



Evaluación PAFAE 2004-2018

PLAN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA



Noviembre 2019

Equipo de redacción:

Rosario Rodríguez Martínez
Pablo García-Cubillana de la Cruz
Carlos Bruquetas Callejo
Eugenio Martínez Concepción
Carmen Lama Herrera

Revisión:

Lucía Túnez Rodríguez
Rafael Ángel Maqueda
Montserrat Román Cereto
Esther Gala Oceja
Carmen Lineros González
M^a Aránzazu Irastorza Aldasoro
M^a Dolores Fernández Pérez



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2019.

Maquetación: Pablo García-Cubillana de la Cruz

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN	7
2.1.- Demografía y desigualdades en Andalucía	7
2.2.- Estilos de vida relacionados con actividad física y alimentación	12
2.2.1.- INDICADORES DE ACTIVIDAD FÍSICA	12
2.2.2.- INDICADORES SOBRE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN	20
2.2.3.- ANÁLISIS DE LOS ESTILOS DE VIDA	28
2.3.- Epidemiología del sobrepeso/obesidad	29
3.- ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PAFAE	36
3.1.- Programas y proyectos	36
3.1.1.- POR UN MILLÓN DE PASOS	36
3.1.2.- RUTAS PARA LA VIDA SANA	41
3.1.3.- ESCALERAS ES SALUD	42
3.1.4.- COMEDORES SALUDABLES	43
3.1.5.- PLAN EVACOLE	46
3.1.6.- CONSEJO DIETÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	47
3.1.7.- PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ESCUELA	57
3.1.8.- ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL LUGAR DE TRABAJO	59
3.2.- Campañas y materiales de sensibilización	61
3.3.- Publicaciones	64
3.4.- Otras actuaciones	67
4.- OTRAS INICIATIVAS PROMOVIDAS POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA	69
5.- CONCLUSIONES	71
6.- BIBLIOGRAFÍA	76

1.- INTRODUCCIÓN

La evidencia científica ha puesto de manifiesto la estrecha relación entre los estilos de vida y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Factores como la falta de ejercicio físico y una alimentación no equilibrada son determinantes para el desarrollo de numerosos factores de riesgo y las enfermedades relacionadas¹.

Las ECNT matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), siendo estos cuatro grupos de enfermedades los responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT².

Esta situación adquiere una especial relevancia si consideramos que los factores determinantes que las provocan son todos ellos evitables, evidenciándose que la promoción de la salud es una buena estrategia para frenar y, a largo plazo, mejorar este escenario. La promoción de la salud ofrece instrumentos para la adquisición de estilos de vida saludable que conducen a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de riesgo y de las enfermedades asociadas.

Desde la publicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en 2004³ hasta la actualidad, se han venido desarrollando diferentes estrategias y planes específicos, tanto a nivel mundial como europeo y nacional, tales como el Plan de acción global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020⁴ y en España la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)⁵ o la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud⁶.

En Andalucía, la Consejería de Salud y Familias incluyó la actividad física y la dieta entre sus prioridades desde el 2003, reflejándolas en el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008⁷ y posteriormente en el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE)⁸, puesto en marcha en 2004 y en el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)⁹ publicado en 2007. Aunque el diseño del PAFAE fue anterior a la publicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud o la Estrategia NAOS en España, entre otros, sus principios rectores, prioridades y ámbitos de actuación son coherentes con estas grandes estrategias.

El PAFAE se articuló en torno a una meta central “Fomentar la práctica de la actividad física y la alimentación equilibrada entre la población andaluza, como medidas para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida”. Para su logro, se plantearon una serie de objetivos operativos en función de la población destinataria y/o ámbito de intervención identificado: población general o ámbito comunitario, servicios sanitarios, ámbito educativo, entorno laboral e industria alimentaria y restauración.

Entre los objetivos dirigidos a la población general destacaban el conocimiento por parte de la población andaluza de las ventajas derivadas de la realización de actividad física y de los beneficios de una alimentación equilibrada; de los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado y una conservación correcta de los alimentos; y del acceso a la información que les permita hacer una valoración correcta de los mensajes publicitarios en

los que la alimentación y el ejercicio se tomen como valores, así como de las prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población.

En cuanto a servicios sanitarios, los objetivos se relacionaban con la disponibilidad de material de apoyo para recomendar la práctica de actividad física y de alimentación equilibrada, adaptada a las características personales y clínicas de las personas atendidas; con la inclusión de planes específicos sobre alimentación y actividad física en los procesos asistenciales que lo requieran; con el apoyo y la recomendación de lactancia materna y prácticas sanas de alimentación en la infancia; con la atención específica a determinados grupos de población sobre las medidas a adoptar para reducir la influencia de enfermedades por malnutrición y carenciales; con facilitar el acceso a programas e instalaciones deportivas para aquellas personas que, por motivos de salud, lo precisen; y con la incorporación de líneas de acción específicas sobre dieta y actividad física en los programas de salud, en especial los del área materno infantil.

En relación con la población escolar y universitaria, se planteaban acciones en los centros infantiles de atención socioeducativa destinadas a concienciar a las familias de la importancia de los hábitos de alimentación equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico. En los centros de educación infantil, primaria y secundaria se proponían acciones de promoción de hábitos saludables, utilizando el marco de actuación de otros programas ya existentes; el acceso a los conocimientos básicos sobre esta materia, incluyendo el consumo, preparación y conservación de alimentos; el fomento de menús equilibrados y adecuados en los comedores escolares; y la disponibilidad de espacios para la realización de ejercicio físico. Y a nivel universitario se planteaba la inclusión de formación específica sobre alimentación y actividad física en las titulaciones relacionadas con la salud.

En el ámbito laboral se planteaba el fomento e impulso de programas de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada, y el uso de menús equilibrados y adecuados en los comedores de empresa.

Y finalmente, entre las acciones destinadas a la industria alimentaria, del ocio y la restauración, destacaban la inclusión de contenidos sobre alimentación equilibrada en los programas de formación de manipuladores de alimentos; la invitación a empresas productoras de alimentos a que ofrecieran información sobre las características nutricionales de sus productos; el uso de menús saludables en las empresas dedicadas a la restauración en centros laborales, escolares o residencias; y el ofrecimiento de información y material suficiente a los establecimientos de restauración para que estos puedan proporcionar a su clientela la elección de menús saludables, incluyendo la oferta de menús dirigidos a grupos de población con problemas específicos de salud.

Con la finalidad de evaluar la implementación y el impacto de los programas y acciones desarrollados para la consecución de los objetivos anteriores, a lo largo del presente documento se aportará la información más relevante y disponible. Hay que mencionar que, con la aprobación del PIOBIN en 2007, las acciones más relacionadas con la prevención y la atención integral de la obesidad infantil pasaron a formar parte del mencionado plan. Por esta razón, en este informe se aborda, mayoritariamente, la evaluación de las acciones dirigida a la población adulta, y en el **Informe de Evaluación del PIOBIN para el periodo 2011-2018**¹⁰, la información sobre las acciones dirigida a la infancia y la adolescencia, complementándose ambas evaluaciones.

Tras un primer apartado donde se analiza la situación de Andalucía en cuanto a sus principales características demográficas, desigualdades, estilos de vida y cifras de sobrepeso y obesidad, se

describen las actuaciones más destacadas desarrolladas en el marco del PAFAE, así como otras actuaciones relacionadas con el fomento de la actividad física y la alimentación equilibrada impulsadas por la Junta de Andalucía, para terminar con un apartado de conclusiones a modo de evaluación final. Este es, a su vez, uno de los puntos de partida de la nueva Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, que la Consejería de Salud y Familias pondrá en marcha próximamente¹¹.

2.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La principal fuente de información disponible para conocer la situación de los hábitos de vida y las cifras de obesidad en la población andaluza procede de las Encuestas Andaluzas de Salud (en adelante EAS)¹² que efectúa la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, que nos permiten tener datos representativos del conjunto de la población andaluza y son la base para conocer la tendencia de los comportamientos y de los fenómenos de salud de nuestra población. Y la segunda fuente son las Encuestas Nacionales de Salud de España, en adelante ENSE¹³, que realiza el Instituto Nacional de Estadística dependiente del Ministerio de Economía y Empresa del Gobierno de España^a.

2.1.- Demografía y desigualdades en Andalucía

Andalucía es la región más poblada de España, con 8.384.408 habitantes en 2018 (el 18% de la población nacional), concentrados la mayoría de los habitantes en el pujante litoral y en el valle del Guadalquivir, frente a las escasamente pobladas y envejecidas sierras y valles del interior¹⁴. Entre sus principales características demográficas cabe destacar que se trata de una población europea, es decir, cada vez más envejecida (debido a la mejora en la esperanza de vida)¹⁵ crecientemente feminizada (debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres)¹⁶. Su crecimiento vegetativo es pequeño, como corresponde a la cuarta fase del modelo de transición demográfica descrito por Thompson a principio del siglo pasado¹⁷: las tasas de natalidad y mortalidad son bajas y están cada vez más equilibradas, por lo que el aumento o disminución de la población dependen sobre todo de la recepción de movimientos migratorios y de la natalidad que estas nuevas poblaciones aportan. Así, a la importante llegada de contingentes la década anterior, que explica buena parte del incremento entre los años 2000 y 2012 (más de un millón de personas), ha seguido desde entonces un descenso paulatino (70.000 habitantes menos entre 2012 y 2017), que ha afectado de manera bastante diferente al litoral y valle del Guadalquivir que a las zonas rurales y de montaña.

Desde el punto de vista de la salud, interesa detenerse en algunos de los rasgos demográficos propios de nuestra comunidad, particularmente en la esperanza de vida, en la salud percibida y en la esperanza de vida en buena salud (o libre de incapacidad), así como en las características de la mortalidad.

Junto con los elementos más puramente demográficos, se han tenido también en cuenta algunos factores estructurales que producen desigualdad, en particular el género y el territorio.

^a No obstante, al haber utilizado estas dos encuestas como fuentes principales de información, pueden aparecer divergencias en los valores de los indicadores, debidas principalmente a que las encuestas poblacionales se realizan en diferentes momentos y a que las muestras, aun siendo representativas, no son las mismas, ni en tamaño ni en la delimitación de las franjas etarias. A pesar de estas limitaciones, la información disponible es suficiente para este análisis de situación, pues lo que interesa destacar no son tanto los valores en sí, sino la tendencia general que muestran los mismos.

Esperanza de vida al nacer

Se define como el número medio de años que una persona esperaría seguir viviendo desde el momento de su nacimiento, en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad observado en el momento de realizar la estimación. Este indicador proporciona una medida de la calidad de vida global de la población en términos de resultados de salud en un ámbito determinado, condicionada por el nivel de desarrollo de una población.

En 2018, la esperanza de vida al nacer en España fue de 83,2 años (80,5 años para los hombres y 85,9 años para las mujeres), 2,3 años más que en 2007 (81 años)¹⁸. En Andalucía alcanza 81,9 años (79,3 para los hombres y 84,5 para las mujeres). Se han ganado 9 años desde 1975, de ellos 2 la última década. Andalucía es la Comunidad Autónoma que presenta peores resultados en esta variable, casi 3 años menos que la Comunidad de Madrid (2,9 los varones, 2,8 las mujeres). Las diferencias con las comunidades más longevas no disminuyen sino crecen. Sin embargo, esto tiene lugar en uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo, el más longevo de la Unión Europea en 2017. Las de Andalucía se sitúan claramente por encima de las cifras de la UE, por encima de países como Bélgica, Austria, Dinamarca o Alemania¹⁹.

Salud Percibida

La forma en que las personas perciben su salud está influenciada por un complejo conjunto de factores, entre otros, las condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas. Y, por supuesto, la salud objetiva, como se aprecia en el hecho de que, a medida que aumenta la edad, más baja es la percepción de gozar de buena salud. Esto sucede por igual para mujeres y hombres²⁰.

A nivel nacional, en los últimos diez años se aprecia una mejora de la salud percibida, pasando el grupo de quienes declaran mala o muy mala salud del 9,2% en 2009 al 7,6% en 2018²¹. A partir de la serie de Encuestas Nacionales de Salud, Andalucía se cuenta entre las comunidades con mayor prevalencia de mala salud percibida ajustada por edad²². El porcentaje es, en todo caso, pequeño, se mantiene estable desde 1999 a 2007, y disminuye ligeramente a partir de 2011¹².

La percepción de la salud es ligeramente peor en las mujeres que en los hombres a lo largo del periodo de estudio. Igualmente, los porcentajes de mala salud percibida aumentan a medida que aumenta la edad de la persona encuestada.

Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

Los dos indicadores vistos anteriormente, la esperanza de vida al nacer y la salud percibida, se pueden tratar de manera integrada a través del indicador de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD). Partiendo de la situación en 1999²³, la cifra era de nuevo desfavorable para Andalucía dentro del contexto español. Con 66,1 años de EVLD, se situaba, junto con Murcia, en las últimas posiciones, 2,5 años por debajo de los 68,5 del conjunto del país. Diez años después (2008) la situación había mejorado claramente, tanto para España en su conjunto (72,5 años) como para nuestra comunidad (70,5), pero no así la posición relativa de Andalucía, que seguía situándose en última posición.

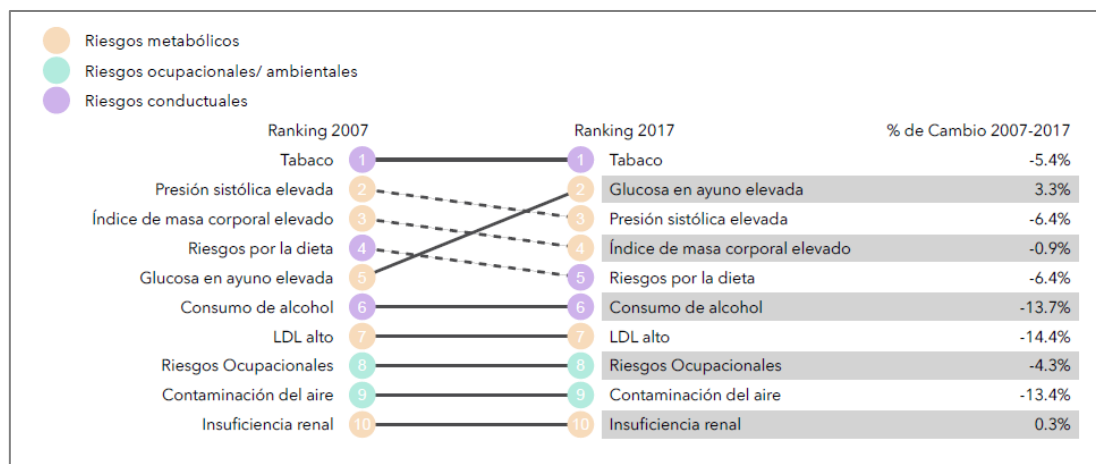
Mortalidad y Morbilidad

Durante 2018 (datos provisionales) ocurrieron 72.342 defunciones en Andalucía²⁴. La mortalidad en nuestro modelo demográfico crece de manera continua desde finales de los 80, conforme envejece la población, sin diferencias de interés respecto al conjunto del país. En Andalucía, en la última década ha aumentado más la mortalidad entre las mujeres, consecuencia de su mayor esperanza de vida. Las defunciones masculinas aumentaron en el trienio 2014-2016 un 2,9% respecto al anterior (2011-2013), mientras que las femeninas lo hicieron en un 4,9% en el mismo período.

Las enfermedades del sistema circulatorio fueron, como en años anteriores, las causantes del mayor número de defunciones (un 32,2%), siendo la primera causa entre las mujeres (35,8%) y la segunda entre los hombres (28,6%)²⁵. El segundo grupo de causas de fallecimiento fueron los tumores (un 25,5%), siendo la primera causa entre los hombres (30,8%) y la segunda entre las mujeres (19,9%).

Conforme a los estudios sobre la Carga Global de la Enfermedad²⁶, que analizan el impacto de la mortalidad y la morbilidad combinadas, 5 de los 10 factores principales de riesgo a los que se puede atribuir la carga de enfermedad en España se encuentran vinculados con la dieta y el ejercicio: la presión corporal, el índice de masa corporal, los riesgos por la dieta, la glucosa elevada y el LDL alto se encontraban en cabeza en 2007, y de nuevo volvían a estarlo en 2017. Hay que señalar que todos estos factores han perdido importancia en la década que media entre ambas fechas, a excepción de la glucosa elevada.

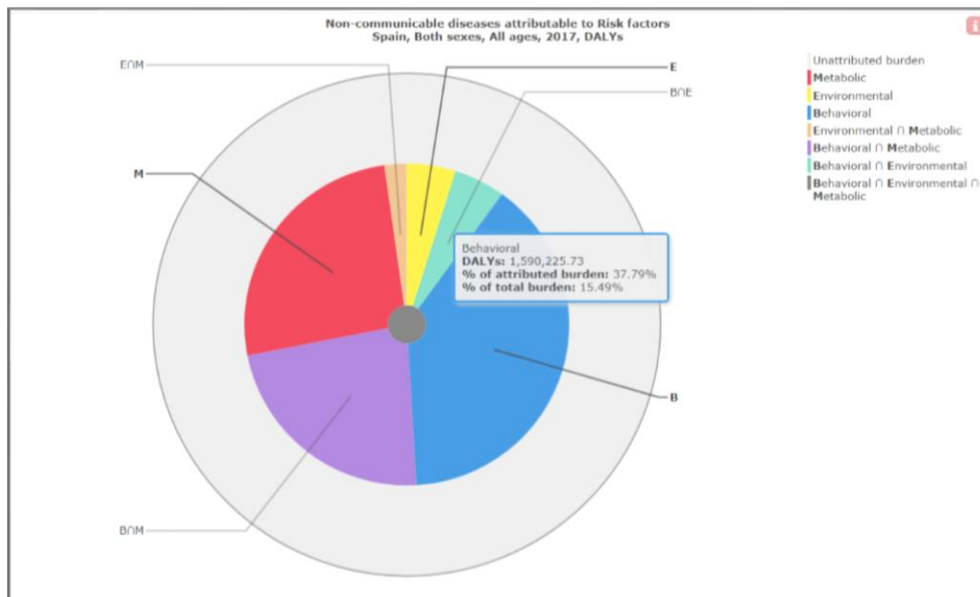
Gráfica 1. Principales factores de riesgo de carga de enfermedad en España. Años 2007 y 2017.



Fuente y elaboración: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile: España (<http://www.healthdata.org>)

Dentro del ámbito de las enfermedades no transmisibles, que en una sociedad como la nuestra son la mayoría, la mayor parte de la pérdida de días en buen estado de salud se puede atribuir al comportamiento, o a la combinación de factores de comportamiento y metabólicos.

Gráfica 2. Factores de riesgo a que se pueden atribuir las enfermedades no comunicables en España, según los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD= DALYs). Año 2017.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ihmeuw.org/4rx1>)

Desigualdades

Según se recoge en el IV Plan Andaluz de Salud (PAS)²⁷, en un contexto social cambiante, marcado por transformaciones profundas en el mercado de trabajo, la estructura familiar y las dinámicas de relación entre sus integrantes, así como por algunos efectos de las políticas sociales, el perfil de las personas afectadas por situaciones de vulnerabilidad también se ha visto alterado.

La pobreza ha dejado de ser una condición fija o una característica personal o de un colectivo para convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad. En concreto las etapas del ciclo vital donde se concentra la exclusión económica en España son fundamentalmente tres: infancia, juventud y ancianidad.

Al respecto, según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2017²⁸, el porcentaje de población por debajo del umbral de riesgo de pobreza se situó en el 21,6% de la población residente en España, siendo Andalucía la segunda Comunidad Autónoma con el riesgo de pobreza más elevado (31,0%), solo superada por Extremadura con un 38,9%.

Al valorar algunos de los hábitos y estilos de vida de nuestra población encontramos por ejemplo que el consumo de verduras y hortalizas aumenta a medida que lo hace tanto el nivel de renta como el nivel de estudios. Si hablamos de educación física se observa un patrón de menor sedentarismo y mayor frecuencia de actividad física regular a medida que aumenta el nivel de estudios y de ingresos. Es por ello por lo que el patrón de sobrepeso y obesidad en Andalucía está fuertemente explicado por las condiciones de vida de los distintos grupos sociales, como podremos observar en los siguientes apartados de este documento.

Desigualdades de género

Además de las desigualdades socioeconómicas recogidas en el apartado anterior nos merecen una especial importancia las diferencias de género detectadas, entre otras cuestiones porque los procesos de salud-enfermedad y de atención sanitaria que viven hombres y mujeres son diferentes, y tales diferencias no están ligadas exclusivamente a la biología. Estas diferencias, en la medida en que se explican por factores sociales, especialmente a través de los roles y estereotipos de género, resultan en desigualdades de salud injustas y evitables²⁹.

El género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar.

Las mujeres tienen un acceso más reducido a las condiciones de vida materiales y sociales que favorecen la salud, y tienen una mayor exposición a factores de riesgo, al estar sometidas a un mayor estrés asociado a sus roles de género sociales y familiares, así como a comportamientos de riesgo diferentes.

El porcentaje de la población en riesgo de exclusión social ha aumentado a partir de la crisis iniciada en 2008, y, además, se ha dejado sentir más entre las mujeres, siendo víctimas en mayor medida de los recortes de los gobiernos, en especial en materia de empleo y atención a la dependencia, lo que ha obligado a muchas de ellas a volver al ámbito doméstico.

Tradicionalmente en nuestro contexto, debido a la división sexual del trabajo y los roles de género, las mujeres se han dedicado hasta hace pocas décadas casi en exclusividad a las tareas en el ámbito familiar, realizando las tareas del hogar y el cuidado de las personas dependientes, menores, mayores enfermas o con alguna discapacidad o trastorno crónico, mientras los hombres han dedicado su tiempo casi exclusivamente al desarrollo de una carrera laboral o profesional. La incorporación de las mujeres al trabajo productivo y salida al espacio público no ha venido acompañada de una implicación similar de los hombres en el ámbito doméstico o familiar, lo que ha provocado situaciones de desigualdad entre mujeres y hombres en ambos espacios.

Urbanismo y vivienda

En cuanto a las condiciones de vivienda y el entorno urbanístico las ciudades andaluzas han compartido tradicionalmente un conjunto de características propias de la ciudad mediterránea: un tipo de ciudad compacta, compleja, eficiente y multifuncional. Este modelo de ciudad genera espacios de sociabilidad, crea un territorio con cercanía a los servicios, propicia el encuentro de actividades y permite el desarrollo de la vida en comunidad. Sin embargo, los desarrollos urbanos residenciales de estos últimos 20 años han roto con esta tradición de ciudad compacta, abrazando un modelo de ciudad dispersa o difusa, consumista de territorio, basada en la movilidad del transporte privado, con un mayor consumo energético, menor actividad física, aumento de la contaminación atmosférica, ruido etc. que tienen un impacto negativo sobre la salud de su vecindad, lo que obliga a un replanteamiento de este modelo de crecimiento. Por

tanto, el rediseño urbano es imprescindible para mejorar nuestras ciudades y pueblos, sus condiciones de habitabilidad y por tanto la salud de la ciudadanía.

2.2.- Estilos de vida relacionados con actividad física y alimentación

Existe una estrecha y compleja relación entre el estilo de vida de las personas y su estado de salud. La forma en la que nos alimentamos, así como el mayor o menor grado de actividad física en nuestro día a día, son factores que condicionan enormemente nuestra salud.

Podemos distinguir, dentro del ámbito de actuación del Plan, dos grandes grupos de factores de protección, o en su caso, de riesgo; por una parte, aquellos que tienen que ver con la forma en que nos alimentamos y, por otra, los que se desprenden de una vida más o menos activa, llevando asociados una serie de indicadores que nos permiten evaluar el estado de la sociedad andaluza respecto a los hábitos de actividad física y alimentación.

Los datos que se presentan en este apartado provienen de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)¹³ y de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS)^{12,30} y, por tanto, de la información manifestada por las personas encuestadas. Como ya se ha comentado, estas encuestas tienen diferentes diseños muestrales, en ambas ha habido cambios metodológicos a lo largo de los años, además de no coincidir las franjas etarias utilizadas para analizar determinadas variables. Hay que añadir que, en algunas ocasiones, al trabajar con datos secundarios, no se ha dispuesto de la información detallada de los valores muestrales, por lo cual, aunque el sentido general de la interpretación que se hace de los datos es el correcto, es preciso leer algunas de las siguientes tablas y gráficos con cautela.

2.2.1.- INDICADORES DE ACTIVIDAD FÍSICA

En este apartado se incluye la información relacionada con los niveles de actividad física de la población adulta en general y de manera específica, en el trabajo o actividad habitual; y el sedentarismo en tiempo de ocio.

2.2.1.1.- Niveles de actividad física de la población adulta

El nivel de actividad física^b de la población adulta entre 15 y 69 años es mayor en el conjunto de España que en Andalucía, donde se presenta mayor porcentaje de personas con un nivel bajo o inactivo (ENSE 2017). En concreto, el 64,7 % de la población adulta en España declara realizar actividad física de nivel alto o moderado (por ejemplo, como mínimo, 3 días de actividad física

^b El nivel de actividad física se ha medido, tanto en la ENSE como en la EAS, con los ítems y criterios de clasificación de la versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física "IPAQ-SF" (Craig CL, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003; 35: 1381-95).

vigorosa de 20 minutos/día o 5 días de caminatas de 30 minutos/día), mientras que en Andalucía este porcentaje baja al 57,2 %.

Tabla 1. Porcentaje de población adulta entre 15 y 69 años que realiza actividad física. ENSE 2017.

	Nivel alto	Nivel moderado	Nivel ALTO / MODERADO	Nivel BAJO o INACTIVO
España	24,3	40,4	64,7	35,3
Andalucía	20,2	37,0	57,2	42,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

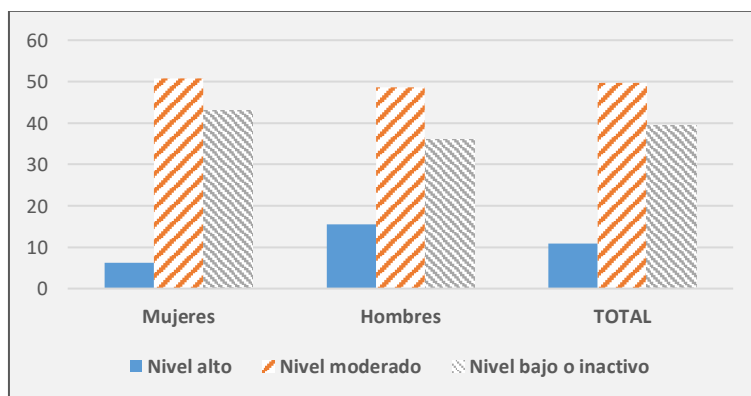
Los niveles de actividad física alto o moderado en la población andaluza suben 3,3 puntos porcentuales si se tienen en cuenta los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2015 para la franja etaria de 16 a 69. En concreto, el 60,5 % de la población adulta en Andalucía declara realizar actividad física de nivel alto o moderado, subiendo este porcentaje al 64,1 % en el caso de los hombres y bajando al 57 % en el caso de las mujeres. Resaltar que el porcentaje de hombres que realiza actividad física intensa es más del doble que el porcentaje de mujeres.

