

**"LA DIETA ESPAÑOLA
Y
LOS ALIMENTOS DE CALIDAD"**

Ismael Díaz Yubero
ACADEMICO DE HONOR.

La dieta mediterránea no es única en todos los países del Mare Nostrum, e incluso presenta diferencias sustanciales entre unos y otros, que hacen difícil definir un modelo uniforme.

Es cierto que hoy, cuando viajamos a los países vecinos, encontramos hábitos alimentarios que no tienen demasiado que ver con los nuestros, quizá condicionada esa alimentación por las producciones de cada país. Es posible que en algún momento las diferencias fueran menores, cuando las transferencias comerciales eran más difíciles, pero es evidente que en Francia la leche, y sobre todo la mantequilla, como grasas culinarias, marcaron siempre su cocina; que en Italia nunca se consumió demasiado pescado y que en los países del norte de Africa las diferencias con nosotros fueron siempre significativas.

Incluso, si nos centramos en España, la división entre las cocinas de lo cocido, el asado y el frito, está muy marcada, y los ingredientes básicos, muy diferenciados.

El concepto de la Dieta Mediterránea comienza cuando, al principio de los años cincuenta, un profesor americano, Ancel Keys, llega, acompañado de su mujer, a pasar unas vacaciones en el Mediterráneo. En principio, es un turista normal que lleva al hombro una cámara fotográfica y que está completamente convencido de lo importante que es ser americano y de lo decadente que es ser europeo.

Pero, además el profesor Keys es profesor de la Universidad de Minnessota y había sido, años atrás, inventor de la que fue famosa "ración K", la comida de emergencia preparada para los soldados americanos que se encontraban repartidos por todo el mundo. Recorre gran parte del Mediterráneo, recalca en Malta y se da cuenta de un hecho desconcertante: los pobres aldeanos de la costa y de los valles más recónditos, que todavía comían pan, cebolla y tomate, estaban mucho más sanos que los habitantes de Estados Unidos. No sufrían los problemas del colesterol, no del infarto, ni de la arterioesclerosis, estaban delgados, pero sanos, a pesar de su, en principio, deficiente alimentación.

Después de largas observaciones, atribuye precisamente a esa alimentación, basada en el aceite de oliva, verdura y fruta, pasta, pan, pescado, ajo, cebolla y plantas aromáticas, acompañada de largos tragos de vino, el secreto de la salud.

Vuelve a su país e inicia una investigación profunda, que dura veinte años aproximadamente, en siete Estados diferentes y que conforma los resultados. Un español, el profesor Grande Covián, colabora eficientemente con él y ambos enuncian la teoría lipídica que revolucionaría la dietética mundial.

Al principio, sus ideas son consideradas heterodoxas e incluso son lo más similar a la herejía. Rechaza el Martini con "crackers", los T bone, las hamburguesas, las salsas de colorines, las cajas que ofrecen una alimentación equilibrada y que se consumen mientras se ve la película nocturna. Rechaza, también, los huevos con muchas lonchas de "bacon", que se consumen cada mañana y los dulces ricos en mantequilla y en azúcar refinado, y recomienda el pan de trigo duro, las verduras, las frutas, las sopas, las pastas y las hierbas aromáticas.

Las críticas crecen y comparan a los pequeños y renegridos meridionales europeos con los altos y rubios americanos. Pero allí, como en todas partes, hay gente "pa to" y los que hacen caso a las nuevas teorías observan que sus niveles de colesterol empiezan a disminuir.

Poco a poco, comienzan a ser consideradas las "cosas" del Profesor Keys y vende cada vez más ediciones de su obra "Comer bien, vivir bien". La mesa es un rito al que no se puede renunciar, como hacen los americanos, no se puede comer de pie, el "fast food" no es bueno y, además, hay que diversificar los alimentos.

60 % de hidratos de carbono, 10% de proteínas y 30% de grasas, son las proporciones idóneas en que deben ser aportadas las calorías necesarias, que no deben ser 3.300 diarias, sino 2.600.

Decrece en EE.UU. el consumo de conservas y de azúcar y frenan su escalada huevos, carne y mantequilla, que hasta entonces venían siendo emblemáticos componentes de una dieta idónea y equivocadamente equilibrada.

Andrew Reskin, investigador de Salud Alimentaria, llega a exclamar que el "exceso de proteína cárnica, de grasas animales y de azúcar, hacen a los niños americanos menos sanos que los europeos y más fáciles víctimas de la obesidad". Obesidad que preocupa y que hace que las observaciones de Marlis Weber, en su libro "Dieta Mediterránea rústica", atribuyan a la nueva dieta la posibilidad de adelgazar dos kilos a la semana.

