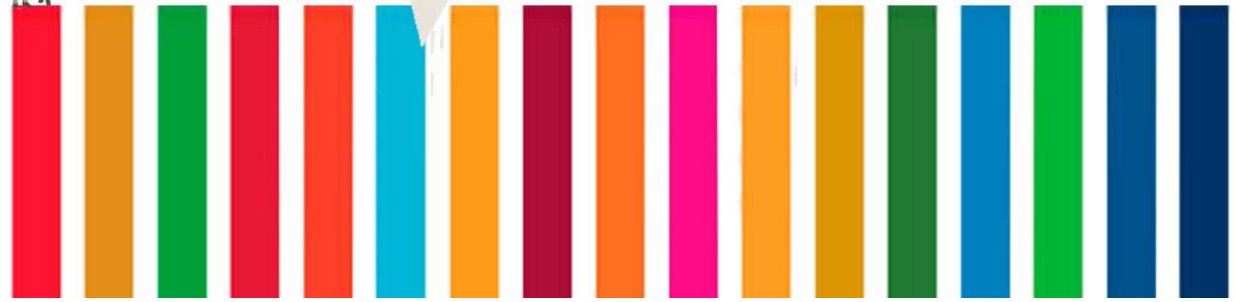




BORRADOR  
24 marzo 2023  
*Trámite de  
Información Pública*



# Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía

2023-2030



Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Consumo

**Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía. 2023-2030.**

Su formulación fue aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 12 de noviembre de 2019 ( BOJA nº 222, de 18 de noviembre de 2019 )

**Dirección y Coordinación:** M<sup>a</sup> Dolores Fernández Pérez, Pablo García-Cubillana de la Cruz

**Coordinación técnica y de metodología:** Amelia Martín Barato

**Autoría:**

Pablo García-Cubillana de la Cruz

Amelia I. Martín Barato

M<sup>a</sup> Dolores Fernández Pérez

**Equipo de apoyo a la redacción y apoyo metodológico:**

Rafael Ángel Maqueda

Valle Bermudo Albalá

Andrés Cabrera León

M<sup>a</sup> José Escudero Carretero

Patricia García Roldán

Inmaculada García Romera

Noelia García Toyos

Carmen Gómez Molera

Ángela González Aranda

M<sup>a</sup> Teresa Iriarte de los Santos

Olga Leralta Piñán

Carmen Lineros González

Guadalupe Longo Abril

Amparo Lupiañez Castillo

Ángel L. Mena Jiménez

Florinda Pérez García

Dolores Rodríguez Ruz

Montserrat Román Cereto

Ainhoa Ruiz Azarola

Ana Ruiz Bernal

Carmen Sánchez Cantalejo Garrido

Lucía Túnez Rodríguez

Silvia Toro Cárdenas

**Participantes de las Comisiones y Grupos:** *ver anexo*

**Edita:** Consejería de Salud y Consumo

**Diseño y maquetación:** Juan A. Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Responsable de edición:** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

**Colabora:** Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Junta de Andalucía | 2023**



# ÍNDICE

Presentación.....	5
Introducción .....	7
Fundamentación.....	11
1.- Enfoques teóricos, evidencias y recomendaciones .....	12
2.- Marco normativo y estratégico .....	25
Gobernanza .....	30
1.- Sistema de gobernanza de la Estrategia .....	31
2.- Metodología de elaboración y participación de la Estrategia.....	33
Misión, visión y principios rectores .....	38
Análisis de situación.....	41
1.- Demografía y desigualdades.....	42
2.- Estilos de vida y percepción de bienestar .....	45
3.- Epidemiología del sobrepeso y la obesidad.....	54
4.- Actuaciones de promoción de hábitos saludables en planes, programas y otras estrategias de salud .....	60
5.- Conclusiones.....	67
Diagnóstico.....	70
1.- Oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades.....	71
2.- Problemas, necesidades y retos .....	78
Líneas estratégicas, objetivos e indicadores.....	85
1.- Líneas y objetivos estratégicos .....	86
2.- Indicadores de contexto e impacto .....	89
Programas.....	101
Programas en el ámbito comunitario .....	108
Programas en el ámbito sanitario .....	115
Programas en los centros docente .....	125
Programas en los centros de servicios sociales y otros establecimientos con servicios de día y/o residenciales .....	132
Programa para los centros de trabajo .....	143
Programa para el sector empresarial.....	147
Programa en el ámbito de la información y la comunicación .....	149
Programa en el ámbito de la formación, investigación e innovación .....	152



Seguimiento y evaluación .....	154
Anexo: participantes, grupos y comisiones .....	157
Glosario y siglas .....	164
Bibliografía.....	172





# presentación



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía



*(Pendiente su redacción)*





# introducción



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





La Junta de Andalucía, a través del Plan Andaluz de Salud<sup>1</sup>, establece entre sus metas conseguir mayores niveles de salud con las acciones contempladas en los planes integrales y las estrategias de salud priorizadas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Así mismo, se compromete a potenciar la acción social e intersectorial en el abordaje de las condiciones de vida y los determinantes de mayor impacto en la esperanza de vida en buena salud; a promover hábitos y entornos de vida saludable; y a identificar y desarrollar los activos que promueven salud y generan bienestar en la población andaluza.

Desde la publicación en 2004 de la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud<sup>2</sup>, se han venido desarrollando diferentes estrategias y planes tanto a nivel mundial como europeo y nacional, destacando por su relevancia para la prevención de la obesidad el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020<sup>3</sup> y en España, la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)<sup>4</sup>, y más recientemente, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil<sup>5</sup>.

Asimismo, en 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, una oportunidad para que los países y sus sociedades emprendan un nuevo camino con el que mejorar la vida de todos y todas, sin dejar a nadie atrás. La Agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible<sup>6</sup>, donde el bienestar y la salud está presente de forma transversal, y específicamente marca un objetivo (el número 3) que está centrado en “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Dentro de este objetivo, una de las metas (3.4) busca conseguir para 2030 “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”.

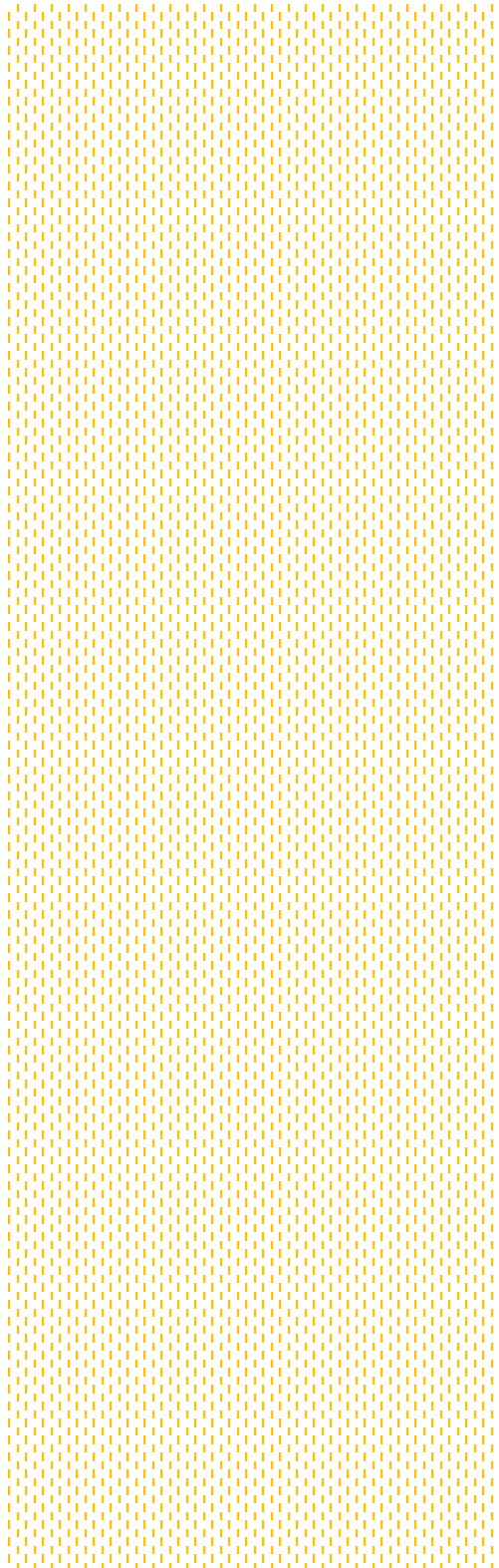




Figura 1. Infografía “La Salud en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

En Andalucía, la Consejería de Salud y Consumo puso en marcha en 2004 el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE)<sup>7</sup> y posteriormente, en 2007, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)<sup>8</sup>, siendo sus principios rectores, prioridades y ámbitos de actuación coherentes con las estrategias nacionales e internacionales ya señaladas.

En base a estas iniciativas y partiendo del papel jugado por ambas y de manera complementaria por otros planes integrales y programas de promoción de la salud, la Consejería de Salud y Consumo se propone elaborar una Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, que aborde, junto a la actividad física, la alimentación equilibrada y los determinantes que las condicionan, el fomento de otros hábitos relacionados con una vida saludable a lo largo de la vida.

Esta Estrategia se centra, preferentemente, en la promoción de hábitos y comportamientos

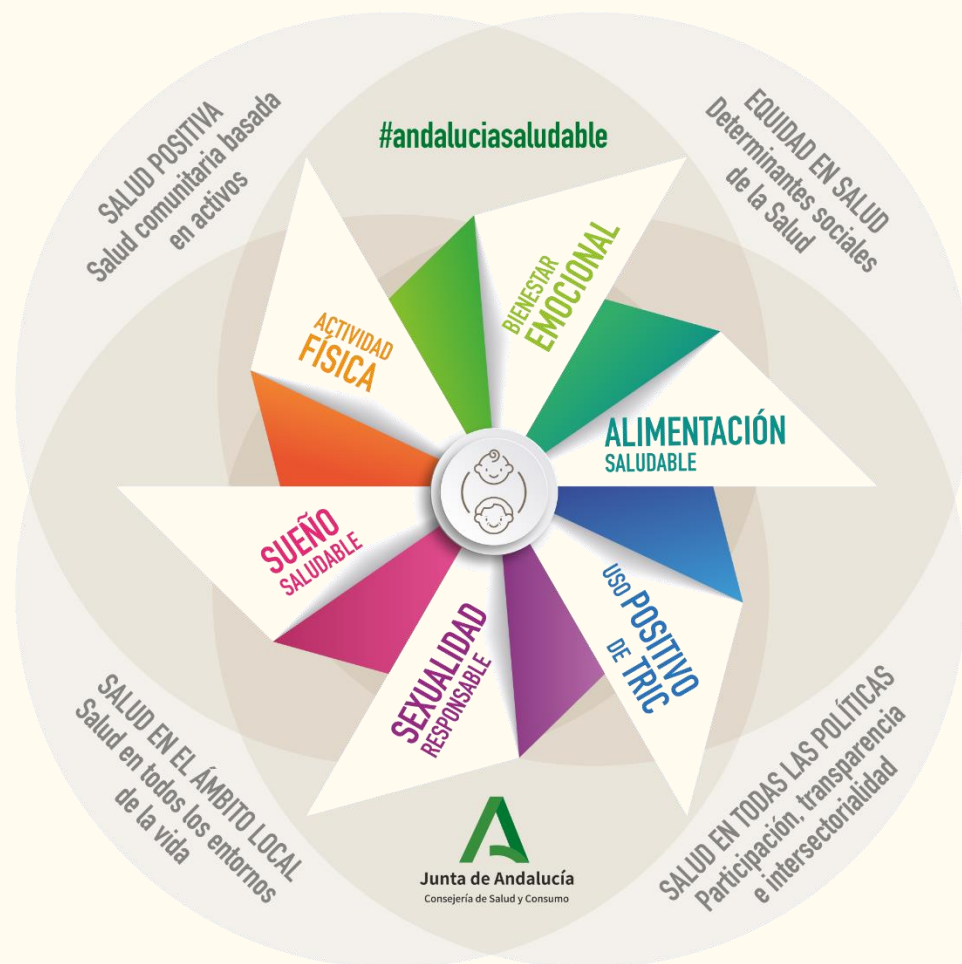
relacionados con la alimentación saludable, la actividad física, el sueño saludable, el bienestar emocional, la sexualidad responsable y el uso positivo de tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC), seis elementos básicos de nuestro día a día, que generan salud a lo largo de la vida. Asimismo, estos hábitos y comportamientos saludables, que se relacionan entre sí, contribuyen a prevenir y afrontar, en su caso, un proceso de enfermedad, convirtiéndose en parte activa de la recuperación del proyecto vital de la persona.

Resaltar el enfoque salutogénico y de salud positiva de esta Estrategia, muy alineada tanto con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS<sup>9</sup>, como con el más reciente Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el SNS<sup>10</sup>, en la medida que ya existen otras estrategias, planes integrales, programas intersectoriales, procesos asistenciales y guías clínicas que abordan los factores de riesgo y problemas de salud más comunes relacionados con los estilos de vida.



Figura 2. Infografía de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.

## Estrategia de Promoción de una VIDA SALUDABLE en Andalucía



Fuente: Elaboración propia

Es intención de la Junta de Andalucía que esta estrategia intersectorial de promoción de hábitos saludables respalde y armonice las actuaciones a realizar en este ámbito por parte de las diferentes consejerías y organismos autonómicos, y de manera específica, de los distintos planes integrales, estrategias y programas de salud desarrollados e implantados por la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud, con la finalidad de lograr mayores cotas de salud y bienestar en la población andaluza.

En el presente documento se abordan los fundamentos, la gobernanza y los principios en los que se apoya la Estrategia; se analiza la situación de partida y se establecen las áreas de mejora; se formalizan los objetivos y se establecen las diferentes líneas de actuación; y se plantean los mecanismos de seguimiento y evaluación continuada de su implantación y resultados.





# fundamentación



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## 1.- Enfoques teóricos, evidencias y recomendaciones

De las diez Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud que hasta la fecha ha organizado la OMS, la primera de ella, celebrada en Ottawa en 1986<sup>11</sup>, sigue constituyendo un marco general de referencia para la promoción de la salud, como se puede apreciar en la siguiente cita: *“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”*. La última Conferencia, celebrada en diciembre de 2021<sup>12</sup>, se ha centrado en el bienestar de las sociedades, alentando a los diferentes sectores para trabajar juntos en el abordaje de los desafíos globales y ayudar a las personas a tomar el control de su salud y de sus vidas.

Por otro lado, las enfermedades crónicas no transmisibles suponen el fallecimiento de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), siendo estos cuatro grupos de enfermedades responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles<sup>13</sup>.

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, invertir estas condiciones. La promoción de la salud ofrece instrumentos para la adquisición de estilos de vida saludables, 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, si éstas se instauran.



## 1.1.- Características generales de las estrategias de promoción de salud

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, tan necesarias en una sociedad que envejece, además de basarse en la efectividad, tienen que apoyarse en una serie de características para conseguir los mejores resultados<sup>14</sup>.

Conseguir el máximo potencial de salud es un **proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida**, en función de la edad y etapa vital en la que se encuentra la persona y las condiciones en las que vive. Por este motivo, el abordaje por entornos conlleva no sólo cuidar las características físicas, sino también los **aspectos funcionales que rigen la actividad en el contexto donde las personas desarrollan su vida diaria**: en la familia como unidad básica de convivencia, en el barrio, en la comunidad, en el lugar de trabajo, en los centros educativos, en los centros sociales, etc.