Tabla 2. Porcentaje de población andaluza entre 16 y 69 años que realiza actividad física, por sexo. EAS 2015.

	Nivel alto	Nivel moderado	Nivel ALTO / MODERADO	Nivel BAJO o INACTIVO
Mujeres	6,2	50,8	57,0	43,0
Hombres	15,5	48,6	64,1	35,9
TOTAL	10,8	49,7	60,5	39,5

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

Gráfica 3. Porcentaje de población andaluza entre 16 y 69 años que realiza actividad física, por sexo. EAS 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

2.2.1.2.- Actividad física y sedentarismo en el trabajo o la actividad habitual

En cuanto a la actividad física en el trabajo o actividad principal de la población a partir de 15 años, ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar, en Andalucía permanece menos horas sentadas, y más de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, que la media de la población española. En cuanto a la actividad laboral que se realiza caminando, los resultados son muy parecidos, así como en el caso de realizar tareas que no requieren un gran esfuerzo físico (ENSE 2017).

Los porcentajes mayores en Andalucía se refieren a personas que están de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, con un 43,9 % de la población, seguido de las personas que pasan la mayor parte del día sentadas, con un 35,3 %.

Tabla 3. Porcentaje de población igual o mayor de 15 años que realiza actividad física en el trabajo o actividad habitual. ENSE 2017.

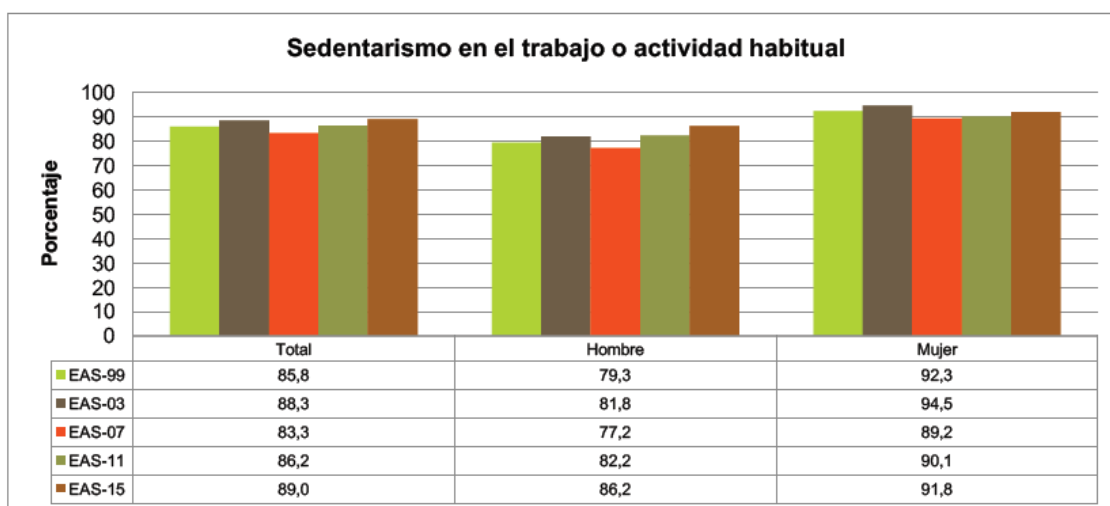
	Sentado/a la mayor parte del día	De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes	Realizando tareas que no requieren gran esfuerzo físico
España	38,3	40,8	15,7	4,2
Andalucía	35,3	43,9	15,2	5,0

* Se ha eliminado la categoría "no aplicable", con un 1,06 % para España y un 0,53 % para Andalucía.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Haciendo uso de la Encuesta Andaluza de Salud, en Andalucía ha aumentado el porcentaje de personas mayores de 15 años con trabajo o actividad habitual sedentaria desde 2007 (de 83,3 % en 2007 a 89 % en 2015), siendo el aumento mayor en hombres que en mujeres.

Gráfica 4. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por sexo. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

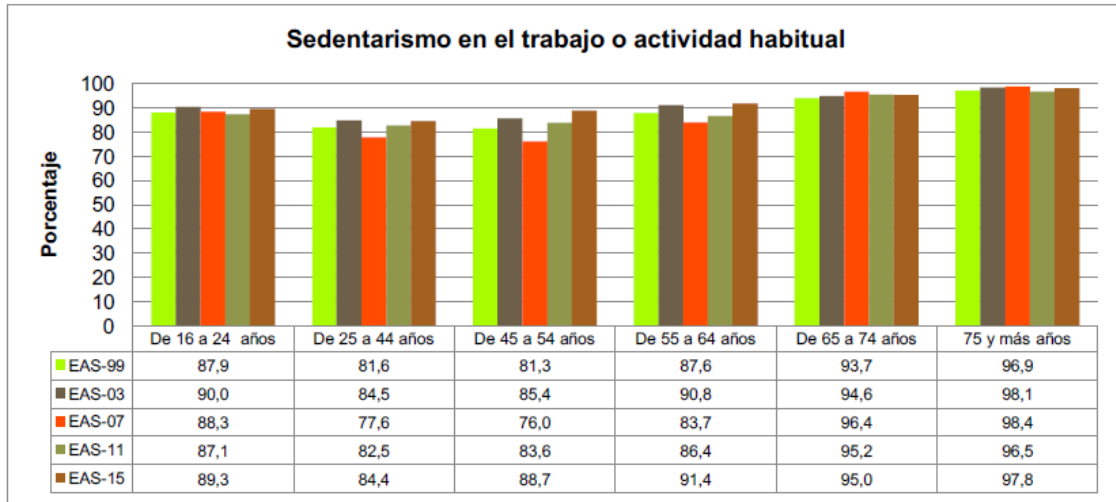


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

En cuanto a la edad de las personas encuestadas, desde 2007 la franja de edad comprendida entre los 45 a 64 años es en la que fue mayor el aumento de personas que no realizaron ningún

ejercicio físico en su vida habitual o trabajo. En el resto de grupos etarios este crecimiento fue más leve.

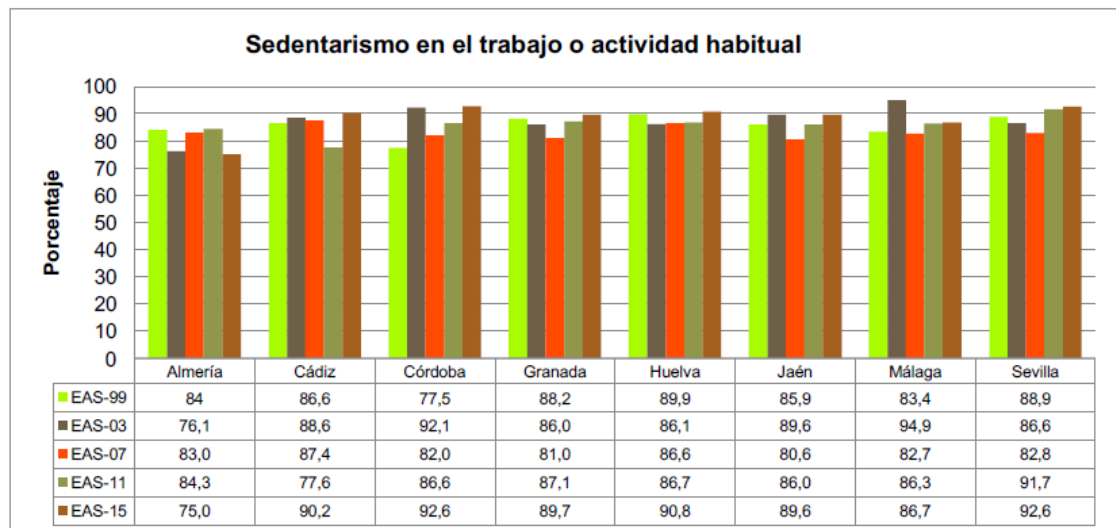
Gráfica 5. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por grupo de edad. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Por provincia, en los últimos años ha aumentado ligeramente el porcentaje de personas con vida sedentaria en su entorno laboral o actividad habitual en todas ellas, exceptuando Almería, en la que disminuyó.

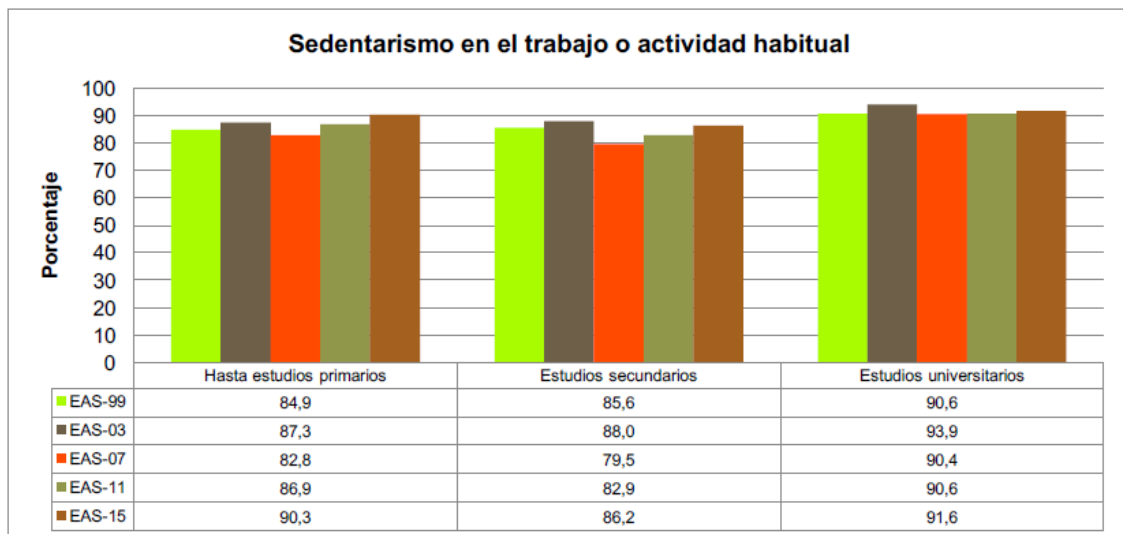
Gráfica 6. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por provincias. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

El sedentarismo en el trabajo o actividad habitual evidenció un aumento en los últimos años en todos los niveles de estudios, si bien en el nivel de estudios universitarios este incremento se ha producido de manera más atenuada.

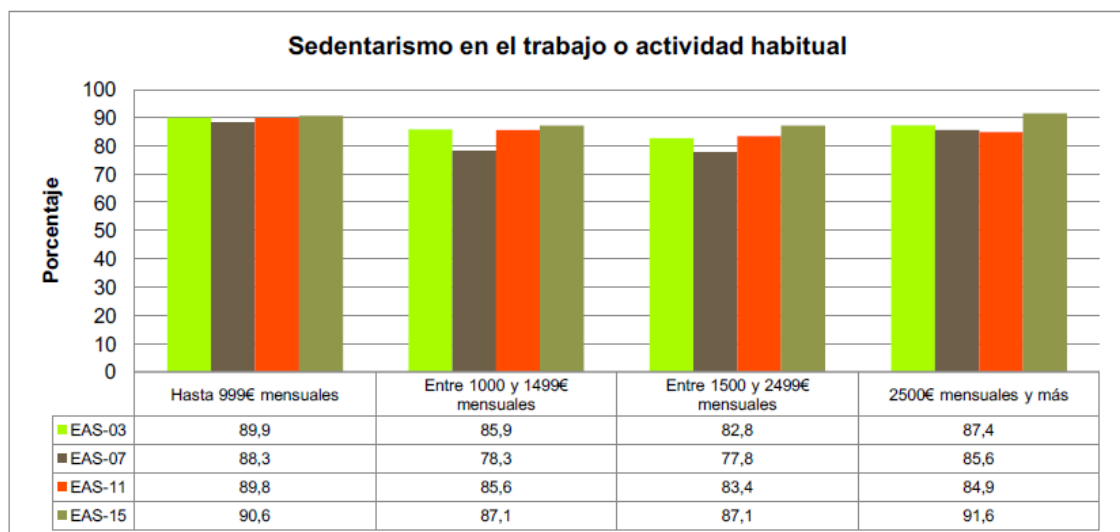
Gráfica 7. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por nivel de estudios. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Desde el año 2007 se ha ido incrementando el porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual en todas las categorías de ingresos económicos, siendo más acusado este aumento cuanto mayor era el nivel de ingresos.

Gráfica 8. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por niveles de ingresos. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



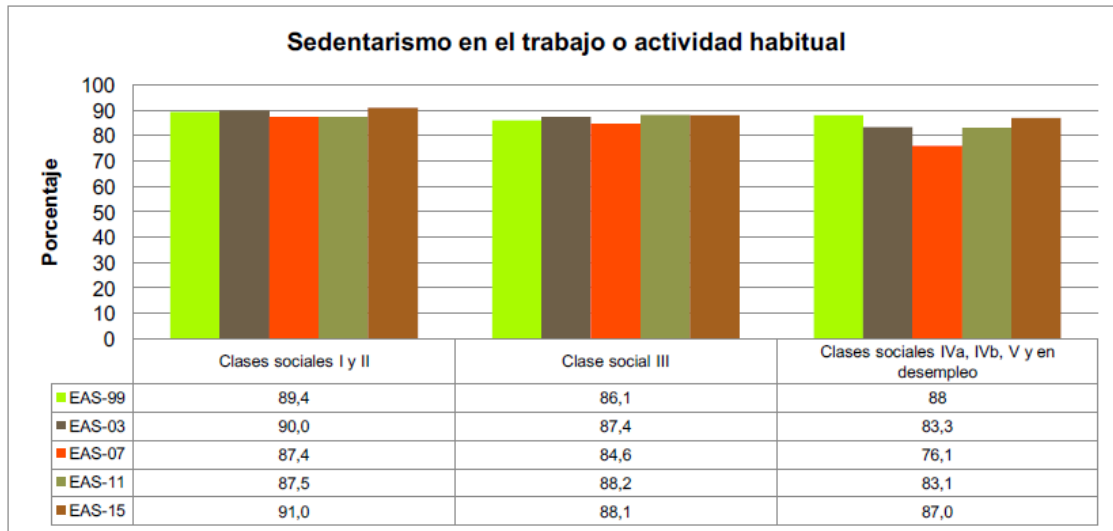
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Respecto a las clases sociales^c, hasta 2007 se reduce el porcentaje de personas que declararon tener una vida sedentaria en el trabajo o en su vida habitual; a partir de este año la clase media

^c En la EAS, las agrupaciones de niveles de clase social se calculan en función de la ocupación de la persona entrevistada, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994: Clases sociales I y II: Directivos, profesiones

se mantiene más o menos estable, mientras que las clases sociales más desfavorecidas y las más altas experimentaron un aumento en dicho porcentaje, superior en las clases más favorecidas.

Gráfica 9. Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual de la población andaluza mayor de 15 años, por clase social. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

2.2.1.3.- Sedentarismo en tiempo de ocio

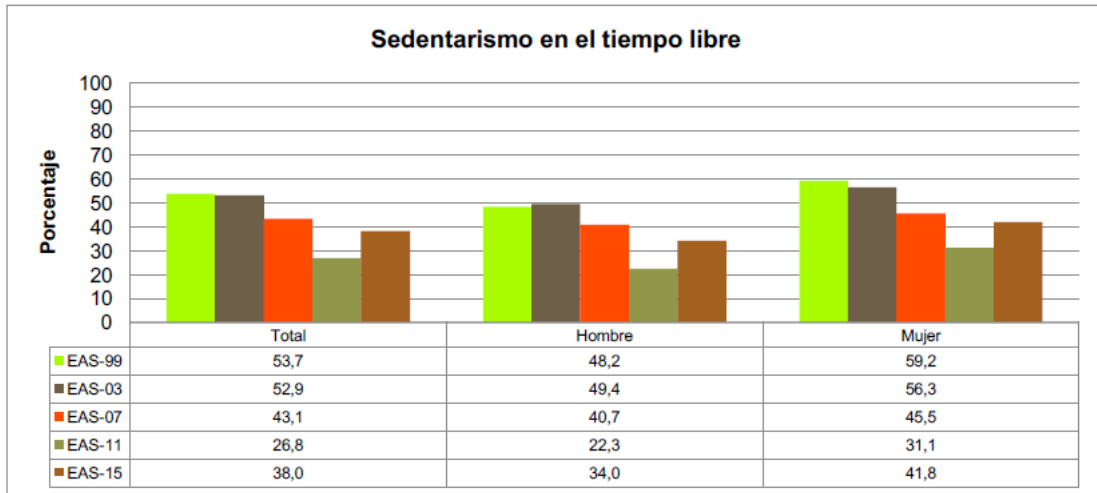
Según datos de la ENSE 2017, en una comparativa del sedentarismo en todas las edades de la población española con la andaluza, en lo que respecta al sedentarismo presente en el tiempo de ocio, la población andaluza presenta un porcentaje ligeramente superior de sedentarismo que el total de España, con un 39,5 % en Andalucía frente al 36,0 % de España.

Comparando los datos de la ENSE para Andalucía en función del sexo, las mujeres presentan un porcentaje del 44,9 % de sedentarismo en su tiempo de ocio, frente al 33,9 % en hombres, que se muestran más activos en esta franja de tiempo.

Haciendo uso de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud, en Andalucía desde 1999 a 2011 y tomando como referencia solo a la población adulta mayor de 15 años, se produjo un descenso del sedentarismo en el tiempo libre, para volver a aumentar de 2011 a 2015, tanto en hombres como en mujeres.

asociadas a estudios universitarios, artistas y deportistas; Clase social III: Empleados de tipo administrativo, profesionales de apoyo a la gestión, trabajadores de los servicios personales y de seguridad, trabajadores por cuenta propia, supervisores de trabajadores manuales; y Clases sociales IVa, IVb, V y en situación de desempleo: trabajadores manuales cualificados y semicualificados, trabajadores no cualificados y personas desempleadas.

Gráfica 10. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por sexo. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

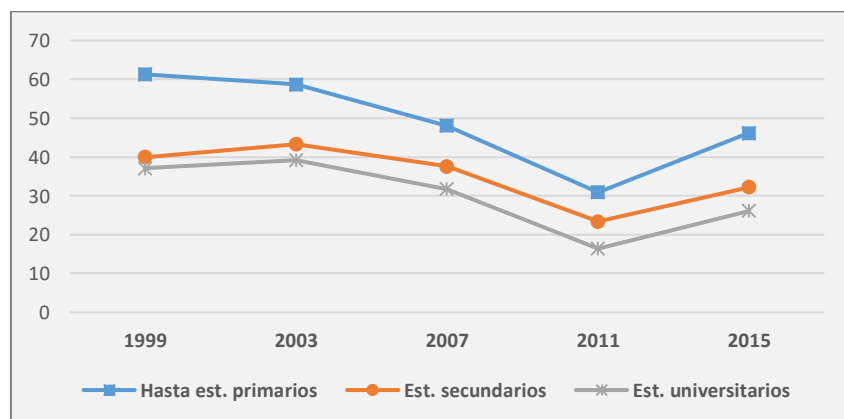
Este patrón se ha seguido prácticamente en todas las edades, niveles de estudio, clase social y niveles de renta, aunque el aumento del sedentarismo en el tiempo libre es mayor en los niveles más bajos de estudios (14 puntos más que en el nivel de estudios secundarios en la EAS 2015), al igual que ocurre con la clase social y los niveles de renta, con comportamientos similares.

Tabla 4. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por nivel de estudios. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

	1999	2003	2007	2011	2015
Hasta estudios primarios	61,3	58,7	48,1	30,9	46,2
Estudios secundarios	40	43,3	37,6	23,4	32,2
Estudios universitarios	37,1	39,2	31,7	16,4	26,1
TOTAL	53,7	52,9	43,1	26,8	38,0

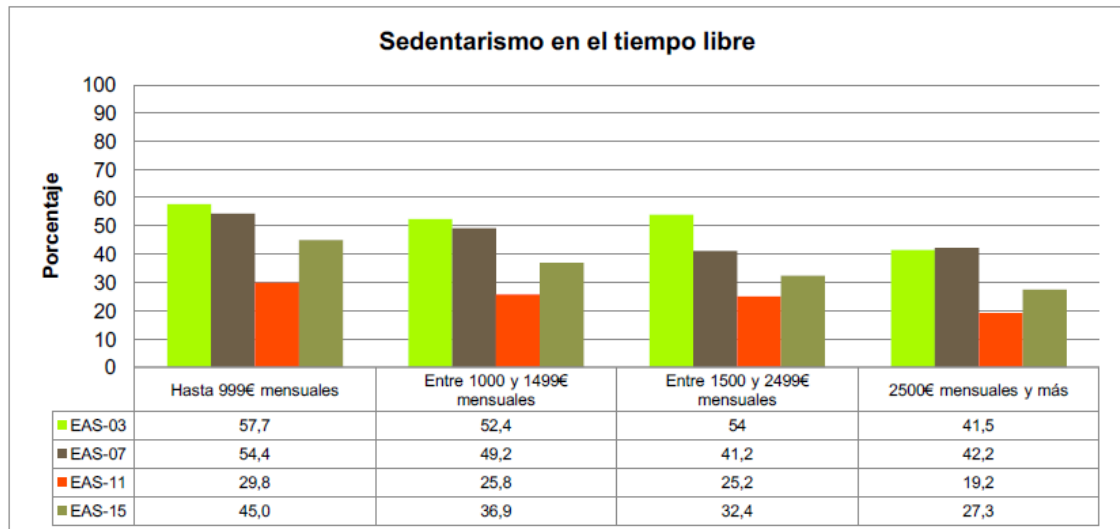
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

Gráfica 11. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por nivel de estudios. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



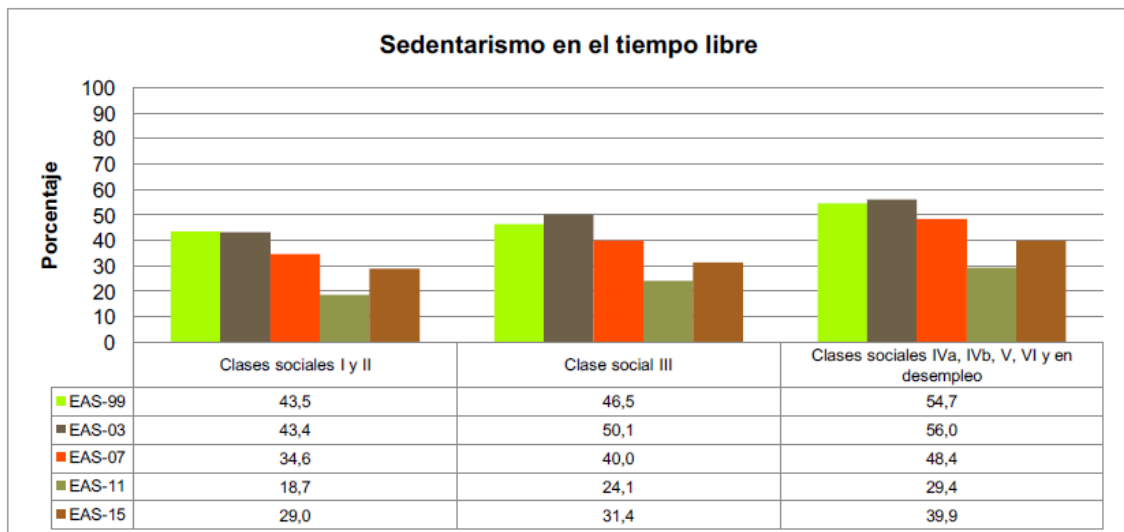
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

Gráfica 12. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por niveles de ingresos. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Gráfica 13. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por clase social. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

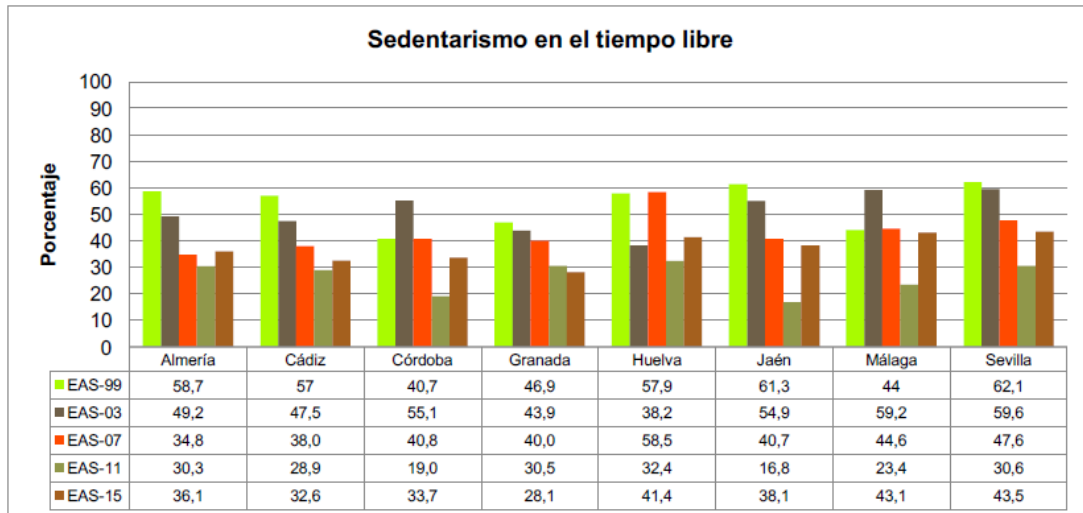


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

El hecho de disponer de más o menos dinero para invertir en el tiempo de ocio, así como la propia disponibilidad de este tiempo de ocio, menor en las familias de escasos recursos, generan muchas de estas diferencias, así como las disparidades de espacios disponibles para actividades deportivas y de esparcimiento en los diferentes barrios. No obstante, el aumento del sedentarismo en el tiempo libre se ha producido en todas las clases sociales, niveles de ingresos y de estudios, lo que podría verse motivado de alguna manera por los cambios en el uso del tiempo de las familias, en parte influenciados por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, y los recientes hábitos ligados al uso de las tecnologías.

Por provincias, hubo un aumento del sedentarismo en el tiempo libre en prácticamente la totalidad de ellas, salvo un leve descenso en Granada.

