

INFORME EJECUTIVO.

EVALUACIÓN 2011-2018.

**PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE
ANDALUCÍA**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía.
Informe de Evaluación 2011-2018.
Noviembre 2019.



Este trabajo está bajo una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinDerivados 4.0.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es un problema de salud que afecta a un número creciente de niños y niñas en muchas regiones del mundo. Supone, por sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas, un importante desafío para la sociedad contemporánea.

La pandemia de obesidad, junto con la de malnutrición y del cambio climático forma parte de lo que ahora se llama *sindemia global*¹. Se dice que hay una sinergia entre estas epidemias porque ocurren en los mismos lugares y al mismo tiempo, interaccionan unas con otras produciendo complejas secuelas y comparten un sistema causal común.

El **Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía**² diseñado en 2007 y desarrollado desde 2011 hasta la actualidad trata de dar respuesta al problema del exceso de peso en la población infantojuvenil.

Este es un informe ejecutivo en el que se resumen las líneas de trabajo desarrolladas entre 2011 y 2018 y los principales resultados en salud obtenidos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DEFINICIONES DE SOBRESO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA

Para definir el sobrepeso y la obesidad habitualmente se realiza una estimación indirecta del contenido graso corporal por medio del **Índice de Masa Corporal** (IMC). Siendo una medida válida, aunque indirecta, de la adiposidad en adultos, también se utiliza en la población infantojuvenil, pero hay que tener en cuenta que, a diferencia de lo que ocurre con los adultos, en los niños y en las niñas se producen fluctuaciones del IMC durante el crecimiento y eso dificulta el establecimiento de los puntos de corte para clasificar dicho IMC.

¹ Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the lancet commission report. Lancet. 393(10173):791–846.

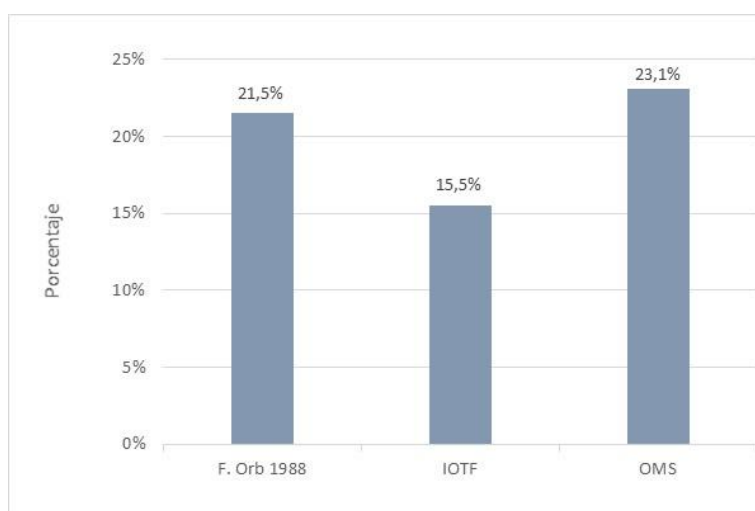
² Martínez Rubio, A [coord.]. Plan Integral Obesidad Infantil de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía; 2006

Debido a esto, existen diferentes criterios para establecer las definiciones de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad en la población infantojuvenil. Los más utilizados son los criterios de la **International Obesity TaskForce (IOTF)**, también llamados puntos de **corte de Cole** y los **criterios de la OMS**. En España, además, se han utilizado en algunos estudios los criterios establecidos por el **Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo de la Fundación Orbegozo Hernández M, 1988 (FO)**.

Como consecuencia de estos diferentes enfoques metodológicos hay que tener en cuenta que no se pueden comparar entre sí los resultados de los estudios que utilizan diferentes criterios de clasificación/definición de la situación ponderal.

En el siguiente gráfico se muestra cómo la utilización de los distintos criterios arroja diferentes resultados de un mismo estudio en la prevalencia de obesidad.

Gráfico 1. Prevalencia de obesidad según diferentes criterios FO 1988, IOTF y OMS. En población de 6 a 9 años.



Fuente: Estudio Aladino Andalucía 2015.

Otra cuestión que hay que tener en cuenta en los estudios es si los datos de peso y talla para la obtención del IMC se han medido de forma objetiva o si, por el contrario, han sido declarados por los padres o por los propios adolescentes. La realización de estudios con mediciones antropométricas tal como se están llevando a cabo en las últimas **Encuestas Andaluzas de Salud** y en las diferentes oleadas del **Estudio ALADINO** evitan los sesgos constatados en los datos declarados.

También hay que saber que los estudios longitudinales muestran que la prevalencia de exceso de peso varía a lo largo de la edad de los sujetos estudiados por lo **que no se pueden hacer comparaciones entre estudios realizados con diferentes grupos de edad.**

Por último, hay que señalar que en España y en Andalucía sólo disponemos de datos del IMC de la población infantojuvenil desde los años 1987 y 1999 respectivamente, eso nos impide tener una perspectiva más amplia y completa de la evolución de la epidemia de obesidad infantil en nuestro medio al carecer de información desde los años 60 y 70.

CONTEXTO DEL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL

El exceso de peso en la infancia es un problema de salud de especial relevancia ya que en las últimas décadas se ha constatado un rápido incremento en el número de niños y niñas afectados.

La obesidad infantil es una prioridad en salud pública por su impacto significativo en el aumento de las enfermedades agudas y crónicas, en la salud general, en el desarrollo y en el bienestar.

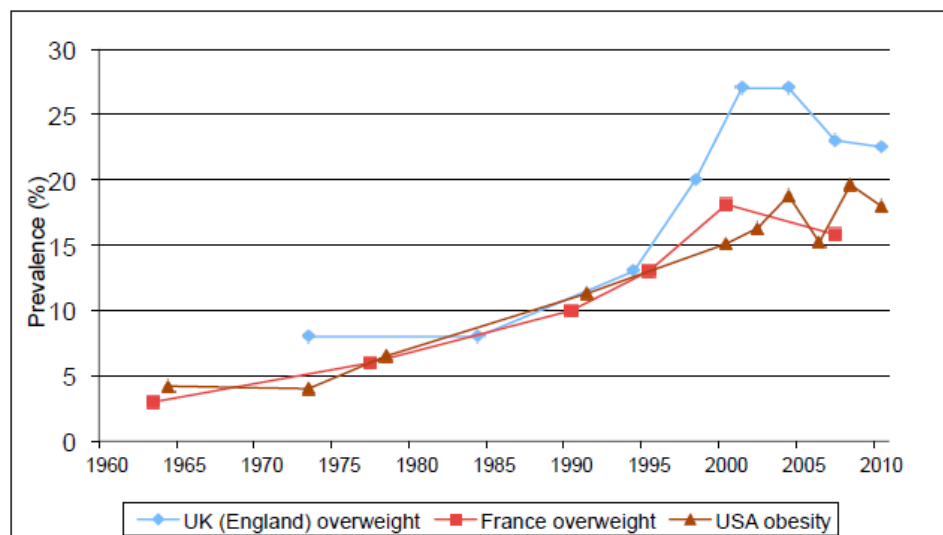
En las economías más avanzadas, la prevalencia se ha multiplicado por dos, e incluso por tres, desde 1970. Es más elevada en los hogares con bajo nivel socioeconómico y en algunos grupos étnicos minoritarios³.

Gráfico 2: Tendencias de la obesidad en USA, Inglaterra y Francia.

UK (England): niños y niñas 5-17 años, sobrepeso (incluye obesidad) criterios IOTF.

Francia: niños y niñas 5-17 años, sobrepeso (>percentil 85%) definido por criterios nacionales de Francia.

USA: niños y niñas 6-11 años, obesidad (>percentil 95), criterios CDC.



Fuente: International Association for the Study of Obesity, 2014

³ Lobstein, T. Prevalence and trends across the world. The ECOG Free Obesity eBook.

https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-epidemiology-prevention-across-europe/prevalence-trends-across-world/?utm_source=text&utm_medium=article-link&utm_campaign=ebook-en

SITUACION EN EUROPA

En la región europea, la OMS desarrolla desde hace 10 años el **Estudio COSI** (European Childhood Obesity Surveillance Initiative) para conocer la prevalencia del exceso de peso y monitorizar las tendencias en el grupo de edad de 6 a 9 años. España participa en esta monitorización a través del Estudio Aladino. El estudio europeo muestra que la **epidemia de obesidad infantil sigue un eje nort-sur**. Los datos indican que Grecia, España, Italia y Portugal tienen las prevalencias más elevadas⁴.

SITUACION EN ESPAÑA

En España, los datos de las **Encuestas Nacionales de Salud** de los últimos 30 años (1987-2017) muestran el **aumento del sobrepeso en la población de 2 a 17 años (datos referidos por las familias, puntos de corte IOTF)**.

