienda, empleo, conciliación familiar, entornos alimentarios y educación nutricional.

Las recomendaciones que se presentan a continuación están orientadas a las administraciones locales, especialmente al Ayuntamiento de Barcelona, y se basan en evidencia empírica sólida. Su objetivo es mejorar las condiciones para una alimentación saludable, equitativa y sostenible en todos los barrios de la ciudad, priorizando aquellos con más probabilidad de estar afectados por la inseguridad alimentaria y la baja adherencia a una dieta saludable.

Integración y coherencia de políticas alimentarias, sociales y económicas

Integrar las políticas alimentarias en políticas económicas y sociales, tales como políticas de ocupación, salario mínimo, renta básica, creación de un parque de vivienda pública social de alquiler o la regulación de los precios de alquiler, para reducir la carga financiera a hogares en situación de vulnerabilidad y aumentar las posibilidades de acceder a una alimentación saludable.

Incluir la alimentación en todas las políticas [35] de forma que se aseguren intervenciones efectivas, sinérgicas y coherentes. Casos como la ciudad de Nueva York muestran que las políticas alimentarias más efectivas son en ocasiones políticas sociales con una sensibilidad alimentaria [36].

Adoptar una perspectiva de género en la formulación e implementación de políticas

Fomentar horarios laborales flexibles, permisos remunerados y adecuación de horarios escolares para facilitar la conciliación familiar. Aunque estos programas pueden jugar un papel importante en apoyo a los hogares, su efectividad puede estar limitada si no están acompañados con esfuerzos para abordar las dinámicas cotidianas de provisión alimentaria en el hogar. En algunos casos, este tipo de políticas puede perpetuar de manera involuntaria los roles de género de las tareas de cuidado, que son asumidas predominantemente por mujeres.

Integrar la perspectiva de género en el diseño e implementación de políticas alimentarias para reducir la carga invisible y desproporcionada que recae sobre las mujeres en las tareas de cuidado y provisión alimentaria.

Considerar las dinámicas domésticas y los usos del tiempo, explorando las experiencias de las mujeres, para promover una distribución equitativa de las responsabilidades dentro del hogar.

Garantizar los derechos de las personas menores de edad a una alimentación saludable y digna a través de los comedores en escuelas e institutos

Fortalecer y universalizar los programas de becas comedor, incluyendo etapas educativas postobligatorias como ESO y Bachillerato, garantizando el acceso a comidas saludables y gratuitas



durante todo el año, son intervenciones de vital importancia para garantizar una alimentación saludable en personas menores de 16 años.

Implementar sistemas de evaluación y monitoreo de la calidad nutricional de los menús escolares, especialmente en contextos de crisis económica y aumento de precios.

Repensar repensar los horarios escolares y el funcionamiento de los comedores para evitar que adolescentes coman solos en casa, recurriendo a opciones poco saludables.

Mejorar los entornos alimentarios de la ciudad, especialmente de los barrios más vulnerabilizados, para facilitar dietas saludables y sostenibles

Mejorar los entornos alimentarios en barrios con hogares en situación de vulnerabilidad, promoviendo mercados de proximidad, huertos urbanos, tiendas sociales y cooperativas en barrios con baja oferta de alimentos saludables.

Limitar la concentración de comercios de comida ultraprocesada en zonas vulnerables.

Incorporar criterios alimentarios en la planificación urbana, políticas de salud pública y programas de intervención comunitaria.

Monitorizar la situación alimentaria y nutricional de la población

Desarrollar sistemas de indicadores locales que permitan medir la adherencia a dietas saludables, la calidad del entorno alimentario y las desigualdades territoriales, con datos desagregados por género y presencia de menores de edad.

Establecer un monitoreo continuo de la situación alimentaria y nutricional para identificar áreas prioritarias y evaluar el impacto de las intervenciones.

Mejorar la formación y capacidades sobre alimentación saludable y sostenible de la población a la par que sus entornos alimentarios.

Implementar campañas de educación alimentaria constantes, con enfoque comunitario, que fortalezcan los vínculos de confianza con referentes locales.

Ofrecer talleres prácticos de cocina y de interpretación de etiquetado nutricional, y crear puntos de asesoramiento en mercados municipales y equipamientos públicos.

Asegurar que las campañas estén vinculadas a mejoras reales en los entornos alimentarios, permitiendo que la población pueda acceder y demandar alimentos de calidad.