Gráfica 14. Porcentaje de sedentarismo en el tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por provincias. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



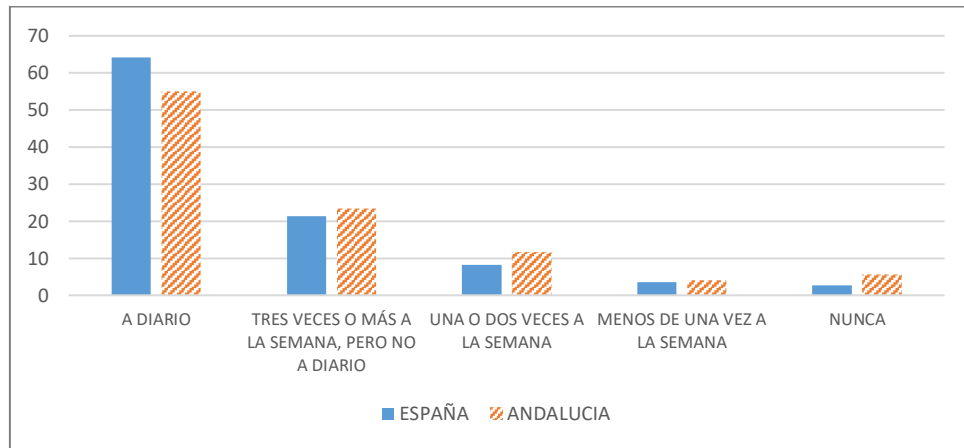
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

2.2.2.- INDICADORES SOBRE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

En este apartado se incluye la información relacionada con el consumo de frutas, verduras y hortalizas. Además, se aborda el consumo de refrescos con azúcar y el de comida rápida.

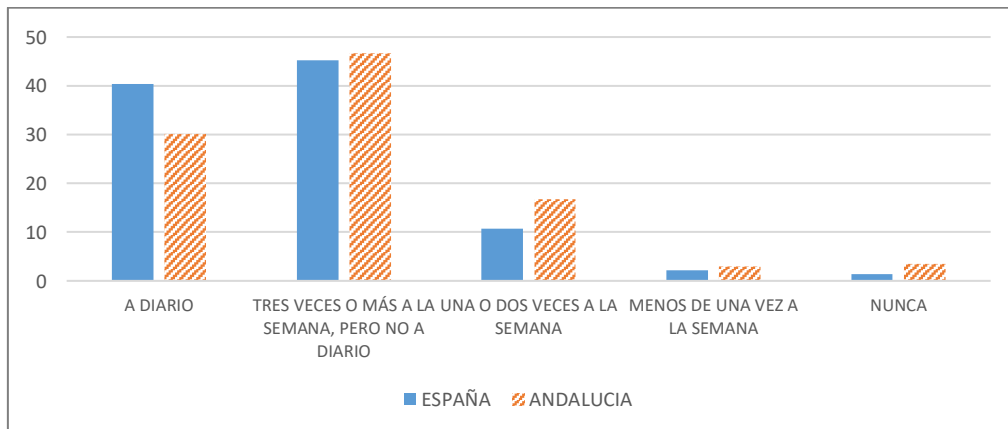
2.2.2.1.- Consumo de frutas, verduras y hortalizas

Valorando el consumo de fruta fresca en base a la ENSE de 2017, las personas mayores de 12 meses que consumen fruta fresca a diario representan un porcentaje de 66,2 % para España, mientras que se reduce a un 55,0 % para Andalucía. En el otro extremo, las personas que nunca comen fruta fresca representan un 2,6 % en España y un 5,7 % en Andalucía. Respecto a la diferencia por sexos en Andalucía, un 58,8 % de mujeres consume fruta fresca a diario, siendo el porcentaje para los hombres de un 51,1 %.

Gráfica 15. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen fruta fresca. ENSE 2017.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

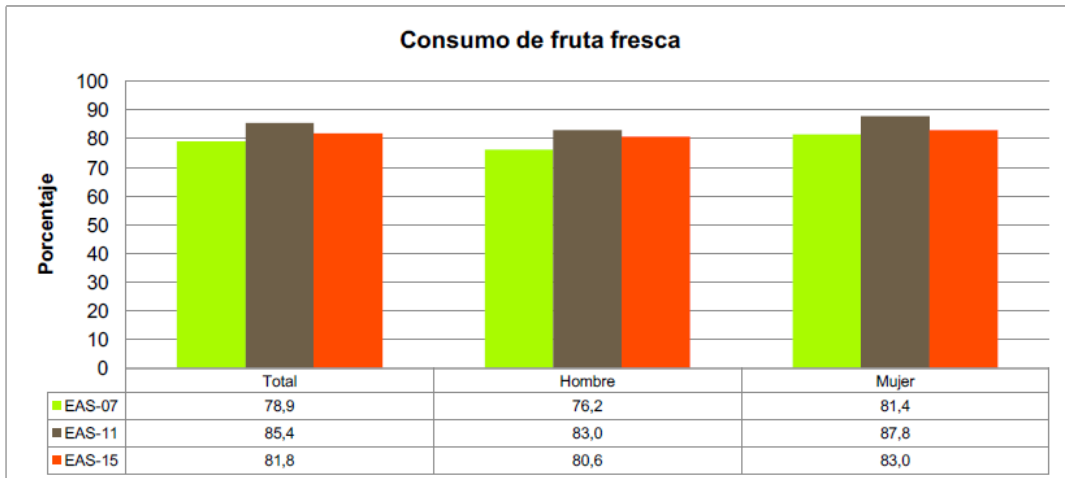
Siguiendo con la ENSE de 2017, el 40,4 % de la población mayor de 12 meses en España consume verduras, ensaladas y hortalizas a diario, mientras que este porcentaje se reduce a un 30,2 % en Andalucía. En el otro extremo, las personas que nunca comen este tipo de alimentos representan un 1,4 % en España y un 3,5 % en Andalucía. Respecto a la diferencia por sexos en Andalucía, las mujeres presentan un consumo diario superior al de los hombres, con un 33,5 % frente a un 26,8 %.

Gráfica 16. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen verduras, ensaladas y hortalizas. ENSE 2017.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

En relación con el consumo de fruta fresca de la población andaluza mayor de 15 años, el 81,8 % la consume al menos tres veces por semana (EAS). Aunque estos porcentajes son altos, tras un incremento de 2007 a 2011, en 2015 se produce un descenso del consumo en ambos sexos (3,6 puntos menos que en 2011), que también se produce en todos los grupos de edad, en todos los niveles educativos y en cualquier nivel de ingresos, así como en todas las clases sociales.

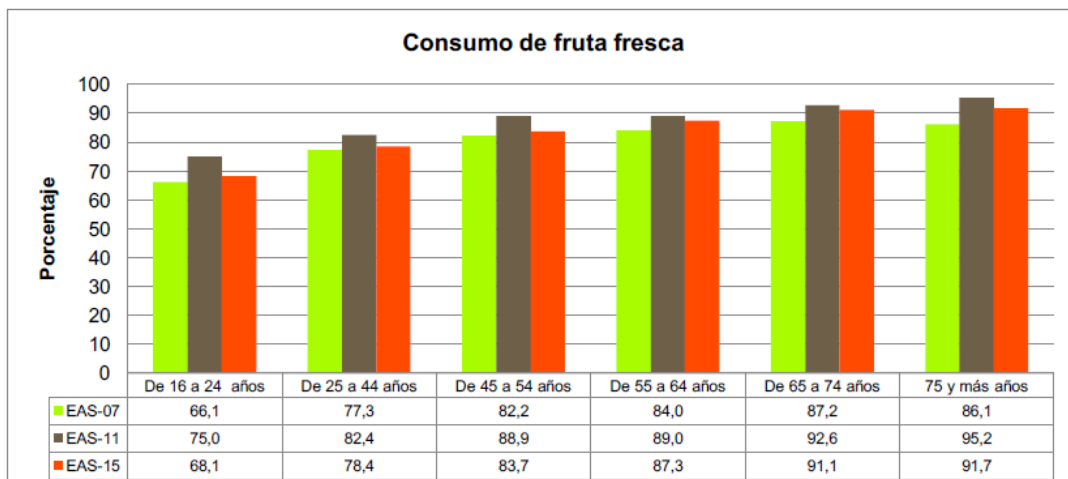
Gráfica 17. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume fruta fresca al menos tres veces por semana, por sexo. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Por grupos de edad observamos cómo el consumo es menor a edades más tempranas, y va aumentando a medida que avanza la edad. Esto tiene relación con las diferentes pautas de consumo que existen en los distintos grupos de edad; por ejemplo, cuando la persona que hace la compra es joven, el consumo de refrescos, zumos y lácteos es mayor, mientras que las personas de mayor edad compran más frutas y hortalizas.

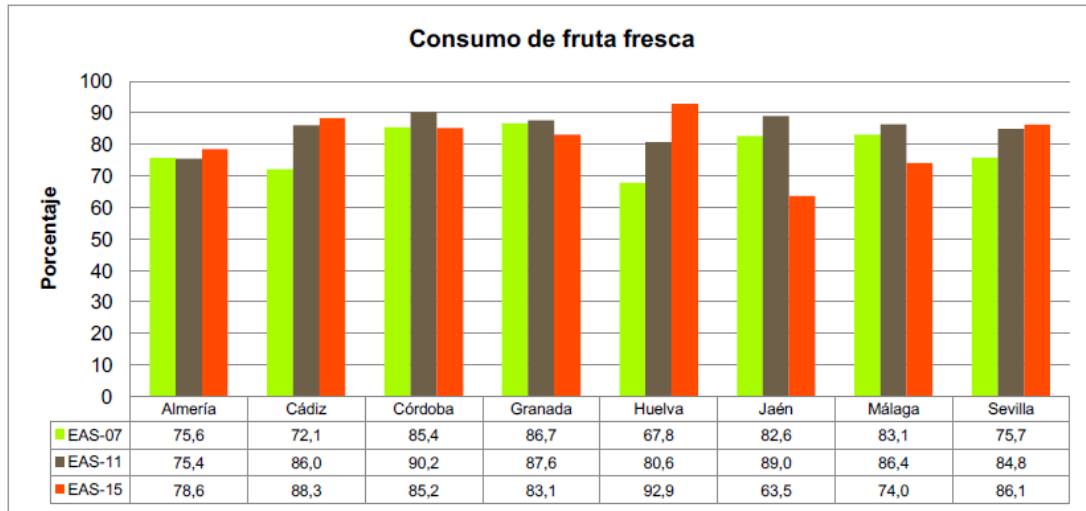
Gráfica 18. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume fruta fresca al menos tres veces por semana, por edad. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Por provincias se produce un discreto aumento entre 2011 y 2015 en las provincias de Almería, Cádiz y Sevilla, y muy significativo en Huelva. En el resto de provincias disminuye el consumo de fruta fresca, siendo especialmente llamativo en las provincias de Jaén y Málaga, y algo menor en Córdoba y Granada.

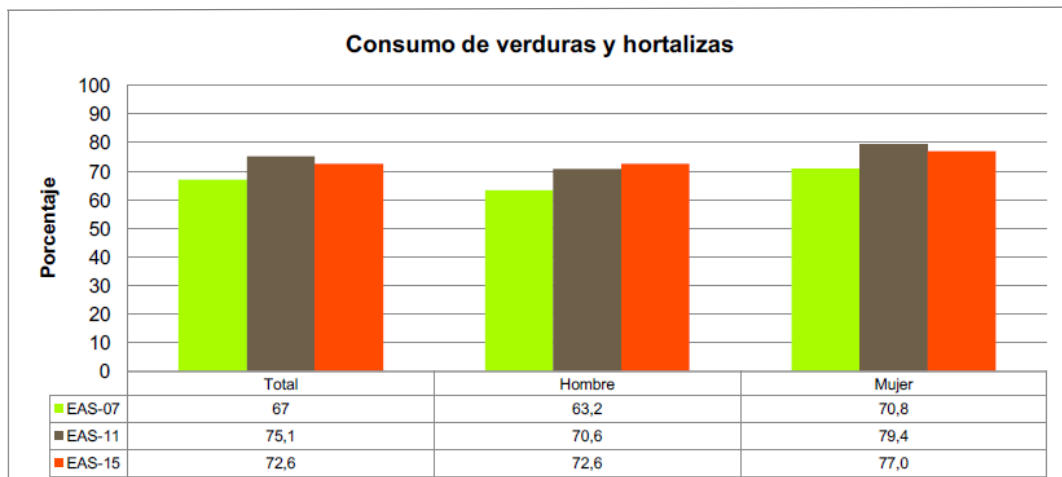
Gráfica 19. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume fruta fresca al menos tres veces por semana, por provincias. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Y en relación con el consumo de verduras y hortalizas, el 72,6 % de la población andaluza mayor de 15 años la consume al menos tres veces por semana. Como en el caso anterior, tras un incremento entre 2007 y 2011, en 2015 se produce un descenso del consumo de verdura y hortalizas en el total de la población a expensas de las mujeres (sube ligeramente en hombres), en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de edad más joven (16 a 24 años) y ligeramente en el grupo de 55 a 64 años; se mantiene estable según el nivel educativo y disminuye de forma importante en función del nivel de ingresos (salvo los que ingresan menos de 999 euros/mes, que aumenta en 3 puntos porcentuales).

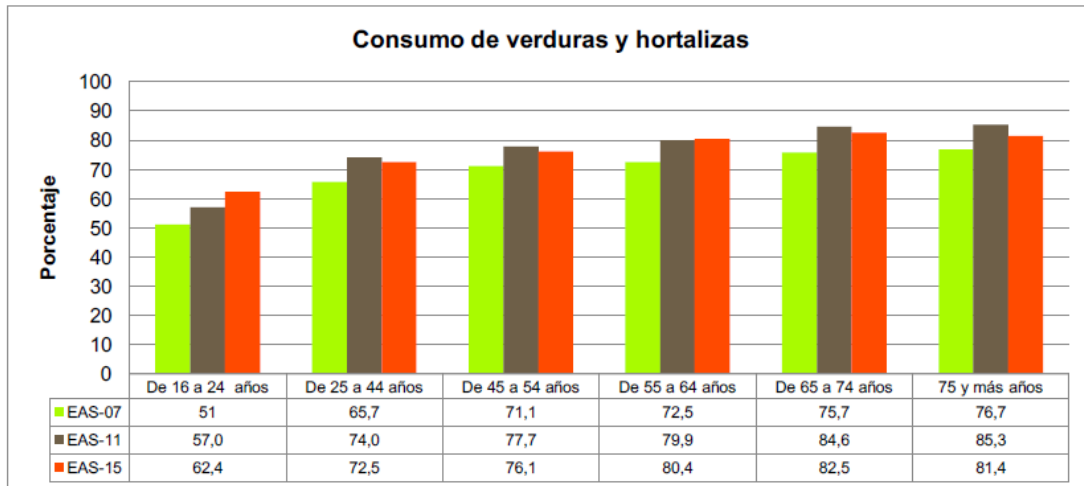
Gráfica 20. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume verduras y hortalizas al menos tres veces por semana, por sexo. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

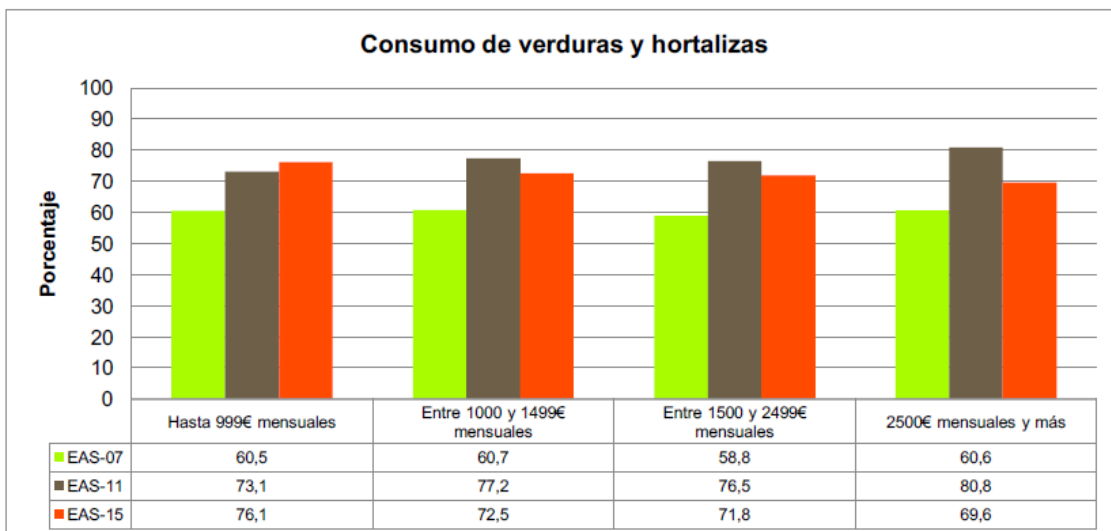
Al igual que en el consumo de fruta, también el consumo de verdura es mayor a medida que avanza la edad de las personas consumidoras.

Gráfica 21. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume verduras y hortalizas al menos tres veces por semana, por edad. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

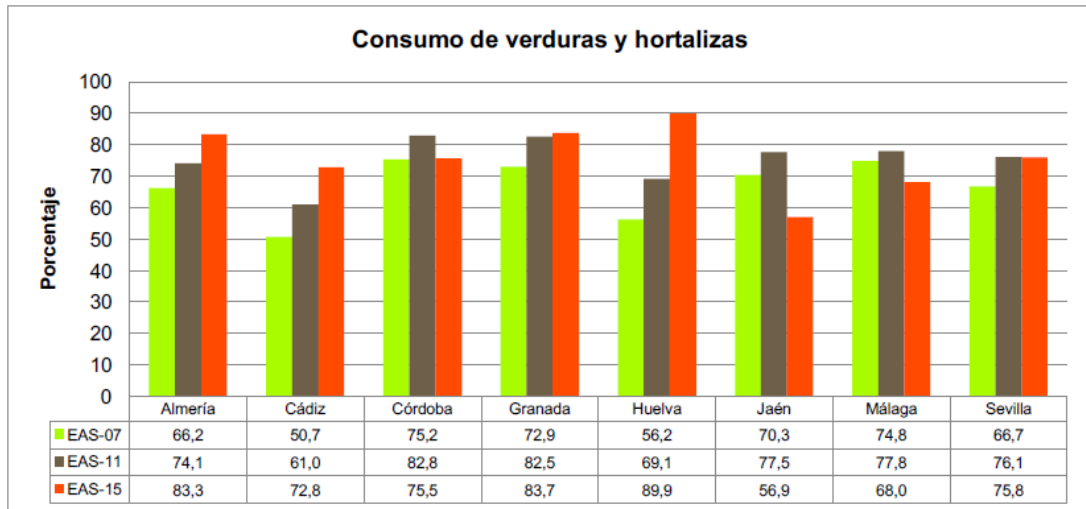
Gráfica 22. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume verduras y hortalizas al menos tres veces por semana, por nivel de ingresos. EAS 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Por provincias se produce un aumento significativo entre 2011 y 2015 en las provincias de Almería, Cádiz y Huelva, y algo menos en Granada. Resaltar de nuevo el importante descenso en las provincias de Jaén y Málaga, algo menor en Córdoba.

Gráfica 23. Porcentaje de población andaluza mayor de 15 años que consume verduras y hortalizas al menos tres veces por semana, por provincias. EAS 2007, 2011 y 2015.

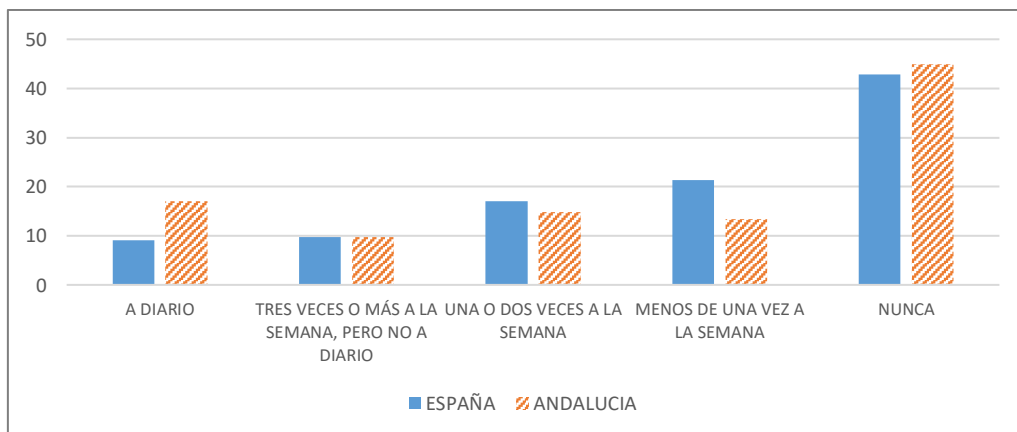


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

2.2.2.2.- Consumo de refrescos con azúcar

El porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen refrescos con azúcar a diario es de un 9,2 % a nivel nacional, mientras que para el territorio andaluz es de un 17,1 %, lo que supone casi el doble.

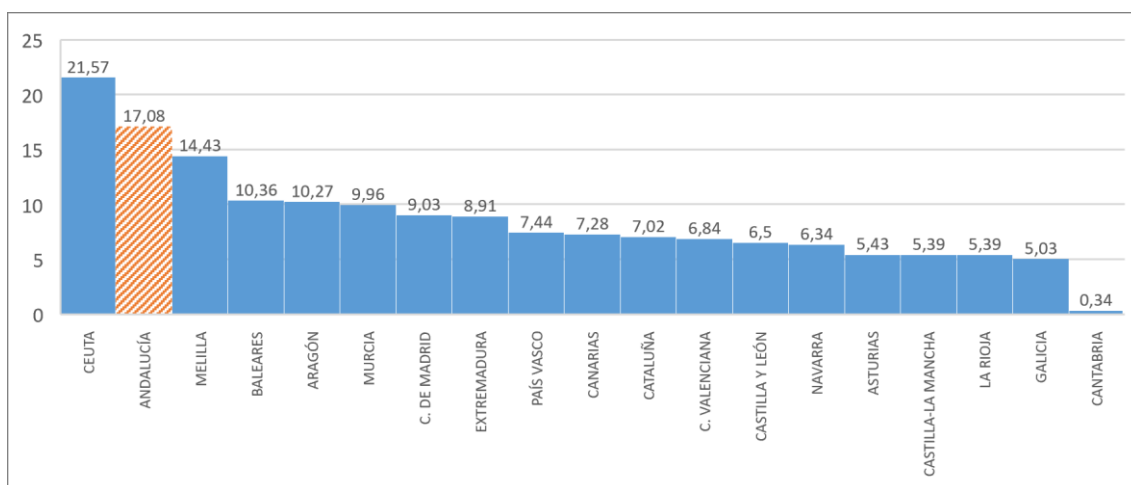
Gráfica 24. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen refrescos con azúcar. ENSE 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Realizando una comparativa del consumo de refrescos con azúcar por Comunidades Autónomas, es llamativo que Andalucía, si excluimos las Ciudades Autónomas, es la que presenta un porcentaje más alto de consumo diario de estos productos.

Gráfica 25. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen a diario refrescos con azúcar, por CCAA. ENSE 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Comparando los datos de consumo de refrescos con azúcar a nivel andaluz y por sexo, encontramos un mayor consumo diario de éstos entre la población masculina, con un 19,1 %, mientras que entre la población femenina el porcentaje es de 15,2 %.

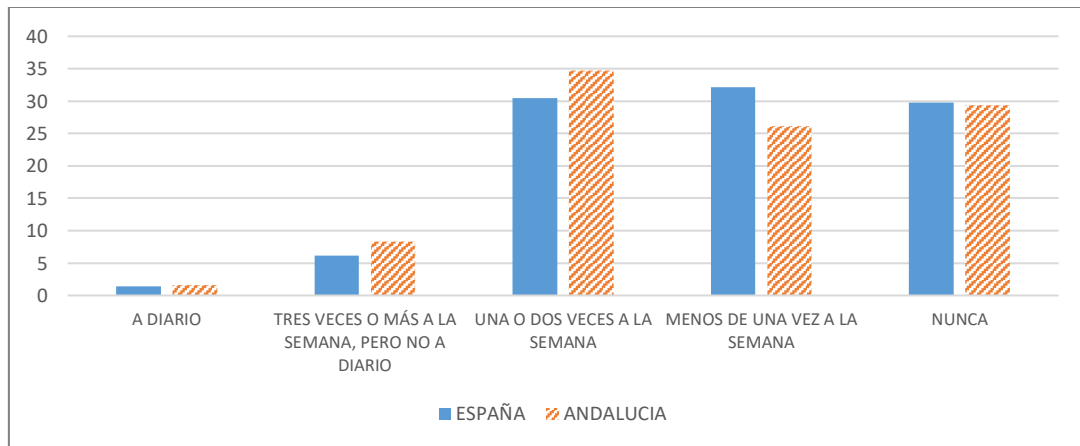
Tabla 5. Porcentaje de personas mayores de 1 año en Andalucía que consumen refrescos con azúcar, por sexo. ENSE 2017.

	A diario	Tres veces o más a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
Mujeres	15,15	8,59	14,18	13,92	48,16
Hombres	19,06	10,92	15,57	12,75	41,71
TOTAL	17,08	9,74	14,86	13,34	44,98

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

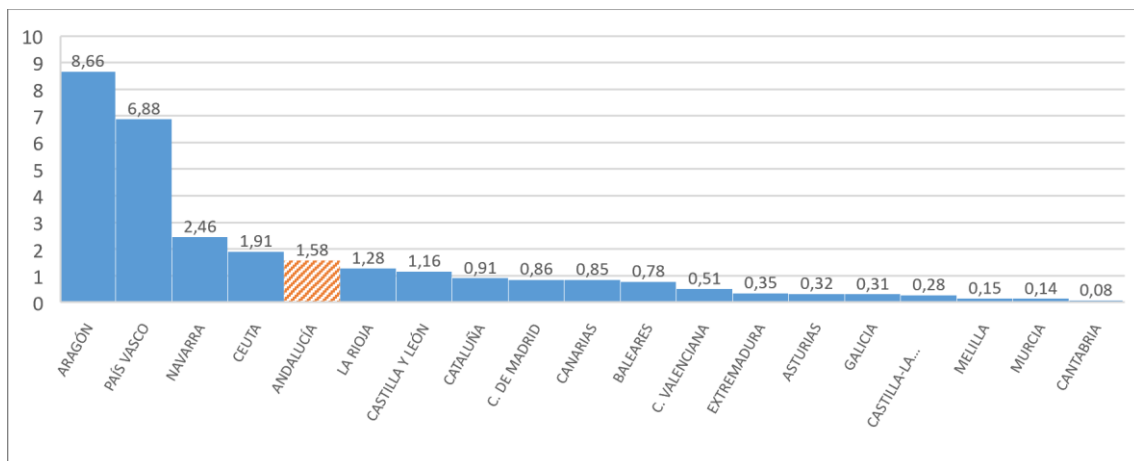
2.2.2.3.- Consumo de comida rápida

El porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen comida rápida a diario es de un 1,4 % a nivel nacional, mientras que para el territorio andaluz es de un 1,6 %. Este porcentaje sube a 6,2 % en España y 8,3 % en Andalucía para el consumo de tres veces o más a la semana, y 30,5 % en España y 34,7 % en Andalucía para el consumo de una o dos veces a la semana. Como podemos observar es menor el consumo en estos tres niveles en el conjunto de España que en Andalucía.