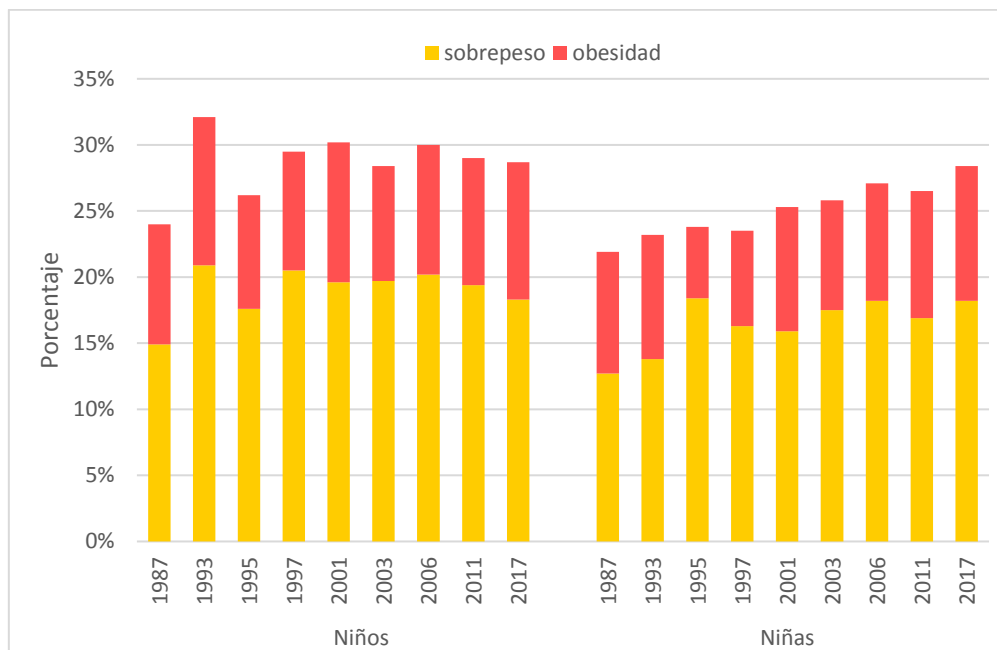
El **sobrepeso** pasó del 14,9% en 1987 al 18,3% en 2017 en los niños y del 12,7% al 18,2% en las niñas. En este mismo periodo de tiempo, la obesidad en los niños varió del 9,1% al 10,4% y del 9,2% al 10,2% en las niñas.

El **exceso de peso** (sobrepeso más obesidad) se ha mantenido estabilizado desde 1997 en porcentajes elevados en los niños, en torno al 30%. En las niñas, que partían de una situación más favorable, el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) ha seguido un curso ascendente hasta casi alcanzar los valores de los niños, sobre todo por el aumento del sobrepeso.

Como ya se ha señalado, al no disponer de datos desde los años 60 y 70 no se tiene una perspectiva más completa de la evolución de la epidemia en España como la mostrada en el *gráfico 1* para otros países.

⁴ Spinelli, A., Buoncristiano, M., Kovacs, V. A., Yngve, A., Spiroski, I., Obreja, G., ... Breda, J. (2019). Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obesity facts*, 12(2), 244–258. doi:10.1159/000500436

Gráfico 3: Tendencia del sobrepeso y la obesidad infantil según sexo en España 1987-2017. Población de 2 a 17 años. Criterios IOTF. Datos declarados por las familias.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017. 1987-2017, 30 años ENSE. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- DIFERENCIAS POR CLASE SOCIAL Y GÉNERO

Según la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, la obesidad infantil en España muestra un gradiente en relación con la **clase social**. Las clases más desfavorecidas (V y VI) presentan prevalencias más elevadas de obesidad.

La obesidad es algo más frecuente en los niños que en las niñas, pero en la **clase social menos favorecida (VI)** la situación se invierte y las niñas presentan datos más elevados que los niños.

- GRUPOS VULNERABLES

Hay algunos grupos poblacionales en los que se acumulan diversos determinantes de desigualdades como, por ejemplo, en la población gitana que tiene, en términos generales, un nivel socioeconómico y educativo más desfavorable y, con frecuencia, vive en zonas con necesidad de transformación social. Todo esto se traduce en peor salud y la obesidad infantil es un ejemplo de ello.

Comparando los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 del conjunto de la población y la encuesta realizada en el mismo año a la población gitana, observamos que **tanto los niños como las niñas de etnia gitana tienen tasas mayores de obesidad**.

RESULTADOS EN SALUD

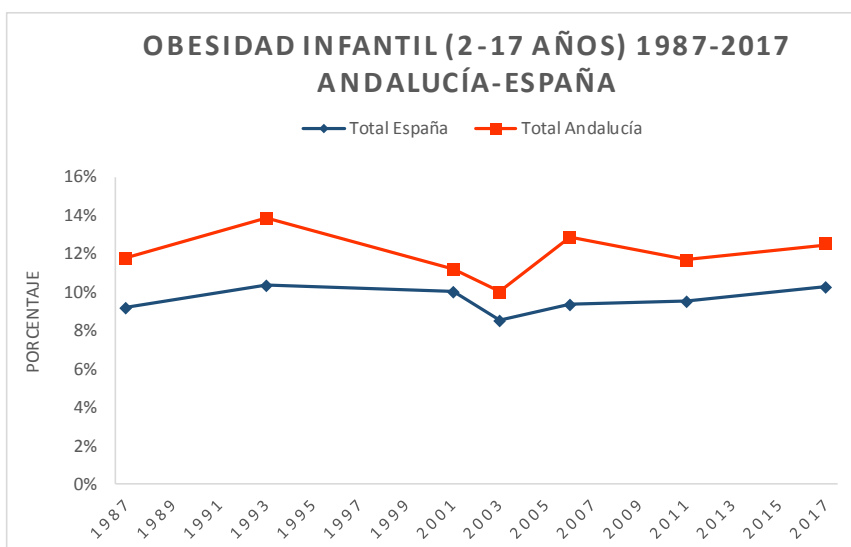
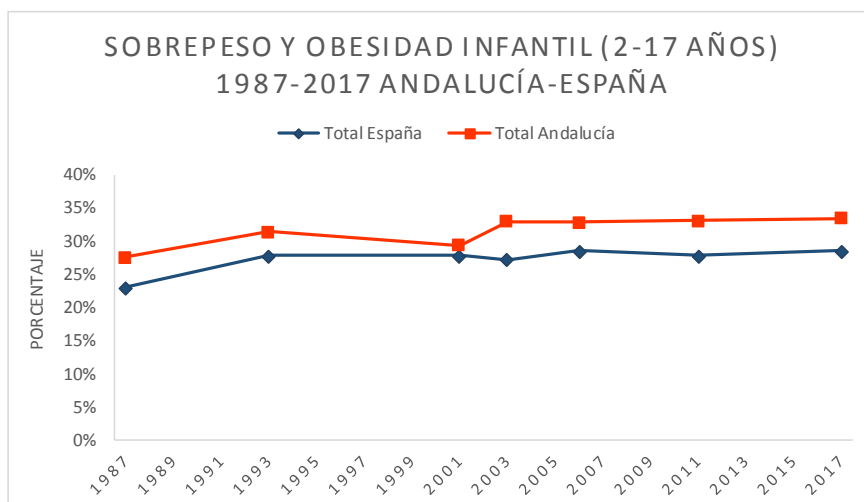
SITUACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA

Comparación Andalucía-España a través de las Encuestas Nacionales de Salud

Andalucía tiene prevalencias de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en la población de 2 a 17 años más elevadas que el conjunto de España, según la información obtenida de las Encuestas Nacionales de Salud (1987-2017) con datos de IMC informados por las familias y utilizando los puntos de corte de la IOTF.

En 2017, el sobrepeso y la obesidad infantil en España afectaba al 28,56% de la población mientras que en Andalucía la prevalencia era del 33,40%, es decir cinco puntos porcentuales más.

Tanto los datos de España como los de Andalucía muestran, en las tres últimas encuestas, una tendencia a la estabilización.



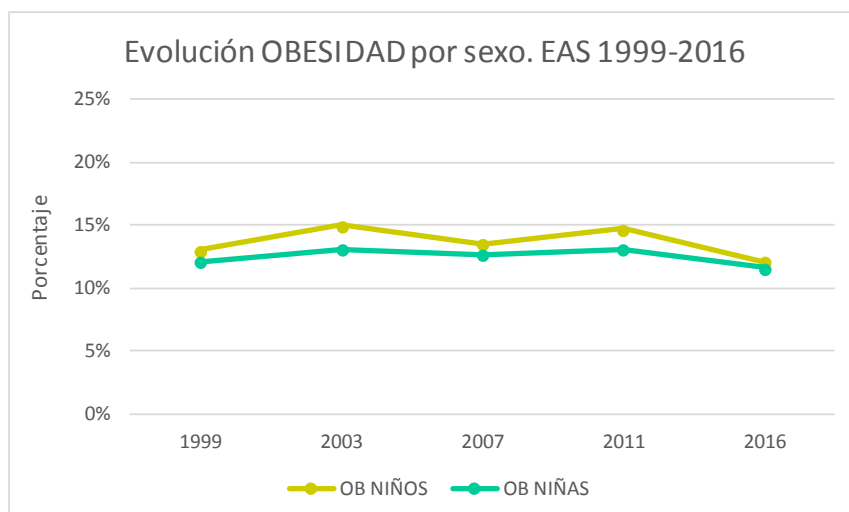
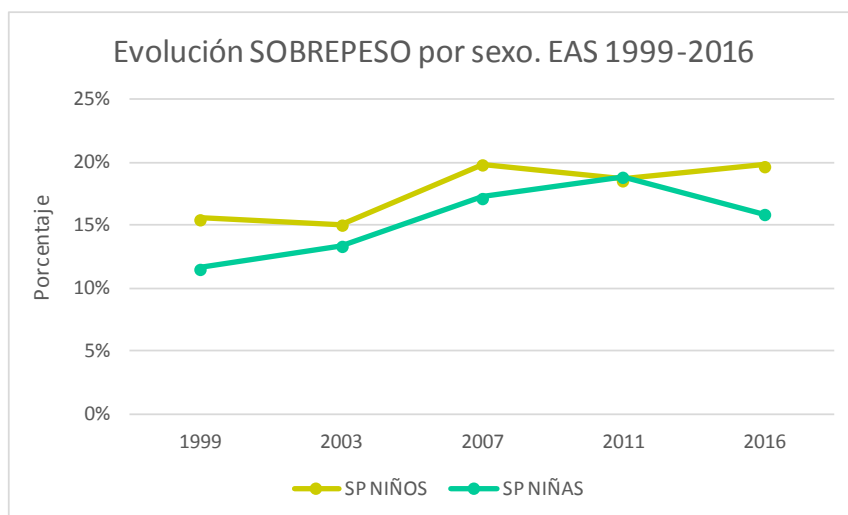
Fuente: ENSE 1987-2017. Elaboración propia.