El enfoque universal actual de **la promoción de la salud abarca a toda la población**, independientemente de la presencia o ausencia de problemas de salud, complementando las actuaciones dirigidas a paliar los déficits con aquellas que potencian los **factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud**, teniendo en cuenta las fortalezas y activos para la salud de las personas y las comunidades.

El enfoque de activos en salud<sup>15 16</sup> va tomando fuerza como elemento revitalizador de la promoción de la salud inspirada en los principios de la Carta de Ottawa<sup>17</sup>, que va generalizándose progresivamente en el contexto de las organizaciones sanitarias y de las entidades locales, en colaboración con agentes claves de la comunidad<sup>18</sup>.

Un activo en salud puede definirse como cualquier factor o recurso que mejore la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar, así como para ayudar a reducir las desigualdades en salud<sup>19 20</sup>. Por tanto, este enfoque, en línea con los procesos de

participación y acción comunitaria<sup>21 22</sup>, se convierte en una de las vías fundamentales para potenciar una vida saludable en la población, siendo, además un precursor de las fortalezas de las personas, las comunidades y los entornos, haciéndolos participes en el proceso de coproducción de salud y bienestar.

**La promoción de la salud se ha de abordar de manera holística**, integrando el bienestar físico, mental y social. Hasta fechas recientes las estrategias de promoción se han centrado más intensamente en el componente físico, habiendo contribuido, junto con la mejora de las condiciones generales de vida y la salud pública, a un gran aumento de la esperanza de vida.

La **esperanza de vida con buena salud** es un indicador que sintetiza en una sola medida cuatro indicadores que son: la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de enfermedad crónica, la esperanza de vida libre de discapacidad y la esperanza de vida con una percepción subjetiva de buena salud<sup>23</sup>. Es un buen indicador para expresar desigualdades en salud, sean debidas a diferencias socio económicas o a desigualdades de género. La salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores<sup>24</sup>.

Las formas tradicionales de reducir la carga de enfermedad y la mortalidad evitable no incorporan estrategias específicas para mejorar la percepción subjetiva de buena salud, o de calidad de vida relacionada con la salud<sup>25 26</sup>, que valora la apreciación que tiene la persona de su estado de salud y bienestar, y que ha mostrado ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbimortalidad y de la utilización de servicios sanitarios<sup>27 28</sup>, así como un buen indicador para la evaluación de desigualdades en salud<sup>29</sup>.

La actuación sobre los determinantes implica, además, la asunción del **enfoque de Salud en Todas las Políticas**, cuya finalidad es contribuir a la mejora de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud a través de las políticas y acciones de todos los sectores de gobierno<sup>30</sup>; el **protagonismo de las**

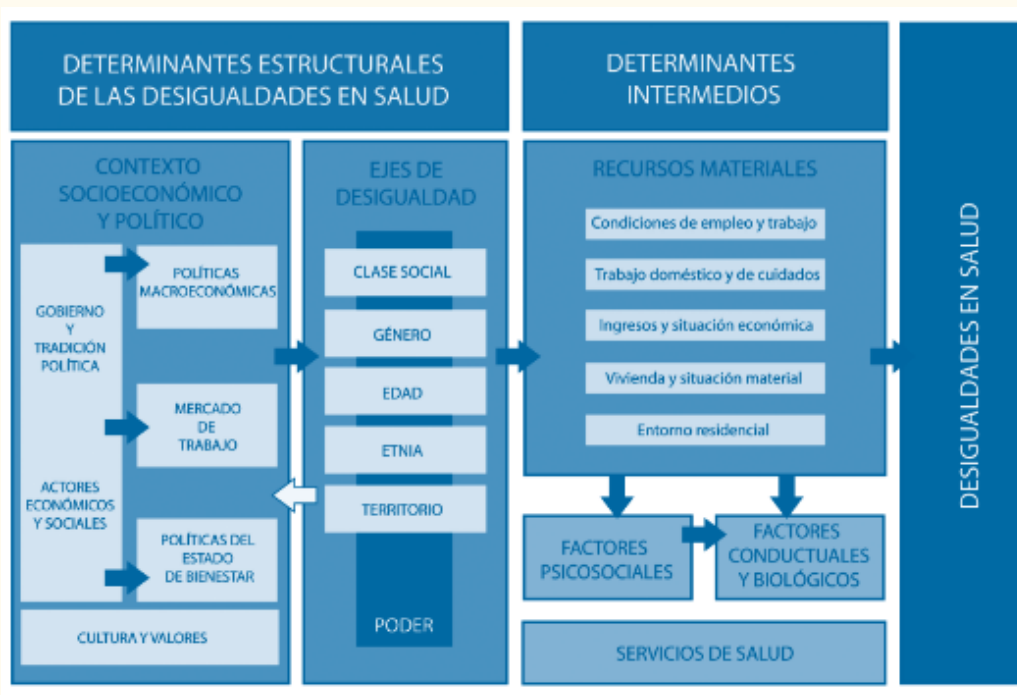


**administraciones locales** para llevar los objetivos de Salud Pública al municipio, construyendo redes locales de salud con los diferentes sectores y la participación activa de la ciudadanía; el **abordaje de las desigualdades** para reducir el gradiente social de la salud, incluyendo la inequidad en salud por razón de género; y el **enfoque inclusivo** para favorecer la participación de todas las personas, grupos sociales y minorías, resaltando el valor de la diversidad y el respeto a las cuestiones éticas, étnicas y culturales.

Los datos muestran que existe un gradiente social en la salud. De manera que las personas de los niveles más altos de ingresos, educación y posición social, disfrutan de una mejor salud, una vida más

larga, y un mejor pronóstico en caso de enfermar que la población con niveles más bajos<sup>31</sup>. Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos<sup>32</sup>. Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas<sup>33</sup> y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos<sup>34</sup>. En la siguiente figura<sup>35</sup> se representan como los factores estructurales y los factores intermedios generan las desigualdades en salud.

Figura 3. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

Reducir estas desigualdades es además de un imperativo de justicia social, una oportunidad de mejora de la salud de toda la sociedad.

Estos enfoques están en línea con la Estrategia Salud 2020 de la Oficina Regional por Europa de la OMS<sup>36</sup>, un nuevo marco político europeo para la acción gubernamental y social en promoción y

protección de la salud, que incluye entre sus objetivos la mejora de la salud y el bienestar de la población a través de un enfoque de ciclo vital y de empoderar a las personas, la reducción de las desigualdades en salud, el refuerzo de la salud pública o la creación de entornos de apoyo y comunidades resilientes, sobre la base, entre otros factores, de las fortalezas y los activos locales.



Asimismo, están en consonancia con los principios que sustentan la Red Europea de Ciudades Saludables, promovida por la Región Europea de la OMS<sup>37</sup>, que busca colocar la salud en un lugar destacado de la agenda política y social de las ciudades y construir un fuerte movimiento por la salud pública a nivel local. Las ciudades saludables apuestan fuertemente por la equidad, la gobernanza participativa y la solidaridad, la colaboración intersectorial y la acción para abordar los determinantes de la salud.

Y también en la línea de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>38</sup> y de los principios generales que se establecen en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad<sup>39</sup>, centrados en: el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad en la toma de decisiones, la independencia; la no discriminación; la aceptación y el respeto a la diversidad; la participación e inclusión plena y efectiva; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad y la igualdad.

Por su parte, en relación con la inequidad en salud por razón de género, la Ley 12/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, señala que se debe integrar la perspectiva de género en las políticas públicas. Esto se debe visualizar en la construcción social de los problemas de salud, en la toma de decisiones y en la formulación, implantación y evaluación de las políticas de salud<sup>40</sup>. Y ello es importante porque las diferencias de sexo y de género determinan, entre otros aspectos, las diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad y los mensajes preventivos<sup>41</sup>.

Favorecer la equidad de género en salud desde las estrategias de salud supone trabajar por la ausencia de disparidades de salud injustas entre personas de distinto sexo<sup>42</sup>. Según algunas autoras, como Nancy Krieger<sup>43</sup>, “la lucha por la equidad en la salud implica una reducción de la carga excesiva de mala salud entre los grupos más afectados por las inequidades sociales en la salud, minimizando así las desigualdades sociales en este campo y mejorando los niveles medios de salud en general”.

Por otro lado, cabe destacar que la presente Estrategia de Promoción, también tiene presente el desarrollo del **enfoque “One health”**, planteado como un marco de colaboración interprofesional e intersectorial con el objetivo de que la salud forme parte clave de todas las políticas ante situaciones complejas que requieren de respuestas coordinadas. Este modelo plantea, a través de una perspectiva transversal, un enfoque colaborativo, multisectorial y transdisciplinario que, trabajando a niveles local, regional, nacional y global, facilite obtener resultados de salud óptimos, desde el reconocimiento de la interconexión entre persona, animales, plantas y su entorno compartido. La reciente creación de la Comisión Paneuropea de Salud y Desarrollo Sostenible de la OMS<sup>44 45</sup> exige la plena implementación de *One Health* en todos los entornos donde se desarrollan políticas de salud.



## 1.2- Factores protectores y comportamientos saludables priorizados



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Existiendo un amplio consenso sobre el que se lleva años incidiendo, el fomento de una alimentación saludable continúa siendo una prioridad para todas las políticas públicas de salud

La evidencia científica y las recomendaciones de organismos internacionales han puesto de manifiesto que un estilo de vida basado en el patrón de Dieta Mediterránea es beneficioso para la salud y el bienestar de las personas<sup>46 47</sup> y que, además, contribuye al mantenimiento de una agricultura y una ganadería sostenible en la protección del medio ambiente. Esta dieta, considerada como uno de los patrones dietéticos más saludables, es una valiosa herencia cultural, equilibrada y variada, ligada a la gastronomía popular, basada en productos frescos, de temporada y locales, es decir, sostenible con el medio ambiente.

Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas y de manera especial, del sobrepeso y la obesidad, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer<sup>48</sup>.

La obesidad, uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, está condicionada por más de 100 factores<sup>49</sup> que configuran una alimentación no saludable, un bajo nivel de actividad y ejercicio físico, un incremento del sedentarismo y uso de pantallas, y una mala calidad del sueño. La evidencia científica pone de manifiesto que las intervenciones de carácter individual en el sistema sanitario no son suficientes para abordar un problema tan complejo como este, con numerosos factores determinantes que tienen que ver con los estilos de vida de la población, el urbanismo, los entornos laborales, escolares, de publicidad, de oferta alimentaria, etc.

En esta línea, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de 2004<sup>50</sup> se propuso promover y proteger la salud mediante la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, con la finalidad de lograr una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. Esas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas<sup>51</sup> y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo.





En 2010, la OMS establece que para mejorar la dieta y la nutrición son precisos marcos legislativos apropiados sobre inocuidad y calidad de los alimentos, mejorar la información dirigida a las personas consumidoras, y evitar la promoción y la publicidad inapropiadas de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a población infantil<sup>52</sup>.

Posteriormente, en la II Conferencia Internacional sobre Nutrición de la FAO y la OMS de 2014<sup>53</sup> se resalta la existencia de los múltiples desafíos que representa la malnutrición en todas sus formas, incluidos el sobrepeso y la obesidad, para el desarrollo inclusivo y sostenible para la salud. En su declaración final se destaca la necesidad de que las políticas de nutrición promuevan una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida. En particular, se recomienda prestar especial atención a los primeros mil días, esto es, desde el inicio del embarazo hasta los dos años de edad, a las mujeres embarazadas y lactantes, a las mujeres en edad reproductiva y las adolescentes, promoviendo y apoyando prácticas de cuidado y alimentación adecuadas, incluida la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y la lactancia materna continuada hasta los dos años de edad, y durante ese periodo con una alimentación complementaria apropiada. De igual manera, debe fomentarse una alimentación saludable en los centros preescolares y escolares, las instituciones públicas, los lugares de trabajo y los hogares, así como una alimentación sana por parte de las familias.

Nuevamente, en 2016 la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil de la OMS<sup>54</sup> <sup>55</sup> y más recientemente el Informe sobre la Obesidad 2022 de la Oficina Regional Europea de la OMS<sup>56</sup>, vuelven a incidir en las acciones integrales con enfoque poblacional a lo largo de la vida, con el objetivo de crear entornos que promuevan la salud y el desarrollo sostenible, impulsadas desde un alto

nivel político, con participación de distintos departamentos gubernamentales y de todos los actores de interés implicados en la obesidad.

Asimismo, la desigualdad en la infancia tiene una relación directa con el exceso de peso infantil, siendo la pobreza infantil uno de los factores que aumentan la probabilidad de tener exceso de peso. En este sentido, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030<sup>57</sup> presentado por el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil del Gobierno de España, está concebido como una hoja de ruta para los próximos diez años con el objetivo de generar un impulso de acción multinivel y en cascada entre las diferentes actores implicados, para garantizar el derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes, ante un factor de riesgo tan preocupante para la salud de las próximas generaciones como es la obesidad.

Como se puede observar, la alimentación saludable se ha convertido en una creciente preocupación de las autoridades sanitarias por la ascendente evolución de la prevalencia de la obesidad, que como ya se ha visto, constituye en sí misma una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades. Supone, por sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas, un importante desafío para la sociedad contemporánea. El aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres, más sal o sodio..., y menos consumo de frutas, verduras y fibras, como los cereales integrales, siendo este patrón de consumo desigual en función de la situación socioeconómica<sup>58</sup>.





## ACTIVIDAD FÍSICA

Es también una prioridad para las políticas de salud el fomento de la actividad física.

La OMS recomienda la realización de actividad física regular de intensidad moderada - como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte - por sus considerables beneficios para la salud: mejora el estado muscular, cardiorrespiratorio, salud ósea y funcional; reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, diferentes tipos de cáncer (como el cáncer de mama y el de colon) y depresión; reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales o de cadera; y es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso<sup>59</sup>.

Volviéndonos más activos a lo largo del día de formas relativamente simples y teniendo en cuenta que cualquier tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna, podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física.

Las políticas destinadas a aumentar la actividad física por parte de las diferentes administraciones han de ir encaminadas a que:

- en colaboración con los sectores correspondientes, se promueva la actividad física a través de acciones de la vida cotidiana;
- las formas activas de transporte, como caminar y montar en bicicleta, sean accesibles y seguras para todos;
- las políticas laborales y las relativas al lugar de trabajo fomenten la actividad física;
- las escuelas tengan espacios e instalaciones seguros para que los alumnos pasen allí su tiempo libre de forma activa;
- los niños reciban una educación física de calidad que les ayude a desarrollar pautas de comportamiento que los mantenga físicamente activos a lo largo de la vida; y
- las instalaciones deportivas y recreativas ofrezcan a todas las personas oportunidades para hacer deporte.

El Plan de Acción de Actividad Física 2018-2030 de la OMS<sup>60</sup> se ha puesto como meta reducir en un 15% la prevalencia global de inactividad física en personas adultas y adolescentes para el año 2030, garantizando para ello que todas las personas tengan acceso a entornos seguros y propicios, así como a diversas oportunidades para estar físicamente activas en sus vidas cotidianas. Con esta finalidad, entre sus objetivos estratégicos se incluyen los siguientes:



- Crear normas y actitudes sociales positivas y un cambio de paradigma en toda la sociedad mejorando el conocimiento, la comprensión y la apreciación de los múltiples beneficios de la actividad física regular en todas las edades y en función de la capacidad de cada persona.
- Abordar la necesidad de crear espacios de apoyo y lugares que promuevan y salvaguarden los derechos de todas las personas, de todas las edades y capacidades, para tener acceso equitativo a lugares y espacios seguros en sus ciudades y comunidades donde se pueda participar en una actividad física regular.
- Aumentar la oferta de programas y oportunidades para ayudar a personas de todas las edades y capacidades, así como a familias y comunidades, a participar en actividades físicas regulares.