Gráfica 26. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen comida rápida. ENSE 2017.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Valorando el consumo diario de comida rápida por Comunidades Autónomas, Andalucía estaría en la cuarta posición, si no tenemos en cuenta las Ciudades Autónomas, detrás de Aragón y País Vasco (ambas con unos porcentajes muy elevados) y Navarra.

Gráfica 27. Porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen a diario comida rápida, por CCAA. ENSE 2017.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Comparando los datos de consumo de comida rápida a nivel andaluz y por sexo, encontramos un mayor consumo diario de éstos entre la población masculina, con un 2,2 %, mientras que entre la población femenina el porcentaje es de 1,0 %. Más protagonismo cobra la franja de personas que consumen comida rápida una a dos veces por semana, con unos porcentajes muy aproximados entre ambos sexos, en concreto 35,0 % para hombres y 34,4 % para mujeres.

Tabla 6. Porcentaje de personas mayores de 1 año en Andalucía que consumen comida rápida, por sexo. ENSE 2017.

	A diario	Tres veces o más a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
Mujeres	0,98	7,03	34,39	27,27	30,33
Hombres	2,20	9,66	34,96	24,86	28,32
TOTAL	1,58	8,33	34,67	26,08	29,34

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

2.2.3.- ANÁLISIS DE LOS ESTILOS DE VIDA

En este apartado se destacan varias conclusiones de un informe sobre la obesidad infantil en Andalucía desde un punto de vista sociológico, realizado por la Consejería de Salud y Familias³¹.

La transición alimentaria en la que se encuentran las sociedades occidentales, en la cual casi ha desaparecido la escasez de alimentos, a la vez que se ha deteriorado la dieta en los hogares y se ha generado un entorno cotidiano donde cada vez es menos necesario un esfuerzo físico, influye de manera desigual en las diferentes clases sociales.

Esta transición nutricional tiene efecto sobre la clase de alimentos disponibles, existiendo mayor diversidad en los mercados y despensas, con una proporción creciente de productos animales y elaborados. Además, existe una gran expansión de la cabaña ganadera, en especial el ganado porcino y el aviar, lo que condiciona la dieta de varias generaciones. Por otra parte, cada vez hay mayor disponibilidad en los mercados de grasas vegetales más baratas y a menudo de baja calidad, las cuales se añaden a los alimentos procesados para mejorar su palatabilidad. Igual sucede con los azúcares añadidos, presentes especialmente en las bebidas refrescantes.

La mayoría de estos cambios se reflejan en la dieta española, donde desde los años sesenta hasta la actualidad, ha aumentado el peso de aceites vegetales, carne y lácteos sobre el total de calorías, mientras que lo han perdido los cereales y legumbres. También ha experimentado una importante disminución el consumo de hortalizas. Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, estas pautas de consumo difieren entre los distintos grupos de edad.

Por otra parte, la opinión de las y los menores pasa a ser tenida en cuenta en el hogar, y, por lo tanto, también su gusto como personas consumidoras. Nos encontramos con que existe una cultura infantil, en la que incide el mercado (a través de la publicidad, pero también por otras vías), que conlleva un determinado sistema de gusto, el cual parece no coincidir con las prescripciones dietéticas de las y los nutricionistas. En España, la preferencia por sabores intensos (dulce, graso, sabroso, salado) es acentuada frente a otros lugares. La inclinación hacia los dos primeros sabores se relaciona con una mayor propensión a la obesidad y el sobrepeso. Claramente es de origen cultural, y se relaciona, además, con el consumo intenso de televisión: a mayor consumo de televisión, mayor interés por los gustos graso o dulce.

En cuanto a la actividad física, hemos asistido a nivel global, y también en nuestro país, a una reducción generalizada del esfuerzo físico, procediendo los principales cambios de la mecanización del entorno, lo que desemboca en un menor consumo de calorías. A pesar de esta

circunstancia, puede que las personas se muevan más en su tiempo de ocio, además de haberse aumentado, de manera paulatina, el porcentaje de personas que practica algún deporte.

El empleo del tiempo de ocio varía en función de una compleja articulación de factores. Las familias son cada vez menos homogéneas, y de su configuración y posición social depende la cantidad y clase de recursos que se pueden dedicar a la crianza: el tiempo de familiares cuidadores y los ingresos económicos son los principales ingredientes. Igualmente, se aprecia diversidad en los recursos públicos dedicados a la infancia en función de los lugares de residencia.

Así mismo, se han producido importantes cambios en los procesos estructurales de crianza, que condicionan el empleo del tiempo de los y las menores en el espacio doméstico, influyendo también la progresiva participación de las madres en el mercado de trabajo y el importante retraso y reducción de la fecundidad (la reducción en el número de hijos e hijas se asocia con mayor obesidad, presentando más riesgo los descendientes únicos, tal vez porque no disponen de acompañantes para el juego). Además, las familias más desfavorecidas han de enfrentarse al hecho de que al tener varios descendientes u otras necesidades de cuidado, estas no gozan del efecto, internamente igualador, de los servicios privados cuando la oferta pública no es suficiente.

Y lo que aún es más grave: “los niños y niñas se han retirado de la calle”, con toda clase de consecuencias: la pérdida de posibilidad de movimiento autónomo no sólo impide la importante experiencia del juego y las relaciones sociales, sino que causa una fuerte dependencia de la televisión y los videojuegos, con consecuencias graves para la salud (obesidad infantil), para la educación (pereza e hiperactividad) y para el desarrollo de las capacidades y competencias.

2.3.- Epidemiología del sobrepeso/obesidad

Nuevamente, resaltar que la información que se presenta en este apartado proviene de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)¹³ y de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS)^{12,30}.

En referencia al sobrepeso y la obesidad, con los datos del peso y la altura de las personas encuestadas, se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual posibilita clasificar e identificar a las personas que tienen peso insuficiente, normal, sobrepeso u obesidad.

Los datos que a continuación se presentan corresponden al conjunto de población adulta identificada con sobrepeso u obesidad. Para la categorización del IMC se utilizan los puntos de corte definidos por la OMS³².

Si observamos la evolución del IMC declarado^d en personas adultas (a partir de 18 años) de las ENSE de 2006, 2012 y 2017, tanto a nivel del territorio español como de Andalucía se advierte un ligero descenso del sobrepeso desde 2006 a 2012, para volver a subir en la encuesta de 2017, no observándose grandes diferencias entre los datos de España y Andalucía. En el caso de la obesidad sí se observan diferencias, aunque con porcentajes poco significativos, entre los datos de España y Andalucía. Desde 2006 a 2012 aumentan los porcentajes en los dos casos, estando

^d Al ser datos declarados por la persona encuestada, probablemente exista una subestimación del IMC por sobreestimación de la talla y/o subestimación del peso.

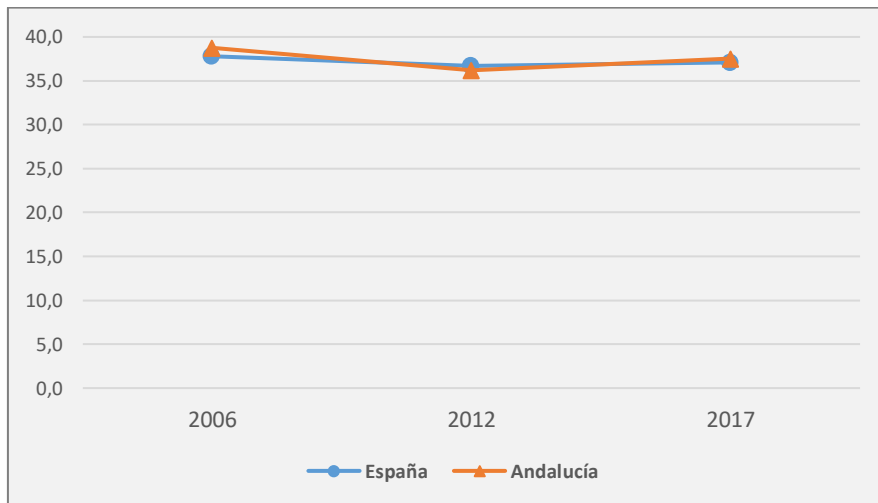
la diferencia en la evolución de 2012 a 2017, donde en España hay un aumento del 0,4 % y en Andalucía una disminución del 0,2 %.

Tabla 7. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población adulta igual o mayor de 18 años. ENSE 2006, 2012 y 2017.

	Sobrepeso (IMC declarado)			Obesidad (IMC declarado)		
	2006	2012	2017	2006	2012	2017
España	37,8	36,7	37,1	15,6	17,0	17,4
Andalucía	38,8	36,2	37,5	18,2	21,2	21,0

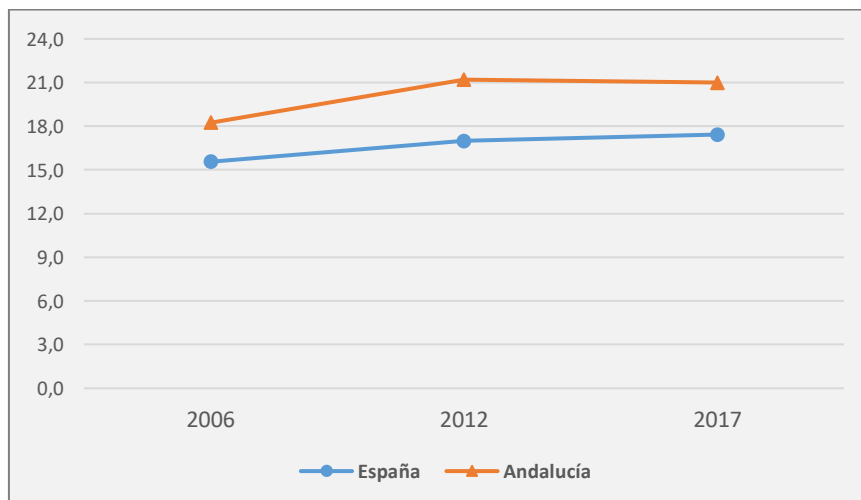
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Gráfica 28. Prevalencia de sobrepeso declarado en población adulta igual o mayor de 18 años. ENSE 2006, 2012 y 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

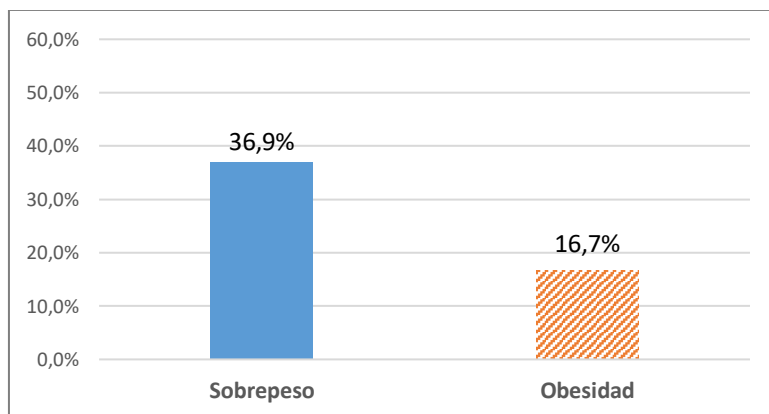
Gráfica 29. Prevalencia de obesidad declarada en población adulta igual o mayor de 18 años. ENSE 2006, 2012 y 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

En base a la Encuesta Andaluza de Salud para población adulta (igual o mayor de 16 años), la prevalencia de sobrepeso declarado en Andalucía se sitúa en el 36,9 %, siendo la prevalencia para la obesidad del 16,7 % (EAS 2015).

Gráfica 30. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarados en población andaluza igual o mayor de 16 años. EAS 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

El porcentaje de sobrepeso declarado es mayor en el hombre que en la mujer (42,5 % y 31,6 % respectivamente). Sin embargo, en el caso de la obesidad la situación se invierte (16,2 % en el hombre frente al 17,1 % en la mujer), manteniéndose esta diferencia en los tres niveles de obesidad.

Tabla 8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarados en población andaluza igual o mayor de 16 años, por sexo. EAS 2015.

	SOBREPESO		OBESIDAD		
	IMC 25-29	IMC ≥ 30	Tipo I IMC 30-34	Tipo II IMC 35-39	Tipo III IMC ≥ 40
Mujeres	31,6	17,1	12,4	3,7	1,0
Hombres	42,5	16,2	12,3	3,1	0,8
TOTAL	36,9	16,7	12,3	3,4	0,9

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

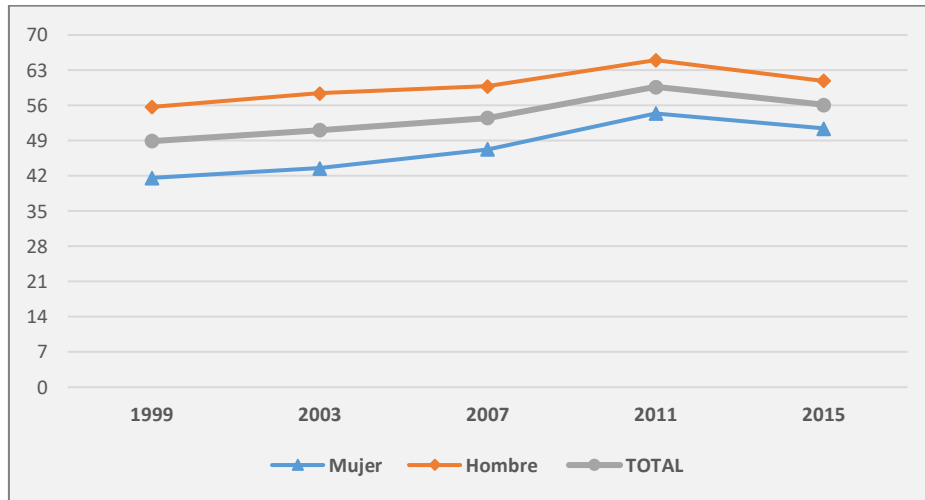
En líneas generales, hasta 2011 se incrementó el porcentaje de la población residente en Andalucía, igual o mayor de 16 años, con sobrepeso u obesidad, pero en los últimos cuatro años este porcentaje ha disminuido en 3,6 puntos. Estos cambios se produjeron en la misma medida para hombres y mujeres.

Tabla 9. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por sexo. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

	1999	2003	2007	2011	2015
Mujeres	41,6	43,5	47,3	54,4	51,4
Hombres	55,7	58,4	59,8	65,0	60,9
TOTAL	48,9	51,1	53,5	59,7	56,1

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

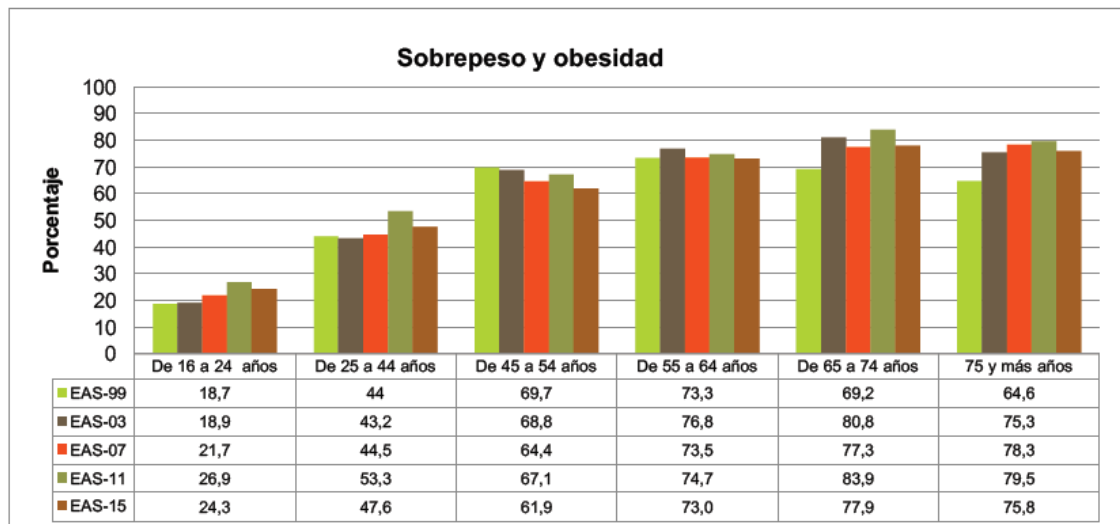
Gráfica 31. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por sexo. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

Según la edad, hasta el año 2011 el porcentaje de personas adultas con sobrepeso u obesidad aumentó en menores de 25 años (y mayores de 15 años) y mayores de 75 años, siendo este porcentaje más bajo en 2015. En los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 75 años, de 1999 a 2015 se han experimentado altibajos en los porcentajes de exceso de peso; sin embargo, estos porcentajes se han reducido en los últimos 4 años.

Gráfica 32. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declaradas en población andaluza igual o mayor de 16 años, por grupo de edad. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

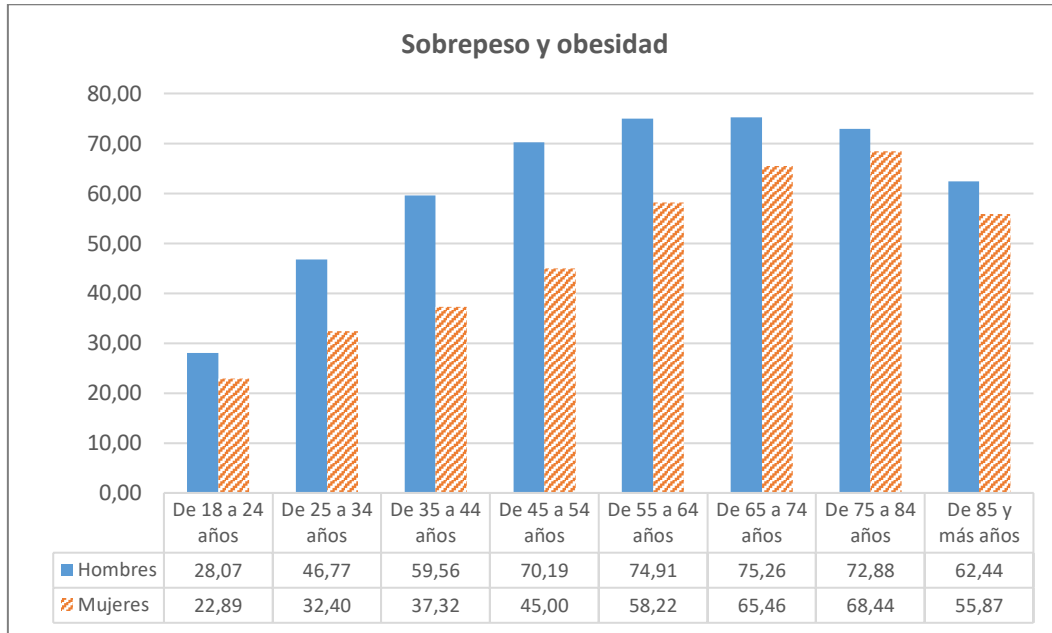


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

La intersección de sexo y edad nos ofrece resultados interesantes desde un punto de vista de la distribución de los índices de masa corporal elevados. Los porcentajes de varones con sobrepeso u obesidad superan mucho a las mujeres, pero estas diferencias son más acentuadas en los grupos de edad mediana y madura. Los varones con un IMC mayor a 25 son el doble entre los 35 y los 44 que en el grupo de edad que cuenta entre 18 y 24 años, mientras que para que suceda

lo mismo entre las mujeres hay que esperar una década. En edades más avanzadas se produce una convergencia (ENSE 2017).

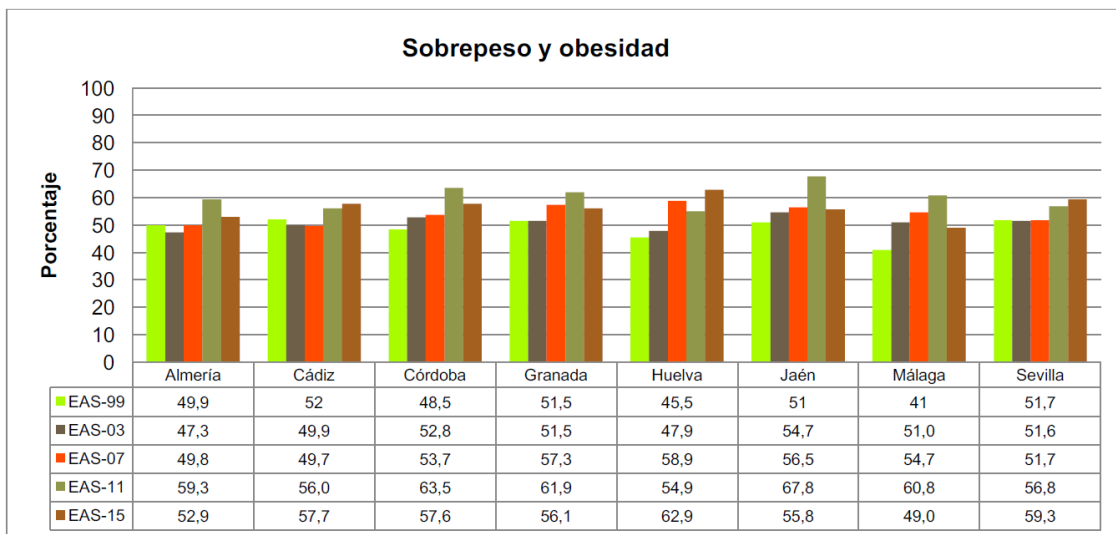
Gráfica 33. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declaradas en población andaluza igual o mayor de 18 años, por sexo y grupos etarios. ENSE 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Elaboración propia.

Observando la evolución de los datos de la EAS de 2011 a la de 2015, el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad ha disminuido en cinco de las provincias, donde destacan Jaén y Málaga, con un descenso de entre 11 y 13 puntos porcentuales. Sin embargo, en Sevilla, Huelva y Cádiz aumentó dicho porcentaje.

Gráfica 34. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declaradas en población andaluza igual o mayor de 16 años, por provincia. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

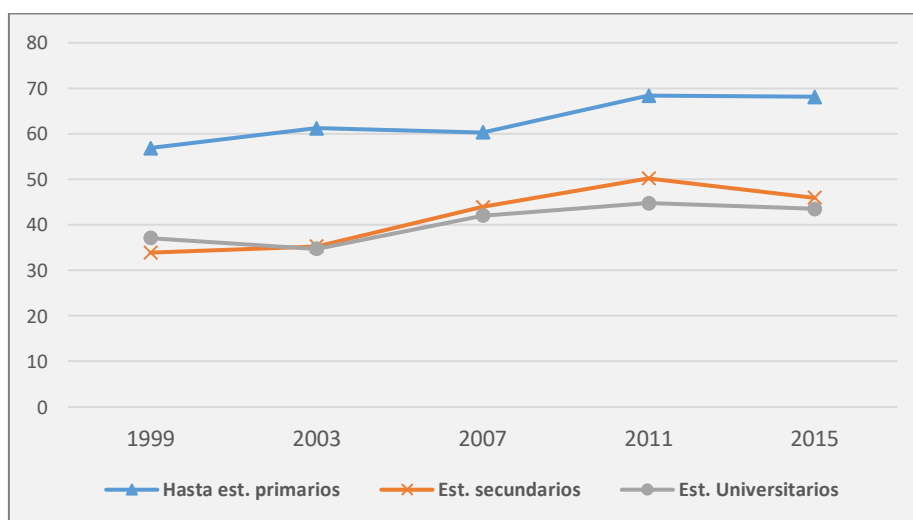
Si evaluamos el sobrepeso y la obesidad en función del nivel de estudios, observamos que los índices son mucho mayores en personas que han alcanzado estudios primarios, que en aquellas que han alcanzado estudios secundarios y/o universitarios (con una diferencia de más de 22 puntos en la encuesta de 2015).

Tabla 10. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por nivel de estudios. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

	1999	2003	2007	2011	2015
Hasta estudios primarios	56,9	61,2	60,3	68,4	68,1
Estudios secundarios	33,9	35,3	43,9	50,2	46,0
Estudios universitarios	37,1	34,7	42	44,8	43,5

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

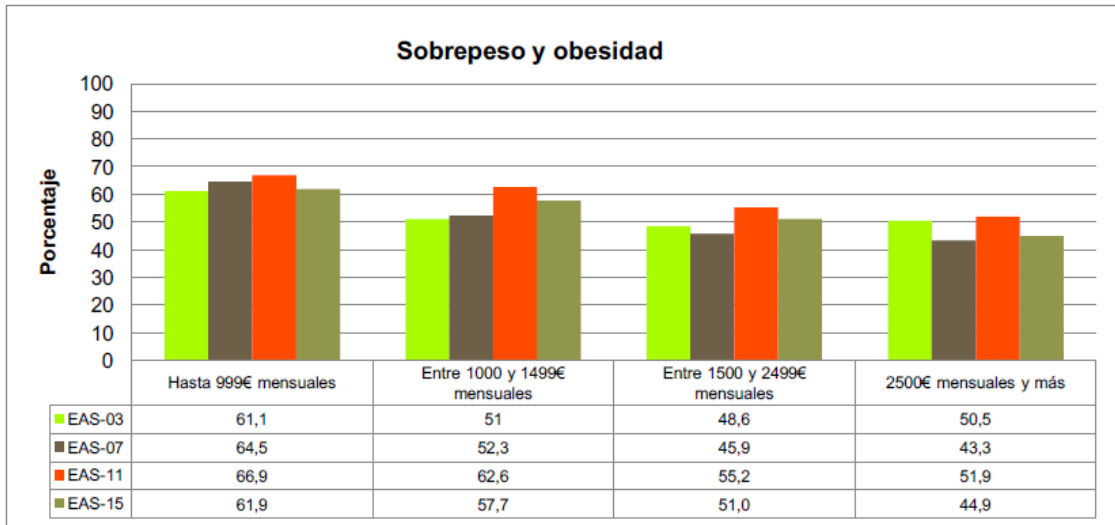
Gráfica 35. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por nivel de estudios. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

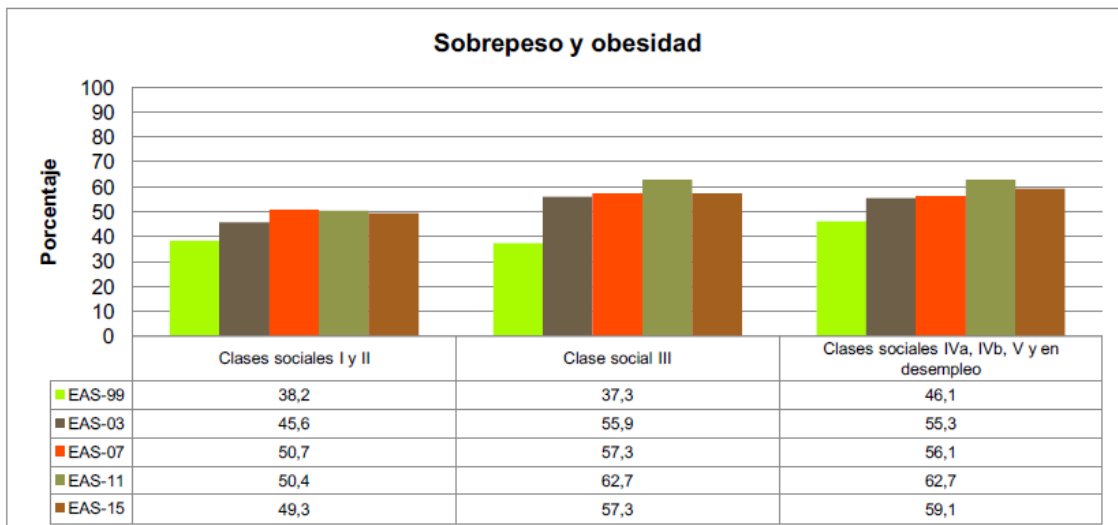
Según el nivel socioeconómico, la tendencia entre 2011 y 2015 es a la baja en todos los niveles, si bien el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad es mayor en las personas con ingresos más bajos y clases sociales más desfavorecidas.