ENCUESTAS ANDALUZAS DE SALUD

Las cinco encuestas andaluzas de salud realizadas entre 1999 y 2016, con **DATOS DECLARADOS POR LOS PADRES**, muestran la evolución de la epidemia de **exceso de peso** en población de 2 a 15 años en nuestra comunidad (clasificación del IMC según los puntos de corte de la IOTF).

En cuanto al **sobrepeso** aislado (sin incluir obesidad) ha sido creciente, tanto para los niños como para las niñas, si bien las tres últimas encuestas muestran **cierta tendencia a la estabilización** apuntándose una **disminución en las niñas**.

Los datos de **obesidad** han sido más estables en el conjunto de las encuestas y en las dos últimas (2011-16), **la prevalencia de obesidad infantil declarada ha disminuido en Andalucía en 2 puntos porcentuales**, del 13,9% en 2011 al 11,9% en 2016 (disminución de 2,6% en niños y de 1,5% en las niñas).

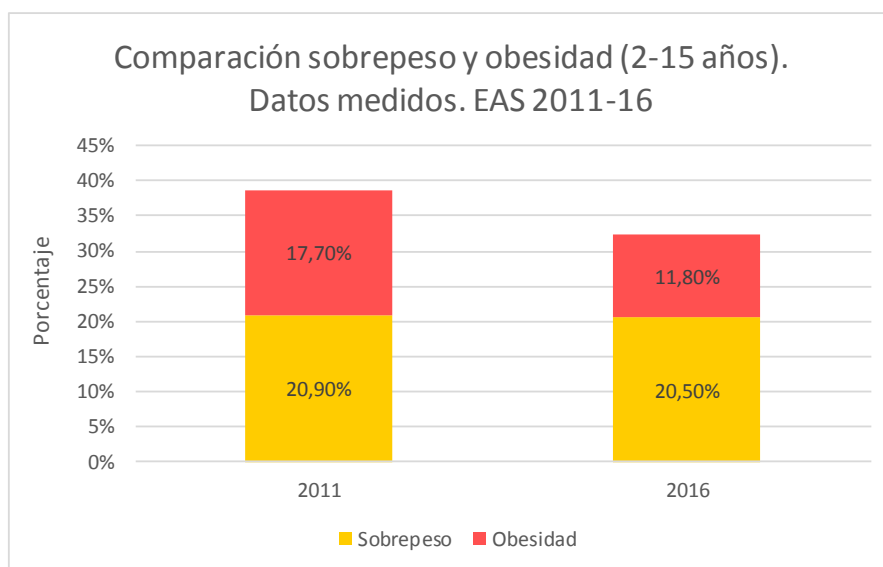


Fuente: EAS 1999-2016. Elaboración propia.

En 2011 por primera vez se realizaron **MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS** (peso y talla) en la Encuesta Andaluza de Salud.

Cuando se compararon los resultados de prevalencia de **sobrepeso** obtenidos a través de la información de los padres con los recogidos en las mediciones, se encontró que había una **infraestimación del sobrepeso en niños de 5 puntos en los datos declarados**. El resto de los valores observados se aproximaron mucho a los declarados, siempre con una variación discretamente a la baja.

Desde el punto de vista de la evolución, con datos observados (**medidos**), el sobrepeso se mantiene en torno al 21% y la obesidad disminuye, pasando del 17,7% al 11,8%. El exceso de peso (sobrepeso más obesidad) también desciende del 38,6% al 32,3%.

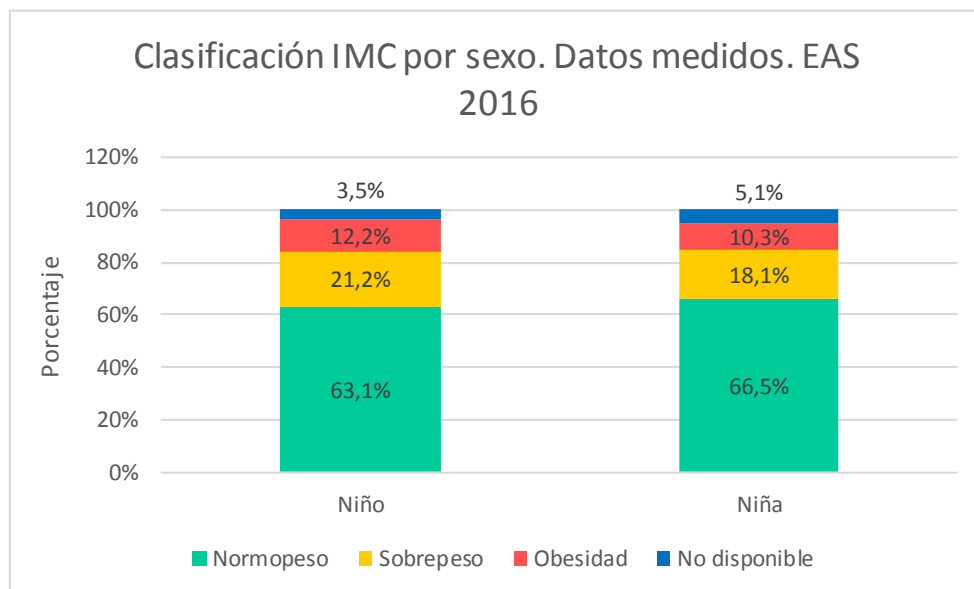


Fuente: EAS 2011-16. Elaboración propia.

Para analizar la situación actual del exceso de peso en la población infantil andaluza contamos con los datos de la última Encuesta Andaluza de Salud realizada en 2016 y con el Estudio ALADINO realizado en 2015, ambas fuentes utilizan datos medidos (peso y talla).

La **ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD de 2016**, en población de 2 a 15 años y utilizando criterios IOTF, muestra una prevalencia de sobrepeso del 19,7% (21,2% niños y 18,1% niñas) y una prevalencia de obesidad del 11,3% (12,2% niños y 10,3% niñas). Tanto el sobrepeso como la obesidad son más elevados en los niños que en las niñas.

En resumen, por cada 10 niños/as hay **3 con exceso de peso** (sobrepeso más obesidad), **2 con sobrepeso** y **1 con obesidad**.



Fuente: EAS 2016. *Elaboración propia.*

En el análisis por edad y sexo se observa que el **sobrepeso** es mayor en los grupos de más edad, fundamentalmente entre los niños.

La **obesidad**, en cambio, va disminuyendo entre los de más edad, sobre todo a partir de los 9 años tanto en los niños como en las niñas.

Al analizar la prevalencia de obesidad según el **nivel socioeconómico de los padres**, se identifica un gradiente relacionado con el nivel de estudios de estos. **Los hijos/as de padres con estudios universitarios presentan las tasas más bajas de obesidad.**

Andalucía también cuenta con los datos del **ESTUDIO ALADINO**. Este estudio, realizado en el marco del Estudio COSI a nivel europeo, se desarrolla por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Andalucía participa con una muestra representativa de nuestra comunidad, lo que permite disponer de información sobre la población andaluza de 6 a 9 años.

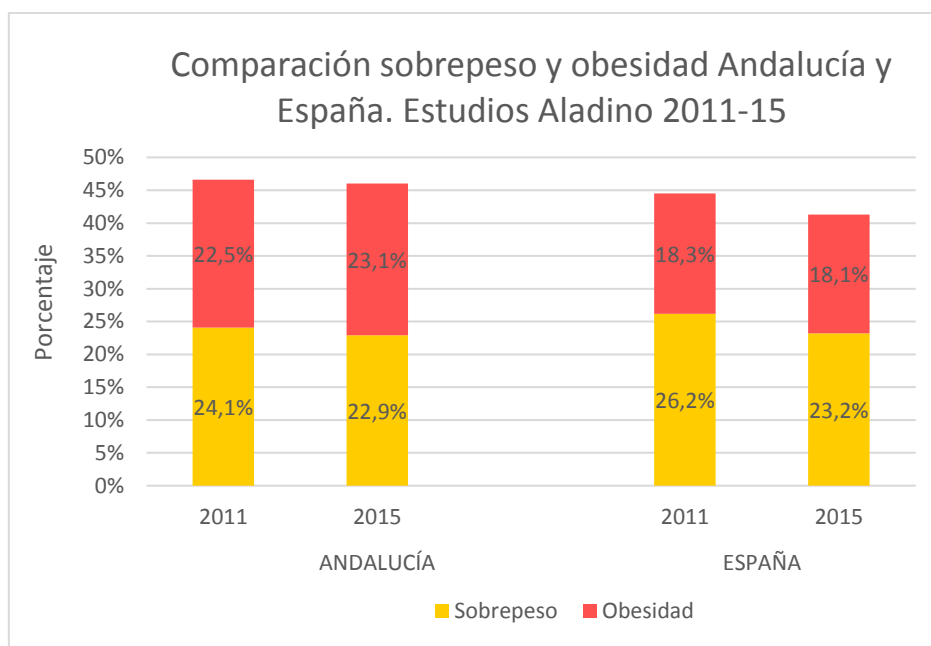
El estudio ALADINO proporciona datos con mediciones antropométricas y clasifica el IMC con los puntos de corte de la OMS en la **población de 6 a 9 años**. Se elige monitorizar este grupo de edad porque es el que tiene mayores prevalencias de obesidad. Hay que recordar que los criterios de clasificación de la OMS detectan la obesidad de forma más sensible que los criterios de la IOTF lo que da como resultado datos más elevados de obesidad.