## SUEÑO SALUDABLE

Un sueño saludable (dormir lo suficiente y con calidad) es esencial para una buena salud.

El cerebro se mantiene activo durante el sueño, y de los procesos que ocurren durante el mismo, resaltar la consolidación de la memoria, la eliminación de los metabolitos cerebrales y la restauración de los sistemas nervioso, inmune, esquelético y muscular<sup>61</sup>. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores, tanto individuales como ambientales<sup>62 63 64</sup>.

Los problemas del sueño son una preocupación creciente para la salud pública, en la medida que se asocian con daños en la motivación, la emoción y el funcionamiento cognitivo<sup>65</sup>. Prácticamente todos los sistemas corporales se ven afectados por un sueño pobre o inadecuado y los trastornos crónicos del sueño predisponen a una persona a sufrir enfermedades cardiovasculares, disfunción metabólica, problemas de salud mental y mortalidad temprana<sup>66</sup>.

Teniendo en cuenta la importancia que el sueño tiene para el conjunto de nuestra salud física y mental, existe una relación entre alimentación y sueño; al igual que lo que ingerimos y cuándo lo hacemos influye en la calidad del sueño, un sueño insuficiente o de mala calidad puede afectar a nuestros hábitos de alimentación<sup>67</sup>. De manera similar ocurre con la actividad física; la OMS establece recomendaciones sobre actividad física, sedentarismo y hábitos de sueño para menores de 5 años<sup>68</sup>, en la medida que estos hábitos contribuirán a su salud física, reducirán el riesgo de desarrollar obesidad en la infancia y enfermedades no transmisibles en edades más avanzadas, y mejorarán su bienestar emocional.

La Sociedad Española de Sueño establece una serie de recomendaciones sobre hábitos de sueño saludable<sup>69</sup>, identificando el sueño con la salud. En ellas se abordan medidas relacionadas con el horario televisivo; el uso de dispositivos electrónicos; las condiciones ambientales; las horas de sueño según edad; los hábitos regulares previos a dormir; el horario de despertar; la siesta; los hábitos dietéticos y horarios de comida saludables; y los hábitos y rutinas de sueño especialmente en población infantil y adolescente.





## BIENESTAR EMOCIONAL

El bienestar emocional está íntimamente ligado a la salud general y por tanto a los hábitos de alimentación y actividad física, e influido, además, por los mismos determinantes sociales.

La OMS considera la salud mental como un estado de bienestar que permite a la persona realizarse y ser capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. Se manifiesta de formas diversas y relacionadas entre sí, siendo un recurso importante para el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Además, abarca a todas las personas, edades y entornos, y contribuye al capital social, humano y económico de la sociedad en general<sup>70 71 72</sup>.

Junto a la mirada positiva, se incluye para la salud mental la cuestión del equilibrio entre el individuo y su entorno<sup>73</sup>; es decir, no solo influyen las características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales, el entorno físico o los apoyos sociales de la comunidad<sup>74</sup>. Conseguir un equilibrio entre estas opciones no es fácil, pero conviene cohesionar las acciones para que lo individual y lo social sean una suma consistente, formando parte del diseño integral de iniciativas para promocionar la salud<sup>75</sup>.

Ajustándose a las estrategias centradas en la persona, el concepto de bienestar implica dos elementos fundamentales: sentirse bien y funcionar bien en la vida. Sentimientos de felicidad, alegría, disfrute, curiosidad e implicación son característicos en personas que tienen experiencias positivas en su vida. Así mismo, Un funcionamiento positivo en la vida (pensamiento creativo, buenas relaciones interpersonales y capacidad de afrontamiento ante la adversidad) se asocia con el bienestar<sup>76 77 78</sup>.

Experimentar relaciones y vínculos personales positivos, tener algún control sobre la propia vida y que ésta tenga un sentido son todos atributos clave del bienestar<sup>79</sup>. Resaltar aquí la importancia de un buen comienzo en la vida y, por ello, de privilegiar las intervenciones y los apoyos en el periodo prenatal y en la primera infancia, en los que se establecen las bases de la salud a lo largo de la vida<sup>80</sup>, afrontando de manera saludable los requerimientos de las siguientes etapas (infancia, adolescencia, población adulta y personas mayores).



Señalar aquí el papel que juegan las ocupaciones en la etapa adulta, siendo claves durante un número considerable de años para la salud, la identidad y el sentimiento de competencia de las personas, contribuyendo a dar un significado y propósito a sus vidas. Tanto la ausencia de empleo, como la falta de equilibrio ocupacional, donde un exceso de trabajo sin suficiente dedicación a otras ocupaciones tales como el descanso, la participación social, el ocio o la dedicación a las actividades de la vida diaria, pueden ser perjudiciales para la salud<sup>81</sup>.

En las últimas dos décadas, tanto desde la Organización Mundial de la Salud<sup>82</sup> como por parte de la Comisión Europea<sup>83</sup> se ha venido resaltando la importancia de la promoción de la salud y el bienestar emocional, destacando el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar<sup>84</sup>, que incluye entre sus áreas prioritarias la salud mental de los jóvenes y la educación<sup>85</sup>, la salud mental en el entorno laboral<sup>86</sup> y la salud mental de las personas mayores<sup>87</sup>, áreas posteriormente respaldadas por dos nuevas iniciativas europeas<sup>88 89</sup>, y el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 para la Región Europea de la OMS<sup>90</sup>, que enfatiza el enfoque de ciclo vital y el abordaje por entornos de vida, además de relacionar el bienestar emocional con la actividad física y la alimentación saludable.

El mencionado Plan incorpora como primer objetivo fundamental el que todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar el bienestar mental a lo largo de su vida, en particular los más vulnerables o en riesgo, y propone un conjunto de acciones en los primeros años (p. e., programas de habilidades parentales); a través de la educación y el aprendizaje de habilidades (p. e., programas de educación emocional); en el entorno laboral (p. e. conciliar la jornada laboral con la vida privada o programas de afrontamiento del estrés); con espacios y comunidades saludables (p. e., la promoción de la actividad física y la alimentación saludable en todas las edades); y en personas mayores (p. e., facilitar el acceso a las TIC para incrementar los contactos sociales).

En línea con este Plan, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó en diciembre de 2021 la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2022-2026<sup>91</sup>, incluyendo entre sus líneas estratégicas y objetivos generales la promoción de la salud mental de la comunidad y de grupos específicos. Se recomiendan, entre otras acciones, las dirigidas a señalar el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, la importancia de la interacción de los determinantes sociales con la salud mental de la población, y las destinadas a promocionar los hábitos de vida saludables.





## SEXUALIDAD RESPONSABLE

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad.

Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia<sup>92</sup>. Asimismo, la Asociación Americana de Salud Sexual la define como la capacidad de aceptar y disfrutar de nuestra sexualidad a lo largo de nuestra vida, considerándola parte importante de nuestra salud física y emocional<sup>93</sup>.

Existe una percepción del sexo y la sexualidad como comportamientos de riesgo contra los cuales hay que defenderse<sup>94</sup>. Siendo la prevención un tema prioritario en el campo de la salud sexual, una mirada a la sexualidad demasiado escorada hacia el “riesgo” oculta sus características placenteras y saludables, cuando esta se desarrolla con responsabilidad en un contexto de igualdad y respeto mutuo.

Las formas de vivir la sexualidad todavía se encuentran marcadas por los estereotipos y roles de género tradicionales que determinan el papel de unas y otros en las relaciones sexuales<sup>95</sup>. De hecho, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS<sup>96</sup> parte de un enfoque integral de promoción de la salud sexual que garantice los derechos sexuales de mujeres y hombres, abordando los sesgos de género y fomentando, entre otros aspectos, la corresponsabilidad de las personas en las relaciones sexuales, independientemente de su sexo, opciones y orientaciones sexuales. Esto es, tanto mujeres como hombres son responsables de la vivencia de la sexualidad de un modo satisfactorio, placentero e igualitario.

Los conocimientos sobre la sexualidad y las actitudes varían según la edad, el sexo y el nivel sociocultural<sup>97</sup>. La OMS argumenta que la educación sexual no aumenta la actividad sexual ni reduce la edad en que se comienza a tener relaciones sexuales<sup>98</sup>; es más, niños, niñas y adolescentes necesitan esta educación para permanecer sanos y elegir bien, sobre todo, en los momentos actuales, donde el acceso a contenidos pornográficos por parte de la población infantil comienza a ser alarmante. Al menos uno de cada cuatro varones se ha iniciado en el consumo de contenidos pornográficos en internet antes de los 13 años y el primer acceso se adelanta a los 8 años, tanto en niños como en niñas, principalmente por la familiaridad con las pantallas y el fácil acceso a la tecnología móvil<sup>99</sup>.





### USO POSITIVO DE TRIC

Las tecnologías para la relación, la información y la comunicación (TRIC) desataron una explosión sin precedentes en la forma de comunicarse al comienzo de los años 90

Fue cuando Internet pasó de ser un instrumento experto de la comunidad científica a ser una red de fácil uso, que modificó las pautas de interacción social y que supuso la redefinición radical del funcionamiento de la sociedad, generando una nueva forma de establecer relaciones entre las personas<sup>100</sup>. De hecho, en los últimos años ha ido consolidándose el factor R-relacional, permitiendo contemplar nuestras relaciones con las tecnologías de la información y la comunicación de una forma mucho más rica, productiva y humana, y relegando los tradicionales elementos informacionales y comunicativos a un papel más secundario<sup>101</sup>.

Las TRIC no son de por sí buenas o malas, son simplemente instrumentos al servicio de lo humano y dependen del uso que de ellas hagamos. La presencia de las TRIC y su impacto en nuestras vidas las convierten en aliados estratégicos de la salud pública, en la medida que las usamos para la educación, la promoción de la salud y la enseñanza de nuevos comportamientos saludables<sup>102</sup>

En el ámbito de la infancia y la adolescencia, la promoción de estilos de vida saludables en una sociedad digital es una tarea sumamente compleja por su carácter sistémico y multicausal, que no puede atribuirse solamente al individuo, a su familia, al centro educativo o a su entorno físico social, pues en todos estos ámbitos existen condicionantes y modelos sociales digitales que inciden en la conformación de la identidad de la persona menor de edad y de su propio estilo de vida. El uso de TRIC en el tiempo de ocio es cada vez más frecuente, lo que puede resultar positivo al constituir una excelente forma de aprender y socializar (al tener el tiempo libre una ubicación virtual además de física, las posibilidades de ampliar la red de relaciones son mayores que nunca).

Sin embargo, si no se ofrecen pautas y estrategias para un uso positivo y responsable, pueden resultar perjudiciales por el abandono de otras actividades propias de la edad como hacer deporte, ir al cine, salir con amigos y amigas o relacionarse con la familia. Además, un abuso de las TRIC puede generar efectos no deseados en la esfera somática, psicológica y social: aislamiento, ansiedad, baja autoestima, falta de atención o falta de sueño que repercuten en la disminución de su rendimiento escolar, nerviosismo, no distinción entre realidad y ficción, empobrecimiento de la expresión oral, falta de espíritu crítico y de esfuerzo, problemas físicos como el sedentarismo y la obesidad, problemas posturales, etc<sup>103</sup>.





## 2- Marco normativo y estratégico

En este apartado se incluyen los aspectos normativos más relevantes y los documentos estratégicos en los que se sustenta la Estrategia.

### 21.- Normativa

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 de la **Constitución Española**<sup>104</sup> en su apartado primero, se reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo su apartado segundo que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios y que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Así mismo, su apartado tercero establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Además, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

El artículo 55.2 del **Estatuto de Autonomía para Andalucía**<sup>105</sup> establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Además de estos aspectos competenciales, el Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce en el artículo 10.3.14.º que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con el objetivo básico, entre otros, de la cohesión social, mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social.

La **Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición**<sup>106</sup> establece normas en materia de seguridad alimentaria como un aspecto fundamental de la salud pública, en orden a asegurar un nivel elevado de protección de la salud de las personas en relación con los alimentos, así como a establecer las bases para fomentar hábitos saludables que permitan luchar contra la obesidad. Asimismo, establece en su artículo 1.2, entre sus fines, la fijación de las bases para la planificación, coordinación y desarrollo de las estrategias y actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y en especial la prevención de la obesidad.

El artículo 36 de dicha Ley, en el marco de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS), dispone que el Gobierno, en coordinación con las Comunidades Autónomas, la Administración Local y la participación de los operadores económicos y los agentes sociales, incrementará el desarrollo, intensificando el carácter interdepartamental e intersectorial de la Estrategia para fomentar una alimentación saludable y promover la práctica de actividad física, con el fin de invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y reducir así la morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades no transmisibles asociadas.

Por otro lado, el artículo 16 de la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**<sup>107</sup>, establece que la promoción de la salud incluirá acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de las personas, así como modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer el impacto positivo en la salud individual y colectiva. Las actuaciones de promoción de la salud prestarán especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas, como hospitales o residencias.

El artículo 19 de la citada Ley 33/2011, de 4 de octubre, establece, en materia de prevención de problemas de salud, que las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, dirigirán las acciones y políticas



preventivas sobre los determinantes de la salud, entendiendo por dichos determinantes los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimenticios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas, desarrollarán programas de prevención dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez.

En desarrollo de las competencias contenidas en el Estatuto de Autonomía, se dictaron la **Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía**<sup>108</sup>, y la **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía**<sup>109</sup>, que contemplan la salud como un objetivo de bienestar colectivo y plenitud personal, siendo el cometido de la salud pública contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida más saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades, y minimizar la pérdida de la salud.

A lo largo del articulado de la Ley 16/2011, se establece, entre otras medidas, que las actuaciones en salud pública se regirán por el principio de salud en todas las políticas, con especial atención a los sectores distintos del de salud con capacidad de afectar a las condiciones sociales y económicas que se encuentran en la base del estado de salud de la población.

La promoción de la salud se aborda desde una perspectiva de desarrollo local, intersectorial, de participación ciudadana, considerando los diferentes espacios donde se desenvuelve la vida de las personas en las diferentes edades y abordando, entre otros aspectos, el desarrollo saludable de la etapa perinatal e infantil, la alimentación sana, la actividad física, la sexualidad responsable, las relaciones igualitarias, los lugares de trabajo y espacios de ocio saludables, y el envejecimiento activo. Así mismo, se potencia la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar, con especial atención a la promoción del deporte, el baile, el estímulo de los estilos de convivencia y comunicación propios

de Andalucía, la dieta mediterránea, el intercambio generacional y otros activos de los que se tenga constancia de su carácter saludable.

En el ámbito de la protección de la salud se establecen medidas para proteger la salud ambiental, la seguridad alimentaria y la preservación de un entorno de vida saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana, comprendiendo la ordenación del territorio y del urbanismo, los medios de transporte y la habitabilidad de las viviendas.

Junto al reconocimiento del enfoque salutogénico se destaca la participación de la ciudadanía en salud pública, entre otros formatos, fomentando la creación de redes que favorezcan la participación ciudadana en materia de salud pública, redes que se constituyen principalmente para servir como plataforma de difusión de la información e intercambio de experiencias. Asimismo, se destaca el papel del ámbito local y la responsabilidad de los municipios sobre la promoción de la salud comunitaria en su territorio, aspecto que queda amparado, además, por la **Ley 5/2010, de Autonomía Local de Andalucía**<sup>110</sup>.