La dieta mediterránea empieza a ser paradigma de salud. La Organización Mundial de la Salud organiza simposia sobre el tema, las Conferencias de Alimentación (Budapest -1990- y Roma -diciembre, 1992-) dedican sesiones completas a este tema, los países sajones son cada vez más benevolentes con las costumbres que vienen del sur y se va imponiendo, poco a poco, pero firmemente. La teoría hipocrática "Somos lo que comemos" toma fuerza y se relaciona cada vez más la alimentación con la salud.

La dieta pobre mediterránea se impone a la dieta rica anglosajona, por ser más equilibrada, más lógica, más fisiológica, menos tóxica y, en consecuencia, más sana.

La Dieta Mediterránea está de moda. Es un modelo hacia el que tiende el mundo sobrealimentado, que no se resigna a prescindir de los placeres de la mesa a los que pueden acceder por su alto poder adquisitivo y que, al mismo tiempo, les proporciona una cierta seguridad de alimentarse saludablemente. La conjunción de lo sano y lo sabroso es, en definitiva, el eslogan de una alimentación que cada vez gana más adeptos.

Sin embargo, la ciencia no ha sido capaz de explicar suficientemente los favorables resultados, desde un punto de vista exclusivamente nutricional, en base a un frío análisis de nutrientes ingeridos y metabolismo de los mismos. Ha sido necesario recurrir a explicaciones complementarias. La vida al aire libre y el paseo que permite un clima templado, la significación social de las comidas y la práctica de la sobremesa, la siesta, el menor nivel de estrés y, en definitiva, una filosofía de vida, son factores a los que ha habido que recurrir para explicar algo que se supone que va más allá de la propia alimentación.

Pero, esta dieta mediterránea ideal, la dieta de nuestros abuelos ¿es nuestra dieta? ¿Mantenemos costumbres? ¿Comemos muy bien los españoles?

Desgraciadamente, no podemos ser muy optimistas. Las raíces de nuestra dieta son las mismas, nuestra dieta sigue siendo mejor que la de otros países situados al norte, pero tenemos problemas que necesitan de una urgente corrección.

Afortunadamente, cada vez es mayor el conocimiento de la nutrición, pero, desgraciadamente, la mayor fuente de información para el ciudadano no es precisamente la institucional, la sanitaria o científica, sino la publicitaria. Según estudios sociológicos, cada español contempla al año una media de 19.000 anuncios televisivos, lo que supone unas 66 horas. Los productos alimenticios, incluyendo las bebidas alcohólicas, son los más anunciados, y en su publicidad se gastaron en España unos 30.000 millones de pesetas.

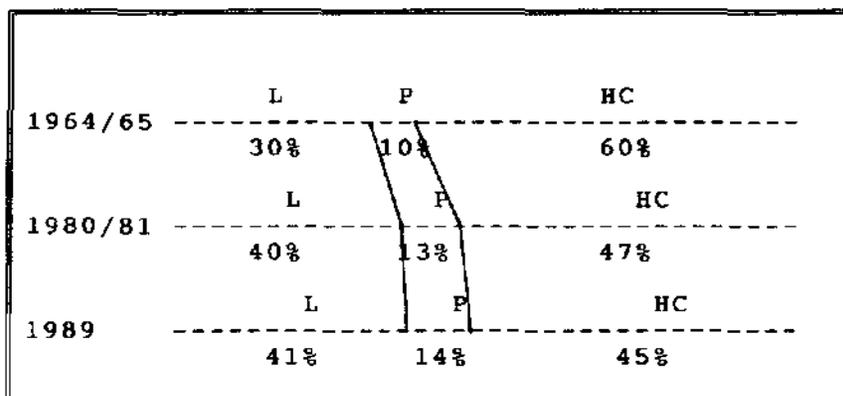
Las revistas "femeninas" son leídas por once millones de lectores todos los meses y suelen constituir un muestrario amplio y curioso de métodos para adelgazar, de dietas maravillosamente infundadas, de productos mágicos, de milagros variados. La publicidad, el marketing, es la principal y más tenaz referencia acerca de qué comer, en relación con la salud para muchas familias españolas.