En este grupo concreto de edad (6 a 9 años) la prevalencia de **sobrepeso** es del 22,9% (22,2% en niños y 23,7% en niñas) y la prevalencia de **obesidad** se sitúa en el 23,1%. La obesidad es más frecuente en los niños (26,3%) que en las niñas (19,6%).

En el análisis por edad y sexo se comprueba que el sobrepeso es más o menos estable para las cuatro edades estudiadas pero la obesidad aumenta a medida que aumenta la edad, los sujetos de 9 años presentan los datos más elevados. Al desglosar los datos por sexo, se observa que el aumento de la obesidad con la edad se da fundamentalmente en los niños.

La evolución del sobrepeso y de la obesidad en niños y niñas andaluces de 6 a 9 años es estable en los dos estudios realizados en 2011 y 2015 con mediciones objetivas y criterios de clasificación del IMC de la OMS. El exceso de peso (sobrepeso más obesidad) se mantiene y las prevalencias de sobrepeso y obesidad son bastantes similares en ambos estudios.

Al comparar los datos de 2015 del estudio **ALADINO Andalucía** con los del estudio **ALADINO España** se observa que, los datos de prevalencia de exceso de peso total (sobrepeso más obesidad) son más elevados en Andalucía que en el conjunto de España, también son más elevados los correspondientes a la obesidad mientras que el sobrepeso es similar.



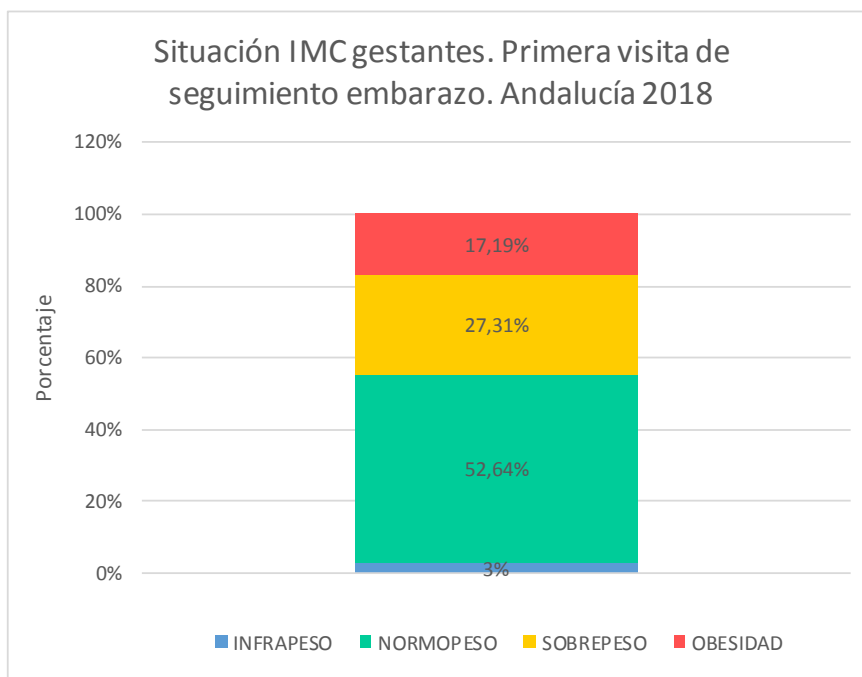
Si se comparan las dos oleadas del Estudio Aladino tanto en Andalucía como en España, se observa que la epidemia en Andalucía está estable entre 2011 y 2015, mientras que en España ha habido un descenso de la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) fundamentalmente por la disminución del sobrepeso en 3 puntos porcentuales.

FACTORES RELACIONADOS

Obesidad en la gestación

Hay que enfocar la prevención a las primeras etapas de la vida (periodo preconcepcional, gestación y dos primeros años) lo que se conoce como los **1.000 primeros días de vida**.

En 2018 el exceso de peso entre gestantes visitadas en los servicios de atención primaria de salud de Andalucía fue del 44,50 % (27,31 % con sobrepeso y 17,19% con obesidad) según los datos recogidos en la primera consulta de seguimiento del embarazo en APS (Historia Digital de Andalucía). Este hallazgo es relevante por las consecuencias que el exceso de peso en el embarazo tiene tanto para la salud de la madre como de su descendencia.



Fuente: Historia de Salud Digital de Andalucía. Diraya.

Recién nacidos macrosómicos

Una de las consecuencias de la obesidad en la gestación es el aumento del riesgo de peso elevado en el recién nacido. Los porcentajes de recién nacidos macrosómicos (peso \geq 4.000 gr) permanecen bastante estables a lo largo de los últimos veinte años tanto en España como en Andalucía, siendo más elevados en nuestra comunidad, pero con tendencia a la confluencia en los dos últimos años de la serie.

Lactancia materna

La lactancia materna es un **factor protector del exceso de peso en la infancia** y además también ayuda a la recuperación del peso de las madres en el periodo puerperal. Las diferentes encuestas andaluzas de salud muestran una evolución bastante estable de la **lactancia materna exclusiva** durante los tres primeros meses de vida, indicando que cerca del 45% de los bebés que en el momento de la encuesta tenían entre 1 y 5 años se alimentaron exclusivamente al pecho. Estos datos, basados en el recuerdo de las madres, tienen una calidad relativa.

La información mostrada es bastante estable por lo que se supone que este factor habrá tenido un escaso impacto en el control de la epidemia.

Alimentación, actividad física y horas de pantalla

Los cambios en el sistema alimentario, incluida la reducción en el coste y en el tiempo de preparación de las comidas, parecen ser el principal condicionante del incremento de la obesidad, aunque las diferencias en los entornos a nivel local y nacional (especialmente lo relativo a los determinantes económicos y socioculturales y también al tipo de transporte) pueden explicar las variaciones en la prevalencia de obesidad en diferentes grupos poblacionales⁵.

Estos cambios globales en la alimentación están detrás del abandono de la tradicional dieta mediterránea y del consumo de agua del grifo. Este patrón de alimentación saludable se ha sustituido por otro en el que predomina un **abundante consumo de comidas y bebidas ultraprocesadas muy energéticas y con alto contenido en azúcares y/o grasas en combinación con una escasa ingesta de frutas, verduras y legumbres**. Por otro lado, el **estilo de vida actual, muy sedentario** debido a los cambios tecnológicos, en los transportes, en el patrón de ocio –centrado en las pantallas- y con escasa realización de actividad y ejercicio físico, influye en el desarrollo de este importante problema de salud.

Detrás de estos condicionantes se encuentran los determinantes de la salud, fundamentalmente el **estatus socioeconómico de la población**, así como diversos riesgos ambientales como la exposición a algunas sustancias químicas que actúan como disruptores endocrinos.

⁵ Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al: The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet 2011; 378: pp. 804-814

El estatus socioeconómico se asocia a la obesidad infantil de forma inversa; así, los abruptos cambios socioeconómicos resultantes de la crisis financiera de 2007, que afectó principalmente algunos países del sur de Europa (entre ellos España) puede haber contribuido al mantenimiento de la epidemia ya que aumentó la proporción de niños y niñas en situación de riesgo de pobreza. Por otro lado, la crisis también afectó a los servicios públicos y a su papel en la prevención de la obesidad⁶.

El **consumo frecuente de frutas y verduras** se considera un factor que ayuda a mantener un peso saludable. Los datos de las sucesivas encuestas andaluzas de salud muestran un incremento en el consumo de fruta o verdura al analizar el porcentaje de menores que la consumen “al menos, 5 veces por semana”. Los datos indican que, en lo que se refiere al consumo de frutas y verduras, está disminuyendo la brecha existente entre los hijos e hijas de los diferentes grupos sociales.

En lo referente al **consumo de refrescos** en Andalucía, en 2017 se consumieron, según información del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en los hogares de Andalucía **51,63 litros de gaseosas y bebidas refrescantes por persona y año** (media de consumo en España de 41,53 litros por persona). El dato corresponde a la población general, pero es significativo porque los refrescos son muy populares entre niños y adolescentes. Hay que tener en cuenta que, según este Ministerio que el 82.3% de los refrescos se consumen en el hogar y el 17.7% fuera del hogar.

Este consumo, más elevado en Andalucía que en España, se viene manteniendo a lo largo de toda la serie.