En el marco de la Ley 16/2011, el **Decreto 51/2017, de desarrollo de los derechos y las responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública**<sup>111</sup>, consolida y desarrolla los derechos en relación a la promoción de la salud en todo el ciclo vital de las personas, en los diferentes entornos y promoción del bienestar y la salud positiva, además de afianzar la visión de “Salud en todas las Políticas”, con especial relevancia de las alianzas y la colaboración con el sector educativo y los Ayuntamientos. También establece el desarrollo de mecanismos de información continuada con la finalidad de dar a conocer a la ciudadanía las cuestiones más relevantes sobre estilos de vida saludables y generadores de bienestar y sobre promoción de la salud.



## 22- Documentos estratégicos

A *nivel estatal* se recogen los siguientes documentos estratégicos, relevantes para la promoción de hábitos de vida saludable:

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó en 2013 la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS**<sup>112</sup><sup>113</sup>, con la pretensión de establecer un marco común para la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo del curso de la vida, armonizando su integración en la cartera de servicios del SNS, implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos y de la población para incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud. En el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludable destacan el abordaje positivo de la actividad física, la alimentación saludable y el bienestar emocional.

En línea con las recomendaciones internacionales, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, elabora en 2005 la **Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)**<sup>114</sup>, con el objetivo de fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

En el marco de la Estrategia NAOS se desarrolla acciones o intervenciones, en base a la evidencia científica y en todos los ámbitos de la sociedad (familiar, educativo, empresarial, sanitario, laboral, comunitario), fomentando la implicación y colaboración de todos los sectores y agentes de la sociedad tanto públicos (CCAA, ayuntamientos, otros ministerios) como privados (industria de alimentos y bebidas, sociedades científicas, organizaciones de consumidores, sectores de distribución y restauración, etc.).

Y más recientemente, el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil del Gobierno de España ha

presentado el **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030**<sup>115</sup>, que se desarrollará en seis líneas estratégicas para generar un ecosistema social favorable a la actividad física y el deporte, a una alimentación saludable, al bienestar emocional y a un descanso adecuado, además de reforzar los sistemas públicos para promover estilos de vida saludables y garantizar la protección de la salud de la infancia.

En la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015- 2020**<sup>116</sup> se recomienda actuar en dos frentes, la salud pública y la salud laboral, y en ella se especifica que determinados hábitos de vida pueden poner en riesgo la seguridad y salud del propio trabajador y la de terceros, siendo necesario el desarrollo de políticas públicas que incidan en el bienestar de la población en general, y que fomenten hábitos de vida saludables y preventivos, tanto laborales como extralaborales.

En 2019, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), se elabora el documento de consenso **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el SNS**<sup>117</sup>, contando con la participación de las Comunidades Autónomas, profesionales y ciudadanía, y en el que se plantea, entre otras prioridades, el refuerzo de la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en la Atención Primaria de Salud.

En este escenario, la orientación comunitaria de la promoción de la salud se ve enriquecida con la aparición de las guías prácticas: **“Participación Comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud”**<sup>118</sup> y **“Acción Comunitaria para ganar salud”**<sup>119</sup>, esta última elaborada por el Ministerio de Sanidad en el ámbito de la promoción de la salud en el entorno local, tanto a través de la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS como en la **Red Española de Ciudades Saludables**. Mediante la acción comunitaria se dinamizan las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia, teniendo una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el espacio de convivencia; reforzar



los vínculos y la cohesión social, incluyendo a los colectivos en situación de exclusión; y potenciar las capacidades de acción, individual y colectiva, en procesos de mejora de la salud y el bienestar.

*En el ámbito autonómico se cuenta con las siguientes iniciativas y planes estratégicos:*

**El IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020 (IV PAS)**<sup>120</sup> propone, entre sus compromisos, aumentar la esperanza de vida en buena salud, llevando la promoción de la salud a los entornos más próximos donde se desarrollan, viven, trabajan y disfrutan las personas, especialmente al entorno local; generar y desarrollar los activos para la salud, trabajando conjuntamente con la ciudadanía para coproducir salud y empoderar a las personas y comunidades; y reducir las desigualdades sociales en salud, sobre todo las que tienen un gran impacto en la salud de la población como la pobreza, la exclusión social, el desempleo o el nivel educativo. Evidentemente, ninguno de estos compromisos sería viable sin una estrategia de Salud en Todas las Políticas<sup>121</sup>.

**Planes de Participación Ciudadana.** La participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se configura con los siguientes elementos clave: ciudadanas y ciudadanos como centro del sistema sanitario, la construcción de un espacio compartido y la gobernanza en salud. El Servicio Andaluz de Salud cuenta desde 2015 con un Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana<sup>122</sup>, donde se marcan una serie de líneas de actuación tanto a nivel de centro como a nivel de Unidad de Gestión Clínica, abordando tantos aspectos asistenciales, como aquellos más relacionados con la promoción y la prevención.

En este sentido, las Comisiones de Participación y aquellas otras vías de participación habilitadas en los centros sanitarios pueden favorecer la salud colectiva y abordar la promoción de salud y el bienestar mediante la participación activa de la ciudadanía y de la comunidad en estos espacios<sup>123</sup>.

Resaltar aquí la **Estrategia Al Lado**<sup>124</sup>, como vehículo para canalizar la colaboración de los movimientos asociativos de personas con problemas graves de salud, y el proyecto de

**Escuela de Pacientes**<sup>125</sup>, con la finalidad de fomentar y posibilitar una vida saludable a las personas afectadas y sus familias.

La participación social a través de las alianzas entre grupos de la comunidad, organizaciones, sectores e instituciones es clave para la implantación del enfoque de activos para la salud<sup>126</sup>. En 2018, la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud edita la publicación **Salud Comunitaria Basada en Activos**<sup>127</sup>, donde se aborda el modelo de activos y su relación con los determinantes sociales y la promoción de la salud, y se proponen metodologías de trabajo para la identificación de activos y recursos para la acción comunitaria.

Esta visión positiva de la salud tiene su correlato en el contexto de Andalucía desde principios de los años 2000, cuando se comienza a operativizar los enfoques salutogénicos de la promoción de la salud en forma de programas, tanto formativos como de intervención y gestión del conocimiento<sup>128</sup>.

Como resultado de estas acciones, son numerosos los proyectos de identificación de activos comunitarios desarrollados en Andalucía, y son también numerosos los programas de promoción de la salud que van incorporando esta perspectiva salutogénica. De hecho, el **Plan Estratégico 2020-2022 de la Estrategia de Atención Primaria**<sup>129</sup> incorpora entre sus medidas la promoción de activos para la salud como forma de participación ciudadana en el cuidado de la salud.

Finalmente, mencionar que Andalucía cuenta con diversos **planes integrales, programas y estrategias de salud** que abordan el fomento de la actividad física y la alimentación saludable y que en los últimos años van incorporando nuevos hábitos para una vida saludable, como es el caso de la nueva **Estrategia de salud de la infancia y la adolescencia en Andalucía 2021-2025**<sup>130</sup>, cuya formulación fue aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en enero de 2021, con el fin de fortalecer las actuaciones específicas destinadas a asegurar la salud en este sector de la población, con una mirada integral y no sólo asistencial y clínica. Entre los objetivos que



se pretenden conseguir con esta Estrategia están promover los hábitos de vida saludables en la infancia y en la adolescencia, mediante intervenciones en todas las políticas y entornos, desde una mirada salutogénica y de ciclo vital, y un énfasis en el desarrollo positivo, los determinantes de la salud y la promoción de la parentalidad positiva.

Las acciones incluidas en estos planes, programas o estrategias se desarrollan y/o impulsan desde los centros de salud, desde los centros educativos, desde los centros de trabajo, desde los

ayuntamientos, etc., así como desde otros entornos y contextos de la comunidad, en un escenario de colaboración intersectorial.

Estas iniciativas, varias de las cuales se describirán más adelante, sirven de plataforma para la puesta en marcha de muchas de las acciones que se plantean en esta Estrategia, en la medida que ya se encuentran implantados en sus respectivos entornos, habiéndose establecido los correspondientes canales de colaboración interinstitucional.





# gobernanza



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## 1.- Sistema de gobernanza de la Estrategia

Esta Estrategia adopta el principio de la buena gobernanza, una nueva forma de gobernar más cooperativa en la que las instituciones públicas y las no públicas, actores públicos y privados, participan y cooperan en la formulación e implementación de las políticas públicas<sup>131</sup>.

Se reconoce el principio de transversalidad de las políticas orientadas a la promoción de una vida saludable, en el ejercicio de las competencias de todas las Administraciones Públicas. Esta perspectiva de promoción de la salud se ha de potenciar en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas y de las políticas, en todos los ámbitos de actuación, considerando los factores determinantes que predisponen los estilos de vida. Asimismo, las Administraciones Públicas han de favorecer la intersectorialidad en las áreas de salud, educación, deporte, agricultura, empleo, formación profesional para el empleo, bienestar social, políticas de igualdad, sostenibilidad, infraestructuras y vivienda. Igualmente, han de promover la investigación sobre los determinantes de la salud que condicionan los hábitos de vida, así como la generación y difusión del conocimiento obtenido sobre la misma, como elemento estratégico para la acción coordinada en salud.

En relación con la asignación de competencias de las Administraciones Públicas de Andalucía, corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, en el desarrollo de las competencias establecidas en el Estatuto de Autonomía para Andalucía, la superior coordinación de las políticas públicas orientadas al fomento de los hábitos de vida saludable, y en especial la formulación y aprobación de la presente Estrategia.



Sin perjuicio de las competencias que tengan otras Consejerías, concierne a la Consejería de Salud y Consumo, la dirección y coordinación de las estrategias, planes, programas y acciones para el fomento de los hábitos de vida saludable, y en particular, la propuesta de formulación y la elaboración de esta Estrategia y el diseño, mantenimiento y explotación de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica necesarios para el desarrollo y evaluación permanente de la misma.

Así mismo, corresponden a las entidades locales en Andalucía, de conformidad con lo establecido en la legislación en materia de régimen local y demás normativa que le resulte de aplicación, las acciones en materia de promoción de hábitos y entornos saludables incluidas en la presente Estrategia, que se desarrollarán en el marco de la acción local en salud mediante los Planes Locales de Salud de los municipios.

Como estructura formal de gobernanza de la Estrategia se establecerán dos comisiones; por un lado, una **Comisión Técnica**, que dará continuidad al Grupo Técnico de Trabajo creado para la elaboración de la Estrategia. Esta Comisión Técnica será coordinada por la persona que designe la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, y estará compuesta por representantes con perfil técnico de las siguientes Consejerías:

- Salud y Consumo
- Desarrollo Educativo y Formación Profesional
- Turismo, Cultura y Deporte
- Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad
- Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural
- Sostenibilidad, Medio Ambiente y Economía Azul
- Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda
- Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo
- Universidad, Investigación e Innovación

Así mismo, se incorporarán a esta Comisión Técnica representantes con perfil técnico de las Corporaciones Locales, de las universidades públicas andaluzas, de las sociedades científicas y

colegios profesionales, de los agentes económicos y sociales, de las asociaciones de padres y madres y de las organizaciones de personas consumidoras y usuarias de Andalucía.

Por otro lado, una **Comisión Institucional**, presidida por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, que estará compuesta por representantes institucionales de las Consejerías, organismos y entidades participantes en la Comisión Técnica.

Ambas comisiones, que estarán adscritas a la Consejería de Salud y Consumo, tendrán las siguientes funciones:

#### **Funciones de la Comisión técnica**

- a) Informar sobre las acciones de planificación orientadas al fomento de los hábitos de vida saludable en Andalucía, y en particular de las impulsadas por la presente Estrategia, así como sobre los resultados de la evaluación de las mismas.
- b) Establecer mecanismos de seguimiento de los objetivos, programas y acciones en el desarrollo de la Estrategia y programar las medidas correctoras.
- c) Organizar espacios comunes de diálogo sobre los programas y acciones comprometidas en la presente Estrategia entre decisores políticos y gestores, con una frecuencia mínima bianual, al objeto de mantenerse actualizados e implicados en el desarrollo de la misma.
- d) Elaborar informes con el fin de promover la formulación de políticas generales de sensibilización y promoción de hábitos de vida saludable, basadas en la evidencia y el conocimiento científico.
- e) Proponer material divulgativo o de difusión en los medios y redes sociales sobre promoción de hábitos saludables, basadas en la evidencia y el conocimiento científico.
- f) Proponer desarrollos normativos que incentiven actividades promotoras de salud o que regulen aquellas que sean contrarias.





- g) Asesorar en la elaboración de orientaciones y recomendaciones a la ciudadanía, a las empresas y a la sociedad en su conjunto sobre estrategias de promoción de hábitos saludables.
- h) Colaborar y cooperar con la sociedad civil en actividades que influyan en la salud, bien apoyándola técnicamente o bien organizando acciones conjuntas.
- i) Aquellas otras que reglamentariamente se le asignen.

#### Funciones de la Comisión Institucional

- a) Aprobar los informes de seguimiento y evaluación elaborados por la Comisión Técnica.
- b) Aprobar las propuestas de formulación de políticas generales de sensibilización y promoción de hábitos de vida saludable e impulsar su desarrollo.
- c) Impulsar la financiación de material divulgativo o de difusión en los medios y redes sociales sobre promoción de hábitos saludables.
- d) Impulsar proyectos normativos que incentiven actividades promotoras de salud o que regulen aquellas que sean contrarias, para que sean elevadas al organismo competente de promulgarlas.
- e) Aquellas otras que reglamentariamente se le asignen.

Adicionalmente, de cara a facilitar la coordinación para la implantación y seguimiento de las acciones en el ámbito provincial, DSAP/AGS y local, cada Delegación Territorial de Salud y Consumo contará con una **Comisión Provincial**, con representación de las Delegaciones Territoriales implicadas y los DSAP/AGS de la provincia, a la que se podrán incluir representantes de entidades ciudadanas de interés.

Para la ejecución de la Estrategia se contará con los recursos humanos de los que disponga la

Consejería de Salud y Consumo a través de su Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, y el resto de centros directivos y entidades instrumentales responsables de los diferentes programas a implementar en los distintos ámbitos o sectores de actividad en los que se incluyen. Y también, con los recursos financieros con los que cuentan dichos centros y entidades para la implementación de estos programas y actuaciones.

## 2- Metodología de elaboración y participación de la Estrategia

La metodología de elaboración y participación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía ha contado con dos fases de desarrollo. En una primera fase o fase preliminar un grupo de trabajo formado por personas expertas del ámbito de la promoción de la salud y la salud comunitaria junto a la Consejería han elaborado un primer documento preliminar que ha recogido la evidencia, el análisis de situación y justificación y ha vislumbrado los primeros aspectos clave de la planificación<sup>1</sup>. Este grupo de trabajo inicial pasó a formar parte del Grupo Redactor en la estructura de Gobernanza de la Estrategia.

En una segunda fase de desarrollo, la Estrategia ha partido de un modelo de gobernanza que ha sido un elemento clave al lograr una intensa relación colaborativa entre la Administración autonómica y los diferentes agentes vinculados directamente con el desarrollo de la misma.

La participación ha permitido articular las aportaciones de las personas, organismos y entidades que conforman el tejido social al que afecta la Estrategia y orientar su correcta

1 Una parte considerable de los contenidos de este primer documento se ha basado en el trabajo previo desarrollado en el marco del Proyecto de Ley para la promoción de una vida

saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía, gestado en la X Legislatura, paralizado en la fase final de su tramitación por la disolución del Parlamento Andaluz en octubre de 2018.

