

Plan Actividad Física y Alimentación

INTRODUCCIÓN



- I. INTRODUCCIÓN.**
- II. LOS FACTORES DE RIESGO.
- III. UN PLAN DE PROMOCIÓN COMO RESPUESTA.
- IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EJECUCIÓN.
- V. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INDICADORES.
- VI. EVALUACIÓN.
- VII. BIBLIOGRAFÍA.



I. INTRODUCCIÓN

El 3er Plan Andaluz de Salud (13), sitúa entre sus líneas prioritarias de actuación el **“Mejorar la Salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables”**, en concreto, la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada como factores de protección frente al sobrepeso, las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y osteoarticulares; y concreta esta línea en los objetivos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Al mismo tiempo, el 3er Plan Andaluz de Salud reafirma la asociación entre los estilos de vida, la situación socioeconómica y la salud, insistiendo en que nadie niega hoy los beneficios de llevar una vida sana: alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio físico y deporte, tener apoyo social, disfrutar del ocio saludable, etc.

Por último entre las cuatro metas que establece, en un marco político de compromiso entre el Gobierno Andaluz, las Corporaciones Locales, los profesionales y los ciudadanos, sitúa en primer lugar la de: **“ 1. Mejorar la salud de la población en Andalucía, aumentar la esperanza de vida y los años libres de incapacidad.”** Se insiste en la necesidad de reforzar la educación para la salud, con estrategias intersectoriales, para adquirir hábitos de vida saludables respecto a la dieta, el ejercicio físico, frente al tabaco, el alcohol, las drogas y el uso responsable de los medicamentos.

En la línea de valoración, realizada en el 3er Plan Andaluz de Salud, es suficientemente conocido que existe una estrecha y compleja relación entre el estado de salud de las personas y su forma de vida, cuyo estudio y objeto de intervención constituyen uno de los pilares básicos de la Salud Pública. En concreto, la alimentación y el tipo de actividad han sido las variables que desde el origen de las ciencias de la salud han tenido el reconocimiento más claro de su influencia sobre la misma. En la etapa actual las formas de alimentación y de ejercicio físico se han ido asentando cada vez más como factores que condicionan la salud de las poblaciones, sobre todo en los países desarrollados.

En este sentido, la alimentación tiene distintos componentes que son diferenciables, aunque no absolutamente independientes unos de otros. De una parte el equilibrio nutricional -¿qué comemos?-, como determinante de algunas enfermedades producidas por el exceso o defecto de la ingesta de algunos nutrientes; por otra la sobreabundancia -



¿cuánto comemos?-, que cada día se va constituyendo en uno de los retos a los que se enfrenta la Salud Pública actual, cuyas expresiones más tangibles son la obesidad y otros trastornos alimentarios.

No obstante y con respecto al consumo de alimentos y a la práctica de actividad física, los individuos aplican sus propios sistemas de creencias y sus propios esquemas interpretativos que definen la relación de las personas con su cuerpo. Estos esquemas de interpretación, que condicionan las conductas alimentarias, dependen del grado en que los individuos obtienen sus medios y recursos de existencia y de cómo se relacionan con ellos. Esto podrá explicar, al menos en parte, la forma en que estos hábitos evolucionan en el tiempo, y sobre todo, permitirá tener en cuenta el carácter específico de las conductas alimentarias de los miembros de cada sector social, así como esa especie de "afinidad" que existe entre el conjunto de los comportamientos alimentarios propios de los individuos de un mismo sector.

Paralelamente a esto, la especie humana, sobre todo en los países desarrollados, ha experimentado un cambio radical en su forma de vida durante el último siglo. Conocemos cómo a lo largo de toda su historia, el hombre ha utilizado su propio cuerpo como instrumento para conseguir alimentos, para trabajar, para desplazarse, para relacionarse, etc. Sin embargo y en las últimas décadas, tal situación se ha transformado, como consecuencia del cambio profundo en sus hábitos de vida: El coche, los transportes públicos, la posibilidad de establecer comunicaciones a larga distancia, etc. han relegado progresivamente un organismo preparado para la acción al olvido, convirtiéndolo en un cuerpo que no precisa



prácticamente de actividad alguna, para desarrollar sus actividades. Sin embargo, nuestro cuerpo no ha tenido tiempo para adaptarse a éstos acelerados cambios en los hábitos de vida, y lógicamente, tal desajuste también está teniendo sus repercusiones en la salud.