Todo esto refuerza la idea de un elevado consumo de refrescos azucarados en la población infantojuvenil de Andalucía y la **necesidad de establecer medidas para impulsar su disminución.**

Otro factor de riesgo importante para el exceso de peso, y para otros problemas de salud, es el **sedentarismo**. Las Encuestas Andaluzas de Salud ofrecen información sobre las horas diarias de televisión que ven los menores andaluces. La evolución de este indicador del sedentarismo es desfavorable en los últimos años, especialmente en la EAS 2016 en la que se detecta que el **45% de la población de 2 a 15 años de Andalucía dedica 2 o más horas diarias a ver la televisión**. Los porcentajes aumentan con la edad en ambos sexos. No se observa un gradiente claro según el nivel de estudios de los progenitores, pero los descendientes de padres o madres con estudios universitarios ven menos la TV que aquellos que tienen padres sin estudios.

⁶ Garrido-Miguel, M, MSc; Caverro-Redondo, I, PhD; Álvarez-Bueno, C, PhD; Rodríguez-Artalejo, F, MD, PhD; A. Moreno, L, PhD; R. Ruiz, J, PhD; Ahrens, W, PhD; Martínez-Vizcaíno, V, MD, PhD. Prevalence and Trends of Overweight and Obesity in European Children From 1999 to 2016. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2019;173(10):e192430. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.2430. Published online August 5, 2019.

La **práctica de ejercicio** de forma regular es un factor protector frente al exceso de peso, además de tener otros importantes beneficios para la salud y el rendimiento escolar de la población infantil. Los datos que se muestran corresponden a la información facilitada por las familias de los menores dado que no se dispone de información obtenida a través de mediciones objetivas de la actividad física.

El porcentaje de niños y niñas que realizan ejercicio físico regular o varias veces a la semana es bajo.

Destaca además la **brecha mantenida** a lo largo de toda la serie en la práctica de ejercicio físico que se observa **entre niños y niñas**, ya que éstas se encuentran siempre en niveles inferiores que los niños.

En la última EAS de 2016 se observa que la actividad física va aumentando con la edad tanto en niños como en niñas. El grupo poblacional que presenta mayor nivel de actividad es el de los niños de 10 a 15 años.

Por otro lado, se sabe que **las características del entorno en el que habitan las familias influyen** en favorecer o no la práctica de ejercicio físico. Los datos de la EAS 2016 indican que la existencia de **zonas verdes** en las proximidades de los domicilios promueve la práctica de ejercicio físico entre los menores, mientras que la percepción de las familias sobre la inseguridad en su barrio la dificulta

La actividad física, además, se ve influenciada por el **nivel educativo de los padres**, sobre todo en el caso de las niñas. Así se observa que las niñas, hijas de padres con menor nivel educativo tienen niveles bajos de ejercicio físico.

Esto se suma a lo indicado con anterioridad sobre el menor porcentaje de niñas que practican ejercicio físico cuando viven en un entorno con pocas zonas verdes y/o percibido como inseguro por sus padres.

La **brecha de género** en la práctica de actividad física se constata también, a nivel nacional. Por ejemplo, en la ENSE 2011/12 que aporta datos sobre población de 5 a 14 años, el 63,7% de los niños practican actividad física regular en el tiempo libre mientras que el porcentaje entre las niñas es del 46,9%. Estas diferencias entre niños y niñas se amplifican cuando disminuye el nivel de estudios de las madres.

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO

Para tener información sobre las barreras y oportunidades que encuentra la población para la prevención de la obesidad infantil, la Consejería de Salud y Familias ha realizado una investigación cualitativa sobre este problema mediante entrevistas abiertas a grupos de madres/padres, chicos y chicas y educadores.

Esta investigación⁷ trata de analizar los factores sociales que ayudan a entender la actual epidemia de la obesidad, así como el papel de las madres, de los padres y de otros adultos influyentes (abuelos y educadores) en la alimentación de sus hijos, en la percepción de la obesidad infantil y en la identificación de las barreras y de las oportunidades que perciben en el entorno para el control de la alimentación saludable y en la práctica de la actividad física.

Del análisis de los relatos de los diferentes encuestados se deduce que a pesar de que las familias y los propios adolescentes conocen, a grandes rasgos, la información sobre alimentación saludable, la dieta mediterránea se ve desplazada por el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados. Las barreras para seguir una alimentación saludable se centran en la falta de tiempo para comprar alimentos y para cocinar (con el trasfondo de un reparto desigual de las tareas y cuidados familiares) y en la presión del marketing de productos no saludables sobre los niños y niñas. El bajo precio de los alimentos y bebidas ultraprocesados, su palatabilidad y la rapidez de su preparación hace que sean muy accesibles para las familias y muy demandados por la población infantojuvenil.

Se constata además cómo, a pesar de que las dinámicas familiares están cambiando, la responsabilidad en los cuidados, en este caso de llevar una alimentación saludable, sigue centrándose mayoritariamente en las madres, lo que hace que siga recayendo sobre ellas la culpabilización de no mantener de forma adecuada los hábitos más saludables de sus hijas e hijos.

⁷ Bruquetas Callejo, C. La obesidad en Andalucía desde un punto de vista sociológico. Documento inédito. Sevilla: Consejería de salud y Familias-Junta de Andalucía; 2019

EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

1. LÍNEA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN

Aunque el exceso de peso en la infancia, como se ha indicado, es un problema de salud relevante en Andalucía, todavía no existe una preocupación suficiente sobre el alcance de esta epidemia y de las medidas para su prevención y control entre la población andaluza. Por otro lado, las familias interesadas en mejorar sus estilos de vida demandan información al respecto de fuentes fiables.

El Plan ha hecho un esfuerzo importante para hacer llegar a las familias y a la población mensajes sobre la importancia de mantener un peso saludable, una alimentación equilibrada y una práctica de ejercicio físico apropiada y para hacer accesibles diversos recursos de promoción de hábitos de vida saludable como condiciones favorecedoras para lograr sus objetivos.

El Plan tiene una **red de profesionales -LA RED DE LA SANDÍA-** que también cuenta con un espacio informativo dirigido a las familias. Desde su apertura hasta el 31 de diciembre de 2018, en este espacio se han recibido un total de **20.751** visitas por parte de diferentes perfiles. El recurso más consultado es el folleto “**Actividad Física en familia**”, que recoge casi una cuarta parte de las consultas totales a los recursos (24.44%) y es, además, el más visitado cada año.

Información a la población a través de los medios de comunicación

Los profesionales sanitarios implicados en la prevención y el manejo de la obesidad infantil en Andalucía utilizan los diferentes medios de comunicación para reforzar mensajes sobre alimentación saludable y actividad física en la infancia. El objetivo que se persigue es aumentar la sensibilidad de la población sobre la epidemia de obesidad, sus causas, sus consecuencias y las medidas efectivas para su control.

La **implicación de los profesionales en estas actividades ha sido creciente** y se ha desarrollado acorde con la irrupción de los nuevos medios de comunicación. En los últimos cuatro años las redes sociales han tenido un importante protagonismo para difundir mensajes sobre hábitos de vida saludable mientras que la utilización de los medios tradicionales tiene una evolución más estable.

Esta utilización creciente de las redes sociales podría ser la base de una estrategia de comunicación adecuada (**Plan de Social Media**) que permitiera posicionar a la red de la sandía como una institución de referencia en dichas redes sociales en relación a la prevención y control de la obesidad infantil y la promoción de estilos de vida saludable.

2. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

El Plan Integral de Obesidad Infantil impulsa el desarrollo de actividades de promoción de la salud que fomenten la alimentación saludable -incluida la lactancia materna- y la actividad física, dirigidas a la **población infantil y a sus familias** desde los Distritos y AGS en diferentes ámbitos: sanitario, educativo y comunitario.



ÁMBITO SANITARIO

LACTANCIA MATERNA. El Plan Integral de Obesidad Infantil impulsa las actividades de apoyo y fomento de la **lactancia materna** debido a los numerosos beneficios que esta práctica conlleva para la salud de los bebés y de las madres y a su posible relación con la prevención de la obesidad en la infancia y la recuperación del peso de las madres en el puerperio. Los centros sanitarios se están implicando de forma activa y creciente en las diversas iniciativas y estrategias de apoyo a la lactancia materna.

ENTORNOS SANITARIOS PROMOTORES DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. Los centros sanitarios que ya prestan un servicio clave en la atención a la salud y que tienen un **papel modélico en la sociedad**, pueden desarrollar un importante potencial para contribuir a mejorar la salud de la población promoviendo, en su medio y mediante diferentes estrategias, la actividad física y la lucha contra el sedentarismo, así como la alimentación saludable en pacientes, allegados y profesionales.

Los **hospitales** han desplegado diversas iniciativas para ofrecer un entorno alimentario más saludable y mayores oportunidades para practicar actividad física a sus pacientes y trabajadores. Los centros de salud también han iniciado cambios en este sentido. Sería positivo contar con algún tipo de desarrollo normativo que favoreciera que la totalidad de los centros sanitarios fueran modélicos en estos aspectos.