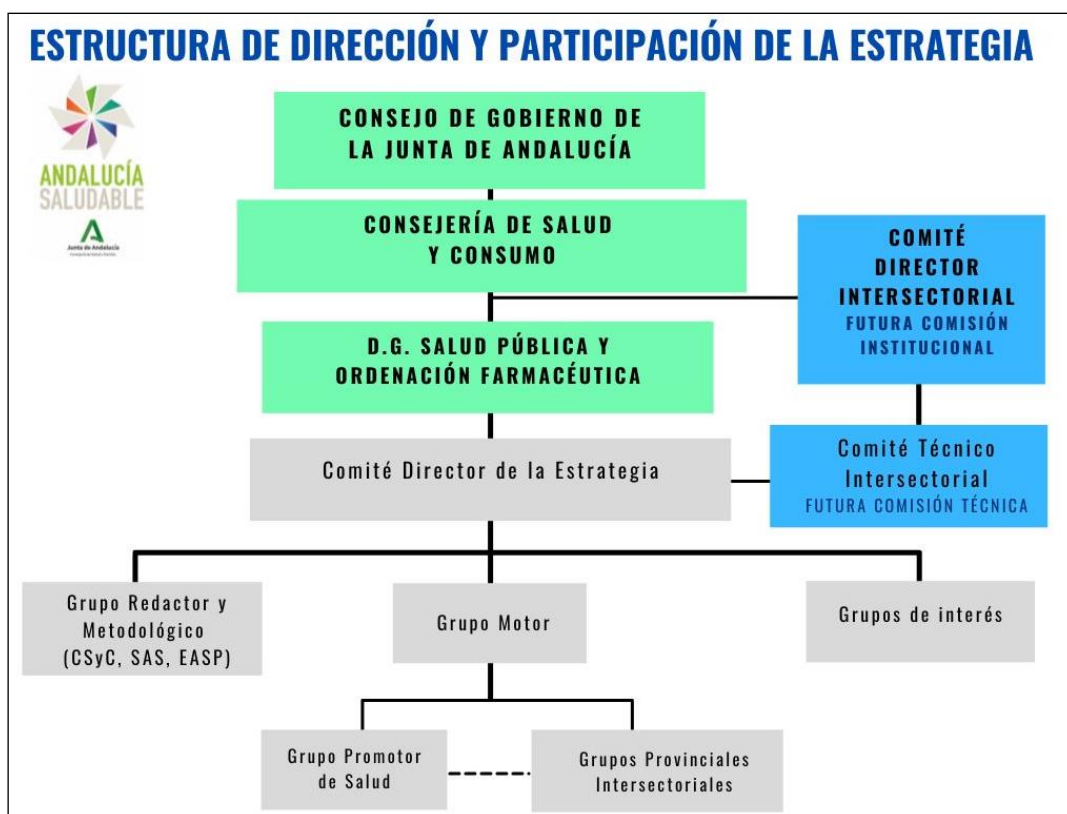


formulación ajustada al contexto actual y a las necesidades, problemas y retos identificados.

El objetivo del proceso de participación ha sido conseguir “la construcción conjunta de una Estrategia en la que se vean reflejadas las necesidades de la ciudadanía y de los y las profesionales de diferentes sectores involucrados

en la promoción de una vida saludable en Andalucía, mediante un proceso que implique el conocimiento del análisis del contexto, para realizar aportaciones que supongan la mejora global del texto y la incorporación de aspectos que permitan que la mayoría de las personas o entidades que participen lo hagan suyo y se sientan identificados con sus objetivos”.

Figura 4. Estructura de dirección y participación de la Estrategia (2021-2022)



Fuente: Elaboración propia

La **gobernanza del proceso de participación** se ha establecido a través de la siguiente organización, que ha permitido aportaciones en todos los niveles:

- **Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía:** Órgano que ostenta y ejerce las funciones ejecutivas y administrativas de la Junta de Andalucía, integrado por las personas titulares de la Presidencia y las Consejerías, que está encargado de aprobar la Estrategia y su formulación. Es

responsable de su ejecución y de la consecución de sus objetivos.

- **Consejería de Salud y Consumo:** Órgano promotor de la Estrategia integrado por las personas titulares de la Consejería, dentro del cual la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica es quien se encarga de impulsar y coordinar su proceso de elaboración hasta su aprobación final y también su implementación posterior en colaboración con otros órganos implicados en su desarrollo de diferentes ámbitos y que



forman parte del Comité Director Institucional.

- **Comité Director Intersectorial (futura Comisión Institucional):** Compuesto por las personas designadas por las Consejerías de la Junta de Andalucía, con rango mínimo de Director o Directora General. Lidera la elaboración de la Estrategia, la aprobación de documentos claves, así como de la validación definitiva de la Estrategia en su conjunto que propondrá al Consejo de Gobierno.

Las Consejerías implicadas son, además de la de Salud y Consumo: Desarrollo Educativo y Formación Profesional; Turismo, Cultura y Deporte; Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural; Sostenibilidad, Medio Ambiente y Economía Azul; Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda; Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo; y Universidad, Investigación e Innovación.

- **Comité Técnico Intersectorial (futura Comisión Técnica):** Personal técnico procedente de todas las Consejerías implicadas, así como personas responsables de centros directivos de la Consejería con competencia en materia de promoción de salud. Este Comité es el encargado de consensuar enfoques en la fase de diagnóstico y de proponer programas y miembros de los diferentes ámbitos implicados al Grupo Motor Provincial.
- **Comité Director de la Estrategia:** personal de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, encargado de la dinamización del proceso de participación en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y de la redacción de la Estrategia.
- **Grupo Redactor y Metodológico:** Compuesto por un grupo reducido de personas con experiencia y expertez en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludable, que se encargan de elaborar el

primer borrador y de revisar su pertinencia, coherencia y viabilidad. A nivel metodológico, forman parte de este grupo profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública, expertos en metodologías participativas, encargados/as del desarrollo del proceso participativo y la elaboración de informes.

- **Grupo Motor:** Conformado por técnicos/as de promoción de salud y educación para la salud, integrantes del Grupo Promotor de Salud, y técnicos/as del resto de Consejerías a nivel provincial, profesionales de salud y de otros sectores/entornos clave (ámbito municipal, asociativo, etc.). La formación de los 8 grupos motores provinciales intersectoriales se ha realizado con la participación del Comité Técnico Intersectorial y a propuesta del Grupo Promotor de Salud en cada una de las ocho provincias.

El objetivo de estos grupos provinciales ha sido reflexionar estratégicamente sobre el desarrollo de la Estrategia con un enfoque intersectorial y multidisciplinar y proponer acciones.

- **Grupos de Interés,** habiendo participe a ciudadanía, agentes económicos y sociales, sociedades científicas y colegios profesionales. Con estos colectivos se han identificado necesidades, problemas y retos, se han realizado propuestas al documento borrador y se han revisado las acciones propuestas en base a la evidencia disponible.

En lo que respecta a la **metodología utilizada** para atender al modelo de gobernanza establecido para la formulación de la Estrategia, se han utilizado diversas **técnicas grupales de dinamización**, que se han empleado para la recogida de información, la reflexión y el debate conjunto, y el consenso. Todas estas técnicas se han desplegado de modo virtual a lo largo de los meses de mayo y julio de 2021.

- **Cuestionarios on line estructurados para la recogida de información cualitativa inicial:** a través de la herramienta virtual



Lime Survey se ha recogido información de las diferentes personas participantes, en lo relativo al análisis estratégico DAFO y de las necesidades, problemas y retos para el desarrollo de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.

- **Jornadas/reuniones participativas de reflexión conjunta y debate mediante reuniones on line:** Espacio para la discusión grupal de diferentes temáticas con los agentes implicados. Partiendo de la información recogida en los cuestionarios, se han desarrollado reuniones provinciales del Grupo Motor intersectorial y reuniones con el Grupo de ciudadanía y agentes económicos y sociales para debatir conjuntamente sobre las conclusiones obtenidas, consensuar las reflexiones y matizar otras y aportar nuevas reflexiones compartidas en el grupo.
- **Entorno Virtual de Trabajo a través de campus habilitado en la herramienta Moodle.** A través de este espacio se han aportado nuevas sugerencias a través de los foros de participación habilitados, se han compartido las conclusiones y se han realizado importantes sugerencias a incorporar en la Estrategia desde todos los sectores.

Una vez recogida toda la información consensuada en todos los Grupos de participación, el Comité Director de la Estrategia, en colaboración con el apoyo técnico de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha agrupado las ideas, eliminado duplicidades de propuestas y trasladado las conclusiones al documento de la Estrategia y a cada una de sus Líneas Estratégicas, Objetivos y Programas de acción.

En esta segunda fase de la Estrategia, además, se ha **elaborado la metodología de evaluación**, estableciéndose los Indicadores de Contexto y de Impacto. Para ello se ha realizado una profunda actualización del análisis de situación partiendo de fuentes estadísticas de relevancia para el cumplimiento de los objetivos, tales como la última Encuesta Andaluza de Salud, o informes o

encuestas elaboradas desde la Administración u organismos reconocidos.

## PRINCIPALES HITOS

Se expone a continuación la **evolución temporal del proceso de gobernanza** junto con algunos de los hitos más destacados en el proceso de participación de la Estrategia.

- **17 de mayo de 2021.** Reunión on line con el Grupo Promotor de la Salud. Presentación del documento preliminar de la Estrategia, del Entorno Virtual de Trabajo y solicitud de sugerencias al texto del borrador y de participantes en el Grupo Motor desplegado en las ocho provincias.
- **8 de junio 2021.** Reunión del Comité Técnico Intersectorial. Presentación del documento preliminar, solicitud de propuesta de programas e integrantes del Grupo Motor Intersectorial desplegado a nivel de las 8 provincias.
- **10 de junio de 2021.** Reunión virtual con el Grupo de ciudadanía y agentes económicos y sociales. Presentación del documento preliminar, propuesta de metodologías para recoger sus reflexiones sobre necesidades, problemas y retos para el desarrollo de la Estrategia.
- **17 de junio de 2021.** Primera reunión conjunta con todas las personas integrantes del Grupo Motor de la Estrategia para presentar el documento preliminar y la metodología de participación.
- **23 de junio de 2021.** Reunión virtual con el Grupo de ciudadanía y agentes económicos y sociales. Presentación de listado de acciones propuestas por el grupo, debate grupal y reflexión conjunta para definir la propuesta.
- **25 de junio de 2021.** Reuniones provinciales del Grupo Motor para presentar resultados del DAFO y reflexionar conjuntamente sobre las conclusiones. (2ª reunión del Grupo Motor en este caso ya con el despliegue por provincias).



- **2 de julio de 2021.** Reuniones provinciales del Grupo Motor para presentar la propuesta de acciones recogida a través de cuestionario y reflexionar conjuntamente sobre las conclusiones. (3ª reunión del Grupo Motor en este caso ya con el despliegue por provincias).
- **Agosto 2021 - noviembre 2022.** Redacción de la Estrategia partiendo de las conclusiones de la metodología de participación. Elaboración de metodología de evaluación de la Estrategia (indicadores de contexto y de impacto). Actualización del análisis de situación
- **Diciembre 2022-Marzo 2023:** Evaluación ex ante por parte del área de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP). Envío a sociedades científicas y colegios profesionales y recepción de aportaciones. Presentación del nuevo borrador al Comité Técnico Intersectorial.
- **Abril 2023:** Trámite de información pública.





# misión, visión y principios rectores



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





La Estrategia tiene la **MISIÓN** de favorecer la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en toda la población y edades, mediante la articulación de medidas intersectoriales relacionadas, preferentemente, con la alimentación, la actividad física, el sueño, el bienestar emocional, la sexualidad y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, con la finalidad de mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza, y reducir el padecimiento de enfermedades relacionadas con los estilos de vida no saludables.

Compartiendo la **VISIÓN** de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS<sup>132</sup>, de promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud y bienestar, y en la que trabajar por la ganancia en salud se asuma como una tarea de todos, las líneas de actuación que se establecen en esta estrategia operan de conformidad con los siguientes **PRINCIPIOS RECTORES**:

- a) Principio de universalidad. En el ámbito de la salud hace referencia al reconocimiento y la extensión del derecho a la protección de la salud a toda persona por el mero hecho de serlo, por su condición de ser humano y de residir en un territorio concreto.
- b) Principio de igualdad y equidad. Las acciones emprendidas tendrán en cuenta el género, la etnia, la discapacidad, el nivel socioeconómico y el entorno donde viven las personas como causas de inequidad en los estilos de vida.
- c) Principio de solidaridad. Los poderes públicos asumen la responsabilidad de dirigir sus políticas a la reducción de las desigualdades en salud de la ciudadanía, removiendo los obstáculos educativos, culturales, geográficos y económicos que puedan impedir la libre promoción de la salud y el bienestar personal de la ciudadanía y el ejercicio pleno de sus capacidades.



- d) Principio de transparencia. La acción en salud se ejerce promoviendo y permitiendo el conocimiento de los procedimientos, actuaciones y decisiones, con criterios de objetividad, veracidad, claridad y accesibilidad.
- e) Principio de intervención sistémica. La gran diversidad de las causas que determinan los factores de riesgos y los problemas de salud, como el sobrepeso y la obesidad, exigen intervenciones sobre los múltiples factores que inciden en su extenso ecosistema de origen.
- f) Principio ecológico. Se impone un enfoque ecológico que además de las razones biológicas y personales, atienda a las influencias ambientales, sociales y culturales sobre el comportamiento humano.
- g) Principio de la perspectiva del ciclo vital. La experiencia y la exposición a los determinantes de la salud a lo largo de las diferentes etapas de la vida se acumulan, e inciden de manera clara en las personas, condicionando su nivel de salud en la edad madura y en la vejez. Estos efectos además se transmiten a las generaciones sucesivas.
- h) Principio de integralidad. Las actuaciones de promoción de la salud deben organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral de la salud y sus determinantes.
- i) Principio de evidencia. Implica tener en cuenta la evidencia científica disponible, y en su caso la experiencia demostrable, a la hora de establecer e implantar las acciones de promoción y prevención en salud.
- j) Principio de transversalidad. Implica incorporar las estrategias de promoción y prevención en todas las políticas, en los diferentes niveles de intervención, individual, local, sectorial y regional.
- k) Principio de participación. Implica actuar bajo el principio de la efectiva participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo de las políticas relacionadas con la salud pública, con especial atención a la población menor de edad y a las personas que por cuestiones sociales o de otro tipo tengan especiales dificultades para hacer valer su acción u opinión.
- l) Principio de protección de los derechos de las personas consumidoras y usuarias. Implica la efectiva protección frente a las actuaciones que por acción u omisión ocasionen riesgos o daños que puedan afectar a la salud o a la seguridad de los consumidores.







# análisis de situación



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





Esta Estrategia parte del análisis de situación para detectar necesidades y áreas de mejora que sirvan como base para la definición de los objetivos y acciones a desarrollar. Para ello, se recoge información abreviada sobre demografía y desigualdades, estilos de vida, factores de riesgos y problemas de salud, así como la evaluación de los planes y programas desarrollados.

Para ampliar la información que se muestra en este apartado, consultar los informes de evaluación de los planes PAFAE<sup>133</sup> y PIOBIN<sup>134</sup>, disponibles en la página web de la Consejería de Salud y Consumo.