Estos cambios de conducta devienen, con frecuencia, en patologías. Los nuevos hábitos de alimentación y la escasez de actividad propician la aparición de los problemas de salud más prevalentes en la sociedad del siglo XXI.

La siguiente tabla presenta algunos ejemplos de probables correlaciones entre algunas patologías, y ciertos factores de riesgo de origen alimentario. (8)

Patología	Factores de riesgo de origen alimentario
Hipertensión arterial	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y cardiovasculares	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de ácidos grasos saturados Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente de colon, mama próstata y estómago)	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras Actividad física inadecuada o exceso ponderal
Obesidad	Aporte energético excesivo Actividad física inadecuada
Diabetes no insulino dependientes (tipo 2)	Obesidad Actividad física inadecuada
Osteoporosis	Aporte inadecuado de calcio Aporte inadecuado de vitamina D Actividad física inadecuada
Caries	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables /alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	Consumo de alimentos, frutas o bebidas de contenido ácido
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo

Patología	Factores de riesgo de origen alimentario
Nacimientos prematuros e insuficiencia ponderal al nacer	Aporte inadecuado de nutrientes
Anemia ferropénica	Aporte inadecuado o inexistente de hierro Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Malformaciones del tubo neural (Espina bífida)	Aporte inadecuado de folato y ácido fólico Consumo inadecuado de frutas y verduras
Menor resistencia a las infecciones	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo inadecuado de micronutrientes Lactancia materna inadecuada
Alergias alimentarias	Presencia de alérgenos en los alimentos
Intoxicación alimentaria infecciosa	Presencia de microorganismos patógenos en los alimentos
Intoxicaciones alimentarias no infecciosas	Presencia de sustancias patógenas en los alimentos, por ejemplo dioxinas, mercurio, plomo y otros metales pesados, residuos agroquímicos y otros contaminantes.

Fuente: Comisión Europea: Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión europea en el campo de la Nutrición en Europa, 2003.

Por otro lado, el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002* realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO,57), recoge y explica cómo un conjunto de factores de riesgo importantes, causan por sí solos una proporción considerable de todas las defunciones y enfermedades que se producen en la actualidad, en la mayoría de los países. En el caso de las enfermedades crónicas, además del tabaco y alcohol, las más destacables serían el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras y diversos efectos biológicos intermedios, como pueden ser el aumento de la tensión arterial y el incremento del colesterol sérico y de la glucemia.

Además y según estimaciones de la propia Organización Mundial de la Salud la falta de ejercicio físico provoca más de dos millones de muertes al año en el mundo. Si a esto además se le añade una alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, el sedentarismo estaría involucrado en alrededor del 80 % de las enfermedades del corazón prematuras, y constituye por sí mismo, una de las diez primeras causas de defunción y discapacidad en el mundo.

A la vista de éstos datos, no es extraño pues, que la OMS considere el sobrepeso y la vida sedentaria como la verdadera epidemia del Siglo XXI para los países occidentales. Por este motivo y con el lema "Por tu salud muévete", en la conmemoración del Día Mundial de la Salud del año 2002, éste Organismo hizo un llamamiento a las personas, las comunidades y los países para que iniciaran actuaciones conducentes a disminuir el impacto de estos graves problemas de salud.



Por lo tanto y, en éste contexto, se entiende que, cualquier esfuerzo de planificación de las organizaciones sanitarias de los países de la órbita occidental debería de contemplar, por un lado, la prioridad que constituye el problema de salud pública de la obesidad, y por otro, el abordaje de sus determinantes directos. Es decir: el desarrollo de actuaciones con relación al desequilibrio nutricional y la ausencia de actividad física; de aquí que tanto los planes de salud como los planes integrales y aquellos otros instrumentos de promoción deberían de incluir como estrategias, líneas de fomento de una alimentación equilibrada y de la actividad física adecuada, como las dos caras de una misma moneda.

En el año 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud recomendó la elaboración de una estrategia mundial en materia de régimen alimentario y actividad física (61), trabajo que recientemente ha visto la luz con la pretensión, siguiendo las instrucciones emanadas de la Asamblea, de definir las estrategias más adecuadas de promoción de la salud y de reducir los riesgos de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el mismo se insiste además, en la necesidad de incorporar en las políticas nacionales a todos los sectores implicados, incluyendo a la sociedad civil y a la industria alimentaria.