ÁMBITO EDUCATIVO

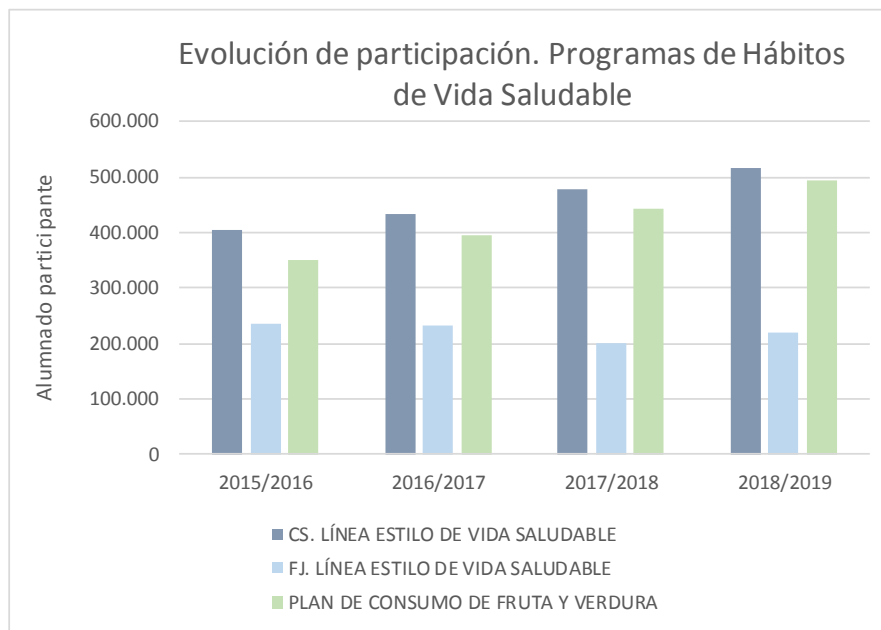
Los **programas de hábitos de vida saludable en los centros educativos** fundamentalmente **CRECIENDO EN SALUD** están teniendo un desarrollo positivo, aumentando año a año su participación. El **Plan de Frutas y Verduras** en la Escuela alcanza cada año a más centros y alumnos y es valorado de forma muy positiva por la comunidad educativa. Por otro lado, es un magnífico ejemplo de coordinación entre diversas administraciones de la Junta de Andalucía. Estos programas se implementan con enfoque de desigualdades para llegar al alumnado con vulnerabilidad especial.

Como apoyo a estos programas, hay que señalar que **el 97% de los distritos y Áreas de Gestión Sanitaria**, tienen algún **profesional referente** para el programa Creciendo en Salud y para el programa Forma Joven en el Ámbito Educativo, según la información facilitada en el año 2018. Este porcentaje es muy similar todos los años desde 2011.

Desde un enfoque de equidad, los Programas escolares de promoción de hábitos de vida saludable tienen como interés preferente, su desarrollo en los centros educativos ubicados en las Zonas Necesitadas de Transformación Social (ZNTS).

Las **iniciativas para aumentar la actividad física** en los **centros escolares** son muy prometedoras, pero no alcanzan a la totalidad el alumnado a pesar de que esta es una de las medidas de probada eficacia en la prevención de la obesidad infantil. Esto indica la necesidad de seguir trabajando con Educación para garantizar su extensión y/o buscar medidas legislativas que garanticen las horas de actividad física en los centros educativos necesarias para el bienestar de los niños y, sobre todo, de las niñas.

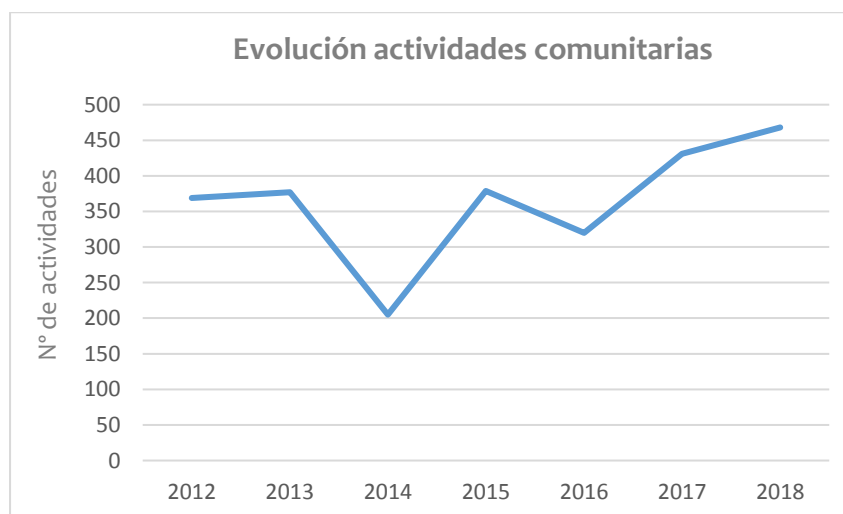
El **cribado de peso y talla** en los centros educativos está en franca regresión, en consonancia con las directrices indicadas por la Comisión de Cribados de Andalucía que indica la pertinencia de que el cribado de sobrepeso/obesidad se haga de forma oportunística en los centros de salud.



Fuente: Bases de datos de Consejería de Educación y Deporte, Consejería de Salud y Familias y Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible.

ÁMBITO COMUNITARIO

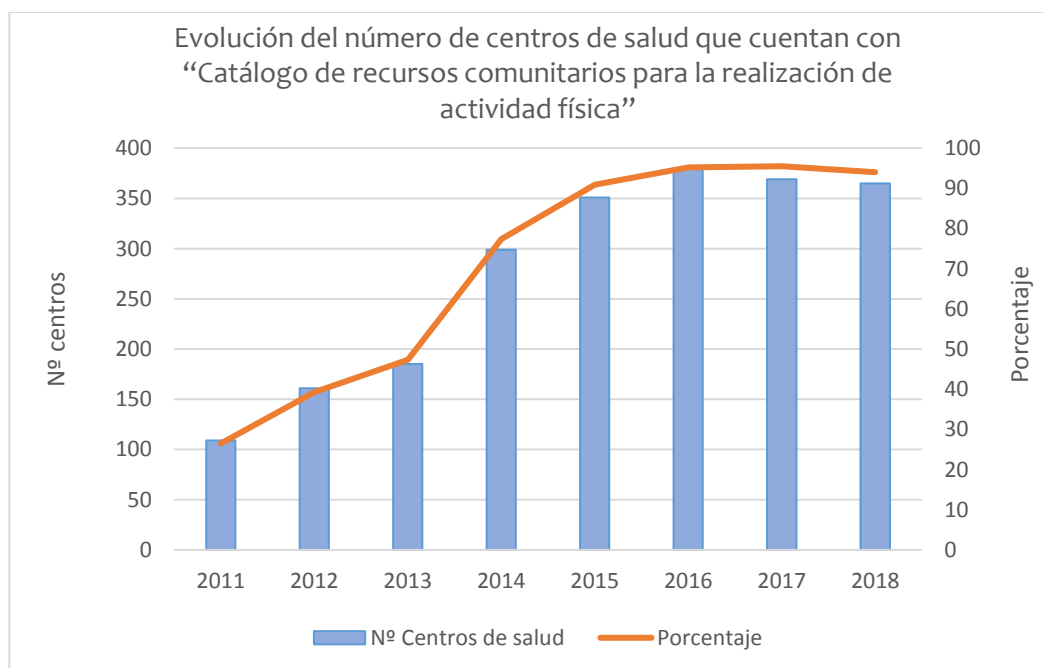
Periódicamente se realizan **ACTIVIDADES COMUNITARIAS** tipo jornadas o semanas sobre promoción de alimentación saludable, lactancia materna y/o ejercicio físico dirigidas a la población infantojuvenil, a sus familias y a la sociedad en su conjunto desde los centros sanitarios de los Distritos y AGS en colaboración con otros organismos y entidades ciudadanas. Algunas de las iniciativas que se llevan a cabo son: semanas de hábitos saludables, jornadas de puertas abiertas, plazas de la salud, desayunos saludables, ferias de la salud, miniolimpiadas o meses de la salud con rutas de senderismo saludable.



Fuente: Informes anuales PIOBIN

Para facilitar y extender la “**prescripción**” de actividad física a los menores y a sus familias los centros sanitarios han elaborado y diseñado su propio **CATÁLOGO DE INSTALACIONES Y RECURSOS** para la práctica de ejercicio físico o deportivo de su barrio o municipio para poder aconsejar de forma más precisa y efectiva a las familias sobre las posibilidades para esta práctica.

La evolución de los centros sanitarios con catálogo de recursos locales para la práctica del ejercicio físico, según los datos aportados por los referentes PIOBIN de los Distritos y AGS se refleja en el gráfico siguiente. En **2018, el 94 % de los centros de salud contaban con su catálogo de recursos.**



Fuente: Informes anuales PIOBIN

Las diversas intervenciones de promoción de la salud en alimentación y actividad física deben mantenerse y potenciarse para aumentar la sensibilización de la población sobre los hábitos de vida saludable como una de las **condiciones favorecedoras del cumplimiento de los objetivos del plan.**

3. LÍNEA DE ATENCIÓN SANITARIA

Uno de los objetivos del Plan es mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias avanzando en el **diagnóstico precoz** y con una **atención integral** basada en la mejor evidencia disponible. Para ello, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía presentó la **propuesta de intervención para el abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil** en los centros de atención primaria de salud en Andalucía en febrero de 2011.

Para implantar y facilitar el desarrollo de las actividades se decidió contar con **referentes/responsables del plan en las diferentes Unidades Asistenciales de Atención Primaria** y se hizo un gran esfuerzo en la **formación de profesionales** para dar a la atención el enfoque adecuado.

En el año 2011 había referentes en el 95% de las Unidades Asistenciales y en 2018, el **100% de las Unidades contaban con uno o más referentes del programa**. En este último año ha habido un total de 566 responsables.

La propuesta de abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil del plan hace especial énfasis en utilizar un **lenguaje cuidadoso, no estigmatizante** para el menor ni para la familia a la hora de comunicar el diagnóstico de exceso de peso y la utilización de técnicas de entrevista motivacional para hacer avanzar a las familias en su motivación.