## 1.- Demografía y desigualdades

Andalucía es la región más poblada de España, con 8.465.236 habitantes en 2021 (el 18% de la población nacional), con un 50,7% de mujeres y 49,3% de hombres<sup>135</sup>, 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 interior<sup>136</sup>. 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)<sup>137</sup>, y crecientemente feminizada (debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres)<sup>138</sup>.

Desde el punto de vista de la salud, interesa detenerse en algunos de los rasgos demográficos propios de nuestra comunidad: en 2021, la **esperanza de vida al nacer** en Andalucía fue de 81,4 años (78,7 para los hombres y 84,2 para las mujeres), siendo la media nacional de 83,1 años (1,7 años menos)<sup>139</sup>. Desde 1975, en Andalucía se han ganado 9 años de esperanza de vida, de ellos 2 en la última década. No obstante, se observa una disminución de la esperanza de vida debido al impacto de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad, produciéndose en Andalucía un descenso en torno a 0,8 años respecto a 2019, que fue de 82,2 años.



Otra información relevante es el indicador de **salud percibida**, apreciándose a nivel nacional una mejoría en los últimos años, pasando el grupo de quienes declaran mala o muy mala salud del 9,2% en 2009 al 7,6% en 2019, aunque en 2021 la salud percibida ha vuelto a descender, aumentando 2 décimas porcentuales quienes declaran mala o muy mala salud (el 7,8%)<sup>140</sup>. Los datos en Andalucía se mantienen estables desde 1999 a 2007 y disminuyen ligeramente a partir de 2011<sup>141</sup>, pasando así de un 4,1% en 2007 a 3,4% y 3,6% en 2011 y 2015 respectivamente. En relación con la media nacional, Andalucía se sitúa entre las comunidades con mayor prevalencia de mala salud percibida ajustada por edad, si bien las diferencias relativas no son muy apreciables<sup>142</sup>.

Los dos indicadores vistos anteriormente, se pueden tratar de manera integrada a través del indicador de **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)**. Partiendo de la situación en 1999<sup>143</sup>, la cifra era de nuevo desfavorable para Andalucía dentro del contexto español. Con 66,1 años de EVLD, se situaba 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.

Por otro lado, 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.

En relación con los últimos años, tras un descenso de las defunciones en 2019, respecto a 2018 y 2017, durante 2020 las defunciones de personas residentes en Andalucía han aumentado un 11,3%. Este aumento también se produjo en el total

nacional, y fue de un 17,9%. En 2020, las principales causas de muerte entre personas de 65 y más años fueron las enfermedades del sistema circulatorio (30,5%), los tumores (20,4%) y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (10,2%) que incluyen las defunciones por COVID-19. Para las personas de 15 a 64 años fueron los tumores (40,1%), las enfermedades del sistema circulatorio (19,2%) y las causas externas de mortalidad (10,9%)<sup>144</sup>.

Conforme a los estudios sobre la Carga Global de la Enfermedad<sup>145</sup>, que analizan el impacto de la mortalidad y la **morbilidad** combinadas, resaltar que 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.

Centrándonos en las **desigualdades**, 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<sup>146</sup>.

En el último trimestre de 2021, la **tasa de desempleo** en Andalucía era del 20,2% (821.800 personas en paro), superando la tasa nacional en 6,9 puntos porcentuales. Por sexo, sube hasta el 23,7% en la mujer y baja hasta el 17,2% en el hombre. La tasa más alta de paro se encuentra en la franja de edad de 16 a 29 años con un 31,2% y en el nivel de estudios primarios o inferior con un 29,9%<sup>147</sup>.

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 2021<sup>148</sup>, el porcentaje de población-en riesgo de pobreza o exclusión social en España aumentó al 27,8%,



desde el 27,0% de 2020, siendo Andalucía la segunda Comunidad Autónoma con el riesgo de pobreza o exclusión social más elevado (38,7%), solo superada por Extremadura con porcentaje similar.

Por otro lado, según el Informe de Evaluación de Impacto de Género del presupuesto de Andalucía para 2021<sup>149</sup>, la crisis sanitaria ha afectado a toda la población, pero también ha golpeado con más fuerza a las personas más vulnerables a nivel individual y social, que han visto reducidos sus ingresos y aumentadas sus necesidades y su pobreza. Estas **consecuencias socioeconómicas de la pandemia por COVID19** han afectado de manera diferenciada también a mujeres y hombres, abriendo más aún algunas desigualdades ya existentes, entre otros aspectos debido a la mayor demanda de cuidados y conciliación que todavía recae principalmente en las mujeres.

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 el nivel de estudios. Si hablamos de educación física se observa un claro patrón de menor sedentarismo y mayor frecuencia de actividad física regular a medida que aumenta el nivel de estudios, de ingresos o de clase social. 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 más adelante.

Además de las desigualdades socioeconómicas 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 evitables<sup>150</sup>. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, debido a menores niveles de educación, salarios más bajos, mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo

parcial, y dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar. Así mismo, 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, así como a comportamientos de riesgo diferentes.

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 ciudades y pueblos, sus condiciones de habitabilidad y por tanto la salud de la ciudadanía.

En 2020, el **tamaño medio del hogar** en Andalucía se situó en 2,58 personas. Los hogares más frecuentes fueron los formados por dos personas, con un 28,6% del total. Le siguieron los unipersonales con un 24,2%, los de tres personas con un 20,9%, los de cuatro personas con un 19,8% y los de cinco o más personas con un 6,4%<sup>151</sup>. Se estima que en los próximos años ganarán peso los hogares unipersonales y los del tipo pareja sin hijos. Este comportamiento está vinculado al proceso de envejecimiento que progresivamente engrosa el volumen de población mayor y, en consecuencia, a las situaciones más comúnmente asociadas con este colectivo como son la emancipación de sus hijos y la viudedad<sup>152</sup>.



## 2- Estilos de vida y percepción de bienestar

A continuación, se aporta una breve información sobre los hábitos y comportamientos que inicialmente se priorizan en esta Estrategia: alimentación, actividad física, sueño, bienestar emocional, sexualidad y uso de TRIC.

Resaltar por su relevancia las dos fuentes principales de información utilizadas para abordar los hábitos de vida y posteriormente los factores de riesgo relacionados: en primer lugar, las Encuestas Andaluzas de Salud, en adelante EAS<sup>153</sup>, que efectúa la Consejería de Salud y Consumo, 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 en segundo lugar, las Encuestas Nacionales de Salud de España, en adelante ENSE<sup>154</sup>, que realiza el Instituto Nacional de Estadística.

### 21.- Hábitos de alimentación

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en la dieta de los hogares, influyendo de manera desigual en las diferentes clases sociales. La transición alimentaria en la que se encuentran las sociedades occidentales determina 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<sup>155</sup>

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, legumbres y hortalizas. Estas pautas de consumo difieren entre los distintos grupos de edad, afectando más a la población infantil, con mayor influencia de la publicidad existente sobre alimentos y bebidas no precisamente saludables.

#### Lactancia materna

Comenzando por la lactancia materna, que es un factor protector del exceso de peso en la infancia, además de ayudar a la recuperación del peso de las madres en el periodo puerperal, las diferentes Encuestas Andaluzas de Salud (EAS) 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 de pecho.

Asimismo, teniendo en cuenta los seis primeros meses de vida, el 30,3% de los menores de 16 años tuvieron lactancia materna exclusiva y el 56,5% la tuvieron exclusiva o mixta (EAS 2015/16).

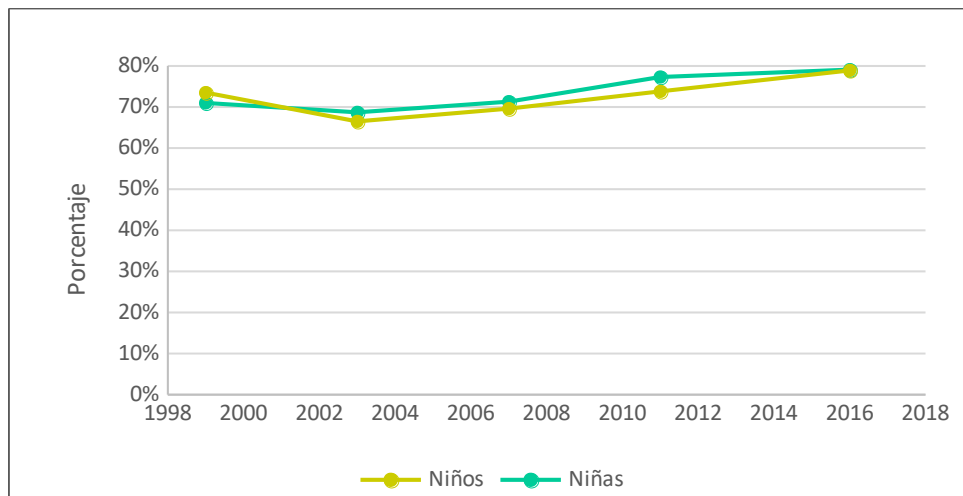
Estos datos, basados en el recuerdo de las madres, tienen una calidad relativa.

#### Consumo de fruta y verduras

En cuanto al consumo de fruta y verduras, que se considera un factor que ayuda a mantener un peso saludable, los datos de las sucesivas EAS 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”, llegando al 79% en 2015/16, con porcentajes muy similares en ambos sexos (Gráfico 1).



Gráfico 1. Consumo de fruta o verdura “al menos 5 veces por semana” por sexo en población de 2 a 15 años. 1999-2015/16.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PIOBIN

Asimismo, teniendo en cuenta el consumo exclusivo de verduras, este porcentaje baja al 54,8% (EAS 2015/16).

En cuanto al nivel de estudios de los progenitores, se observa que en la EAS 2015/16, los hijos de padres con estudios universitarios continúan obteniendo el valor más alto, como ya venía ocurriendo en anteriores EAS, pero los hijos/as de progenitores sin estudios han sido los que han evolucionado más favorablemente. Así pues, el consumo de verduras y hortalizas al menos 3 veces por semana es de un 76,2% en el nivel de estudios primario, de un 70,6% en el secundario y de un 80% en el universitario. Por otro lado, se observa un ligero descenso según aumenta el nivel de ingresos (hasta 999€: 76,1%; 1000-1499: 72,5%; 1500-2499: 71,8%; +2500€: 69,6%). En 1999 sólo el 59,4% consumía fruta o verdura “al menos 5 veces a la semana” y en 2015/16 el porcentaje sube al 78%. Estos 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.

Si nos centramos en población adulta, aunque en base a la última EAS el 82% de la población andaluza mayor de 15 años consume fruta fresca “al menos tres veces por semana” y el 73%

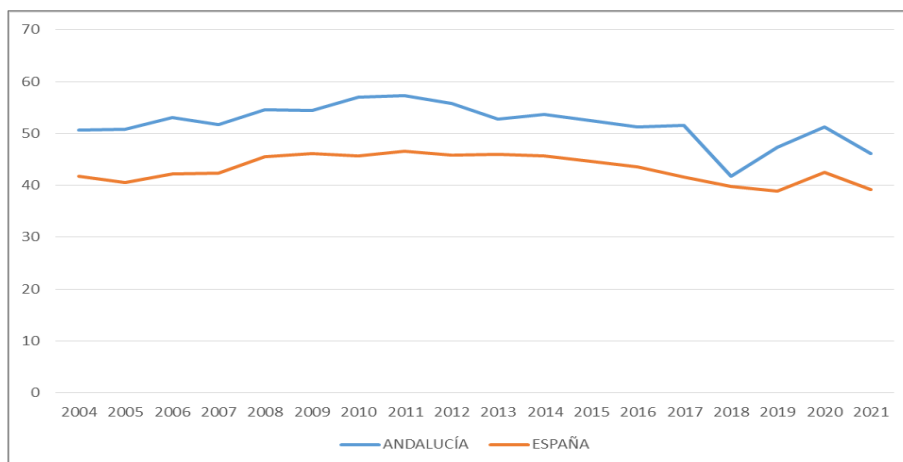
verduras y hortalizas, tras un periodo de incremento inicial, en 2015/16 vuelve a descender el consumo en el total de la población adulta, sin grandes diferencias entre sexos ni niveles educativos y de ingresos.

### Consumo de refresco y comida rápida

Según información del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación<sup>156</sup>, en 2021 se consumieron en los hogares de Andalucía 46,2 litros de gaseosas y bebidas refrescantes por persona y año (media de consumo en España de 39,2 litros por persona). El dato corresponde a la población general, pero es significativo porque los refrescos son muy populares entre niños/as y adolescentes. El consumo per cápita en España cierra el año 2021 con una caída del 7,8 % con respecto al año 2020, el equivalente a realizar una ingesta de 3,29 litros menos por persona y año. Hay que tener en cuenta la subida del IVA en España para las bebidas azucaradas y edulcoradas, que entró en vigor en 2021 y que supuso la subida del 10 al 21 %. El consumo más elevado en Andalucía que en España, se viene manteniendo a lo largo de toda la serie como puede observarse a continuación (Gráfico 2).



Gráfico 2. Consumo de gaseosas y bebidas refrescantes en Andalucía y en España. Consumo per cápita en los hogares en litros por persona y año. 2004-2021.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Elaboración: PIOBIN

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017 también indica que el porcentaje de población de más de 1 año de Andalucía que consume refrescos con azúcar a diario es del 17,1%, casi el doble que el encontrado en España (9,1%).

Respecto al consumo de comida rápida, también según la ENSE de 2017, el porcentaje de personas mayores de 1 año que consumen comida rápida a diario en Andalucía es de un 1,6 %, dos décimas por encima del porcentaje en España. El porcentaje sube al 8,3 % para el consumo de tres veces o más a la semana, y al 34,7 % para el consumo de una o dos veces a la semana.

Asimismo, según datos de la EAS 2015/16, el 10,4% de los andaluces mayores de 16 años toman comida rápida tres o más veces por semana, siendo este porcentaje mayor en hombres que en mujeres y menor conforme aumenta la edad.

## 22- Actividad física

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, influyendo de manera desigual en las diferentes clases sociales. Entre otros inconvenientes, las familias más desfavorecidas no gozan del efecto, internamente igualador, de los servicios privados cuando la oferta pública no es suficiente<sup>157</sup>.

En la población infantojuvenil el nivel de ejercicio físico es bajo, siendo especialmente más preocupante entre las niñas. El hecho que “los niños y niñas se hayan retirado de la calle”, no solo supone la pérdida de posibilidades para el movimiento autónomo, sino que además impide la importante experiencia del juego y las relaciones sociales y 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.