Hoy se está produciendo una peligrosa estandarización alimentaria, que tiene mucho de colonización. Cada vez es más parecida la dieta en todos los países desarrollados y este fenómeno se produce a nivel de hogar pero, sobre todo, en la restauración colectiva, primando con frecuencia muchos factores sobre los meramente sanitarios y nutricionales.

Aunque en los años sesenta no se hicieron en España unas estadísticas muy exactas sobre alimentación, ni estudios suficientes de consumo, con excepción de los llevados a cabo por Varela y sus colaboradores, que son, sin embargo, insuficientes, todo hace pensar que fue precisamente en esa década, una vez superados los déficits alimenticios, cuando

se produjo en España una situación más favorable para alcanzar unos niveles nutricionales suficientes y, a la vez, más equilibrados y más sanos.

Según Varela, en 1964, el aporte calórico español se debía, en un 30 % a los lípidos, en un 10 % a las proteínas y en un 60 % a los hidratos de carbono, que son las cifras que él considera como ideales. En 1981, los lípidos habían subido hasta el 41 % y las proteínas hasta el 14 %, disminuyendo los hidratos de carbono al 45 %.



L = LÍPIDOS
P = PROTEÍNAS
HC = HIDRATOS DE CARBONO

Hoy estimamos que los hidratos de carbono han descendido hasta el 45 %, con aumento de las proteínas y continuidad en el nivel de lípidos.

Estas ingestas empiezan a ser preocupantes pero, sobre todo, lo son más si tenemos en cuenta que la base de muchas dietas adelgazantes, o de mantenimiento, es precisamente la disminución del consumo de hidratos de carbono, lo que lleva aparejado, además de una ingesta superior de grasas o proteínas, un esfuerzo superior de los órganos de depuración, especialmente riñón e hígado.

En España preocupa en estos momentos la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la alimentación de los enfermos, la de las personas que viven solas y que tienden a una alimentación excesivamente monótona y viciada, la de los grupos marginales (drogadictos, sobre todo), la de los emigrantes rurales a los núcleos urbanos, además de la de los grupos vulnerables, niños, gestantes, ancianos, que se incrementa con los celíacos, alactásicos y otras enfermedades metabólicas.

Estamos empezando en España a desperdiciar un magnífico tesoro cultural, estamos comenzando a sufrir los efectos de una colonización alimentaria perniciosa, cuando, además, las costumbres que estamos abandonando

son la base de una nutrición sana y racional y, por si fuese poco, nuestro modelo clásico es imitado precisamente por aquéllos que nos colonizan en nuestras costumbres e incluso en nuestra industria alimentaria, con los congelados, las conservas, los ahumados, los aditivos, los panes especiales, la pastelería industrial, las bebidas a base de cola y tantos y tantos productos exógenos que no nos aportan más que esnobismo y consecuencias perjudiciales para nuestra salud.

Una de las características de la dieta mediterránea, y por tanto de la española, es la variedad de materias primas y el hecho de no rechazar absolutamente ningún alimento. Es una dieta permisiva, que se puede cambiar con frecuencia, que favorece la diversidad y que, además, hace posible el aprovechamiento de los productos de temporada. No rechaza nada y todo lo que a ella se agregue es bienvenido, si se toma con la moderación necesaria. Nuestra dieta se ha formado por superposición de culturas variadas que nos han aportado nuevos alimentos, que han tardado más o menos tiempo en integrarse en nuestra alimentación y que, al final, han ocupado su sitio.

El concepto anticuado que superponía la dieta mediterránea a la pobreza y la anglosajona a la abundancia, hoy ya no es verdad. La valoración de nuestros productos hace que las altas cotizaciones sean frecuentes en productos nacionales de auténtica calidad y que muchos de los que importamos tengan escaso valor económico, tras un cierto tiempo en el que el "marketing" y el papanatismo hace incrementar más consumos.

Sin embargo, sí es cierto que nuestros hábitos alimenticios se forman en la pobreza, que hace agudizar el ingenio. Cuando faltan los recursos a que acudir para el arte de hacer sabrosa y variada una comida, es cuando surgen los gazpachos, las migas y otros muchos productos que, por desgracia, empiezan a perderse, como las gachas, los arropes, etc. La pobreza es rica en tiempo y cuando éste se valora poco, es posible tener acceso a una cocina que, curiosamente, está mucho más acorde con nuestras necesidades que esas raciones que ya pueden adquirirse en el mercado perfectamente balanceadas y en las que se añaden sales minerales, vitaminas de síntesis, conservantes, colorantes, saborizantes, humectantes, antiespumantes y todo aquello que es

necesario para que la comida no sea incolora, inodora e insípida, pero que hacen aumentar las patologías anafilácticas, hepáticas, renales y pancreáticas, y se sospecha que, aunque todos los aditivos estén autorizados por la O.M.S., la F.A.O., la C.E.E. y muchos más Comités Científicos, el incremento de la incidencia de trastornos cancerígenos y teratogénicos está, asimismo, ligado a este tipo de alimentación.