Gráfica 36. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por niveles de ingresos. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Gráfica 37. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza igual o mayor de 16 años, por clase social. EAS 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Como se puede observar, las características diferenciales de los grupos sociales actúan como determinantes para la aparición de sobrepeso y obesidad.

3.- ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PAFAE

En este apartado se describen las principales actuaciones desarrolladas y/o impulsadas por el PAFAE desde su publicación en 2004.

3.1.- Programas y proyectos

En el marco del PAFAE se han impulsado una serie de iniciativas que persiguen con su aplicación reducir las tasas de sedentarismo y sobrepeso, y mejorar la alimentación de la población andaluza. Por una parte, se han puesto en marcha una serie de proyectos que tienen como objetivo el conseguir que la ciudadanía desarrolle unos hábitos saludables de actividad física; aquí se enmarcan las Rutas para la Vida Sana, Un Millón de Pasos y Escaleras es Salud. Desde el punto de vista de la consecución de unos hábitos alimentarios adecuados, se cuenta con el proyecto de Comedores Saludables, un espacio en el que recabar información sobre esta materia, que posteriormente fue complementada con el programa de evaluación de la oferta alimentaria en los centros escolares “EVACOLE”. Por otra parte, el fomento de la alimentación equilibrada y la actividad física se unifican en el programa de Consejo Dietético desarrollado en Atención Primaria; una herramienta de apoyo para que las y los profesionales de salud aborden esta temática en su práctica clínica diaria en el espacio de la consulta. Este proyecto se apoya en la Red de Consejo Dietético, que funciona como espacio de encuentro para las y los profesionales que trabajan en este ámbito, proporcionando recursos, formación y un espacio de reflexión.

3.1.1.- POR UN MILLÓN DE PASOS



Por Un Millón de Pasos (P1MP) es una iniciativa que tiene como finalidad que las personas logren alcanzar el objetivo establecido a nivel mundial sobre actividad física saludable: realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada, como mínimo 5 días a la

semana en las personas adultas, y 60 minutos diarios de actividad física moderada-intensa en los y las menores.

La actividad es desarrollada de forma colectiva por asociaciones locales, centros de mayores, centros educativos, centros de salud, entornos laborales, centros de atención a personas con discapacidad, centros Guadalinfo, corporaciones locales, etc., o en el contexto de otros programas de salud (consejo dietético, deshabituación tabáquica, seguimiento del embarazo, GRUSE, atención a personas con enfermedades crónicas, etc.).

Son elementos claves de este original proyecto la verbalización del reto: “¿Serían ustedes capaces de dar, al menos, un millón de pasos en un mes, sumando los pasos de todas las personas participantes y medidos mediante podómetro u otro medio?”; la figura del

“Tesorero/a de los pasos”, que registra la actividad de las y los participantes; y la entrega de los diplomas con la identidad del participante y los pasos aportados para el logro común³³.

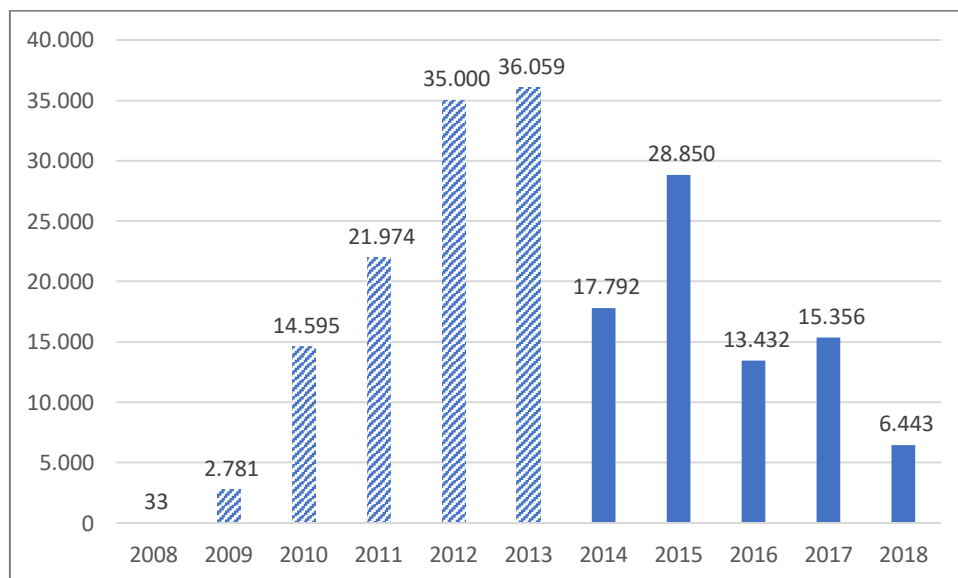
Su formato inicial de campaña mensual, replicable en primavera/otoño, se fue ampliando a otros formatos como la propuesta de “viajes imaginarios”: ¿Serían ustedes capaces de unir mediante pasos la distancia geográfica que nos separa de otras localidades?”. Fruto de esta iniciativa, se establecieron contactos con ciudades como Buenos Aires, Mendoza, Posadas, Rosario, San Miguel de Tucumán y La Plata (Argentina), así como La Habana (Cuba) y municipios del Departamento de Santander (Colombia). Desde estas localidades se generaron dinámicas para devolver, mediante pasos, estos “viajes imaginarios”, así como para dar difusión de las iniciativas emprendidas por ambas partes. Asimismo, existen experiencias que han ido más allá de la edición mensual y se han consolidado como actividad permanente y continua, siendo realizadas por asociaciones y apoyadas por Unidades de Gestión Clínica, estableciéndose importantes sinergias con otros planes e iniciativas.

Se trata de un modelo de intervención orientado a la cohesión entre las personas del grupo, otorgando valor a todas las aportaciones logradas por cada una de ellas: “divertirse y participar en actividades sociales”, son las razones principales que las personas activas dan cuando se les pregunta el motivo de sumarse a la iniciativa.

Más allá de la realización del proyecto, la meta final que se pretende alcanzar es que las personas incorporen o mantengan, de forma permanente, la actividad física en su vida diaria.

Desde su puesta en marcha en 2008 hasta finales de 2018 se han contabilizado^e un total de **4.079 proyectos** con una participación de **192.315 personas**. Los años 2012 y 2013 fueron los de mayor actividad, superando los 35.000 participantes/año, seguido del año 2015 (28.850 participantes).

Gráfica 38. Por Un Millón de Pasos. Número de personas participantes (2008-2018).



Fuente: Consejería de Salud y Familias.

^e Hasta la puesta en marcha del sistema de autorregistro de P1MP en 2014, el seguimiento de los proyectos se realizaba desde el nivel local al Distrito y de ahí al equipo de coordinación autonómica del proyecto, quien recopilaba la información y elaboraba los informes anuales. La disminución que se observa a partir de 2014 puede deberse a un problema de subregistro, pero también a dificultades de apoyo, seguimiento y dinamización.

Teniendo en cuenta los datos registrados por provincia de los años 2014-2018 (en 2014 comienza a funcionar el sistema de autorregistro P1MP), Cádiz es, con diferencia, la provincia con mayor número de proyectos registrados (348), seguida de Sevilla y Almería (121 y 108 proyectos respectivamente). Ocurre de igual manera con el número de participantes registrados; Cádiz se sitúa muy por encima del resto con 29.945 participantes, el 37 % del total, seguida de Sevilla y Málaga (13.143 y 10.288 participantes respectivamente)^f.

Tabla 11. Por Un Millón de Pasos. Número de proyectos y personas participantes, por provincias (2014-2018).

	Nº de proyectos	Nº de personas
Almería	108	3.268
Cádiz	348	29.945
Córdoba	71	7.380
Granada	54	3.049
Huelva	67	5.079
Jaén	61	9.721
Málaga	97	10.288
Sevilla	121	13.143
Andalucía	927	81.873

Fuente: Registro P1MP. Consejería de Salud y Familias.

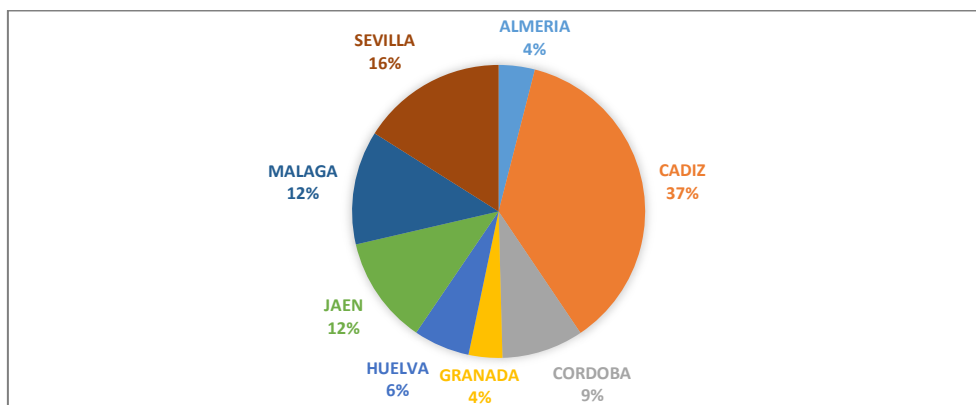
Tabla 12. Por Un Millón de Pasos. Número de proyectos y personas participantes, por provincias y años (2014-2018).

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº de proyectos	Nº de personas	Nº de proyectos	Nº de personas	Nº de proyectos	Nº de personas	Nº de proyectos	Nº de personas	Nº de proyectos	Nº de personas
Almería	24	1.098	25	836	18	646	19	384	22	304
Cádiz	70	5.041	103	7.948	97	8.036	52	5.930	26	2.990
Córdoba	19	1.054	19	1.474	10	1.230	17	3.393	6	229
Granada	9	598	4	111	21	531	11	666	9	1.143
Huelva	32	3.154	12	350	2	233	19	1.342	2	0
Jaén	20	1.869	10	4.868	16	1.867	9	643	6	474
Málaga	6	214	85	10.019	2	13	4	42	0	0
Sevilla	49	4.764	25	3.244	6	876	24	2.956	17	1.303
Andalucía	229	17.792	283	28.850	172	13.432	155	15.356	88	6.443

Fuente: Registro P1MP. Consejería de Salud y Familias.

^f Con anterioridad a 2014, Sevilla y Málaga fueron las de mayor actividad e implicación, al ser las provincias donde nació el proyecto.

Gráfica 39. Por Un Millón de Pasos. Porcentaje de personas participantes por provincias (2014-2018).



Fuente: Registro P1MP. Consejería de Salud y Familias.

Respecto a la modalidad de centro o ámbito de actuación que ha impulsado el proyecto a nivel local durante los años 2014-2018, destacan las asociaciones relacionadas con enfermedades crónicas y los centros escolares, en los que la convergencia con el Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) ha permitido la incorporación de una herramienta para abordar el sedentarismo y sobrepeso en las personas jóvenes, habiéndose registrado durante el mencionado periodo^g un total de 195 proyectos en los que han participado 36.714 escolares (51,8 % de niñas).

Tabla 13. Por Un Millón de Pasos. Número de proyectos y personas participantes, por modalidad de centro o ámbito de actuación (2014-2018).

	Nº DE PROYECTOS	Nº DE PERSONAS PARTICIPANTES		
		Mujeres	Hombres	TOTAL
Asociación	281	8.581	5.220	13.801
Ayuntamiento	62	7.976	3.082	11.058
Centro de mayores	112	4.405	1.326	5.731
C. de p. con discapacidad	12	203	266	469
Centro escolar	195	19.011	17.703	36.714
Centro Guadalinfo	33	2.083	1.014	3.097
Centro laboral	2	14	11	25
Centro sanitario	122	3.728	1.942	5.670
OTROS	108	3.103	2.205	5.308
TOTAL Andalucía	927	49.104	32.769	81.873

Fuente: Registro P1MP. Consejería de Salud y Familias.

^g Resaltar el nivel de infrarregistro detectado en todos los ámbitos, pero muy especialmente en aquellos no sanitarios.

Hay que destacar también que, junto a las asociaciones, ayuntamientos y centros sanitarios, el desarrollo del proyecto compartido con los centros de participación activa de mayores favorece el impulso de acciones vinculadas al envejecimiento activo y saludable. Durante el periodo 2014-2018 se han registrado 112 actividades en centros de mayores, con la participación de 5.731 personas (76,9 % de mujeres)^h. Así mismo, los Centros Guadalinfo han hecho posible la presencia del proyecto en municipios con menos de 20.000 habitantes, encontrándose para este periodo con un total de 33 actividades registradas, en las que participaron un total de 3.097 personas (67,3 % de mujeres). El liderazgo que ejercen las personas dinamizadoras locales de estos centros permite vertebrar las iniciativas de promoción de la vida activa de la ciudadanía en municipios andaluces que, por su dimensión y localización, pudieran ver limitadas estas líneas de intervención.

El proyecto “P1MP” recibió el Premio de la Estrategia NAOS (Edición 2010)³⁴ a la Promoción de la Práctica de la Actividad Física en el Ámbito Familiar y Comunitario, por su implantación en los Distritos Sanitarios de Sevilla Norte y Costa del Sol del Servicio Andaluz de Salud. Así mismo, obtuvo un premio del Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población, en su edición de 2010, por el desarrollo de la experiencia de “Por un Millón de Pasos” en la ciudad de Buenos Aires, junto a la iniciativa local “Caminemos Juntos”, a raíz de una propuesta andaluza de participación en la vertiente de “viaje imaginario” a la mencionada ciudad.

Igualmente, ha sido referenciado en el Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo de Andalucía e identificado como Buena Práctica por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2014)³⁵ y por la Acción Conjunta Europea para el abordaje de las enfermedades crónicas y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital (JA-CHRODIS 2014-2017)³⁶. Además, recibió una distinción de la Comisión Europea en 2016, por la búsqueda y desarrollo de soluciones innovadoras que benefician a la salud y el bienestar de las personas mayores, en línea con los objetivos de la Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento Activo y Saludable (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing- EIPonAHA).

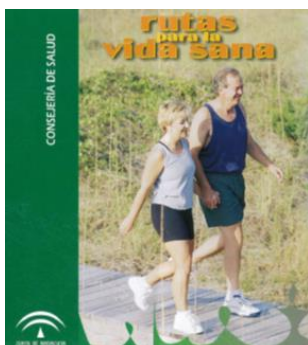
A lo largo de estos años, el desarrollo del proyecto ha tenido un impacto considerable en los medios de comunicación y redes sociales. Por citar algún ejemplo, en el buscador Google aparecen más de 800 entradas con la frase “Por un millón de pasos” en el titular de la noticia y a nivel del SSPA, en el apartado de noticias de la Web del SAS se han publicado más de 180 reseñas relacionadas con este proyecto durante el periodo 2008-2017.

Dirección web del proyecto “Por Un Millón de Pasos”:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/porunmillondepasos.html>

^h Previo a 2014, 244 colectivos de personas mayores de Andalucía realizaron P1MP (el 38,6% de los colectivos de mayores registrados en ese momento)

3.1.2.- RUTAS PARA LA VIDA SANA



Este proyecto está destinado a promocionar el hábito de caminar a diario en la población en general, como forma de conseguir el objetivo de que la población adulta realice al menos 30 minutos de actividad física diaria.

El proyecto lo desarrollan las corporaciones locales, y entre sus actuaciones se encuentra el desarrollo de medidas de difusión en la población de estas rutas, y de mejora del estado y condiciones en las que se encuentran.

A través de carteles de información, aunque también por otros medios, se difunden las características de estas rutas, tales como distancia de recorrido, tiempo recomendado para realizarlo y gasto calórico estimado. Esta información permite que las personas que utilizan las rutas conozcan mejor la cantidad de ejercicio físico que realizan, y cómo programar esta actividad; que las/los profesionales de los centros de salud puedan “prescribir” con mayor precisión la práctica de ejercicio a sus pacientes; y que los Ayuntamientos ofrezcan un recurso de promoción de la salud y prevención a la ciudadanía.

Desde su puesta en marcha en 2008 hasta finales de 2018 se han contabilizadoⁱ un total de **262 rutas** en **102 municipios** (el 13 % de los municipios andaluces). En la tabla siguiente se detalla el número de municipios y rutas por provincia, destacando Sevilla con 29 municipios y 74 rutas.

Tabla 14. Rutas para la Vida Sana. Número de municipios y rutas registradas por provincias (2008-2018).

	MUNICIPIOS	RUTAS
Almería	8	21
Cádiz	7	29
Córdoba	10	20
Granada	18	40
Huelva	13	16
Jaén	6	14
Málaga	11	48
Sevilla	29	74
Andalucía	102	262

Fuente: Consejería de Salud y Familias.

El proyecto “Rutas para la Vida Sana” ha sido identificado como Buena Práctica en 2014 por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)³⁵.

ⁱ Web de la Consejería de Salud y Familias y registros locales.

Dirección web del proyecto “Rutas para la Vida Sana”:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/rutas-vida-sana.html>

3.1.3.- ESCALERAS ES SALUD



Proyecto dirigido a promocionar el uso de las escaleras convencionales en lugar del ascensor o las escaleras mecánicas. Pretende motivar a las personas responsables de las distintas instituciones y entidades (edificios de viviendas, centros de trabajo, centros sanitarios, etc.) para que desarrollen campañas de fomento del uso de las escaleras, mediante la difusión de mensajes motivadores en distintos puntos de los edificios (accesos a las escaleras, puertas de los ascensores, etc.).

La señalización de escaleras y ascensores, con carteles motivando y explicitando los beneficios de la actividad física, tiene suficiente evidencia científica como actividad costo-efectiva para aumentar la actividad física diaria de las personas. Es una actividad desarrollada en diversos países, que, por su simplicidad, bajo coste, integración en la vida cotidiana y por su factibilidad, reúne las características necesarias para implementarla en todo el territorio y que puede ser útil para toda la población.

Hasta finales de 2018 se habían registrado un total de **261 proyectos**, siendo los centros sanitarios el ámbito de mayor implantación (el 62,1 % de los proyectos registrados).

Tabla 15. Escaleras Es Salud. Número de proyectos registrados por tipo de centros (2008-2018).

TIPO DE CENTRO	Nº DE PROYECTOS	% DE PROYECTOS
Centros sanitarios	162	62,1
Centros de personas mayores	30	11,5
Centros educativos	17	6,5
Otras administraciones públicas	24	9,2
Asociaciones	11	4,2
Empresas	5	1,9
Otros	12	4,6
TOTAL	261	100,0

Fuente: <https://escalerasessalud.wordpress.com>. Consejería de Salud y Familias.

La provincia con mayor número de proyectos registrados es Cádiz con 64 proyectos, seguida de Granada con 51 y Sevilla con 45.

Tabla 16. Escaleras Es Salud. Número de proyectos registrados por provincia (2008-2018).

PROVINCIA	Nº DE PROYECTOS
Almería	28
Cádiz	64
Córdoba	20
Granada	51
Huelva	14
Jaén	13
Málaga	26
Sevilla	45
TOTAL	261

Fuente: <https://escalerasessalud.wordpress.com>. Consejería de Salud y Familias.

El proyecto “Escaleras Es Salud” ha sido identificado como Buena Práctica en 2014 por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)³⁵.

Dirección web del proyecto “Escaleras Es Salud”: <https://escalerasessalud.wordpress.com>

3.1.4.- COMEDORES SALUDABLES



El proyecto de COMEDORES SALUDABLES se inicia en 2011 con la puesta en marcha de un espacio web y un servicio de asesoramiento, gracias a la colaboración entre las Consejerías con competencias en Salud, Educación y Servicios Sociales, y la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD).

La finalidad del servicio es ofrecer a todos los ciudadanos y ciudadanas información sobre cómo mantener unos hábitos de alimentación equilibrados, y criterios para valorar desde un punto de vista nutricional la adecuación de los menús que se ofrecen en los comedores colectivos (centros educativos, de personas mayores y de personas con discapacidad).

La web se estructura en tres categorías: Comedores saludables para menores; Comedores saludables para personas con discapacidad; y Comedores saludables para mayores. A su vez, cada una de estas categorías contiene distintas páginas o apartados y a través de uno de ellos (Menús y Asesorías) se puede acceder al servicio de asesoría con la clave de acceso suministrada por la Consejería de Salud y Familias a cada uno de los centros.

Además, a través de cada una de estas tres categorías, cualquier persona, sin necesidad de registrarse, puede acceder a un apartado específico de la web destinado a la participación ciudadana (en la pestaña de “Participa en tu Alimentación”), de forma que las consultas están abiertas a todo tipo de personas.

Durante el periodo 2011-2018 se han solicitado un total de **318 consultas** y **3.198 asesorías**. Se entiende por “consulta” el número de mensajes recibidos por el equipo de Nutricionistas, y por “asesorías”, cada una de las cuestiones que incluye cada consulta recibida.

Tabla 17. Web “Comedores Saludables”. Número de consultas y asesorías solicitadas (2011-2018).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Nº de consultas	32	60	27	29	44	46	48	32	318
Nº de asesorías	483	870	240	725	185	300	260	135	3.198

Fuente: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

De las tres categorías en las que se estructura la web^j, la de mayor número de consultas y asesorías fue la de comedores escolares, con 146 consultas y 2.140 asesorías.

Tabla 18. Web “Comedores Saludables”. Número de consultas y asesorías solicitadas, por categoría de la web (2011-2018).

	Comedores escolares		Comedores para personas con discapacidad		Comedores para personas mayores	
	Consultas	Asesorías	Consultas	Asesorías	Consultas	Asesorías
2011	27	405	2	6	3	42
2012	47	695	6	135	5	90
2013	11	165	13	225	2	30
2014	20	500	5	125	4	100
2015	7	35	14	100	10	50
2016	14	140	16	160	4	40
2017	12	120	15	150	4	20
2018	8	80	5	55	-	-
TOTAL	146	2.140	76	956	32	372

Fuente: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

En relación con las visitas realizadas a la web durante los años 2011-2018, estas superaron **2,4 millones de visitas** y **más de 2 millones de sesiones**, siendo 2015 el año de mayor actividad. Se entiende por “sesiones” la suma de páginas consultadas en todas las visitas a la web.

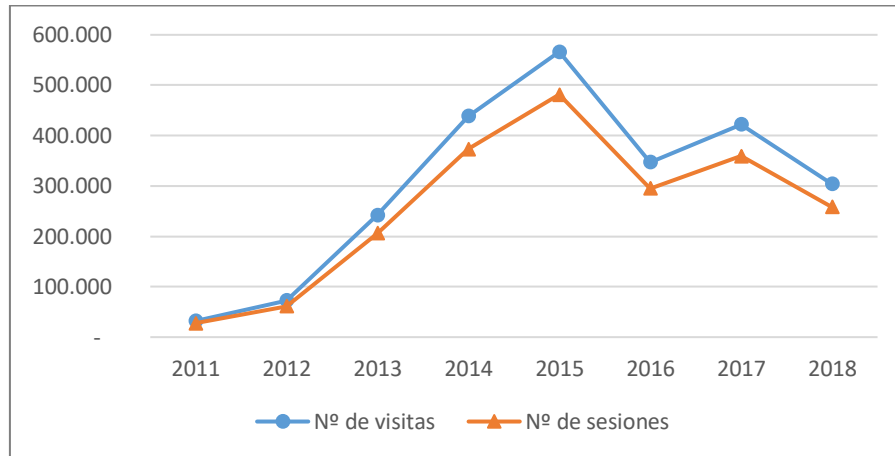
^j En este caso no se incluyen las consultas a través del apartado específico de la página web destinado a la participación ciudadana.

Tabla 19. Web “Comedores Saludables”. Número de visitas y sesiones a la web (2011-2018).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Nº de visitas	32.187	72.447	242.626	438.931	566.465	347.399	422.318	303.842	2.426.215
Nº de sesiones	27.871	61.579	206.232	373.091	481.495	295.289	358.970	258.266	2.062.793

Fuente: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

Gráfica 40. Web “Comedores Saludables”. Número de visitas y sesiones a la web (2011-2018).



Fuente: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

De las tres categorías en las que se estructura la web^k, el 70,4 % de las visitas fueron al área de personas con discapacidad; el 23,2% al apartado de personas mayores y solo el 6,4% al área escolar.

Tabla 20. Web “Comedores Saludables”. Número de visitas y sesiones, por categoría de la web (2011-2018).

	Comedores escolares		Comedores para personas con discapacidad		Comedores para personas mayores	
	Visitas	Sesiones	Visitas	Sesiones	Visitas	Sesiones
2011	8.726	7.345	17.405	14.793	6.056	5.147
2012	13.407	11.396	37.872	32.191	21.168	17.993
2013	19.595	16.608	150.764	128.148	72.321	61.472
2014	35.091	29.827	337.518	286.890	49.331	41.931
2015	35.374	30.068	151.753	128.990	359.572	305.636
2016	16.080	13.668	380.297	323.252	27.329	23.230
2017	15.710	13.354	380.297	323.252	22.711	19.304
2018	12.632	10.737	274.030	232.926	11.872	10.091
TOTAL	156.615	133.003	1.729.936	1.470.442	570.360	484.804

Fuente: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

^k No se incluyen las visitas a través del apartado específico de la página web destinado a la participación ciudadana.