### Sedentarismo

Según datos de la EAS, la evolución del sedentarismo es desfavorable en los últimos años, especialmente en la encuesta de 2015/16 en la que se detecta que el 44,6% de la población andaluza de 2 a 15 años dedica 2 o más horas diarias a ver la

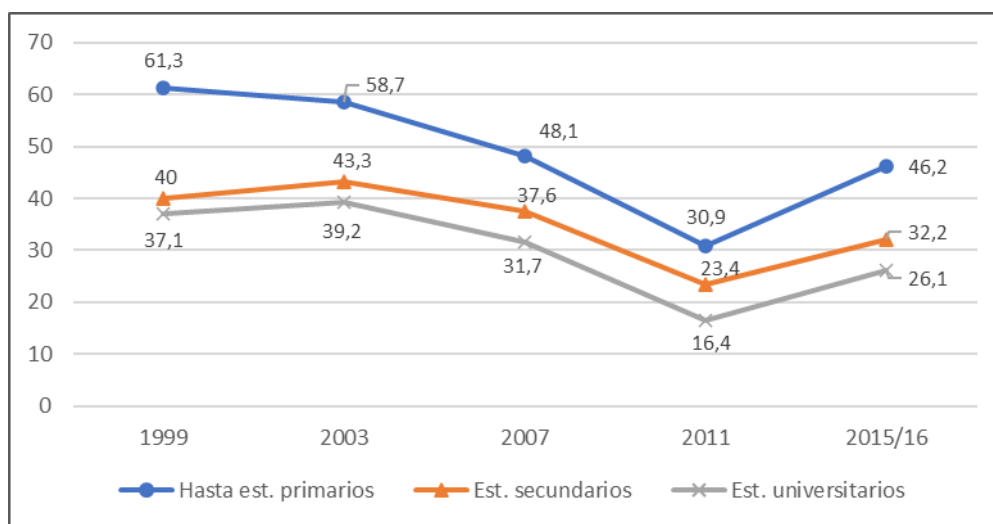


televisión, subiendo ligeramente dicho porcentaje al 45% en el caso de los niños y bajando al 44,2% en el caso de las niñas. Los porcentajes aumentan con la edad en ambos sexos. No se observa un gradiente claro según el nivel de estudios de los progenitores, pero los descendientes de padres o madres con estudios universitarios ven menos la TV que aquellos que tienen padres sin estudios. Por otra parte, el sedentarismo en el tiempo libre en población menor de 16 años disminuye conforme aumenta el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a (primario: 46,2%; secundario: 32,2%; universitario: 26,1%), los

ingresos del hogar (hasta 999€: 45%; 1000-1499: 36,9%; 1500-2499: 32,4%; +2500€: 27,3%) o la clase social (I y II: 29%; III: 31,4%; Resto: 39,9%).

En relación con el porcentaje de personas adultas sedentarias en su tiempo libre, aunque este se redujo en un primer periodo, volvió a aumentar en 2015/16, tanto en hombres como en mujeres, siendo el incremento mayor en los niveles más bajos de estudios (14 puntos más que en el nivel de estudios secundarios), al igual que ocurre con la clase social y los niveles de renta, con comportamientos similares (Gráfico 3).

Gráfico 3. % de sedentarismo en tiempo libre de la población andaluza mayor de 15 años, por nivel de estudios. 1999-2015/16.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PAFAE

También la ENSE de 2017 arroja datos preocupantes para Andalucía sobre sedentarismo. El 75,7% de la población de 1 a 14 años ve 1 hora o más la TV en días laborables y el 83,0 % lo hacen durante los fines de semana. Los datos están algo por encima de la media nacional, 73,87% y 82,62% respectivamente. Y 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.

En cuanto a los resultados de la EAS 2015/16, casi un 20% de la población andaluza menor de 16 años

no practica ejercicio físico en su tiempo libre, porcentaje significativamente mayor en niñas que en niños (22,3% y 17,2%, respectivamente), en menores de 4 años (60%) y en los niveles de estudios más altos (padre, madre, tutor/a) de Bachiller / FP II y Universitarios (22,6% y 24,9%, respectivamente, frente al 16,7% de EGB / ESO / FP I).

## Ejercicio físico

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



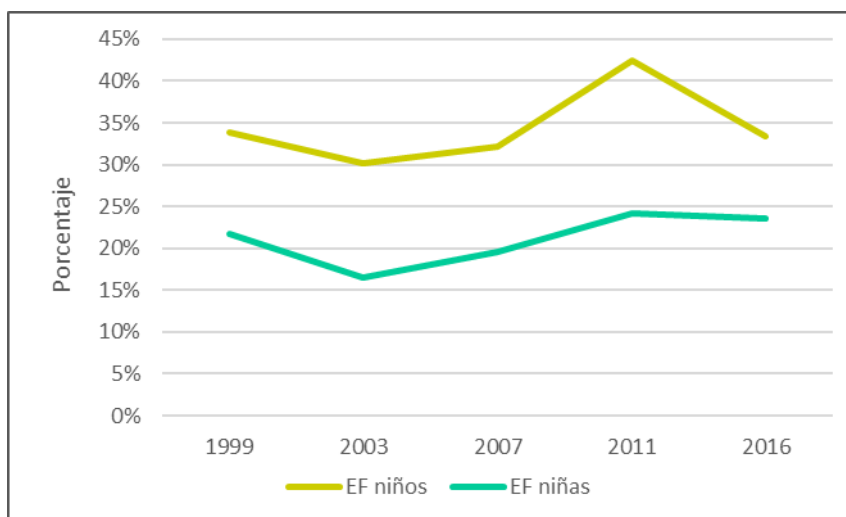


menores dado que no se dispone de información obtenida a través de mediciones objetivas de la actividad física.

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

Entre niños y niñas la tendencia es desfavorable, especialmente en la última EAS. 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 (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de la población de 2 a 15 años de Andalucía que realiza ejercicio físico “regularmente o varias veces a la semana”. 1999-2015/16.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PIOBIN

En la última EAS de 2015/16 se observa que la actividad física va aumentando con la edad tanto en niños como en niñas, siendo el grupo poblacional que presenta mayor nivel de actividad 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 2015/16 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 al 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. En relación con la EAS 2015/16, el 25,4% de los menores de 16 años andaluces practica ejercicio físico de manera regular en el tiempo libre, mostrando importantes diferencias según sexo (30,2% en niños y 20,5% en niñas) y no tanto según los estudios de los progenitores



(26,3% en estudios universitarios, 24,9% en secundarios y 25,2% en primarios).

En cuanto al nivel de actividad física de la población adulta, resaltar que el 60,5 % de la población andaluza entre 16 y 69 años (EAS 2015/16) declara realizar actividad física de nivel alto o moderado (por ejemplo, como mínimo, 3 días de actividad física vigorosa de 20 minutos/día o 5 días de caminatas de 30 minutos/día), 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.

Si se comparan los datos de Andalucía con los del resto de territorio nacional haciendo uso de la ENSE de 2017, el nivel de actividad física alto o moderado de la población adulta es mayor en el conjunto de España, con una diferencia de 7,5 puntos porcentuales.

Asimismo, según datos de la EAS 2015/16, el 18,1% de la población andaluza mayor de 16 años practica ejercicio físico en su tiempo libre de manera regular o varias veces por semana, porcentaje significativamente mayor en hombres que en mujeres, en personas menores de 30 años y en aquellas con estudios universitarios.

## 23.- Hábitos de sueño

Según datos de la EAS 2015/16, un 67,4% de población infantil menor de 16 años duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española del Sueño, con una media de 9,6 horas diarias, sin diferencias significativas entre niños y niñas. Según el grupo de edad, cuanto más pequeño, mayor tiempo dedicaban a dormir (11,3 horas diarias para menores de 0 a 2 años de media y 8,8 horas diarias para los niños de 12 a 15 años. Además, el tiempo dedicado a dormir aumenta significativamente conforme aumenta el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a.

En cuanto a la población adulta mayor de 15 años, un 74,5% duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño. El número medio de horas de sueño es de 7,4, observándose un valor significativamente mayor en hombres que en mujeres (7,5 y 7,3, respectivamente) y en población menor de 30 años (7,8).

Por otra parte, un 79,1% de la población adulta afirmó descansar lo suficiente con el sueño realizado, siendo este porcentaje significativamente superior en hombres que en mujeres (84,5% y 73,9%, respectivamente) e inferior en población de 45 a 64 años (76,8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Calidad del sueño en población andaluza mayor de 15 años. 2015/16.

% DE PERSONAS A LAS QUE LAS HORAS DE SUEÑO LES PERMITEN DESCANSAR LO SUFICIENTE		
Sexo	Hombre	84,5 %
	Mujer	73,9 %
Grupos de edad	16-29 años	81,1 %
	30-44 años	79,5 %
	45-64 años	76,8 %
	65 y más años	80,3 %
TOTAL		79,1 %

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia



## 2.4.- Percepción de calidad de vida y de bienestar emocional

Es muy reciente la incorporación de cuestiones relacionadas con la percepción subjetiva de bienestar emocional, más allá de la mirada tradicional a la salud mental, muy vinculada a la presencia o ausencia de enfermedades mentales y sus manifestaciones.

En la EAS 2015/16 para población infantil se incluyen varias preguntas sobre bienestar emocional destinadas a menores de entre 8 y 15 años y a sus padres o tutores (se pregunta a ambos). En torno al 94% de la población

encuestada manifiesta sentirse casi siempre o siempre satisfecha con su vida, alegre y feliz en casa, siendo este porcentaje coincidente entre lo manifestado por la población menor y sus padres o tutores (los porcentajes de las seis variables analizadas oscilan entre el 92 y el 96%).

En cuanto a la población adulta mayor de 15 años, en la EAS 2015/16 se incluye una pregunta sobre felicidad en base a una escala de 0 a 10 (de menor a mayor grado de sentimiento de felicidad), observándose las puntuaciones medias más altas en la franja de edad entre 16 y 24 años (7,6) y las puntuaciones más bajas (hasta 6,1) en la población mayor de 74 años. Por sexo, resaltar que las mujeres puntúan algo más bajo que los hombres, salvo en la franja de edad de 45 a 54 años (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de felicidad de la población andaluza mayor de 15 años.

Franja etaria	¿EN QUE MEDIDA SE CONSIDERA UNA PERSONA FELIZ O INFELIZ? Escala de 0 a 10, donde 0 significa completamente infeliz y 10 completamente feliz		
	Puntuación media Hombre	Puntuación media Mujer	Puntuación media TOTAL
16-24 años	7,9	7,3	7,6
25-44 años	6,6	6,6	6,6
45-54 años	6,3	6,4	6,4
55-64 años	6,8	6,4	6,6
65-74 años	6,7	6,1	6,4
75 y más años	6,2	5,9	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2015. Elaboración propia

Si se analizan las puntuaciones más altas de la mencionada escala (9 o 10), se observa que un 28,7% de la población andaluza mayor de 16 años se consideró completamente felices, observándose un porcentaje significativamente más alto en hombres que en mujeres (30,3% y 27,2%, respectivamente).

Asimismo, se cuenta con datos recientes de percepción del bienestar emocional de la Encuesta de Educación y Transiciones al Mercado Laboral en Andalucía, que el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) ha realizado en 2018 con una cohorte de población entre 22 y 23 años<sup>158</sup>. El 86% de la población encuestada se ha sentido orgulloso/a de sí mismo buena parte del tiempo, casi todo el tiempo o siempre durante la

última semana; el 81% se ha sentido feliz; el 70% ha sentido que disfruta de la vida; el 69% se ha sentido optimista respecto a su futuro; el 59% se ha sentido rebosado de energía; y el 56% se ha sentido tranquilo/a y relajado/a.

Asimismo, el índice medio de la calidad de vida relacionada con la salud de los niños de 8 a 15 años, recogido por el cuestionario Kidscreen (EAS 2015/16), fue de 50,3, no mostrando diferencias por sexo, aunque sí por edad (51,2 para población entre 8 y 11 años frente a 49,4 en menores de 12 a 15 años) y nivel de estudios de sus progenitores (51,7 de universitarios frente a 49,9 del nivel más bajo de estudios)

En cuanto a la población adulta mayor de 15 años, el valor medio del índice de calidad de vida



relacionada con la salud en su componente física, recogido por el cuestionario SF-12 (EAS 2015/16), fue de 52, observándose diferencias por sexo, edad y nivel de estudios. Son los hombres (52,8), la población menor de 30 (55,8) y la población con estudios universitarios (54,6) la que muestra mayor valor medio del índice. Respecto al componente mental, el índice de calidad de vida relacionada con la salud fue de 50,9, observándose diferencias similares por sexo y edad.

## 25.- Percepción sobre la salud sexual

No existen muchos datos representativos sobre sexualidad desde una perspectiva positiva. Según una encuesta poblacional realizada en España en 2009 sobre salud sexual con población mayor de 15 años de ambos sexos<sup>159</sup>, en la que se incluyó por

primera vez esta mirada, el 73,8% de los hombres y el 79,2% de las mujeres consideraban que sus vivencias sexuales tenían la finalidad principal de buscar comunicación, placer, afecto, ternura e intimidad; y solo el 16,3% de los hombres y el 7,6% de las mujeres manifestaban que sus vivencias sexuales tenían la finalidad principal de buscar placer y satisfacer el deseo.

Asimismo, el 77,4% de los hombres y el 61,3% de las mujeres manifestaban que la sexualidad ocupaba un lugar muy importante o bastante importante en su vida, observándose el porcentaje más alto en ambos sexos en la franja de edad entre 25 y 44 años (86,8%) y el más bajo (hasta el 30,5%) en la población mayor de 64 años. Resaltar que, a partir de los 45 años, las diferencias entre hombres y mujeres se hacen mayores, llegando a duplicar el % de hombre respecto al de mujeres en la población mayor de 64 años (Tabla 3)

Tabla 3. Importancia de la sexualidad en la vida de la población española mayor de 15 años.

Franja etaria	¿LUGAR QUE OCUPA LA SEXUALIDAD EN SU VIDA? Escala: Muy importante, bastante importante, poco importante y nada importante		
	% Hombre (muy importante o bastante importante)	% Mujer (muy importante o bastante importante)	% TOTAL (muy importante o bastante importante)
16-24 años	78,8	70,2	74,6
25-44 años	88,5	84,9	86,8
45-64 años	80,7	57,1	68,8
Igual o mayor de 65 años	43,0	21,3	30,5
<b>TOTAL</b>	<b>77,4</b>	<b>61,3</b>	<b>69,2</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Observatorio de Salud de las Mujeres y Centro de Investigaciones Sociológicas. Elaboración propia

Más recientemente, el Instituto de las Mujeres, dependiente del Ministerio de Igualdad, ha publicado el informe “La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación”<sup>160</sup>, que incide sobre los aspectos que más preocupan a las mujeres jóvenes de 18 a 25 años en España y que muestra el cambio experimentado en la manera que entienden la sexualidad, en cuanto a apertura, diversidad y autoconocimiento sexual.

Respecto a los datos obtenidos a partir de más de 1.500 entrevistas realizadas en 2019 a mujeres jóvenes de 18 a 25 años, hay que destacar que la valoración de la satisfacción con la propia vida

sexual de las jóvenes se sitúa en un 6,6 sobre 10. La mitad de las mujeres, un 57,7%, afirma haber tenido sexo con otra persona sin apetito o deseo sexual, una conducta asociada al placer de la pareja más que al suyo propio.

Por otro lado, la edad media de la primera experiencia sexual con penetración está en los 16,7 años, siendo esta la práctica sexual más extendida entre las mujeres jóvenes (74,6%), por encima de la autoestimulación (66,5%), y en torno a la mitad de las mujeres de entre 18 y 25 años declara haber consumido pornografía en internet, situándose la edad media de su consumo en los 15,5 años.



El informe concluye que el porno online se convierte en un espacio de socialización y “escuela sexual” que, particularmente durante la adolescencia y primera juventud, supone un riesgo para la configuración de nociones y expectativas sobre la sexualidad. Cuando experimentan dudas e inquietudes sobre sexo las mujeres jóvenes acuden, fundamentalmente a amistades (32,5%) o Internet (24,9%), poniendo nuevamente de relieve la importancia del entorno digital en el desarrollo de la sexualidad de las personas jóvenes y los consiguientes riesgos de desinformación que conlleva.

En Andalucía, la referencia poblacional más actual sobre conducta sexual la encontramos en la Encuesta Andaluza de Salud, pero limitada al uso de métodos anticonceptivos. En 2015, el 56,4% de la población adulta residente en Andalucía afirmó no utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones de pareja (no usan ni ellos ni ellas) y en el caso de usarlo, el método elegido con diferencia fue el preservativo (lo declaran el 23,6 % de las personas encuestadas). Se observa menor uso de métodos anticonceptivos en la población más desfavorecida socialmente.