También en el año 2002, el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron un nuevo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (9), de aplicación en el periodo 2003 a 2008. Este nuevo programa, centra sus líneas de actuación en tres grandes objetivos generales: proporcionar *información sanitaria*, reaccionar rápidamente ante los *riesgos sanitarios*, y fomentar la salud actuando sobre los factores determinantes de la salud, a través de la



prevención y la promoción de la salud. Hay que reseñar que, las acciones de este último objetivo se dirigen a abordar cuestiones específicas, como la nutrición, bajo la premisa de actuaciones intersectoriales que incluyan medidas en otras áreas sociales, como las de los consumidores y del medio ambiente.

Dicho programa establece entre las prioridades el abordaje de los factores determinantes de la salud, en diversos contextos, entre ellos el del espacio laboral y la asistencia sanitaria, insistiéndose en la necesidad de que los profesionales sanitarios integren, de forma sistemática, las acciones de promoción de la salud en su trabajo cotidiano.

También, y con relación a la nutrición y la actividad física, el programa marca directrices centradas en los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes, plantea la prevención y establece medidas contra la obesidad, realiza un análisis de actitudes con respecto a la dieta, la lactancia y la actividad física. Respecto a ésta última, da preeminencia a la formulación de políticas para que se fomenten nuevos hábitos saludables en la escuela, los lugares de trabajo, en la planificación urbana y en la construcción, así como en las actividades relacionadas con el ocio.

Es importante insistir que, el trabajo intersectorial es condición sine qua non, para poder llevar a cabo las transformaciones sociales deseadas. Una de las bases en las que, precisamente, reside la eficacia de éstas estrategias de promoción de la salud, para que los ciudadanos puedan llevar a cabo los cambios hacia un estilo de vida sano, es la percepción de que lo que es posible en un contexto (por ejemplo los centros de trabajo, las escuelas,...); puede ser extrapolable a los demás (40).



Repercusiones sobre la Salud

Tradicionalmente el patrón nutricional de Andalucía ha mantenido el modelo que se ha venido en denominar *Dieta Mediterránea*, caracterizado por un consumo elevado de verduras, frutas y pescado, y por el consumo de aceites no saturados, como el de oliva.

Igualmente, a lo largo de los años, ha ido tomando cuerpo el hecho de que el consumo mantenido de la denominada Dieta Mediterránea, actúa como factor de protección frente a determinadas enfermedades, como las patologías cardiovasculares conformándose -junto con la actividad física- como una de sus principales estrategias de prevención.

Por el contrario, la ingesta excesiva de alimentos ricos en energía y grasa saturada se considera ya, sin lugar a dudas, como responsable de buena parte de la carga de enfermedad relacionada con la dieta, y tiene implicaciones importantes en términos de discapacidad y deterioro de la calidad de vida, además de elevados costes sociales y económicos.

El patrón de morbi-mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma, mantiene idéntico perfil al del conjunto del Estado y de países de la Unión Europea. Nos referimos a causas de enfermedad y muerte relacionadas con unos hábitos de vida inadecuados: una alimentación no equilibrada, el sedentarismo, el consumo de tabaco, etc. Estos hábitos están estrechamente relacionados con graves patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, y determinados tipos de cáncer, enfermedades que además de la magnitud que actualmente representan, preocupan por la creciente incidencia entre la población.

Hablaremos brevemente de las Enfermedades Cardiovasculares y de la diabetes, por constituir la primera causa de fallecimiento de Andalucía y ser la enfermedad más prevalente, respectivamente.

Con relación a las Enfermedades Cardiovasculares, la interrelación entre la dieta y los factores de Riesgo Cardiovascular es consistente (47). Existe una bien establecida evidencia científica que nos informa de que la ingesta reducida de grasa saturada y una mayor ingesta de fruta y verdura, inciden favorablemente en la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares y los accidentes cerebro vasculares, de lo que se puede inferir que es considerable el impacto potencial del cambio dietético en la incidencia de las enfermedades crónicas (40,55).

En España, la alimentación ha cambiado notablemente en las últimas

tres décadas, y se orienta hacia un patrón menos cardiosaludable. Algunos estudios recientes ponen de manifiesto cómo el consumo promedio de grasas saturadas y de colesterol de la población española sobrepasa las recomendaciones de una dieta prudente. Andalucía destaca por ser una de las Comunidades de mayor consumo en el contexto nacional (49).

Otros estudios también ponen de manifiesto cómo el exceso de peso, medido a través del Índice de Masa Corporal (IMC), se asocia con una mayor frecuencia a la presencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes, o tiene, al menos, un importante impacto sobre otros factores de riesgo como son la hipertensión y la hipercolesterolemia (25).