Tomando como referencia el periodo 2015-2017¹, la gran mayoría de las visitas a través de los apartados de personas con discapacidad y de personas mayores fueron para obtener información sobre menús (84% y 87%, respectivamente). En cambio, las visitas a través del área escolar estaban encaminadas principalmente a conocer información sobre alimentación saludable en las diferentes franjas etarias (55%) y solo el 10% iban destinadas a conocer información sobre menús.

El proyecto “Comedores Saludables” ha sido identificado como Buena Práctica en 2014 por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)³⁵.

Dirección web del proyecto “Comedores Saludables”: www.comedoressaludables.org

3.1.5.- PLAN EVACOLE



El Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en los Centros Escolares de Andalucía “EVACOLE” es un proyecto de salud pública iniciado en el curso académico 2011-2012, fruto del consenso entre las Consejerías con competencias en materia de Salud y Educación, y la colaboración de las Universidades Andaluzas de Granada, Córdoba y Pablo Olavide de Sevilla, así como de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD).

El Plan EVACOLE se enmarca en las actividades de Promoción de la Salud, desarrolladas por el personal de Protección de la Salud del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, ubicado en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria. La dirección del Plan corre a cargo de la Coordinación de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental del Servicio Andaluz de Salud.

Esta propuesta de intervención en el ámbito escolar pretende favorecer la implantación y el mantenimiento de menús equilibrados y hábitos saludables, y por consiguiente incrementar la calidad de los menús escolares. La mejora de los hábitos alimentarios en el entorno escolar está considerada como una herramienta eficaz para la prevención del sobrepeso y de la obesidad infantil, siendo necesario garantizar de forma permanente que los alimentos y bebidas que se sirvan o puedan ser adquiridos en los centros escolares, respondan a los criterios de equilibrio nutricional, especialmente el menú escolar el cual debe estar acorde con las recomendaciones nutricionales para una dieta sana y equilibrada.

El Plan tiene un desarrollo anual mediante la ejecución de un programa coincidente con cada curso escolar. En cada programa se especifican los alcances y actividades de evaluación que corresponden para cada curso escolar, con el objeto de garantizar la consecución de los objetivos establecidos en el plan.

¹ Periodo estudiado en un análisis de situación realizado por la SANCYD.

Cada curso académico se evalúa en torno al 20% de los centros escolares públicos, concertados y privados con comedor escolar, incluyendo también la evaluación de la oferta en máquinas expendedoras y cantinas/quioscos.

Para la oferta tipo “comedor escolar”, se realiza la valoración y evaluación nutricional del menú, a partir de los menús planificados por los responsables de los comedores escolares, seleccionando un periodo de 4 semanas consecutivas. Además, se lleva cabo una evaluación presencial en los centros escolares de la oferta alimentaria, así como una evaluación presencial de las cocinas centrales que prestan servicios a los comedores escolares.

Para la oferta tipo “máquinas expendedoras y cantinas/quioscos” se realiza la evaluación mediante valoración de las características nutricionales de alimentos y bebidas ofertados, así como otros aspectos de interés recogidos en la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.

Hasta finales del curso 2017-2018 se habían evaluado un total de 3.255 centros educativos, siendo la mayoría de titularidad pública.

Tabla 21. Plan EVACOLE. Número de centros educativos evaluados en cada curso escolar (2011-2018).

	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	TOTAL
Nº de centros evaluados	464	519	607	489	580	596	571	3.826

Fuente: Coordinación de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental del Servicio Andaluz de Salud

Dirección web del proyecto “EVACOLE”:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/evaluacion-andalucia.html>

3.1.6.- CONSEJO DIETÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Este proyecto forma parte de la principal línea de actuación del PAFAE en los servicios de salud, y consiste en la actuación protocolizada de asesoramiento de los y las profesionales de atención primaria dirigida a población con factores de riesgo, en los que la mejora de sus hábitos de alimentación y actividad física puede mejorar su estado de salud.

Los dos componentes fundamentales de esta iniciativa son, por un lado, el propio consejo dietético, y por otro, la red de salud pública destinada a la implantación del consejo dietético en las consultas de atención primaria.

3.1.6.1.- Consejo Dietético



El Consejo Dietético consiste en que las y los profesionales de salud ofrezcan asesoramiento a la población que atienden, así como información sobre programas que permitan mejorar sus hábitos de alimentación y llevar una vida activa.

En el fomento de estilos de vida saludables, la comunicación entre la ciudadanía y el equipo de profesionales de salud es una de las principales herramientas cuando se abordan temas de nutrición y actividad física. Las recomendaciones sobre alimentación equilibrada y ejercicio físico representan una importante actuación de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de factores de riesgo y enfermedades como la hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes tipo 2, sobrepeso, etc.

El Consejo Dietético que ofrecen las y los profesionales de atención primaria se estructura en 2 partes: Consejo Dietético Básico (CDB) y Consejo Dietético Intensivo (CDI), que a su vez puede ser individual o grupal. La implementación del CDI en los centros de atención primaria ha estado incluida en los Contratos Programa de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria en los últimos años. Hay que tener en cuenta que el CDI se realiza sobre población de 14 años o más, con algún factor de riesgo o enfermedad crónica relacionada con la alimentación y la actividad física, que supone aproximadamente el 70% de la citada población.

El CDI, puesto en marcha en 2011, lo desarrollan prácticamente todas las UGC de Atención Primaria de Andalucía.

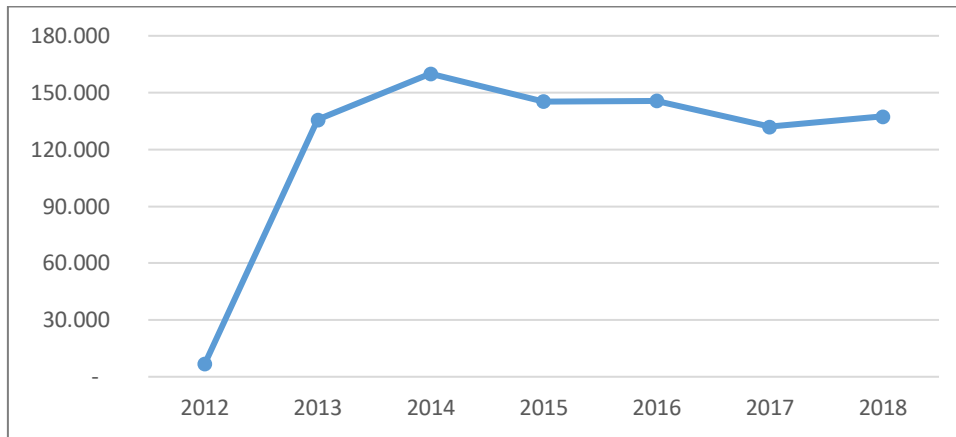
Consejo Dietético Intensivo Individual

Durante los años 2012 y 2018, el CDI Individual se había impartido a más de 863.000 personas, el 56,2% a mujeres y el 43,8% a hombres, siendo 2014 el año de mayor actividad. En 2011 no se registraron datos de esta modalidad de CDI.

Tabla 22. Número de personas atendidas en CDI Individual y porcentaje por sexo. 2012-2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Número de personas atendidas	6.796	135.699	160.012	145.412	145.762	131.989	137.477	863.147
% de mujeres	62,9	57,7	57,4	56,2	55,8	54,9	54,4	56,2
% de hombres	37,1	42,3	42,6	43,8	44,2	45,1	45,6	43,8

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

Gráfica 41. Número de personas atendidas en CDI Individual. 2012-2018.

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

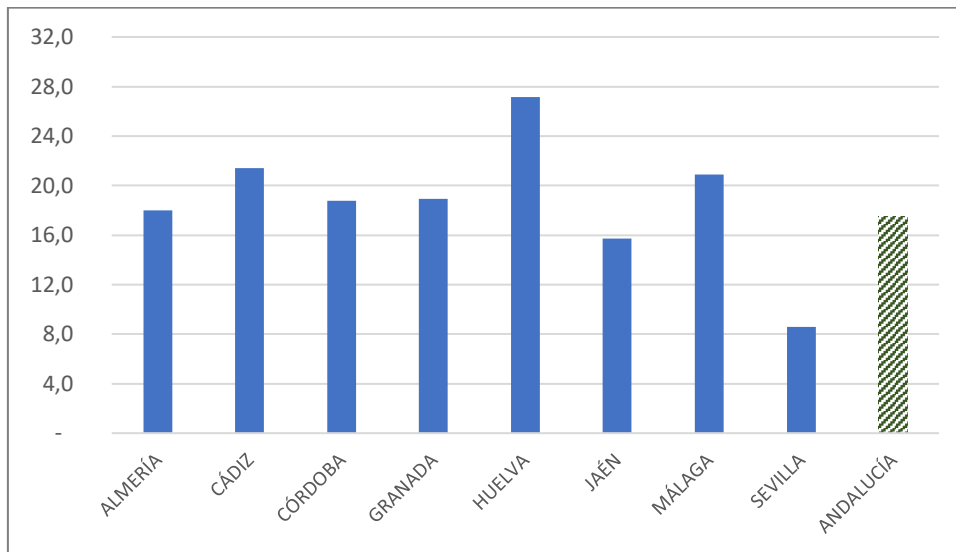
Si valoramos la tasa de personas atendidas por cada 100 tarjetas sanitarias de la población destinataria del CDI (el 70% de las personas igual o mayor de 14 años), observamos que la media andaluza de CDI Individual durante el periodo 2012-2018 es de 17,5 por cada 100 tarjetas, existiendo diferencias notables entre las provincias, siendo Huelva la provincia con más CDI individual efectuados (27,1) y Sevilla la que menos (8,6).

Tabla 23. Tasa de personas atendidas en CDI Individual por cada 100 tarjetas sanitarias de población destinataria, por provincias (2012-2018).

PROVINCIA	Nº de personas atendidas	Tasa x 100 tarjetas de personas => 14 años	Tasa x 100 tarjetas (el 70% de las personas => 14 años)
Almería	78.107	12,6	18,0
Cádiz	151.903	15,0	21,4
Córdoba	87.424	13,1	18,7
Granada	103.549	13,2	18,9
Huelva	85.932	19,0	27,1
Jaén	59.635	11,0	15,7
Málaga	198.999	14,6	20,9
Sevilla	97.598	6,0	8,6
TOTAL	863.147	12,2	17,5

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

Gráfica 42. Tasa de personas atendidas en CDI Individual por cada 100 tarjetas sanitarias de población destinataria, por provincias (2012-2018).



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

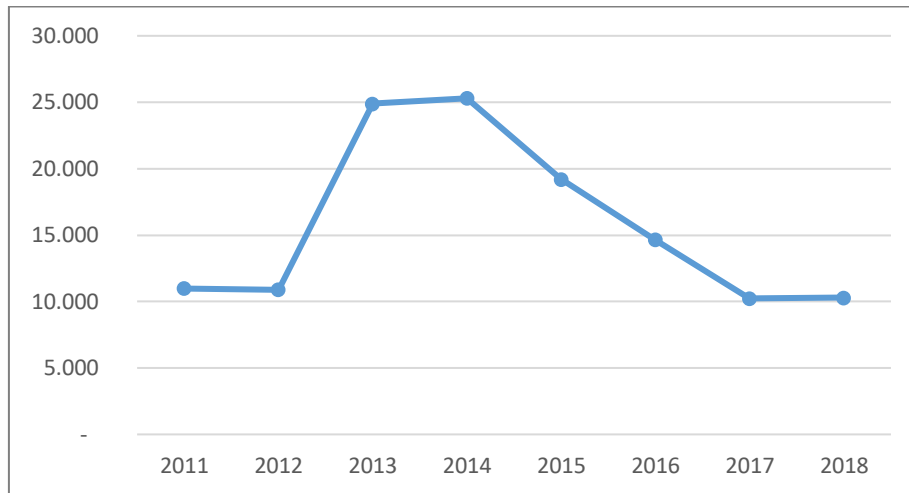
Consejo Dietético Intensivo Grupal

Hasta finales de 2018, el CDI Grupal se había impartido a más de 126.000 personas, el 67,7% a mujeres y el 32,3% a hombres, siendo nuevamente 2014 el año de mayor actividad. Sin embargo, la estabilidad observada en los datos del CDI Individual desde 2014 no se observa en el caso del CDI grupal, donde las cifras han descendido incluso por debajo a los registrados en 2011.

Tabla 24. Número de personas atendidas en CDI Grupal y porcentaje por sexo. 2011-2018.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Número de personas atendidas	10.988	10.895	24.890	25.296	19.215	14.653	10.238	10.300	126.475
% de mujeres	68,8	69,5	69,7	65,2	66,7	66,9	68,6	68,0	67,7
% de hombres	31,2	30,5	30,3	34,8	33,3	33,1	31,4	32,0	32,3

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

Gráfica 43. Número de personas atendidas en CDI Grupal. 2011-2018.

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

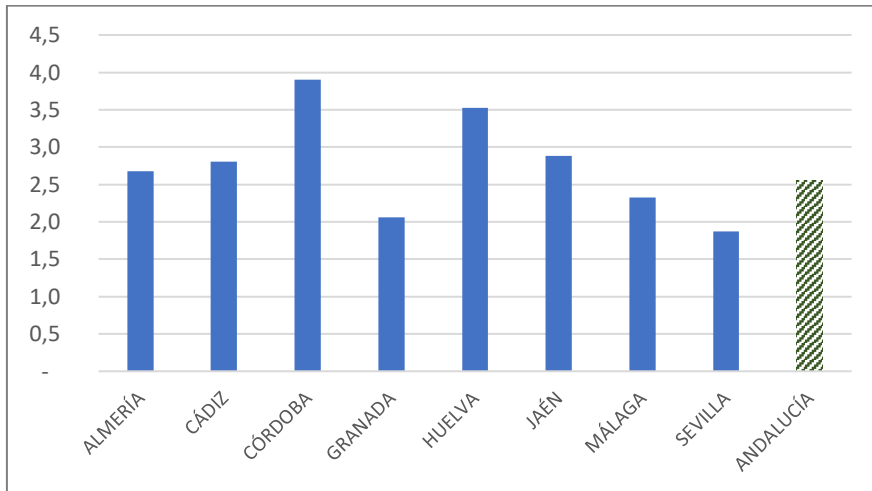
Si valoramos la tasa de personas atendidas por cada 100 tarjetas sanitarias de la población destinataria del CDI, observamos que la media andaluza de CDI Grupal durante el periodo 2011-2018 es de 2,6 por cada 100 tarjetas, existiendo diferencias notables entre las provincias, siendo Córdoba la provincia con más CDI Grupal efectuados (3,9) y Sevilla la que menos (1,9).

Tabla 25. Tasa de personas atendidas en CDI Grupal por cada 100 tarjetas sanitarias de población destinataria, por provincias (2011-2018).

PROVINCIA	Nº de personas atendidas	Tasa x 100 tarjetas de personas => 14 años	Tasa x 100 tarjetas (el 70% de las personas => 14 años)
Almería	11.617	1,9	2,7
Cádiz	19.919	2,0	2,8
Córdoba	18.182	2,7	3,9
Granada	11.273	1,4	2,1
Huelva	11.161	2,5	3,5
Jaén	10.936	2,0	2,9
Málaga	22.119	1,6	2,3
Sevilla	21.268	1,3	1,9
TOTAL	126.475	1,8	2,6

Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

Gráfica 44. Tasa de personas atendidas en CDI Grupal por cada 100 tarjetas sanitarias de población destinataria, por provincias (2011-2018).

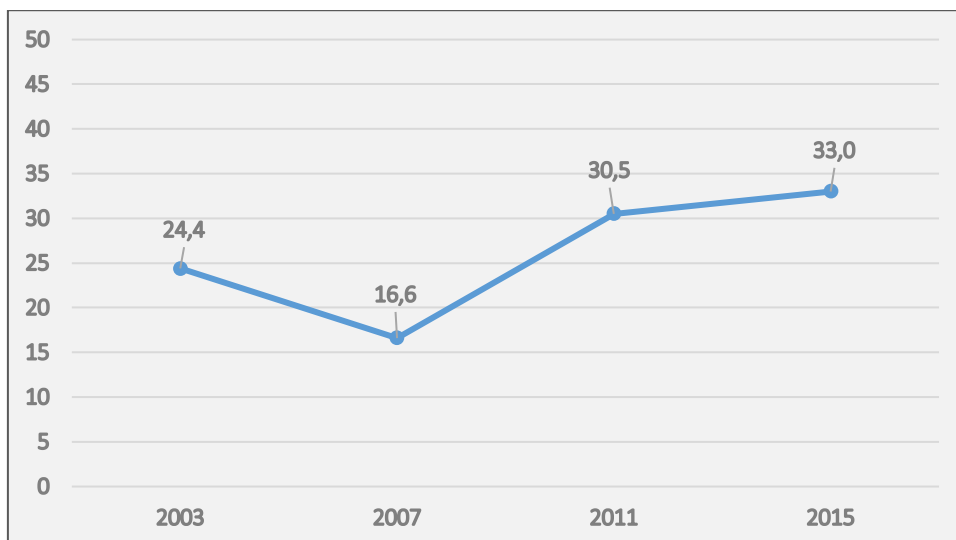


Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, SAS. Elaboración propia.

Por otro lado, además de los datos registrados en el módulo de citación de Diraya, se cuenta con la información extraída de la Encuesta Andaluza de Salud sobre el consejo de actividad física que el personal médico^m ofrece a las personas encuestadas.

Concretamente, y tomando como referencia a la población adulta (igual o mayor de 16 años) que se declara sedentaria en su tiempo libre, solo el 33% manifiesta que ha recibido consejo de actividad física por parte del personal médico^m (EAS 2015). En relación con las cifras de encuestas anteriores, el consejo ha aumentado en esta población de riesgo, aunque los datos siguen siendo bajos.

Gráfica 45. Evolución del consejo médico^m sobre actividad física en personas sedentarias en su tiempo libre. EAS 2003, 2007, 2011 y 2015.

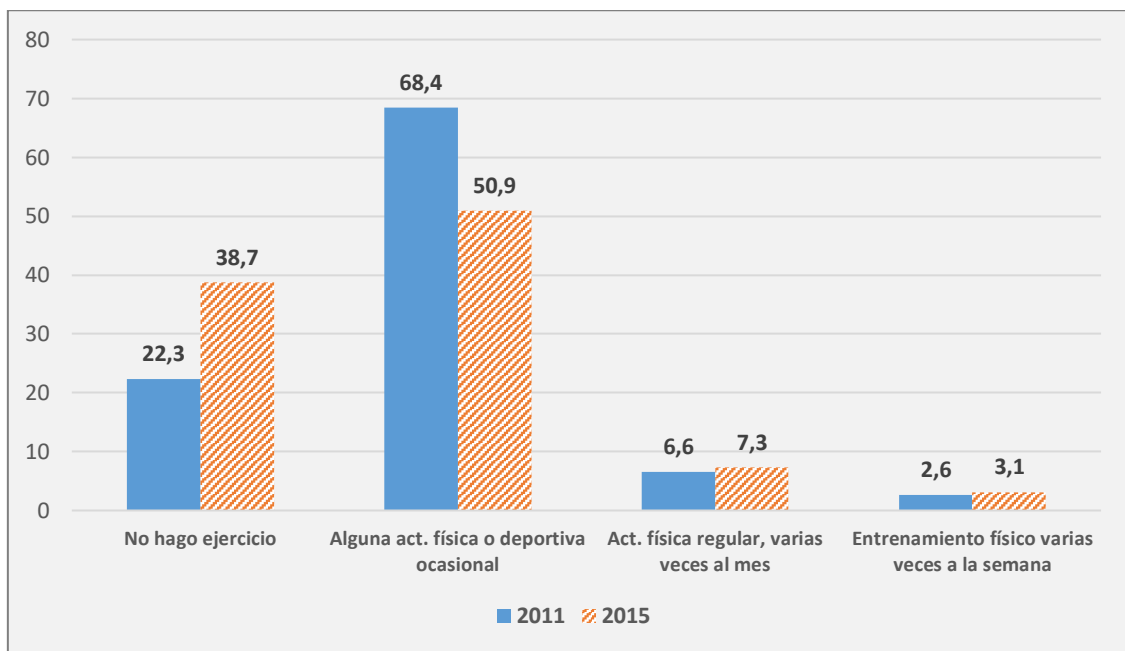


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

^m Aunque el consejo de actividad física lo ofrecen todos los profesionales sanitarios, en la EAS se pregunta solo por el recibido por el personal médico.

Si se toma como referencia a la población adulta con sobrepeso, solo el 33% ha declarado recibir consejo de actividad física por parte del personal médico^m (EAS 2015). Si se analiza la distribución de este consejo en función de la actividad física que realizaban las personas con sobrepeso, lo reciben el 38,7% de las personas sedentarias en su tiempo libre y el 50,9% de las personas que declaran realizar alguna actividad física o deportiva ocasional.

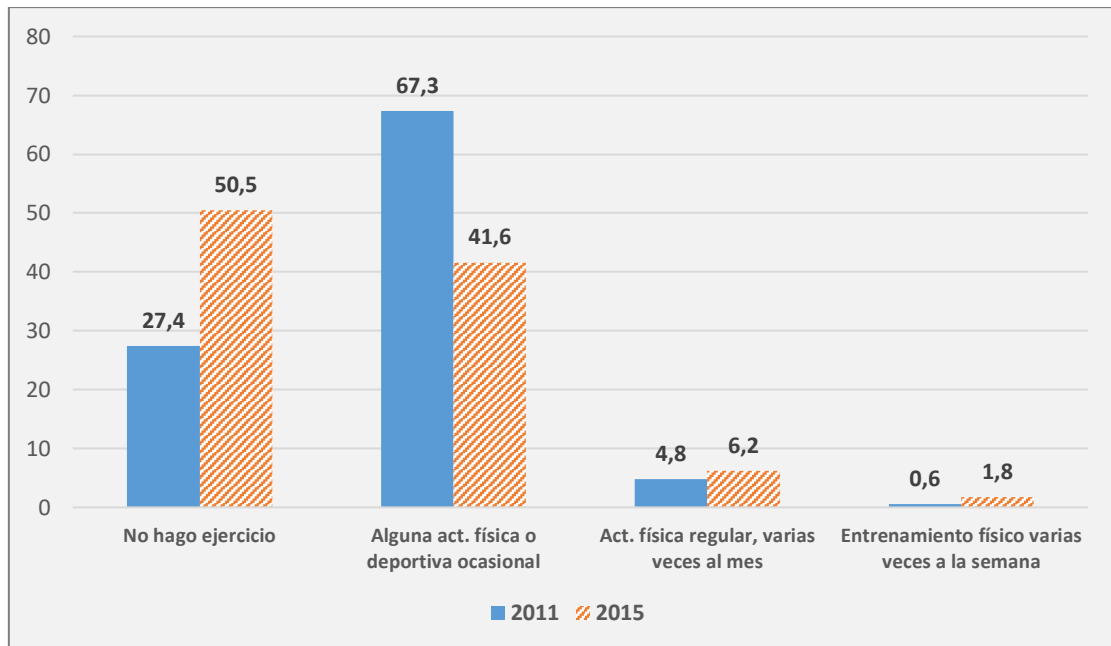
Gráfica 46. Distribución del consejo médico^m sobre actividad física en personas con SOBREPESO en función de la actividad física declarada. EAS 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

En cuanto a la población adulta con obesidad, el 46% ha declarado recibir consejo de actividad física por parte del personal médico^m (EAS 2015). Si se analiza la distribución de este consejo en función de la actividad física que realizaban las personas con obesidad, lo reciben el 50,5% de las personas sedentarias en su tiempo libre y el 41,6% de las personas que declaran realizar alguna actividad física o deportiva ocasional.

Gráfica 47. Distribución del consejo médico^m sobre actividad física en personas con OBESIDAD en función de la actividad física declarada. EAS 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

El proyecto “Consejo Dietético en Atención Primaria” ha sido identificado como Buena Práctica en 2014 por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)³⁵.

Dirección web del proyecto “Consejo Dietético”:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/consejo-dietetico.html>

3.1.6.2.- Red de Salud Pública de Consejo Dietético



En el año 2009, se inicia la colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), centrada inicialmente en el diseño y desarrollo de actividades formativas, que constituyeron el germen de la Red de Consejo Dietético (RCD), creada en el año 2010, con el objetivo de dar apoyo al PAFAE, facilitando la formación de las y los profesionales en promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada (con énfasis en el Consejo Dietético) y la creación de recursos para la formación.

La Red está formada principalmente por los y las profesionales de atención primaria que realizan el Consejo Dietético, además de personal técnico de promoción de salud y responsables de los distritos sanitarios.

Entre las actividades realizadas³⁷, hay que destacar que la Red ha diseñado y realizado actividades docentes de formación de formadores en consejo dietético y alimentación y actividad física saludables; ha elaborado material didáctico de apoyo a la formación; ha realizado encuentros regionales entre profesionales; y ha diseñado, gestionado y actualizado el portal Web de la Red.

Actividades formativas

Durante el periodo 2009-2018 se han realizado 3 actividades formativas con un total de 12 ediciones y la participación de 391 profesionales.

Tabla 26. Actividades formativas de la Red de Consejo Dietético realizadas en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (2009-2018).

AÑO	ACTIVIDAD FORMATIVA	FORMATO, HORAS LECTIVAS Y EDICIONES	PROFESIONALES PARTICIPANTES
2009	Curso de Formación de Formadores en Consejo Dietético	Semipresencial, 35 horas, 2 ediciones	22
2009	Curso de Salud, Alimentación y Actividad Física	Virtual, 100 horas, 1 edición	50
2010	Curso de Formación de Formadores en Consejo Dietético	Semipresencial, 35 horas, 2 ediciones	56
2011	Curso de Formación de Formadores en Consejo Dietético	Semipresencial, 35 horas, 2 ediciones	49
2012	Curso de Formación de Formadores en Consejo Dietético	Semipresencial, 35 horas, 2 ediciones	49
2012	Curso de Salud, Alimentación y Actividad Física	Virtual, 80 horas, 1 edición	55
2013	Curso de Salud, Alimentación y Actividad Física	Virtual, 80 horas, 1 edición	80
2016	Curso sobre Alimentación y Actividad Física Saludables	Virtual, 20 horas	30
TOTAL	Curso de Formación de Formadores en Consejo Dietético	8 ediciones semipresenciales (35 horas)	176
	Curso de Salud, Alimentación y Actividad Física	3 ediciones virtuales (100-80 horas)	185
	Curso sobre Alimentación y Actividad Física Saludables	1 edición virtual (20 horas)	30
			391

Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública. Elaboración propia.