En el marco del proyecto PANIS, estas recomendaciones buscan fortalecer la seguridad alimentaria en Barcelona mediante un enfoque integral que reconoce la influencia de factores estructurales, sociales y territoriales en la adherencia a dietas saludables. Para garantizar el derecho a alimentos suficientes, seguros y nutritivos, que satisfagan las necesidades dietéticas y preferencias culturales, es fundamental implementar políticas coordinadas que aborden las desigualdades socioeconómicas, de género y territoriales, al tiempo que se fomentan procesos comunitarios de participación, formación y empoderamiento. Solo así se podrá promover una mejora sostenible y equitativa en las condiciones alimentarias de toda la población, poniendo especial atención en los grupos más vulnerables y fortaleciendo el tejido social local.



PANIS – Pobreza nutricional y de salud en Barcelona, es un proyecto llevado a cabo por la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universitat de Barcelona, el Institut Metròpoli, y UpSocial, financiado por el Ayuntamiento de Barcelona y la Fundación “la Caixa.

Más información: www.projectepanis.org



4 Referencias

1. Gracia-Arnaiz M. (2022). The precarisation of daily life in Spain: Austerity, social policy and food insecurity. *Appetite* 171, 105906, <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105906>.
2. Guasch-Ferré, M., & Willett, W. C. (2021). The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *Journal of internal medicine*, 290(3), 549-566
3. Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2014). Mediterranean diet and health status: An updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutrition*, 17(12), 2769–2782. <https://doi.org/DOL:https://doi.org/10.1017/S1368980013003169>
4. Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F. (2018). Mediterranean diet and multiple health outcomes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72, 30–43. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.58>
5. Martínez-González, M. A., Gea, A., & Ruiz-Canela, M. (2019). The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health: A Critical Review. *Circulation Research*, 124(5), 779–798. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313348>
6. Obeid, C. A., Gubbels, J. S., Jaalouk, D., Kremers, S. P., & Oenema, A. (2022). Adherence to the Mediterranean diet among adults in Mediterranean countries: A systematic literature review. *European journal of nutrition*, 61(7), 3327-3344.
7. Carrillo-Álvarez, E. (2023). Perspective: Food and Nutrition Insecurity in Europe: Challenges and Opportunities for Dietitians. *Advances in Nutrition*, 14(5), 995–1004. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.07.008>
8. FAO. (2023). Europe and Central Asia—Regional Overview of Food Security and Nutrition 2023: Statistics and trends. <https://doi.org/10.4060/cc8608en>
9. Bartoll-Roca, X., Pérez, C., & Artazcoz, L. (2021). Informe de resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2021. Agència de Salut Pública de Barcelona. https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2022/11/ASPB_Enquesta-Salut-Barcelona-2021.pdf
10. Porcel S., Navarro-Varas L., Pons M., (2017). Enquesta de condicions de vida, 2016. Resultats sintètics. Àrea metropolitana de Barcelona. <https://www.institutmetropoli.cat/wp-content/uploads/2017/11/Quaderns-2.pdf>
11. Porcel S., Garcia-Muniesa J., El Kabiri I. (2023). Estadístiques metropolitanes sobre condicions de vida, 2021-2022. Resultats sintètics https://www.institutmetropoli.cat/wp-content/uploads/2023/10/EMCV_2021_2022_Resultats_Sintetics.pdf
12. Penne T., Goedemé T., (2021). Can low-income households afford a healthy diet? Insufficient income as a driver of food insecurity in Europe, *Food Policy* 99, 101978, <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.101978>.
13. García-Sierra, M., Andreu, M., Domene, E., Zerbán, T., López-García, D., & Moragues-Faus, A. (2024). ¿Ciudades que alimentan? Transformemos entornos de comida basura en lugares saludables. Madrid: Instituto de Economía, Geografía, y Demografía-IEGD (IEGD-CSIC).