Ciñéndonos a la alimentación en España, la encuesta de 1992 de Consumo Alimentario proporciona los siguientes datos:

CANTIDAD COMPRADA (kilos/litros/unidades)

(Total per cápita)

PRODUCTOS	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Huevos	299,9	286,8	269,1	253,2	235,2	224,9
Carnes y transformadas	65,9	67,8	65,6	66,3	68,9	69,2
Productos de la pesca	30,5	31,3	29,9	30,4	30,8	31,1
Leche líquida	124,6	119,2	115,7	109,3	110,6	112,7
Derivados lácteos	18,2	18,6	18,9	18,4	19,9	20,1
Pan	65,1	63,0	58,8	56,4	55,6	55,0
Galletas, bollos y pastales	12,5	13,0	13,2	14,2	15,2	14,8
Chocolata, cacao y suced.	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8
Cafés y otras infusiones	3,3	3,1	3,3	3,1	3,1	3,1
Arroz	8,4	6,9	6,7	5,7	5,7	5,6
Pastes alimenticias	4,8	3,9	4,0	3,8	3,9	4,0
Azúcar	13,6	11,7	11,2	10,1	9,9	9,8
Miel	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
Legumbres secas	8,9	6,9	6,8	5,9	5,7	5,7
Aceites	26,6	25,2	24,0	21,8	21,8	21,1
Margarinas	2,0	2,5	2,6	2,5	2,6	2,6
Papas	41,1	56,5	55,9	54,1	56,4	59,3
Hortalizas frescas	46,5	67,0	63,8	49,1	65,6	64,5
Frutas frescas	108,9	110,5	107,5	105,2	104,7	102,4
Aceitanas	3,8	3,3	3,0	3,2	3,3	3,2
Frutas secas	2,2	2,4	2,2	2,3	2,3	2,3
Frutas/hortal. transformadas	10,4	10,5	11,1	12,0	13,9	14,0
Platos preparados	2,6	3,0	3,3	3,7	4,1	4,2
Vinos	46,6	41,3	38,6	37,4	34,2	32,5
Cervezas	64,4	64,9	65,4	67,4	70,6	71,4
Otras bebidas alcohólicas	6,5	7,2	7,9	8,3	9,0	8,5
Sumos	6,7	7,9	9,2	12,2	14,5	16,0
Aguas minerales	23,0	29,1	33,5	36,2	39,7	42,6
Gaseosas y refrascos	57,6	52,6	51,9	51,9	63,9	63,5

Conviene matizar algunos aspectos de estos datos. En lo que se refiere al consumo de carne, nuestro consumo es relativamente bajo, en comparación con otros países de una capacidad adquisitiva similar a la nuestra. Hay otros dos aspectos que en el consumo cárnico deben tenerse en cuenta. Por una parte, la alta incidencia de la carne de ave y, por otra, la tendencia española al consumo de carnes magras y jóvenes. El cordero, el cabrito, el lechón, consumidos a las pocas semanas y, en ocasiones, a los pocos días de nacer, son, desde el punto de vista económico, un dispendio excesivo, pero, desde el nutricional, es evidente que tiene sus ventajas y, desde el gastronómico, estas carnes jóvenes son verdaderamente sublimes.

Hay otro factor aún no suficientemente estudiado. La todavía alimentación primitiva de una parte de nuestra cabaña porcina proporciona unos embutidos y unos jamones con un nivel de ácidos grasos insaturados muy superior al de los productos obtenidos por sistemas tecnológicamente más avanzados. Por desgracia, en España los productos del cerdo

ibérico, alimentado con bellota, ya no son más que una pequeña parte del total de la carne producida por los sistemas "avanzados".

La relativamente baja proporción de proteína cárnica la suplimos sobradamente con un alto consumo de pescado (unos 31 kgs. por habitante y año) y, aunque está sin evaluar suficientemente, con una alta proporción de pescados grasos (azules) en los que los ácidos grasos, Eicosapentaenoico, Docosahexaenoico y Docosapentaenoico, se encuentran en alta proporción y, como es sabido, estos ácidos son capaces de reducir los niveles de triglicéridos en sangre y de lipoproteínas de baja densidad.