En relación con los cursos de formación de formadores en consejo dietético, en los que se facilitaban los conocimientos y las herramientas necesarias para el diseño y planificación de un plan de formación en las UGC de atención primaria de Andalucía, la satisfacción global media de las 8 ediciones realizadas fue de 8,46 sobre 10. A raíz de estos cursos, todos los Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria contaban con al menos 2 profesionales preparados para formar en consejo dietético. Posteriormente, cada DSAP y AGS organizó cursos de formación para sus profesionales, no siendo posible su contabilización al no haberse implantado un registro centralizado que se había diseñado con esta finalidad.

Junto a estas actividades, señalar la oferta de un curso MOOC compartido con otras redes de Salud Pública, de formación de formadores en innovación docente y metodologías de aprendizaje en Red, con una duración de 30 horas. Durante los años 2015-2018 se realizaron 3 ediciones de este curso, habiéndose beneficiado 361 profesionales de las distintas redes.

Encuentros anuales

Durante los años 2010-2012 se realizaron encuentros anuales de profesionales de la Red, de 5 horas de duración, con una participación media de 78 profesionales y una satisfacción global media de 8,5 sobre 10.

Tabla 27. Encuentros anuales de la Red de Consejo Dietético realizados en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (2010-2012).

ENCUENTRO	FECHA REALIZACIÓN	ASISTENTES	SATISFACCIÓN
I Encuentro RCD 2010	29 noviembre 2010	87	8,1
II Encuentro RCD 2011	1 febrero 2012	90	8,6
III Encuentro RCD 2012	10 diciembre 2012	57	8,8

Fuente: Escuela Andaluza de Salud Pública. Elaboración propia.

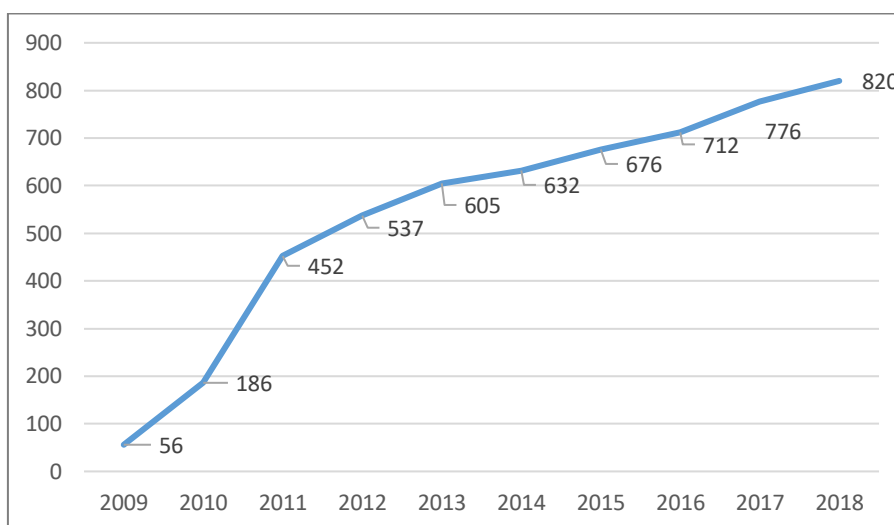
Gestión y desarrollo de la Red

En el año 2009 se creó un espacio virtual de información y repositorio de recursos, que sería el germen de la Web de la Red de Consejo Dietético. En 2010, este espacio pasó a formar parte de la página de la Red Andaluza de Salud Pública (www.redandaluzadesaludpublica.org). Desde entonces la plataforma de la Red contiene diversos espacios y herramientas. Desde el principio destaca el Foro de Comunicación, un espacio que siempre ha facilitado el intercambio y la generación de nuevo conocimiento de manera fluida, entusiasta y colaborativa. Es el espacio vivo de la Red, que la nutre de nuevos recursos y plantea ideas para el debate haciéndola evolucionar de forma permanente.

A partir del año 2012 la RCD contó con un dominio propio: www.redconsejodietetico.es. Desde esa fecha se han ido llevando a cabo importantes mejoras, con la incorporación de nuevos contenidos y secciones en la plataforma de la Red (biblioteca, videoteca, carpetas temáticas...).

Desde su inicio hasta finales de 2018 se habían producido más de 550 temas en el foro de la Red, con la intervención de más de 590 profesionales.

La Red surge como elemento facilitador ante la necesidad de superar desigualdades territoriales y llegar a toda la geografía andaluza, por lo que se opta por aprovechar la experiencia, el conocimiento y la formación previa acumulados, contando con un número inicial de profesionales andaluces dispuestos a llevar una labor docente en sus lugares de trabajo, para formar a otros y otras y de esta manera expandir la Red. Se inició con los primeros 56 profesionales sanitarios formados en 2010 y posteriormente fueron incorporándose nuevos profesionales y nuevos perfiles del área de actividad física y otras ciencias sociales, llegando a 820 a finales de 2018.

Gráfica 48. Evolución del número de profesionales de la Red de Consejo Dietético (2009-2018).

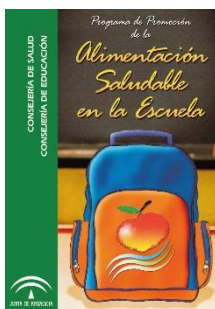
Fuente y elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

El equipo de profesionales que forman parte de la RCD procede del campo de la enfermería, medicina, nutrición y dietética, psicología, farmacia, fisioterapia, promoción de la salud, educación física, ciencias sociales y gestión sanitaria.

De los grupos de trabajo creados (Salud Mental, Investigación, Docencia, Revisión y elaboración de materiales...), destacar el de Salud Mental, con la incorporación de 25 profesionales, que elaboraron documentación propia para utilizar en consulta. Asimismo, señalar que en 2016 se comenzó a dar forma a un grupo motor de la Red, proponiéndose objetivos, funciones y tareas a desarrollar, constituyéndose formalmente en junio de 2018, con la participación de 25 profesionales. Hasta finales de 2018 se habían celebrado dos reuniones presenciales y contactos regulares a través del foro virtual, destacando como actividad principal la puesta en marcha del proceso de actualización de la Guía de Consejo Dietético.

Dirección web del proyecto "Red de Salud Pública de Consejo Dietético": www.redconsejodietetico.es

3.1.7.- PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ESCUELA



Este programa, realizado por la Consejería de Educación en colaboración con la Consejería de Salud y Familias, fue promovido desde el PAFAE hasta el curso académico 2010-2011, pasando a formar parte de las actividades respaldadas por el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN) a partir del siguiente curso académico, que continúa su seguimiento hasta la puesta en marcha del nuevo programa educativo de promoción de hábitos saludables, en sus dos modalidades "Creciendo en Salud" y "Forma Joven en el ámbito educativo", en el curso académico 2015-2016.

La finalidad inicial de este programa, destinado preferentemente al alumnado de Segundo Ciclo de Educación Primaria, fue fomentar la sensibilización de la población escolar sobre la importancia de la alimentación y del ejercicio físico para su salud, así como proporcionar al profesorado información y recursos para trabajar en clase este importante aspecto para la salud de la población, tanto escolar como general. Además, incluía entre sus objetivos específicos trabajar con las familias; promover un peso adecuado; sensibilizar sobre los riesgos del marketing comercial en la venta de alimentos infantiles; dar a conocer los beneficios de la Dieta Mediterránea; y potenciar el conocimiento y análisis sobre el reparto de la riqueza y los problemas de malnutrición en el mundo.

Como recurso didáctico, se editaron varios materialesⁿ: un cuaderno de introducción, objetivos, metodología, evaluación y bibliografía del programa (destinado al profesorado) y 4 unidades didácticas:

- UD1: Los alimentos como fuente de nutrientes
- UD2: La pirámide de la alimentación
- UD3: Las chuches
- UD4: El desayuno

Durante el periodo 2004-2011, el número de Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) que se inscribían al programa fue creciendo progresivamente, hasta llegar al 45,4% de los centros en el curso académico 2010-2011, cubriendo a más de 134.000 escolares.

Tabla 28. CEIP inscritos en el Programa de Alimentación Saludable en la Escuela. 2004-2011.

	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Nº de CEIP	215	369	579	573	638	883	1.020
% de centros (pub+conc)	10,5	18,0	28,2	27,9	31,0	43,0	45,4
Nº de alumnos/as	15.518	31.569	70.153	66.524	78.182	103.453	134.723
Nº de grupos/unidades		1.159	4.118	4.314	4.315	5.854	7.634

Fuente: Consejería de Salud y Consejería de Educación. Elaboración propia.

Como ya se ha mencionado, desde 2011, las acciones dirigidas a la infancia y la adolescencia pasan a formar parte del PIOBIN. Por esta razón, las acciones destinadas a estas franjas etarias se pueden encontrar en el **Informe de Evaluación del mencionado Plan para el periodo 2011-2018**¹⁰, exceptuando las realizadas en el marco de la Estrategia Forma Joven dirigida a la población adolescente³⁸, con anterioridad al curso académico 2015-2016.

En la siguiente tabla se muestran los números de asesorías individuales y actividades grupales sobre estilos de vida, realizadas mayoritariamente en los Institutos de Educación Secundaria durante los años 2008-2015, así como las realizadas tras comenzar su andadura el renovado programa educativo de promoción de hábitos saludables (Creciendo en Salud y Forma Joven en el ámbito educativo), en base al sistema de registro de la Estrategia Forma Joven gestionado por la Escuela Andaluza de Salud Pública³⁸.

ⁿ Acceso online a través del apartado de publicaciones del PAFAE en la web de la Consejería de Salud y Familias: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/habitos-saludables-publicaciones.html>

Tabla 29. Número de actuaciones sobre estilos de vida. Estrategia Forma Joven. Años 2008-2018.

	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18
Asesorías sobre estilos de vida	889	1.975	3.262	2.706	2.916	3.093	3.250	2.612	2.600	2.185
Actividades grupales sobre estilos de vida	757	1.362	2.100	2.176	2.568	2.897	3.761	3.000	2.886	2784

Fuente: Registro Programa Forma Joven. Escuela Andaluza de Salud Pública

En la tabla anterior también se incluyen las actuaciones desarrolladas en otros entornos (centros de protección de menores, centros de reforma, casas de la juventud, asociaciones, escuelas-taller, universidades, etc.).

3.1.8.- ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL LUGAR DE TRABAJO



El Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT), coordinado desde el Servicio de

Promoción y Acción Local en Salud, nace en 2005 con el objetivo de proporcionar a las personas en sus lugares de trabajo conocimientos, habilidades y recursos sobre la actividad física, la alimentación y el control del tabaquismo. Es una estrategia de Salud Pública que trata de influir tanto en las conductas de las y los trabajadores como en las condiciones organizativas y del entorno del espacio de trabajo.

En este escenario y contando con el apoyo y la colaboración del PAFAE, se han desarrollado numerosas actuaciones de promoción de hábitos saludables en el lugar de trabajo. En concreto, desde mayo de 2011^o hasta finales de 2018, un total de 180 empresas han participado en actividades de promoción de una **alimentación saludable**, siendo Cádiz la provincia con más centros de trabajo participantes y Huelva la que menos. Más de 4.500 trabajadores y trabajadoras han asistido a sesiones informativas sobre alimentación saludable y más de 5.500 a los talleres “Cesta de la compra” y “Hora de comer”. La participación fue mayor en mujeres (56 y 55%) que en hombres (44 y 45%).

^o Fecha de la puesta en marcha del sistema de registro del programa PSLT.

Tabla 30. Actividades del programa PSLT sobre promoción de la alimentación saludable en el lugar de trabajo, por provincias (mayo 2011 - diciembre 2018).

PROVINCIA	Nº de centros de trabajo	Nº de trabajadores/as que han asistido a la sesión informativa sobre alimentación saludable			Nº de trabajadores/as que han asistido a los talleres "Cesta de la compra" y "Hora de comer"		
		Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
Almería	27	366	451	817	172	116	288
Cádiz	31	502	231	733	772	716	1.488
Córdoba	15	152	86	238	142	101	243
Granada	26	593	522	1.115	376	263	639
Huelva	13	85	65	150	208	172	380
Jaén	20	310	276	586	263	214	477
Málaga	19	214	218	432	206	164	370
Sevilla	29	355	141	496	934	739	1.673
TOTAL	180	2.577	1.990	4.567	3.073	2.485	5.558

Fuente: Sistema de registro del PSLT. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud, Consejería de Salud y Familias. Elaboración propia.

Y en relación con las actividades de fomento de la **actividad física**, desde mayo de 2011 hasta finales de 2018, han participado un total de 108 empresas, siendo Granada la provincia con más centros de trabajo participantes y Huelva la que menos. Más de 3.700 trabajadores y trabajadoras han asistido a sesiones informativas sobre promoción de la actividad física y más de 2.300 al taller "Por un millón de pasos". La participación fue similar entre mujeres y hombres.

Tabla 31. Actividades del programa PSLT sobre fomento de la actividad física en el lugar de trabajo, por provincias (mayo 2011 - diciembre 2018).

PROVINCIA	Nº de centros de trabajo	Nº de trabajadores/as que han asistido a la sesión informativa sobre actividad física			Nº de trabajadores/as que han asistido al taller "Por un millón de pasos"		
		Mujeres	Hombres	TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
Almería	17	304	361	665	447	474	921
Cádiz	12	312	324	636	196	233	429
Córdoba	6	118	58	176	31	30	61
Granada	25	587	454	1.041	160	157	317
Huelva	4	5	55	60	5	60	65
Jaén	14	309	277	586	156	104	260
Málaga	17	240	231	471	50	13	63
Sevilla	13	55	27	82	105	104	209
TOTAL	108	1.930	1.787	3.717	1.150	1.175	2.325

Fuente: Sistema de registro del PSLT. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud, Consejería de Salud y Familias. Elaboración propia.

El programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo recibió el Premio de la Estrategia NAOS en el Ámbito Laboral (Edición 2012)³⁹, con la denominación "En el trabajo: Salud entre todos".


Dirección web del programa “Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo”:
<http://www.centrosdetrabajosaludables.es>





3.2.- Campañas y materiales de sensibilización

En este apartado se señalan los materiales o entornos web editados en el marco del PAFAE^P, incluyendo tanto los elaborados como materiales de apoyo a los proyectos ya mencionados, como los editados en el seno de una campaña específica de sensibilización.

1.- “Comer Colores”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomento del consumo de frutas, hortalizas y verduras. - <i>Formato:</i> Entorno web (externa) y folleto en papel y PDF. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
2.- “Alimentación y Celiaquía”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Promover una alimentación saludable a través de la difusión de recetas equilibradas sin gluten a personas afectadas por celiacía. - <i>Formato:</i> Apartado específico de la web de la Consejería de Salud y Familias con enlaces a vídeos y folletos sobre las diferentes recetas. - <i>Población destinataria:</i> Personas con enfermedad celíaca.
3.- “Carnes rojas, con moderación”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Reducir el consumo de carnes rojas. - <i>Formato:</i> Apartado específico de la web de la Consejería de Salud y Familias. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
4.- “Recetas equilibradas”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Promover una alimentación saludable a través de la difusión de recetas equilibradas. - <i>Formato:</i> Apartado específico de la web de la Consejería de Salud y Familias con enlaces a vídeos y folletos de recetas equilibradas y fáciles de elaborar. - <i>Población destinataria:</i> Población general.

^P Acceso online a través del apartado de campañas y materiales del PAFAE en la web de la Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/alimentacion-saludable-materiales.html>

5.- Tríptico sobre hábitos de vida saludable	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomento de la alimentación saludable y la actividad física. - <i>Formato:</i> Folleto (tríptico). - <i>Población destinataria:</i> Población general.
6.- Cartel sobre hábitos de vida saludable	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomento de la alimentación saludable y la actividad física. - <i>Formato:</i> Cartel (pirámide). - <i>Población destinataria:</i> Población general.
7.- Imán de la pirámide de hábitos de vida saludable	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomento de la alimentación saludable y la actividad física. - <i>Formato:</i> Imán para frigorífico (pirámide). - <i>Población destinataria:</i> Población general.
8.- Información sobre las declaraciones nutricionales	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Aportar información sobre las declaraciones nutricionales de los alimentos. - <i>Formato:</i> Folleto. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
9.- “Sigue tu línea, no te pases con la sal”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Prevenir los infartos y el ictus mediante la disminución del consumo de sal. - <i>Formato:</i> Cartel. - <i>Población destinataria:</i> población general.
10.- Tarjeta “Conozca su Índice de Masa Corporal”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomentar la alfabetización en el control del peso. - <i>Formato:</i> Tarjeta. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
11.- Cartel “Conozca su Índice de Masa Corporal”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomentar la alfabetización en el control del peso. - <i>Formato:</i> Cartel. - <i>Población destinataria:</i> Población general.

12.- Maletín de Consejo Dietético	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Apoyo a los talleres de Consejo Dietético Intensivo Grupal en Atención Primaria. Además, son de mucha utilidad para los talleres prácticos de cómo elaborar menús. - <i>Formato:</i> Alimentos troquelados en cartón con su composición nutricional; muestras de alimentos reales envasados al vacío con su composición nutricional; y muestras reales de platos, taza, cuchara, cazo y espumadera. - <i>Población destinataria:</i> Personas que participan en los talleres de Consejo Dietético.
13.- Pegatinas e imanes “Mejor...”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomentar hábitos de vida saludable. - <i>Formato:</i> Pegatinas e imanes “Mejor a pie”; “Mejor caminando”; “Mejor agua”; y “Mejor fruta”. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
14.- Materiales audiovisuales sobre alimentación y actividad física	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomentar hábitos de vida saludable mediante materiales audiovisuales. - <i>Formato:</i> DVD con los siguientes contenidos: Vídeo-clip + karaoke “Para Crecer debemos Comer”; Vídeo-educativo “Alimentación Andaluza, Alimentación Saludable”; Spot TV “Alimentación Andaluza, No la cambies por nada”; Spot TV “Ejercicio Físico para Personas sedentarias”; y archivo audio con sesión de relajación. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
15.- Podómetro	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Apoyo instrumental para el proyecto “Por un millón de pasos”. - <i>Formato:</i> Podómetro contador de pasos y distancias. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
16.- Cinta métrica + IMC	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Medición del perímetro abdominal. - <i>Formato:</i> Cinta métrica calibrada por colores de los valores normales, en función del sexo, del perímetro abdominal. Además, incluye una rueda para calcular el IMC. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
17.- Rueda del ejercicio físico + IMC	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomentar la actividad física facilitando la contabilización del consumo medio de calorías por 30 min de distintas modalidades de ejercicio físico. - <i>Formato:</i> Rueda de ejercicio físico y rueda para calcular el IMC. - <i>Población destinataria:</i> Población general.
18.- Vídeos con mensajes saludables “¿Sabías que...?”	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivo:</i> Fomento de la alimentación saludable y la actividad física mediante mensajes breves audiovisuales. - <i>Formato:</i> Apartado específico de la web de la Consejería de Salud y Familias con enlaces a vídeos breves de aproximadamente 30 segundos. - <i>Población destinataria:</i> Población general.

3.3.- Publicaciones

En este apartado se incluyen las publicaciones editadas y/o difundidas en el marco del PAFAE⁹, señalando las sociedades científicas, universidades o entidades que hayan colaborado en su elaboración.

1.- Programa de ejercicio físico en Fibromialgia ⁴⁰

- *Autoría:* Carbonell Baeza, A; et al.
- *Edición:* Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2014.
- *Entidades colaboradoras:* Universidad de Granada.

2.- Recomendaciones de alimentación para centros de personas mayores y personas con discapacidad ⁴¹

- *Autoría:* Irlles Rocamora, JA (coord.); et al.
- *Edición:* Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- *Entidades colaboradoras:* Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD), Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Universidad de Granada, Universidad de Sevilla y ATUREM.

3.- Guía de Uso de la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física ⁴²

- *Autoría:* Fernández Cabrera, T; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2012.
- *Entidades colaboradoras:* Universidad de Sevilla.

4.- Hora de comer: Sistema de comida sana para ocho semanas ⁴³

- *Autoría:* Rodríguez Rodríguez, M; Rodríguez Rodríguez, A.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2012.
- *Entidades colaboradoras:* Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD).

5.- Promoción de la Salud en personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física ⁴⁴

- *Coordinación:* Huizing, E; et al.
- *Autoría:* Irlles Rocamora, JA; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011.
- *Entidades colaboradoras:* Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD), Universidad de Granada, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), Federación Andaluza de Usuarios/as de Salud Mental (En Primera Persona) y Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

⁹ Acceso online a través del apartado de publicaciones del PAFAE en la web de la Consejería de Salud y Familias: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/habitos-saludables-publicaciones.html>

6.- Guía para empleados. FOOD. Menú diario, alimentación equilibrada ⁴⁵

- *Autoría:* Edenred. Programa FOOD (Fighting Obesity through Offer and Demand).
- *Edición:* Programa Europeo FOOD, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa de Salud Pública; 2011.

7.- Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física ⁴⁶

- *Coordinación:* Muñoz Bellerín, J; Delgado Fernández, M.
- *Autoría:* Carbonell Baeza, A; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.
- *Entidades colaboradoras:* Sociedad Andaluza de Medicina del Deporte (SAMEDE), Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) y Asociación Andaluza de Matronas.

8.- Consejo Dietético en Atención Primaria ⁴⁷

- *Autoría:* Castilla Romero, ML; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 1ª edición: 2005; 1ª reimpresión: 2006; 2ª reimpresión: 2009; 3ª reimpresión: 2010.
- *Entidades colaboradoras:* Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD).

9.- Sondeo sobre hábitos saludables, actividad física y su relación con la salud ⁴⁸

- *Autoría:* Federación de Consumidores en Acción de Andalucía (FACUA).
- *Edición:* Federación de Consumidores en Acción de Andalucía; 2010 (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía).

10.- Guía práctica para combatir el sedentarismo “VIDA ACTIVA” ⁴⁹

- *Autoría:* Unión de Consumidores de Andalucía UCA/UCE.
- *Edición:* Unión de Consumidores de Andalucía (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía).

11.- Guía sobre promoción de la vida activa. ¡ACTIVA TU VIDA, ACTÍVATE! ⁵⁰

- *Autoría:* Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa - AL ANDALUS.
- *Edición:* Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía).

12.- 11.440 menús semanales para enfermos renales crónicos ⁵¹

- *Autoría:* García Margallo Sólo de Zaldívar, Pilar.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2008.
- *Entidades colaboradoras:* Federación Andaluza de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER).

13.- Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria ⁵²

- *Autoría:* Castilla Romero, ML; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007.
- *Entidades colaboradoras:* Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).

14.- Mis recetas sin gluten ⁵³

- *Autoría:* Carmona Saucedo, MT; Núñez López, JA.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007.
- *Entidades colaboradoras:* Asociación Provincial de Celíacos de Sevilla (ASPROCESE) y Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD).

15.- Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ): Versiones Corta y Larga ⁵⁴

- *Autoría:* Delgado Fernández, M; et al.
- *Edición:* Universidad de Granada y Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.

16.- Guía para la promoción de la alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años ⁵⁵

- *Autoría:* Borrás Pruneda, S; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2005.
- *Entidades colaboradoras:* Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap) y Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD).

17.- Conflictos sobre lo sano. Estudio sociológico sobre la alimentación en las clases populares en Andalucía ⁵⁶

- *Autoría:* Martín Criado, E; Moreno Pestaña, JL.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.

18.- Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela ⁵⁷

- *Coordinación:* Muñoz Bellerín, J; Caballero López, G.
- *Autoría:* Alonso Alfonso, J; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud y Consejería de Educación, Junta de Andalucía; 2004.

19.- Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía ⁵⁸

- *Autoría:* Mataix Verdú, José; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2000.
- *Entidades colaboradoras:* Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INYTA) y Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

20.- Donde hay corazón hay vida ⁵⁹

- *Autoría:* Estefani, MR; et al.
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1996.

21.- Cocina Andaluza. Dieta Mediterránea ⁶⁰

- *Autoría:* Rocha, F. (coord.).
- *Edición:* Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1995 (reimpresión en 2006).

3.4.- Otras actuaciones

Junto a los proyectos, campañas de sensibilización y publicaciones mencionadas, que conllevaban acciones secundarias para que estas vieran la luz (por ejemplo, los espacios de coordinación intersectorial para el diseño, desarrollo y seguimiento de las actuaciones; o la firma de convenios con universidades, federaciones de personas consumidoras o asociaciones de pacientes), se destaca la realización de las siguientes actividades:

- Convocatoria anual del Certamen de Programas sobre Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Se premian los mejores proyectos realizados en los ámbitos sanitario, educativo, comunitario y laboral. Durante los años 2004-2011 se realizaron 6 ediciones^r, a las que concurrieron más de 200 proyectos. En cada edición se concedía un primer premio y un accésit por cada ámbito actuación. En el conjunto de las seis ediciones se concedieron 6 premios y 5 accésits en el ámbito sanitario; 6 premios y 5 accésits en el ámbito educativo; 6 premios y 6 accésits en el ámbito comunitario; y 3 premios y 3 accésits en el ámbito laboral. Adicionalmente, estas convocatorias fueron una fuente de información muy valiosa para conocer múltiples iniciativas desarrolladas en el ámbito local, incluyendo tanto las inspiradas en los proyectos y campañas del PAFAE, como las ideadas por las propias entidades e instituciones locales.
- Participación y/o fomento de diferentes líneas de investigación relacionadas con la promoción de estilos de vida saludable, en colaboración con las universidades andaluzas y la Escuela Andaluza de Salud Pública, siendo muchas de estas actuaciones la base de las publicaciones que se han mencionado en el apartado anterior.
- Líneas de subvenciones para corporaciones locales y ONG destinadas a proyectos de promoción de la actividad física y la alimentación saludable.
- Participación en jornadas, congresos, seminarios y conferencias relacionadas con el fomento de la actividad física y la alimentación saludable, de ámbito local, regional y nacional, y ocasionalmente fuera de España, como por ejemplo la participación en 3 jornadas internacionales sobre alimentación y actividad física, organizadas por la Red ENRICH (*European Network of Regions Improving Citizens Health*), celebradas en Lincoln (Reino Unido) y Bruselas (Bélgica).
- Organización y/o participación en la docencia de actividades formativas realizadas fuera de la Red de Consejo Dietético, como por ejemplo la organización de un curso sobre prescripción de actividad física en personas con fibromialgia, diabetes II y obesidad, celebrado en Ayamonte en 2011, fruto de la colaboración con el Instituto Andaluz del Deporte.
- La participación en los grupos de trabajo, comisiones y reuniones de la Estrategia NAOS que coordina la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

^r Acceso online a las convocatorias, composición del jurado y premios a través del apartado de "Premios y Certámenes" del PAFAE en la web de la Consejería de Salud y Familias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/premios-certamenes-alimentacion.html>

- Participación en el diseño y posterior desarrollo del proyecto Iniciativa Andalucía Vida Activa (IAVA), conjuntamente con la Consejería de Turismo, Comercio y Deportes, que trataba básicamente de coordinar las acciones desarrolladas en el marco del Plan Estratégico General del Deporte de Andalucía (PEGEDA) para el periodo 2008-2016 y el PAFAE.
- Organización y desarrollo de Jornadas PAFAE de ámbitos regional y provinciales, así como apoyo al desarrollo de jornadas locales en el ámbito de los Distritos Sanitarios y Áreas de Gestión Sanitaria.
- Participación en las diferentes comisiones u otros espacios de coordinación existentes, tanto internos como intersectoriales, para el desarrollo y seguimiento de otras iniciativas de la Junta de Andalucía que incluyen la promoción de hábitos saludables.