En nuestra Comunidad Autónoma, el Estudio DRECA (51) se planteó el objetivo determinar la magnitud de los factores de riesgo cardiovascular en Andalucía. Los resultados reafirmaron los de anteriores estudios, poniendo de manifiesto la fuerte asociación entre la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos con IMC > 30

Hipertensión	43,6 %
Tabaco	28,1 %
Diabetes	11,6 %
Hipercolesterolemia	19.8 %
Hipertrigliceridemia	10.5 %

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía, 1999.



Otros datos relevantes que el mencionado estudio aportó, además en sentido positivo, es que parecen mantenerse buena parte de los elementos tradicionales de la alimentación andaluza basada en la dieta mediterránea, elementos que son saludables (consumo elevado de verduras, frutas, pescado,...), sin embargo, es excesivo el consumo de productos ricos en grasas saturadas que se asocian a un aumento del riesgo cardiovascular. Esto conforma para Andalucía, un patrón dietético hipercalórico compatible con los altos índices de obesidad, detectados en otros estudios.

Por otro lado, algunos estudios cualitativos realizados sobre nuestros hábitos alimentarios concluyen en que, si bien mantenemos en mayor medida una tradición en cuanto a dieta equilibrada, según la orientación de la dieta mediterránea, los consumos actuales muestran tendencias y cambios no muy saludables. El perfil alimentario actual revela elevados consumos para el grupo de las carnes, pescados y lácteos (esto último a expensas sobre todo de derivados lácteos tales como yogures, postres lácteos, quesos frescos) y consumos subóptimos de cereales (a excepción de pastas y productos de bollería que se han incrementado en los últimos años), patatas y legumbres. Respecto al consumo de frutas y verduras frescas, se ha detectado un descenso en la última década compensado en parte por un aumento del consumo de verduras y hortalizas procesadas y/o transformadas (3). En definitiva, convendría recuperar y fomentar la Alimentación Mediterránea, tradicional de nuestra cultura alimentaria.

Con relación a la Diabetes Mellitus tipo 2, como se ha indicado anteriormente, constituye una de las patologías que causan un gran impacto sanitario. Se estima que, en la actualidad, la enfermedad diabética afecta a un 7 % de la población andaluza, y debido a las graves complicaciones que pueden producirse (problemas de visión, circulatorias, etc.) es uno de nuestros más importantes problemas de salud. Tanto la prevención de la enfermedad como buena parte de su tratamiento están íntimamente ligados al seguimiento de unas pautas de estilos de vida centradas en la práctica de ejercicio físico, una alimentación equilibrada, y el mantenimiento de un peso corporal adecuado.

Otro de los aspectos destacables de esta enfermedad es la fuerte sospecha de que en Andalucía -al igual que en el resto del mundo- se pueda estar produciendo una tendencia creciente en el número de niños con diabetes, especialmente la tipo 2, ligada a los cambios de estilo de vida de la sociedad.

Esta sospecha procede de datos obtenidos en otros países, donde se ha confirmado la asociación entre diabetes y sobrealimentación, y con

sedentarismo. En E.E.U.U. se ha encontrado que un alto porcentaje - superior al 20 %- de niños y adolescentes con sobrepeso, manifestaron intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2, quedando establecida la asociación entre ésta enfermedad y la obesidad. Algunos autores se refieren a éste incremento de la diabetes en éstas edades, como de una emergente epidemia pediátrica (46,53).

Aunque aún no existen suficientes estudios que avalen éstas afirmaciones, por el reciente reconocimiento en este grupo de edad, la American Diabetes Association (ADA) advierte del incremento de la diabetes tipo 2 en los niños, tanto obesos como no obesos, y establece la necesidad de realizar nuevos estudios para determinar de manera más precisa la magnitud del problema ya que, como se ha manifestado, las limitaciones de los estudios actuales hacen pensar que su importancia pudiera incluso ser aún mayor (2).

Desde las recomendaciones y líneas de trabajo emanadas tanto del 3er Plan Andaluz de Salud, como de los Planes Integrales de Diabetes (11) y de Oncología (12) de Andalucía, podemos afirmar que hoy, nuestra Comunidad Autónoma, tras un seguimiento continuado de los distintos trabajos que nos informan de los parámetros nutricionales y de actividad física de nuestra población, toma la iniciativa de poner en marcha un Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación equilibrada y saludable, cuya meta sea prevenir las enfermedades prevalentes y mejorar la calidad de vida de nuestros ciudadanos, a través del fomento de la práctica de actividad física y de la alimentación equilibrada.