También **promueve las intervenciones individuales y grupales** para lograr mejoras en la práctica del ejercicio físico y de una alimentación saludable con pequeños cambios sostenibles realizados a nivel familiar. Se recomienda la realización de **sesiones grupales** de tipo educativo para ayudar a las familias a superar las barreras existentes para lograr estilos de vida saludables en actividad física, cesta de la compra y alimentación. Todo ello encaminado a alcanzar otro de los objetivos del plan que es mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

En el año 2018, el **96% de las Unidades Asistenciales** llevan a cabo **intervenciones combinadas sobre dieta, ejercicio físico y modificación conductual** para el cambio de estilos de vida y el control del peso en la **población de 6 a 14 años, en modalidad individual y/o grupal**.

El **NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS** para este problema de salud ha sido creciente en los primeros años estabilizándose después en cifras algo más bajas. Probablemente, en los años iniciales de implantación del Plan se hizo un esfuerzo extra en diagnosticar mediante la detección oportunística en las consultas a los niños y niñas con este problema de salud no atendido.

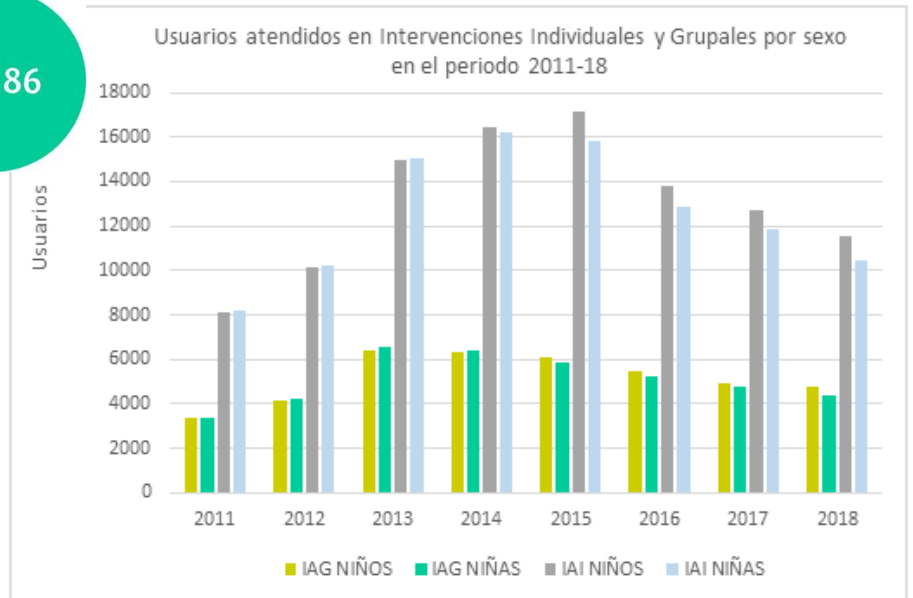
La atención responde a la realidad del problema y está **más concentrada en los chicos y las chicas de 9 a 12 años**, grupo de edad en la que el sobrepeso es más frecuente.

Media anual de menores atendidos en IAI

25.662

Media anual de menores atendidos en IAG

10.286



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

Entre 2011 y 2018 ha habido una media anual de **35.305 citas individuales** y **14.305 citas grupales**.

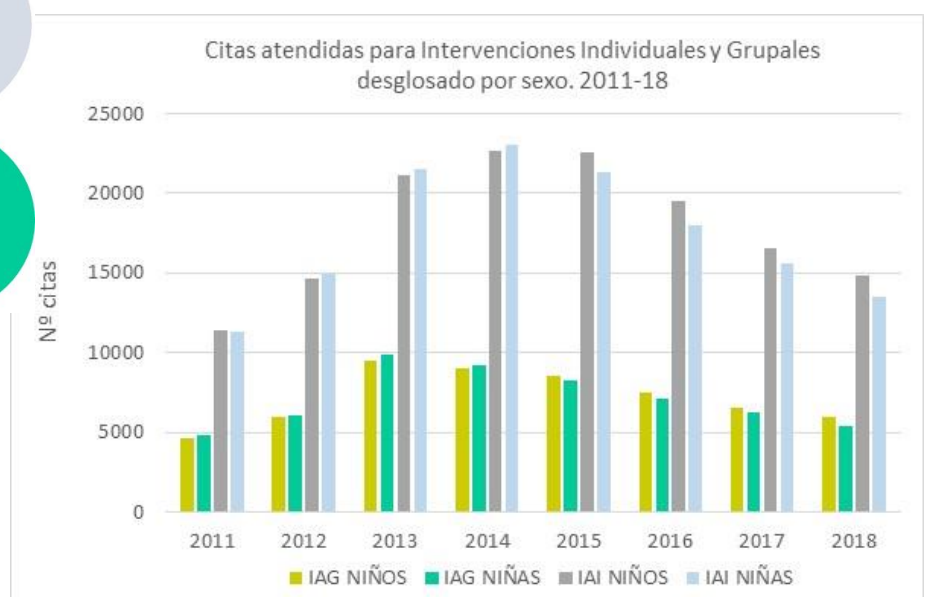
Al igual que ocurre con los usuarios atendidos, las **CITAS** para dicha atención no muestran diferencias significativas por sexo y año de atención en el periodo 2011-18.

Media anual de Citas en IAI

35.305

Media anual de Citas en IAG

14.305



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

No se ha desarrollado un modelo sistemático de evaluación de los resultados de la atención. Para ello se requiere la instalación del programa de software ANTHRO y ANTHROPLUS de la OMS en la historia digital que permitiría detectar los cambios en el IMC de la población atendida. Más allá de eso deben evaluarse otros resultados: cambios en la alimentación, en la actividad física, en la calidad de vida (humor, rendimiento escolar, socialización, deseo de seguir en el programa) así como los cambios en el peso de los padres y de otros componentes del núcleo familiar.

Si bien la mayor parte de la atención a la obesidad infantojuvenil recae sobre los centros de Atención Primaria de Salud, los **hospitales** también atienden a los niños y niñas con problemas de peso derivados por los profesionales de los centros de salud o de otras consultas del hospital.

Los **criterios de derivación** que se manejan son los indicados en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad 2016: obesidad grave, comorbilidad y falta de mejora con el tratamiento.

El formato de atención a la obesidad infantojuvenil en los hospitales de Andalucía es predominantemente a través de **intervenciones individuales en consulta**. Los hospitales se han implicado de forma irregular en el desarrollo de sesiones grupales. En 2015 hubo 336 familias que acudieron a sesiones grupales, en 2016 subieron a 518, en 2017 y 2018 participaron en los grupos 381 y 284 familias respectivamente.

Para los hospitales no es fácil organizar la atención grupal y, por otro lado, la adherencia de las familias a este formato, como recoge la bibliografía, es baja.

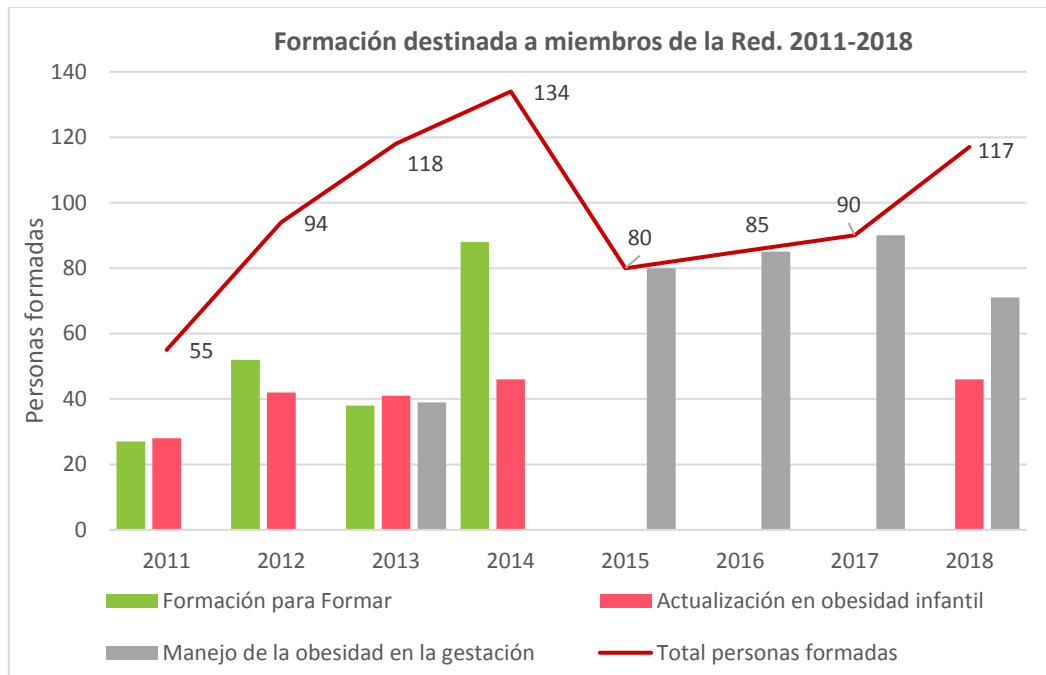
4. LÍNEA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

El Plan cuenta con una potente y activa **red de profesionales** (www.lareddelasandia.org) comprometidos en el control de la obesidad infantil. Las consultas a los recursos de la red, la participación en los foros y en las actividades de formación en estos años la configuran como una **herramienta imprescindible para el desarrollo del plan**.