4.- OTRAS INICIATIVAS PROMOVIDAS POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

En este apartado se señalan otras iniciativas promovidas por la Junta de Andalucía que abordan el fomento de la actividad física y/o la alimentación saludable, en sinergia con las acciones desarrolladas por el PAFAE.

De las iniciativas lideradas por la Consejería de Salud y Familias se destacan las siguientes:

- Actuaciones de promoción de la salud y prevención incluidas en el resto de Planes Integrales de Salud⁶¹
- Acciones de promoción de la actividad física y la alimentación saludable incluidas en el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía⁶² y la plataforma web Ventana Abierta a la Familia⁶³
- Línea de intervención de Estilos de Vida Saludable de la Estrategia Forma Joven³⁸
- Acciones de promoción de la actividad física y la alimentación saludable incluidas en el Examen de Salud para Mayores de 65 años⁶⁴ y la plataforma de envejecimiento saludable "En buena edad"⁶⁵
- Acciones de promoción de la actividad física y la alimentación saludable promovidas desde la Red de Acción Local en Salud⁶⁶
- Recomendaciones sobre alimentación y actividad física en épocas veraniegas, en el marco de la campaña de sensibilización "Verano y Salud"⁶⁷

Junto a estas iniciativas, hay que destacar aquellas lideradas por otras Consejerías de la Junta de Andalucía, en las que también colabora la Consejería de Salud y Familias:

- **Programa Educativo para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable⁶⁸**. Programa liderado por la Consejería de Educación y Deporte, en colaboración con la Consejería de Salud y Familias, la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, y la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible. El programa se desarrolla en los centros docentes de Andalucía sostenidos con fondos públicos, con excepción de los universitarios, en sus dos modalidades: Creciendo en Salud para centros que imparten enseñanzas de educación infantil, educación especial y educación primaria, o Forma Joven en el ámbito educativo para centros educativos que imparten enseñanzas de educación secundaria (obligatoria y postobligatoria).
- **Plan Escolar de Consumo de Frutas y Hortalizas⁶⁹**. Plan liderado por la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, en cooperación con la Consejería de Salud y Familias y la Consejería de Educación y Deportes. El plan es una iniciativa dirigida a los niños y niñas de 3 a 12 años pertenecientes a centros docentes sostenidos con fondos públicos de Andalucía, así como también a padres, madres y profesionales de la educación, con el fin de inculcar la importancia de una alimentación sana y equilibrada en la que no pueden faltar las frutas y verduras.
- **Plan de Deporte en Edad Escolar⁷⁰**. Plan liderado por la Consejería de Educación y Deporte, en coordinación con otros departamentos de la Junta de Andalucía, las entidades locales y

las entidades deportivas andaluzas, que integra las actividades físico-deportivas desarrolladas en los centros educativos, en horario no lectivo y con participación voluntaria. El plan tiene por objetivo incrementar la práctica deportiva de la población en edad escolar, atendiendo a la diversidad de necesidades e intereses de esta población, con especial interés en la participación femenina y en los colectivos vulnerables como las personas con problemas de salud o discapacidad, las personas inmigrantes y colectivos con dificultades socioeconómicas.

- **Plan Andaluz de la Bicicleta**⁷¹. Con este Plan, liderado por la Consejería de Fomento, Infraestructura y Ordenación del Territorio, se pretende propiciar un mayor uso de la bicicleta y aportar el marco estratégico que contribuya a la obtención de los objetivos territoriales y ambientales que tiene planteados la Comunidad Autónoma Andaluza. Los positivos efectos ambientales y sobre la salud de las personas, así como su mayor eficiencia en desplazamientos de hasta 5 km, otorgan a la bicicleta ventajas significativas en comparación con otros modos de transporte. Asimismo, la bicicleta ofrece buenas condiciones para el deporte, el ocio y el turismo.
- **Web “Jóvenes y Vida Activa”**⁷². Web del Instituto Andaluz del Deporte, dependiente de la Consejería de Educación y Deporte, destinada a jóvenes, con información sobre las distintas modalidades de oferta deportiva y actividad física para el mantenimiento de la salud.

5.- CONCLUSIONES

En primer lugar, se exponen las conclusiones relacionadas con los resultados en salud para la población adulta de Andalucía, para lo que se ha contado con los datos evolutivos de las encuestas poblacionales relacionadas con la actividad física, los hábitos alimentarios y las cifras de sobrepeso y obesidad^s. Es preciso tener en cuenta que el comportamiento de estos datos no puede atribuirse directa y exclusivamente al impacto de las actuaciones señaladas en el Plan, al existir múltiples factores que lo condicionan, junto a las intervenciones realizadas desde otros planes y programas que promueven la salud. En segundo lugar, se exponen conclusiones y áreas de mejora de las actuaciones realizadas en el marco del Plan.

5.1.- RESULTADOS EN SALUD

1. El sedentarismo en el tiempo libre de la población adulta mayor de 15 años se redujo en un primer periodo, pero volvió a aumentar en 2015, tanto en hombres como en mujeres, siendo el incremento mayor en los niveles más bajos de estudios.
2. A partir de 2007 ha aumentado la proporción de personas mayores de 15 años con trabajo o actividad habitual sedentaria (6 puntos porcentuales), siendo mayor en hombres que en mujeres y en la franja de edad comprendida entre los 45 y 64 años^t.
3. Aunque en la última encuesta (2015-2016) el 82% de la población andaluza mayor de 15 años consume fruta fresca al menos tres veces por semana y el 73% verduras y hortalizas, tras un periodo de incremento inicial, en 2015 vuelve a descender el consumo en el total de la población, sin grandes diferencias entre sexos ni niveles educativos y de ingresos.
4. En relación con las cifras de sobrepeso y obesidad en población adulta, como principal conclusión hay que destacar que la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente hasta 2011 y disminuyó en 2015, aunque sin recuperar las cifras de 2003. La población con niveles de estudios más bajos tiene mayores cifras de sobrepeso y obesidad.

En 2015, la prevalencia de sobrepeso declarado en Andalucía para la población adulta igual o mayor de 16 años se situó en el 36,9 %, siendo mayor en el hombre que en la mujer (42,5 % y 31,6 % respectivamente). En cuanto a la obesidad, esta se situó en el 16,7 %, siendo en este caso mayor en la mujer que en el hombre (17,1 % en la mujer frente al 16,2 % en el hombre).

La prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad declarada de la población adulta se incrementó en 8,6 puntos de 2003 a 2011 y disminuyó en 3,6 puntos en 2015, produciéndose esta disminución en la misma medida para hombres y mujeres.

Al evaluar el sobrepeso y la obesidad en función del nivel de estudios, se observa en la serie de datos que los índices son mucho mayores en personas que han alcanzado estudios primarios, que en aquellas que han alcanzado estudios secundarios y/o universitarios (con una diferencia de más de 22 puntos en la encuesta de 2015).

^s La información sobre la población infantil y adolescente se puede encontrar en el **Informe de Evaluación del PIOBIN para el periodo 2011-2018**, complementándose ambas evaluaciones.

^t En este caso, el resultado en salud sería más bien el impacto de las medidas encaminadas a mitigar el efecto en la salud de este cambio de modelo productivo.

Volviendo a recordar el carácter multifactorial tanto de los estilos de vida como del sobrepeso y la obesidad, estas conclusiones deben servir para orientar las líneas de acción de la nueva estrategia de vida saludable, junto a las medidas legislativas que pudieran desarrollarse de manera complementaria. Además de hacer frente a los retos señalados, se ha de afrontar el desafío que supone el progresivo envejecimiento de la población y las desigualdades que continúa sufriendo un amplio sector de la ciudadanía andaluza, con impacto en los estilos de vida, como queda de manifiesto en los resultados.

5.2.- ACTUACIONES DEL PAFAE

Como ya se ha señalado, la meta central del PAFAE era el fomento de la práctica de la actividad física y la alimentación equilibrada entre la población andaluza, como medida para reducir el sobrepeso y la obesidad, un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (entre ellas, las enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cánceres, las enfermedades respiratorias y la diabetes). El Plan planteaba una serie de objetivos operativos en función de los diferentes grupos de población y/o ámbito de intervención identificados: población general o ámbito comunitario, servicios sanitarios, ámbito educativo, entorno laboral e industria alimentaria y restauración. Las conclusiones y áreas de mejora que se derivan del análisis de situación realizado, clasificadas por ámbito de intervención, son las siguientes:

ÁMBITO COMUNITARIO

1. Destaca la valoración positiva del proyecto “Por un Millón de Pasos” por la originalidad; la flexibilidad para adaptarse a todos los entornos y grupos de población; la eficacia más allá de la práctica de actividad física, ya que los participantes establecen nuevas relaciones sociales y contribuyen a cohesionar el grupo, todos ellos elementos favorecedores del bienestar emocional; y por su efectividad, con un beneficio obtenido enorme, teniendo en cuenta los costes tan reducidos que conlleva la puesta en marcha del proyecto a nivel local.
2. El proyecto de Rutas para la Vida Sana en el ámbito local se configura como un proyecto de concreción de promoción de la actividad física destinado a las corporaciones locales. Destaca su vinculación con el desarrollo del Consejo Dietético en Atención Primaria, el principal proyecto del PAFAE en el ámbito sanitario.
3. El proyecto Escaleras es Salud también destaca por su flexibilidad y afectividad, al ser una iniciativa que puede desarrollarse en cualquier entorno, siendo su coste muy bajo.
4. La tendencia de los datos registrados en los tres proyectos anteriores, especialmente en los últimos años, es descendente. Coincide con un periodo de inestabilidad en el equipo de coordinación del Plan, que puede haber afectado negativamente al desarrollo y seguimiento de los proyectos, especialmente en lo referido al registro o reporte de la información para su explotación de manera centralizada; pero además, también coincide con un periodo de saturación de profesionales y de limitación de recursos en el ámbito de la atención primaria de salud, donde las actuaciones en materia de promoción de la salud quedan afectadas al priorizarse las tareas más asistenciales, demandadas directamente por la ciudadanía.

5. Estas acciones precisan de mayor difusión y seguimiento por parte del Plan, además de formar parte de una estrategia más global de promoción de hábitos saludables en el entorno donde se implanten.
6. Las acciones informativas y de sensibilización general (“Comer colores”; campaña de reducción del consumo de carnes rojas; serie de recetas de comidas y cenas equilibradas; materiales con recomendaciones básicas sobre alimentación y actividad física saludable; campaña para fomentar el conocimiento sobre el índice de masa corporal; etc.), así como las publicaciones realizadas en el marco del Plan, sirven de apoyo al resto de acciones desarrolladas desde los distintos ámbitos.
7. Como incentivo y reconocimiento a las acciones locales realizadas en los diferentes ámbitos, hay que destacar las seis ediciones de los premios PAFAE convocados durante los años 2004-2011, que, además, aportaron una información no disponible por otra vía sobre las diferentes actuaciones desarrolladas en el ámbito local, en el área de la promoción de hábitos saludables relacionados con la actividad física y la alimentación equilibrada.
8. Se resalta la colaboración con las organizaciones andaluzas de personas consumidoras, que llevan a cabo una importante labor de información, divulgación, asesoramiento y vigilancia de productos alimenticios.

ÁREAS DE MEJORA (Ámbito comunitario)

- Potenciar los proyectos Por un Millón de Pasos, Rutas para la Vida Sana en el ámbito local y Escaleras es salud, ampliándolo a todos los ámbitos de intervención del PAFAE.
- Incrementar la colaboración con el ámbito local, siendo el marco de la Estrategia de Acción Local en Salud la vía más idónea.
- Conseguir una mayor eficacia en la difusión de las iniciativas planteadas, sobre todo, contando con la participación de todos los sectores y entidades implicadas, además de lograr una mayor continuidad de estas con mensajes específicos para los distintos perfiles poblacionales.
- Retomar los certámenes de premios PAFAE para reconocer las iniciativas y buenas prácticas realizadas en los diferentes ámbitos.
- Establecer un sistema de registro e información de las acciones realizadas, tanto a nivel regional como local, de forma homogénea, sistemática y sostenible.
- Ampliar la información destinada a la ciudadanía mediante herramientas digitales de acceso libre donde esté recogida toda la información y actuaciones de interés para la promoción de hábitos saludables.

ÁMBITO SANITARIO

1. El Consejo Dietético en Atención Primaria es la principal línea de actuación del PAFAE en los servicios de salud.
2. El Consejo Dietético en Atención Primaria está implantado en casi el 100% de las UGC de Atención Primaria y ha llegado a más de 989.000 personas desde su puesta en marcha en 2011, aunque con inestabilidad y variabilidad.

3. La Red de Salud Pública de Consejo Dietético, gestionada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, constituye un importante elemento de apoyo a las y los profesionales, como recurso formativo y de intercambio de conocimiento y experiencia entre los más de setecientos profesionales que lo forman.

ÁREAS DE MEJORA (Ámbito sanitario)

- Mantener y homogeneizar esta línea de trabajo en el ámbito de la atención primaria e impulsarlo en atención hospitalaria.
- Fomentar la intervención de consejo dietético intensivo de formato grupal.
- Actualizar, en el marco del grupo motor de la Red de Salud Pública de Consejo Dietético, la guía de consejo dietético, y ampliarla para dar cabida a otros hábitos saludables.

ÁMBITO EDUCATIVO

1. En estrecha colaboración con la Consejería con competencias en materias de educación resalta la puesta en marcha del Programa de Alimentación Saludable en la Escuela durante los años 2004-2011. Desde esa fecha el programa también se respalda desde el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN), que continúa su seguimiento hasta la puesta en marcha del nuevo programa educativo de promoción de hábitos saludables en 2015, fortaleciéndose aún más el trabajo compartido con el resto de las Consejerías implicadas. Asimismo, con anterioridad a esa fecha también se han venido promoviendo los estilos de vida saludables en educación secundaria desde la Estrategia Forma Joven.
2. La puesta en marcha del Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en los Centros Escolares de Andalucía “EVACOLE”, que lleva a cabo el personal de Protección de la Salud del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, ha supuesto un importante avance cualitativo en la valoración nutricional de los menús escolares.
3. Así mismo, el asesoramiento ofrecido a través de la Web Comedores Saludables, contando con la colaboración de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), ha supuesto una mejora y adecuación saludable de los menús. En este caso también se oferta asesoramiento a los comedores para personas mayores y personas con discapacidad.

ÁREAS DE MEJORA (Ámbito educativo)

- Si bien se han desarrollado acciones estructuradas en el entorno educativo, estas no han llegado de igual manera al ámbito universitario, siendo necesario un trabajo conjunto con este sector para que la promoción de estilos de vida saludable llegue a la población universitaria.
- Revisión de ambos servicios de apoyo a comedores colectivos para buscar mayores sinergias entre ambas iniciativas y mejorar su cobertura y funcionalidad.

ENTORNO LABORAL E INDUSTRIA ALIMENTARIA Y RESTAURACIÓN

1. El Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT) es la vía de implantación de las acciones de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral, concretamente a través de acciones de sensibilización y talleres de actividad física y de alimentación saludable.

2. En el ámbito de la relación con la industria alimentaria para fomentar una alimentación saludable, aunque no se han desarrollado actuaciones regladas ni centralizadas, sí que se han llevado a cabo acciones locales mayoritariamente en el área de la restauración. Y en cuanto a la relación con la industria productora de alimentos, hay que destacar la mantenida por la Consejería en materia de agricultura para el abastecimiento de planes y campañas de promoción de productos saludables.

ÁREAS DE MEJORA (Entorno laboral e industria alimentaria y restauración)

- Diseñar e implantar nuevas acciones de fomento de hábitos saludables en el marco del programa PSLT y mejorar el apoyo, la coordinación y el seguimiento a las empresas por parte de los equipos de promoción de los DSAP/AGS.
- Establecer espacios de encuentro con la industria alimentaria con la finalidad de fomentar la responsabilidad social de las empresas del sector.

Como conclusión relacionada con **todos los ámbitos de actuación**, hay que destacar la colaboración intersectorial que ha existido desde incluso la fase de diseño del Plan, habiendo sido una de sus principales fortalezas; un camino recorrido conjuntamente, que ha contribuido al desarrollo de las actuaciones en los distintos ámbitos, llegando a las diferentes poblaciones destinatarias.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Muñoz Bellerín, J. Borrador del documento de actualización del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Secretaría General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2016. (documento interno no publicado)
- ² Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas sobre enfermedades no transmisibles; 2018. Enlace: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- ³ Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; 2004. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción global para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020; 2013. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- ⁵ Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Enlace: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- ⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud; 2014. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- ⁷ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: La Consejería; 2003.
- ⁸ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Sevilla: La Consejería; 2004.
- ⁹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Sevilla: La Consejería; 2007
- ¹⁰ Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de Evaluación 2011-2018. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe%20Evaluacion%20PIOBIN%202011_18.pdf
- ¹¹ Consejería de Salud y Familias. Acuerdo de 12 de noviembre de 2019, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. BOJA número 222, de 18 de noviembre de 2019. Enlace: <https://juntadeandalucia.es/boja/2019/222/3>
- ¹² Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud. Enlace: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>
- ¹³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Enlace: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=res ultados&idp=1254735573175

-
- ¹⁴ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Proyección de la Población de Andalucía por Ámbitos Subregionales 2009-2035. Análisis de resultados; 2012. Disponible en: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/proyecciones/proyinfra/pub/ProyeccionesSubregionales.pdf>
- ¹⁵ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Proyección de la Población de Andalucía y Provincias; 2016. Enlace: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/proyecciones/index.htm>
- ¹⁶ Comisión de Impacto de Género en los Presupuestos. Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2018. Sevilla: Consejería de Hacienda y Administración Pública; 2017. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/informe/informe2017/informe.pdf
- ¹⁷ Thompson, WS. "Population". American Sociological Review; 1929, 34 (6): 959-75.
- ¹⁸ Instituto Nacional de Estadística. Indicador de Esperanza de Vida. Enlace: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1153&capsel=2062>
- ¹⁹ European Commission. Eurostat: Life expectancy at birth by sex. Enlace: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=sdg_03_10&language=en
- ²⁰ Eurostat e Instituto nacional de Estadística. La vida de las mujeres y los hombres en Europa. Un retrato estadístico. Enlace: <https://www.ine.es/prodyser/myhue17/index.html?lang=es>
- ²¹ Eurostat. Self-perceived health by sex, age and groups of country of citizenship. Enlace: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_24
- ²² Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., & Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta Sanitaria, 29(1), 37-43.
- ²³ Gispert, R., Ruíz-Ramos, M., Arán Bares, M., Viciana, F., & Clot-Razquin, G. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidades autónomas en España. Revista Española de Salud Pública; 2007, 81 (2): 155-65. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000200006&script=sci_arttext&tIng=en
- ²⁴ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Movimiento Natural de la Población (MNP). Nacimientos, defunciones y crecimiento natural de la población por sexo según provincia o municipio de residencia; 2018. Enlace: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/6421?CodOper=b3471&codConsulta=6421>
- ²⁵ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Resultados definitivos de las Estadísticas de Mortalidad por Causas de Andalucía correspondientes al año 2017; 2018. Enlace: <http://www.ieca.junta-andalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/blog/2018/12/ema2017/#more-10055>
- ²⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile: Spain; 2019. Enlace: <http://www.healthdata.org>
- ²⁷ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013. Enlace: https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan_andaluz_salud.html

-
- ²⁸ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida 2017. Enlace: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- ²⁹ Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe Salud y Género en Andalucía 2018. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2018. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf
- ³⁰ Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe “La Salud en Andalucía: Adultos”. V Encuesta Andaluza de Salud (Adultos) 2015-2016. EASP; 2017.
- ³¹ Bruquetas Callejo, C. Informe sobre la obesidad infantil en Andalucía desde un punto de vista sociológico. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2017. (documento interno no publicado)
- ³² Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Obesidad. Enlace: <https://www.who.int/topics/obesity/es/#>
- ³³ Flores Muñoz, M. Promoción de Salud y Participación de la Ciudadanía. Presentación de un caso: “Por Un Millón De Pasos”. Fundación CASER. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/promociondesalud_manuel flores.pdf
- ³⁴ Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. IV Premios Estrategia NAOS, edición 2010. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Enlace: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/Premios_NAOS_2010.htm
- ³⁵ Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Memoria Buenas Prácticas de la Estrategia, 2014. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia_2014.pdf
- ³⁶ Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle 2014-2017 (JA-CHRODIS). Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases. Enlace: <http://chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/selection/>
- ³⁷ Lineros González, C. Resumen de las actividades realizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública en el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2009-2019. Escuela Andaluza de Salud Pública. Documento no publicado.
- ³⁸ Consejería de Salud y Familias. Estrategia Forma Joven. Enlace: <http://www.formajoven.org>
- ³⁹ Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. VI Premios Estrategia NAOS, edición 2012. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Enlace: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/Premios_NAOS_2012.htm
- ⁴⁰ Carbonell Baeza, A; et al. Programa de ejercicio físico en Fibromialgia. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2014.
- ⁴¹ Irlés Rocamora, JA (coord.); et al. Recomendaciones de alimentación para centros de personas mayores y personas con discapacidad. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- ⁴² Fernández Cabrera, T; et al. Guía de Uso de la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2012.
- ⁴³ Rodríguez Rodríguez, M; Rodríguez Rodríguez, A. Hora de comer: Sistema de comida sana para ocho semanas. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2012.

-
- ⁴⁴ Huizing, E; et al. (coord.); Irlés Rocamora, JA; et al. (autoría). Promoción de la Salud en personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011.
- ⁴⁵ Edenred. Programa FOOD (Fighting Obesity through Offer and Demand). Guía para empleados. FOOD. Menú diario, alimentación equilibrada. Programa Europeo FOOD, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa de Salud Pública; 2011.
- ⁴⁶ Muñóz Bellerín, J; Delgado Fernández, M. (coord.); Carbonell Baeza, A; et al. (autoría). Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.
- ⁴⁷ Castilla Romero, ML; et al. Consejo Dietético en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 1ª edición: 2005; 1ª reimpresión: 2006; 2ª reimpresión: 2009; 3ª reimpresión: 2010.
- ⁴⁸ Federación de Consumidores en Acción de Andalucía. Sondeo sobre hábitos saludables, actividad física y su relación con la salud. Sevilla: Federación de Consumidores en Acción de Andalucía; 2010 (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía)
- ⁴⁹ Unión de Consumidores de Andalucía. Guía práctica para combatir el sedentarismo "VIDA ACTIVA". Unión de Consumidores de Andalucía (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía)
- ⁵⁰ Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa. Guía sobre promoción de la vida activa. ¡ACTIVA TU VIDA, ACTÍVATE!. Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa. (subvencionado por la Consejería de Salud, Junta de Andalucía)
- ⁵¹ García Margallo Sólo de Zaldívar, P. 11.440 menús semanales para enfermos renales crónicos. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2008.
- ⁵² Castilla Romero, ML; et al. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007.
- ⁵³ Carmona Saucedo, MT; Núñez López, JA. Mis recetas sin gluten. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007.
- ⁵⁴ Delgado Fernández, M; et al. Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ): Versiones Corta y Larga. Universidad de Granada y Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.
- ⁵⁵ Borrás Pruneda, S; et al. Guía para la promoción de la alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años. Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2005.
- ⁵⁶ Martín Criado, E; Moreno Pestaña, JL. Conflictos sobre lo sano. Estudio sociológico sobre la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.
- ⁵⁷ Muñoz Bellerín, J; Caballero López, G. (coord.); Alonso Alfonseca, J; et al. (autoría). Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela. Consejería de Salud y Consejería de Educación, Junta de Andalucía; 2004.
- ⁵⁸ Mataix Verdú, J; et al. Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2000.
- ⁵⁹ Estefani, MR; Mejias, V; Robles, P. Donde hay corazón hay vida. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1996.

⁶⁰ Rocha, F. (coord.). Cocina Andaluza. Dieta Mediterránea. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1995 (reimpresión en 2006).

⁶¹ Consejería de Salud y Familias. Planes Integrales de Salud. Enlace: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/plan-integral.html>

⁶² Consejería de Salud y Familias. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A). Enlace: <http://si.easp.es/psiaa>

⁶³ Consejería de Salud y Familias. Plataforma web “Ventana Abierta a la Familia”. Enlace: <http://www.ventanafamilias.es>

⁶⁴ Consejería de Salud y Familias. Examen de Salud para Mayores de 65 años. Enlace: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/mayores.html>

⁶⁵ Consejería de Salud y Familias. Plataforma de envejecimiento saludable "En buena edad". Enlace: <https://www.enbuenaedad.es>

⁶⁶ Consejería de Salud y Familias. Red de Acción Local en Salud. Enlace: <http://www.redlocalsalud.es>

⁶⁷ Consejería de Salud y Familias. Campaña de sensibilización “Verano y Salud”. Enlace: <http://www.easp.es/cuidadoscalor2018>

⁶⁸ Consejería de Educación y Deporte. Programa Educativo para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable. Enlace: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable>

⁶⁹ Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible. Plan Escolar de Consumo de Frutas y Hortalizas. Enlace: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/agriculturaganaderiapescaydesarrollosostenible/areas/industrias-agroalimentarias/calidad-promocion/paginas/consumo-frutas-hortalizas-escuelas.html>

⁷⁰ Consejería de Educación y Deporte. Plan de Deporte en Edad Escolar. Enlace: <http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/deporte/-plan-de-deporte-en-edad-escolar>

⁷¹ Consejería de Fomento, Infraestructura y Ordenación del Territorio. Plan Andaluz de la Bicicleta. Enlace: <http://www.aopandalucia.es/planandaluzdelabicicleta>

⁷² Instituto Andaluz del Deporte, Consejería de Educación y Deporte. Web “Jóvenes y Vida Activa”. Enlace: <http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/iad/portaliad/jovenesva/>



JUNTA DE ANDALUCIA