El estudio de Dyerberg y Cols en la población esquimal (que como se sabe tiene unos niveles bajísimos de infarto de miocardio) concluye que el alto consumo de pescado produce los siguientes efectos:

1. Disminuye la agregación plaquetar y aumenta los tiempos de coagulación.

2. Disminuye la síntesis de lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos circulantes.

3. Los ácidos ω -3, presentes en la grasa de pescado, tienen una acción vasodilatadora y antiinflamatoria.

El consumo de 102 kgs./per cápita de fruta fresca, supone un importante aporte vitamínico y mineral que, unido a los 65 kgs. de hortalizas frescas, proporcionan unos interesantes niveles. Pero, además, supone un capítulo importante en la contribución a las necesidades de fibra, tan íntimamente ligada al buen funcionamiento del aparato digestivo y por su correlación con la aparición de cáncer de colon.

Especial atención se ha prestado siempre en la Dieta Mediterránea a las legumbres (lentejas, alubias, garbanzos). Por desgracia, los niveles de consumo tienden a disminuir y, además, de forma preocupante. La razón hay que buscarla en la dificultad de su preparación culinaria y en que la cocina tradicional española, acostumbraba a cocinarlas con

productos cárnicos ricos en grasa, que aportan un exceso de calorías, difícilmente compatibles con un trabajo sedentario. El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, consciente de la importancia que tienen, en cuanto que son una extraordinaria fuente proteica, además de alto valor biológico y precio bajo, está intentando difundir su consumo y buscando nuevas presentaciones culinarias, fundamentalmente en ensaladas.

El consumo de leche líquida es ligeramente más bajo que la media comunitaria y claramente inferior al de otros países desarrollados. La diferencia es mayor en lo que se refiere al consumo de queso, con niveles muy inferiores a países con dietas próximas a la nuestra, como son Francia e Italia. Solamente consumimos 6 kgs. por habitante y año. En lo que se refiere a la mantequilla, nuestro consumo es insignificante, apenas 350 grs./per cápita. Es evidente que no nos caracterizamos por ser grandes consumidores de productos lácteos, pero este hecho, desde el punto de vista nutricional, supone que el aporte de ácidos grasos saturados por esta vía no es excesivamente importante.

El consumo de pan, pastas y patatas también decrece, como es lógico, a medida que aumenta el poder adquisitivo y, aunque por razones más difíciles de explicar, desde el punto de vista económico, también disminuye el consumo de azúcar. Sería de desear que la causa no estuviese precisamente en su sustitución por edulcorantes.

Tenemos un alto consumo de huevos que, aunque tiende a disminuir, continúa siendo alto, desde los parámetros de lo que hoy se considera una alimentación adecuada bajo la perspectiva del colesterol.

En los últimos años, está creciendo excesivamente el consumo de galletas, bollería y pastelería, con altos contenidos calóricos, en gran parte debidos a la participación en su elaboración de grasas concretas, normalmente insaturadas. Lo más preocupante es que el consumo de este tipo de alimentos es mucho más alto en los niños, sobre todo en edad escolar. Los índices de colesterinemia en jóvenes españoles ha aumentado peligrosamente, estando ya relativamente próximas las cifras medias a las de los jóvenes de Estados Unidos. Como

es sabido, la formación precoz de placas ateromatosas, guarda una fuerte correlación con la aparición posterior de enfermedades cardiovasculares.

En lo que se refiere al consumo de grasas, ya hemos visto la escasa incidencia de la mantequilla. El consumo de margarina es, también, muy bajo. De los 21 litros consumidos por habitante y año, la mitad, aproximadamente, son de aceite de oliva y el resto de diferentes grasas vegetales, entre las que destaca, sobre todo, el aceite de girasol. Hay que tener en cuenta que España es el primer productor y consumidor de aceite de oliva. Aproximadamente, un 25 % de los olivos y del consumo mundial son españoles. Nuestros aceites son famosos desde los primeros siglos después de Cristo. Se dice que el Testacío está formado por los restos de las ánforas que, procedentes de a Ibérica, se traían para el consumo romano. Además, nos cabe el honor de haber llevado este árbol, junto con la vid, el trigo, el ganado vacuno, el ovino, el caprino, el porcino, las gallinas y otros muchos alimentos, a América, en lo que constituye, sin duda, el intercambio y la difusión de alimentos más importante que se produce en la historia de la humanidad.