Es una Red diseñada para la capacitación de grupos de profesionales, la gestión del conocimiento y el papel de abogacía a favor de la salud de los menores andaluces. En definitiva, se trata de una Red que conectando a los profesionales que se ocupan de la infancia, posibilite que cada enredad@ influya en sus compañeros y en los compañeros de sus compañeros, partiendo de la base de que un/a profesional implicado/a en el control de la obesidad infantil es un modelo para otros profesionales.

La red se creó para hacer formación dirigida a un problema de salud prioritario pero que no estaba suficientemente atendido, que requería de un abordaje complejo, con un enfoque integral y de calidad, que pusiera el acento en los entornos y en las políticas y que posibilitara una atención que empoderara a los pacientes y fuera muy vigilante para evitar la estigmatización.

A través de la **RED DE LA SANDÍA** se han formado en los diferentes cursos un total de **3.115 personas**; el 75% de ellas en los **cursos masivos** o **MOOC**, que se han realizado de 2014 a 2017, destinados a perfiles del ámbito educativo y sociosanitario que no realicen labor asistencial. Para el perfil asistencial se han diseñado otro tipo de cursos más específicos como son: Actualización en el abordaje de la obesidad infantil, Formación para formar y el curso Manejo de la Obesidad en la Gestación, este último dirigido fundamentalmente a profesionales que desarrollan su actividad laboral ligada al proceso del embarazo (matrona, ginecología, seguimiento de embarazo...).



Fuente: Sistema de Gestión Académica (SIGA). Escuela Andaluza de Salud Pública

Una de las primeras actividades formativas que se realizó a través de la Red de la Sandía fue un **curso de formadores “Formar para Formar (FpF)” en Obesidad Infantil**, que permitiera al alumnado participante realizar posteriormente formación en esta materia a sus iguales (formación en cascada). Se realizaron 6 ediciones entre los años 2011 y 2014, en las que se formaron **204 profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía**.

En el año 2019 se ha realizado una encuesta entre los participantes a estos cursos en formato *on line* y anónima, con el objeto de evaluar el impacto de esa formación inicial en su ámbito de trabajo. En concreto se evaluó la formación y sensibilización en obesidad infantil por parte del alumnado del curso, la formación realizada con posterioridad en su ámbito de trabajo y la utilidad de los materiales proporcionados en el curso como apoyo para el desempeño de la formación en los centros.

En el tema de obesidad infantil se realizaron un total de 594 acciones de formación, 215 (36%) de ellas recibieron acreditación por parte de la Agencia de Evaluación de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

La barrera o dificultad más señalada que se han encontrado en los centros de trabajo para realizar la formación a sus iguales es la falta de tiempo, seguida de la falta de motivación de los profesionales, las dificultades organizativas o el bajo apoyo institucional.

FORMACIÓN CONTINUADA EN LOS CENTROS

En el contrato programa con los centros sanitarios y hospitales se ha potenciado también desde el inicio del plan, la formación de los profesionales en las líneas estratégicas del PIOBIN, con el objetivo de garantizar la homogeneidad y la equidad de las intervenciones sanitarias en todos los centros sanitarios de Andalucía. En esta formación han participado cerca de 18.000 profesionales, en las 1.105 actividades formativas acreditadas desarrolladas en estos años, con 4.845 horas docentes totales. El cómputo total de profesionales formados hay que tomarlo con cautela porque un profesional puede haber asistido a varias actividades formativas.

Los **profesionales formados** en estas materias en los **hospitales** de Andalucía ascienden a un total de **3.875**, según se recoge en una encuesta específica promovida desde el Plan para conocer la formación en temas de obesidad infantil o relacionados con ella entre los años 2.013 al 2.016.

5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Se han priorizado las siguientes líneas de investigación: estigmatización en obesidad infantil, obesidad en las gestantes andaluzas y estudio Aladino sobre prevalencia del exceso de peso en población de 6 a 9 años.

El Plan mantiene abierta en la actualidad una línea de investigación sobre prevalencia de obesidad en las gestantes atendidas en los centros de salud de Andalucía, cuyos resultados hasta la actualidad, se han detallado en apartado 1 de resultados en salud.

En colaboración con la AECOSAN se ha participado en el **ESTUDIO ALADINO ANDALUCÍA** en las oleadas de 2011 y 2015 (Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España) que se desarrolla en el marco del ESTUDIO COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative de la Oficina para la Región Europea de la OMS).

Por otro lado, según los datos aportados por los referentes del Plan en los Distritos y AGS, hasta 2.018 hay **12 líneas de investigación abiertas** en diferentes centros de Andalucía sobre temas que abordan la prevención y/o las intervenciones con menores con exceso de peso y sus familias. El detalle de estas líneas de investigación, así como los DS y AGS implicados, puede verse en el Anexo 3 del informe de evaluación más exhaustivo.

6. LÍNEA DE DESARROLLO NORMATIVO

Desde el Plan se ha participado en el diseño de medidas regulatorias que tienen por objeto favorecer que las opciones más saludables sean las más asequibles para la población.

El Plan participó en el comité de expertos del **Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía** que se aprobó por el Consejo de Gobierno el día 25 de octubre de 2016.

Aunque la Ley no avanzó en su trámite parlamentario fue una experiencia muy positiva en lo relativo a aumentar y hacer visible la sensibilización y el interés del conjunto de actores sociales implicados sobre la necesidad de mejorar la regulación y las políticas para el control de la obesidad.

Por otro lado, los trabajos previos pueden ser un buen punto de partida para futuros desarrollos normativos.

En Andalucía, como en otras comunidades autónomas, es preciso avanzar en medidas legislativas para el control de la obesidad a la espera de una legislación más integral a nivel estatal.

El Plan participa activamente en los grupos de trabajo promovidos por la **AECOSAN** que han dado lugar a diferentes documentos de consenso para la promoción de una alimentación saludable en la infancia como por ejemplo el de **“Criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares cuyo objetivo sea promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física y prevenir la obesidad”**.

IDEAS CLAVE

- La evolución de los datos de la obesidad infantil y del exceso de peso en la infancia recogidos en el presente informe, permiten afirmar que el modelo de abordaje de la obesidad infantil propuesto en Andalucía ha contribuido a **“frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil en nuestra comunidad a corto plazo”** que era uno de los principales objetivos del Plan cuando se creó.
- Según los resultados observados en la serie histórica de las encuestas de salud tanto autonómicas como nacionales, la **epidemia de la obesidad infantil en Andalucía se muestra estabilizada en la última década** y aunque todavía **persisten niveles algo más elevados que en el conjunto de España**, todo parece indicar que la línea estratégica diseñada de atención a este problema en el ámbito sanitario a la población diana y de promoción de la alimentación saludable y de la actividad física en los contextos educativos, familiar y comunitario, es una estrategia válida para este fin.
- Para dar respuesta al objetivo del Plan relacionado con la mejora de la **ATENCIÓN SANITARIA de los niños y niñas con obesidad y sus familias**, los y las profesionales de APS que se ocupan de la infancia se han implicado en la atención al problema de la obesidad infantojuvenil **consolidándose un modelo de atención con intervenciones individuales y grupales, basado en las recomendaciones nacionales e internacionales.**
- La **FORMACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES** es una de las líneas estratégicas del plan y se aborda con la oferta de actividades formativas a través de la plataforma de red de la sandía y de los programas de formación en los centros de salud y hospitales. Esta formación continuada en los centros ha sido posible gracias a la implicación de los **referentes del plan**, a la formación para formar implementada y al compromiso adquirido a través de los objetivos de contrato programa con los centros sanitarios.
- Fundamentalmente hay que trabajar en los **factores que condicionan la obesidad:**



Para aumentar la práctica de **EJERCICIO FÍSICO** ente la población infantil teniendo en cuenta la perspectiva de género, hay que **aumentar las horas de actividad física en los centros educativos**. Debe garantizarse la equidad en la participación en las actividades diseñadas y en el empleo de los recursos existentes en los centros. También hay que **mejorar la dotación de zonas verdes y reforzar la seguridad en los barrios** percibidos como inseguros, que dificultan la realización de actividad física.

En cuanto a la **ALIMENTACIÓN**, destaca el positivo consumo de frutas y verduras que se ha ido incrementando en la última década y en el polo opuesto, el elevado consumo de refrescos, estrechamente vinculado con la obesidad, que requiere además de implementar medidas educativas, de la adopción de **medidas efectivas de tipo fiscal** para su control.

Sería positivo contar con algún tipo de desarrollo normativo que favoreciera que la totalidad de los centros sanitarios fueran modélicos en estos aspectos.

Los **programas de hábitos de vida saludable en los CENTROS EDUCATIVOS**, fundamentalmente Creciendo en Salud, están teniendo un desarrollo positivo, aumentando año a año su participación y con una cobertura importante en los centros ubicados en **Zonas Necesitadas de Transformación Social (ZNTS)**. Las iniciativas para aumentar la actividad física en los centros escolares son muy prometedoras, pero no alcanzan a la totalidad del alumnado a pesar de que esta es una de las medidas de probada eficacia en la prevención de la obesidad infantil. Esto indica la **necesidad** de seguir trabajando con Educación para **garantizar su extensión y propiciar medidas legislativas que garanticen las horas de actividad física necesarias para el bienestar de los niños y, sobre todo, de las niñas.**