- 
14. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2024). Estudio ALADINO 2023: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2023. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2023.htm
 15. Gallus, S., Lugo, A., Murisic, B., Bosetti, C., Boffetta, P., & La Vecchia, C. (2015). Overweight and obesity in 16 European countries. *European Journal of Nutrition*, 54(5), 679–689. <https://doi.org/10.1007/s00394-014-0746-4>
 16. Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Obesity Reviews*, 13(4), 388–392. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00964.x>
 17. Hernández, Á., Zomeño, D. M., Dégano, I. R., Pérez-Fernández, S., Godaz, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R., & Marrugat, J. (2019). Exceso de peso en España: Situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), 916–924. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.009>
 18. Bartoll-Roca, X., Pérez, C., & Artazcoz, L. (2021). Informe de resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2021. Agència de Salut Pública de Barcelona. https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2022/11/ASPB_Enquesta-Salut-Barcelona-2021.pdf
 19. Sotos-Prieto, M., Moreno-Franco, B., Ordovás, J. M., León, M., Casasnovas, J. A., & Peñalvo, J. L. (2015). Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: The Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) index. *Public Health Nutrition*, 18(6), 959–967. <https://doi.org/10.1017/S1368980014001360>
 20. Barrea, L., Verde, L., Suárez, R., Frias-Toral, E., Vázquez, C. A., Colao, A., Savastano, S., & Muscogiuri, G. (2024). Sex-differences in Mediterranean diet: A key piece to explain sex-related cardiovascular risk in obesity? A cross-sectional study. *Journal of Translational Medicine*, 22(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12967-023-04814-z>
 21. Biasini, B., Rosi, A., Menozzi, D., & Scazzina, F. (2021). Adherence to the Mediterranean Diet in Association with Self-Perception of Diet Sustainability, Anthropometric and Sociodemographic Factors: A Cross-Sectional Study in Italian Adults. *Nutrients*, 13(9), 3282. <https://doi.org/10.3390/nu13093282>
 22. Kontele, I., Panagiotakos, D., Yannakoulia, M., & Vassilakou, T. (2025). Socio-Demographic Determinants of Mediterranean Diet Adherence: Results of the EU-National Health Interview Survey (EHIS-3). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(1), e70023. <https://doi.org/10.1111/jhn.70023>
 23. Pribisalić, A., Popović, R., Salvatore, F. P., Vataavuk, M., Mašanović, M., Hayward, C., Polašek, O., & Kolčić, I. (2021). The Role of Socioeconomic Status in Adherence to the Mediterranean Diet and Body Mass Index Change: A Follow-Up Study in the General Population of Southern Croatia. *Nutrients*, 13(11), 3802. <https://doi.org/10.3390/nu13113802>
 24. Spronk, I., Kullen, C., Burdon, C., & O'Connor, H. (2014). Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *The British Journal of Nutrition*, 111(10), 1713–1726. <https://doi.org/10.1017/S0007114514000087>

- 
25. Hawkes, C., Gallagher-Squires, C., Spires, M., Hawkins, N., Neve, K., Brock, J., Isaacs, A., Parrish, S., & Coleman, P. (2024). The full picture of people's realities must be considered to deliver better diets for all. *Nature Food*, 5(11), 894–900. <https://doi.org/10.1038/s43016-024-01064-0>
 26. Pemjean, I., Hernández, P., Mediano, F., & Corvalán, C. (2024). How are intra-household dynamics, gender roles and time availability related to food access and children's diet quality during the Covid-19 lockdown? *Social Science & Medicine*, 345, 116661. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116661>
 27. Bava, C. M., Jaeger, S. R., & Park, J. (2008). Constraints upon food provisioning practices in 'busy' women's lives: Trade-offs which demand convenience. *Appetite*, 50(2), 486–498. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.10.005>
 28. Welch, N., McNaughton, S. A., Hunter, W., Hume, C., & Crawford, D. (2009). Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women? *Public Health Nutrition*, 12(7), 888–895. <https://doi.org/10.1017/S1368980008003066>
 29. Rafii, F., Seyedfatemi, N., & Rezaei, M. (2013). Factors Involved in Iranian Women Heads of Household's Health Promotion Activities: A Grounded Theory Study. *The Open Nursing Journal*, 7, 133–141. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010133>
 30. Devine, C. M., Farrell, T. J., Blake, C. E., Jastran, M., Wethington, E., & Bisogni, C. A. (2009). Work Conditions and the Food Choice Coping Strategies of Employed Parents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(5), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.01.007>
 31. Agrawal, T., Farrell, T. J., Wethington, E., & Devine, C. M. (2018). "Doing our best to keep a routine:" How low-income mothers manage child feeding with unpredictable work and family schedules. *Appetite*, 120, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.010>
 32. Garrison, D. (2021). "We're Sinking and We're Sinking Quick": Family and Feeding Work During the COVID-19 Pandemic for Single, White, Middle-Class Mothers. *Electronic Theses and Dissertations*, 3893. <https://dc.etsu.edu/etd/3893>
 33. Dela Luna, K. L., Castro, M. J., & Ferido, M. (2023). Never enough! A qualitative study on single-parenting and child-rearing in a selected community in Nagcarlan, Laguna. *UP Los Baños Journal*, 21(2), 26–46.
 34. Anderson, P. M., Butcher, K. F., & Levine, P. B. (2003). Maternal employment and overweight children. *Journal of Health Economics*, 22(3), 477–504. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00022-5](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00022-5)
 35. Parsons, K., & Hawkes, C. (2019). *Embedding food in all policies*. Centre for Food Policy, City University, London.
 36. Moragues-Faus, Ana, and Jane Battersby. (2021). Urban food policies for a sustainable and just future: Concepts and tools for a renewed agenda. *Food Policy* 103: 102124.