No me voy a extender demasiado en contarles las ventajas de esta grasas, que se identifica más que ningún otro producto con la Dieta Mediterránea. En su composición entra, en un 83 %, aproximadamente, el ácido oleico, y su proporción de poliinsaturados no es muy alta, pero sí suficiente para, con los niveles de consumo español, cubrir sobradamente la ingesta diaria necesaria. Las antiguas teorías que aseguraban la bondad de los poliinsaturados han sido superadas, al descubrir la incidencia de éstos en las lipoproteínas de baja densidad, y de los monoinsaturados en las de alta densidad. Jaquotot, en Francia; Oya, Carmona y Varela, en España; y Mattson y Grundy, en Estados Unidos, llegan a la conclusión de que sólo las grasas monoinsaturadas, además de producir un descenso de colesterol, no reducen los niveles y, en consecuencia, no disminuyen el efecto positivo de las lipoproteínas de alta densidad.

Se han descrito, además, los efectos beneficiosos del aceite de oliva en la evacuación gástrica, su actividad colagoga y colerética, la actuación beneficiosa sobre el páncreas, al ser la grasa que le hace tener una actividad más baja, e incluso, según Harman, la

posible prevención de la demencia senil precoz, al ser los ácidos grasos monoenoicos protectores de la membrana en la sinapsis neuronal.

Otro componente fundamental de nuestra dieta es el vino. Cada vez son menos los nutrólogos que lo rechazan como alimento y cada vez son más las propiedades beneficiosas que se le achacan a este producto. Está claro que siempre hay que partir del vino ingerido con moderación. Es evidente que el consumo de vino y el alcoholismo no son fenómenos paralelos y, en concreto, en el área mediterránea llevan direcciones opuestas.

Grande Covián dice textualmente que "el consumo de cantidades inferiores a medio litro de vino no afecta negativamente a la salud y posiblemente es hasta conveniente". Se entiende que se refiere a personas adultas y sanas. Para llegar a esta afirmación se basa en estudios realizados en Francia, país que, a pesar de tener una alta ingesta de grasas de origen animal, tiene una tasa de mortalidad coronaria baja.

Las investigaciones realizadas en el mencionado país, separando la forma de ingestión de alcohol en licores, vino y cerveza, llegan a la conclusión de que los resultados más favorables se dan en aquellas personas que lo consumen en forma de vino, por lo que se considera que en este producto hay algún principio que ejerce un efecto protector frente a la formación de ateromas. Algunos autores han querido identificar a la procianidina, un polifenol, como a la sustancia que ejerce la acción protectora frente al infarto.

Las experiencias personales de Grande Covián en el Estado de Minnessota, con presos condenados a cadena perpetua, a los que suministraron dosis moderadas de alcohol y, por otro lado, las llevadas a cabo por la Administración británica, formando cuatro grupos de funcionarios (abstemios, bajo consumo, moderado consumo y alto consumo de alcohol) demuestran que los efectos sobre la salud, para distintos indicadores, eran, al menos, tan favorables para los que consumían alcohol moderadamente como para los abstemios, y curiosamente éstos tenían una mortalidad casi tan alta como los grandes bebedores y, ambos grupos, muy superior a la de los consumidores moderados.

Los Dres. Maury, en Francia (Soignez vous pour le vin) y Fassola, en Italia (Curarsi con il vino) encuentran efectos beneficiosos para el tratamiento de anemias, catarros, arterioesclerosis, cálculos biliares, diabetes, anorexia, diarreas y estreñimientos, cistitis, pielitis, insuficiencias hepatobiliares leves, insomnio, hiperclorhidria, alteraciones de tensión arterial, artritis, artrosis, estados febriles agudos, estados ansiosos y depresivos, astenia, aquilia, halitosis, bocio, etc.

Pero, además, en el Mediterráneo se sabe beber. Quizá, por eso, Ganivet, lejos de su Granada natal, se sorprendió al ver a los bebedores centroeuropeos y nórdicos, que sólo beben el fin de semana, y en sus "Cartas finlandesas" dice que el borracho de esta nacionalidad es el más perfecto de Europa, es el borracho a priori, el que sería capaz de destilarse a sí mismo para embriagarse con su propia sustancia.

En el área mediterránea y, sobre todo, en España, se sabe beber con moderación, disfrutando y compartiendo la bebida.