También se cuenta con los datos sobre salud sexual referidos a la población joven andaluza en base al estudio HBSC realizado en 2018<sup>161</sup>. En este estudio se destaca que el 33,7% de las chicas entre 15 y 18 años y el 42,7% de los chicos de esa edad ha mantenido alguna vez relaciones sexuales completas, entendiendo por ello las relaciones coitales. El 69,3% de las chicas y el 79% de los chicos usaron el preservativo en su última relación sexual, un dato que ha ido en descenso en cada una de las últimas ediciones de este estudio, a excepción de este último de 2018, donde aumentan ligeramente. Asimismo, en base a otro estudio realizado con metodología cualitativa<sup>162</sup>, resaltar que la población joven andaluza comparte la convicción de que lo saben todo, tienen experiencia y son inmunes a los riesgos, y que la conocida como “marcha atrás” está muy generalizada en las relaciones coitales<sup>163</sup>.

## 2.6.- Uso de TRIC

Según un estudio realizado por UNICEF<sup>164</sup> entre 2020 y 2021 en el que han participado más de 50.000 niños, niñas y adolescentes españoles entre 11 y 18 años, la inmensa mayoría (94,8%) tiene móvil, siendo la edad media de acceso al primer móvil los 11 años; más de la mitad (58%) duerme con el móvil en la habitación y el 21% se conecta a partir de medianoche todos o casi todos los días; el 31,6% pasa más de cinco horas al día conectado a internet entre semana, aumentando esta cifra al 49,6% durante el fin de semana; y el 9,2% ha sufrido ciberacoso en algún momento de su vida. En base a este Estudio, un 33% de adolescentes estaría desarrollando un uso problemático de internet y de las redes sociales, siendo este porcentaje mayor entre las chicas e incrementándose significativamente a partir de los 14 años.

En Andalucía, tomando como referencia la EAS 2015/16, a falta de contar con datos sobre el uso de aparatos electrónicos (previsto en la nueva encuesta), la información se limita a la televisión, observándose que el 90,4% de la población andaluza menor de 16 años la ve todos o casi todos los días. No obstante, la última Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares de Andalucía realizada en 2019<sup>165</sup>, aporta los siguientes datos: el 63,9% de la población menor de 10 a 15 años dispone de teléfono móvil, siendo este porcentaje mayor en mujeres (68,1%) que en hombres (60%), y el 90,7% de menores ha utilizado internet en los últimos 3 meses, siendo en este caso mayor el porcentaje en hombres (91,5%) que en mujeres (89,9%)

En cuanto a la población adulta, siguiendo con los datos de la encuesta andaluza sobre equipamiento y uso de tecnologías en hogares de 2019, el 77,4% de la población entre 16 y 74 años ha utilizado Internet diariamente (al menos 5 días por semana) en los últimos 3 meses, siendo este porcentaje mayor en mujeres (79,7%) que en hombres (75,2 %). El uso de TRIC está directamente relacionado con el nivel de estudio; a mayor nivel de estudios, mayor uso de TRIC (Tabla 4).



Tabla 4. Porcentaje de personas adultas que ha utilizado Internet diariamente (al menos 5 días por semana) en los últimos 3 meses en Andalucía

Nivel de estudios terminados	% TOTAL
Analfabeto y educación Primaria	39,9
Primera etapa de la educación Secundaria y similar	78,9
Segunda etapa de la educación Secundaria y similar	87,2
Formación Profesional de Grado Superior	87,9
Formación universitaria	92,6
<b>TOTAL</b>	<b>77,4</b>

Fuente: Encuesta sobre equipamiento y uso de TIC en los hogares de Andalucía. Año 2019. Consejería de Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa, Junta de Andalucía.

### 3.- Epidemiología del sobrepeso y la obesidad

Como ya se ha comentado, cuatro categorías de enfermedades (las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes) son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles y constituyen el objetivo prioritario del plan de acción de la OMS para la prevención y el control de éstas<sup>166</sup>. Esos cuatro tipos de enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que abordan factores de riesgo comunes, como son el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como mediante una detección y un tratamiento temprano.

Del impacto negativo de estos factores de riesgo, nos centramos en el exceso de peso, al ser un problema de salud directamente relacionado con dos de los hábitos saludables que con más ahínco se promueven desde esta estrategia: la alimentación saludable y la actividad física.

La pandemia de obesidad, junto con la de malnutrición y del cambio climático forma parte de lo que ahora se llama una sindemia global<sup>167</sup>. La sinergia entre estas epidemias, que ocurren en los mismos lugares y al mismo tiempo, interaccionan unas con otras produciendo complejas secuelas y comparten un sistema causal común.

La OMS viene alertando con preocupación del incremento sostenido de la obesidad en el mundo<sup>168</sup>. Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado, llegando a 2016 a nivel mundial con 41 millones de niños menores de cinco años y 340 niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad. En cuanto a la población adulta, más de 1.900 millones de personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones padecían obesidad (39% de sobrepeso y 13% de obesidad en personas adultas).

#### Sobrepeso y obesidad en la población infantil de Andalucía

Una perspectiva a lo largo de todo el ciclo vital puede mejorar la comprensión de la obesidad infantil. El exceso de peso en la gestación es un problema preocupante, tanto para la salud de la madre como para su descendencia. Desde hace unos años se viene consultando el IMC de las gestantes andaluzas en la primera consulta del Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, mostrando los datos de 2021 un exceso de peso del 48,4 % (28,4% de sobrepeso y 20% de obesidad). Hay que tener en cuenta que estos datos se han obtenido únicamente de las gestantes que utilizan los servicios sanitarios públicos<sup>169</sup>.

Andalucía tiene prevalencias de exceso de peso (sobrepeso más obesidad infantil) 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 de España (ENSE)

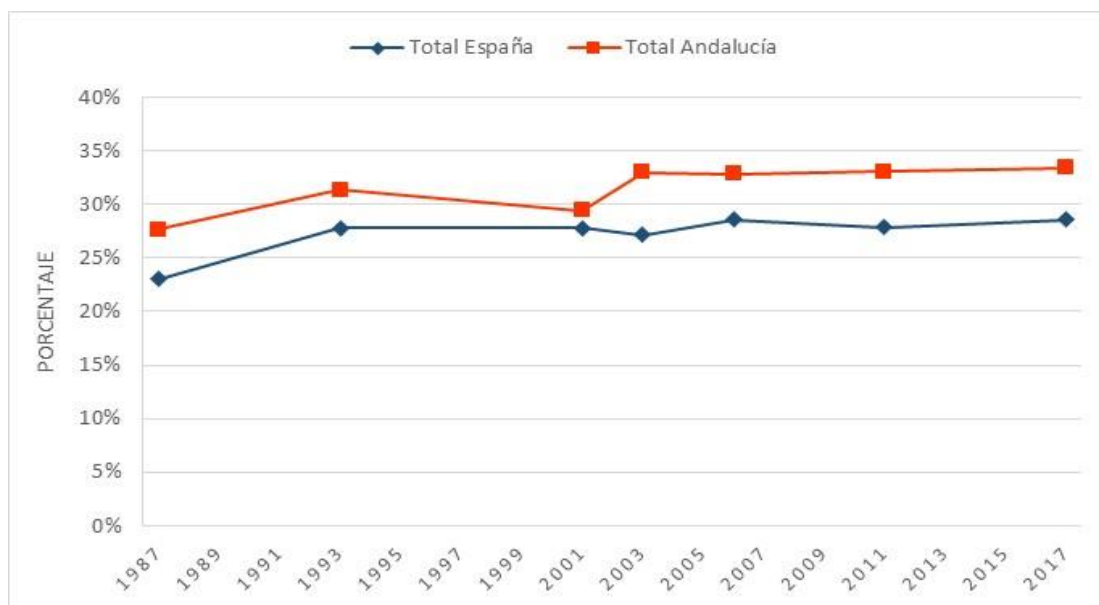


(1987-2017) con datos del Índice de Masa Corporal (IMC) informados por las familias.

En 2017, el sobrepeso y la obesidad infantil en España afectaban 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.

Gráfico 5. Sobrepeso más obesidad infantil en población de 2-17 años. Comparación Andalucía-España. 1987-2017.

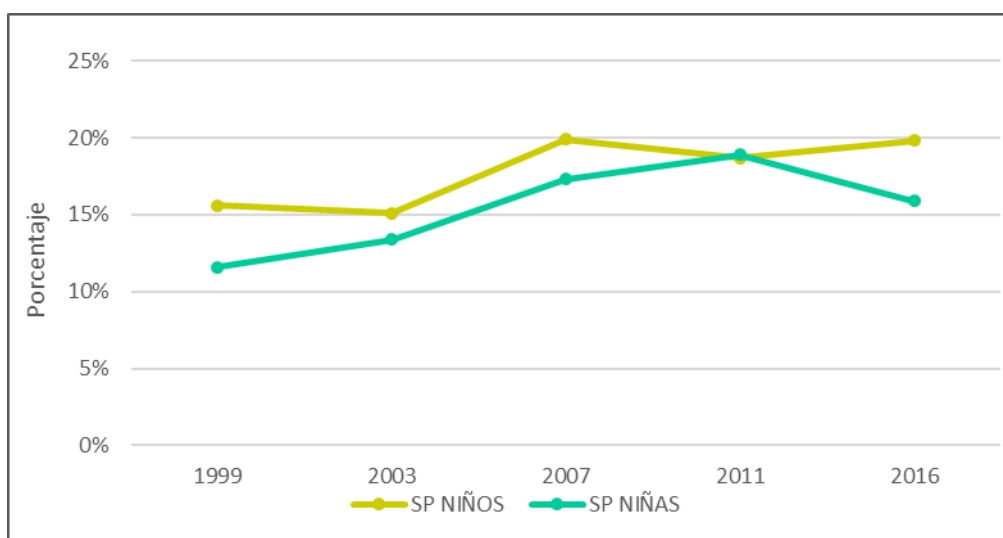


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España. Elaboración: PIOBIN

Teniendo en cuenta las sucesivas Encuestas Andaluzas de Salud entre 1999 y 2015/16, igualmente con datos facilitados por las familias, la evolución de la epidemia de exceso de peso en población de 2 a 15 años en nuestra comunidad ha sido la siguiente: en cuanto al sobrepeso aislado

(sin incluir obesidad) la tendencia 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.

Gráfico 6. Evolución del sobrepeso según sexo en población de 2 a 15 años. 1999-2015/16.



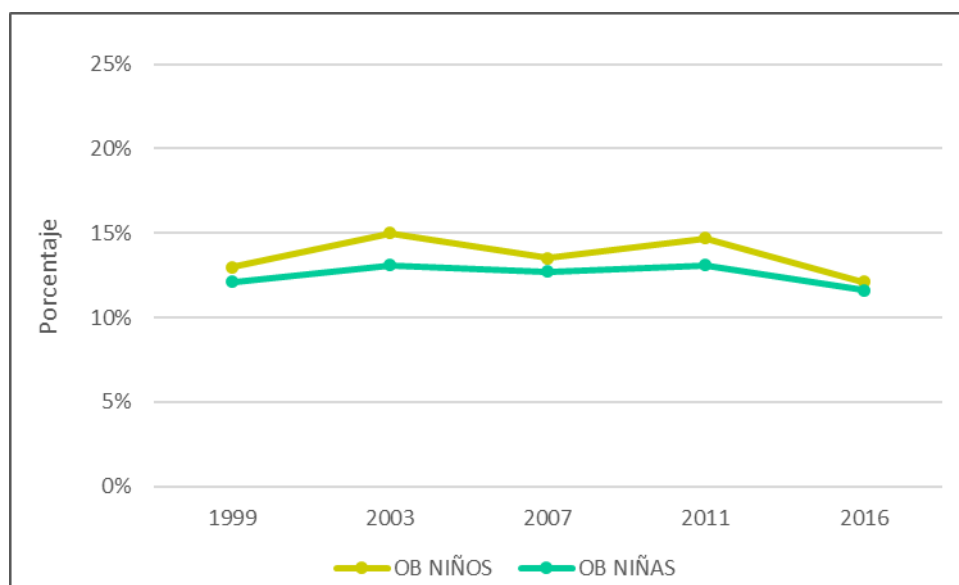
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PIOBIN



Los datos de obesidad han sido más estables en el conjunto de las encuestas y en las dos últimas (2011-2015/16), 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).

Gráfico 7. Evolución de la obesidad según sexo en población de 2 a 15 años. 1999-2015/16.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PIOBIN

En 2011 por primera vez se realizaron medidas antropométricas (peso y talla) en la Encuesta Andaluza de Salud. 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%.

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 (EAS) realizada en 2015/16 en población de 2 a 15 años y con los datos del Estudio ALADINO Andalucía 2019 en escolares de 6 a 9 años<sup>170</sup>.

Por un lado, las cifras de la EAS muestran una 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.

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.

Por otro lado, los últimos datos disponibles del Estudio ALADINO Andalucía 2019 realizado en escolares de 6 a 9 años, muestran que la epidemia del exceso de peso en Andalucía en esta franja de edad parece estabilizada en la última década, aunque todavía presenta niveles más elevados que el conjunto de España. Los datos de 2019 muestran una prevalencia de sobrepeso en Andalucía del 22,4% en población infantil de 6 a 9 años (21,2% en niños y 23,7% en niñas) y una prevalencia de





obesidad del 20,3% (21,9% en niños y 18,8% en niñas).

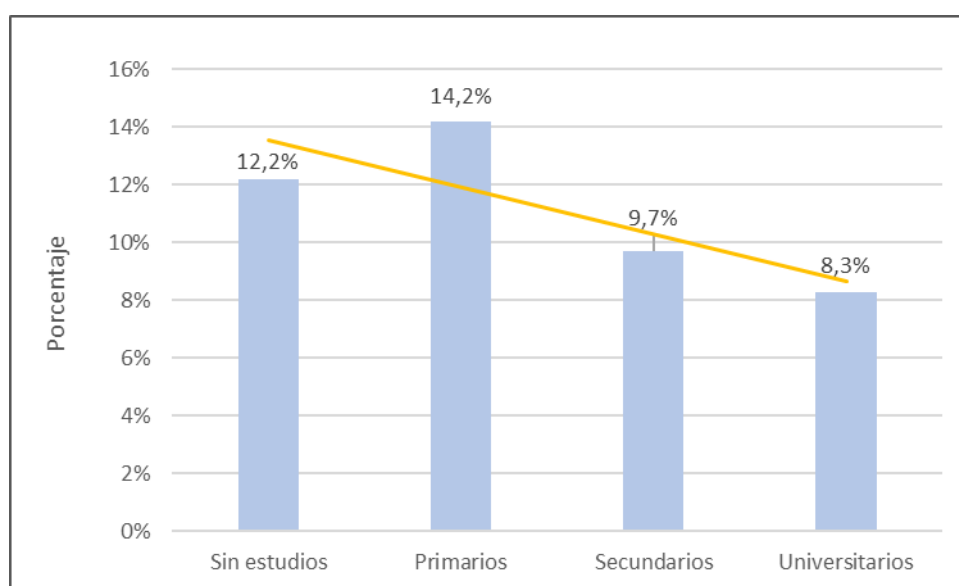
En cuanto a la percepción de los progenitores respecto al posible problema de exceso de peso de sus hijos/as, según la EAS 2016 un 8,3% de los progenitores perciben el peso de su hija/o 'bastante o algo mayor de lo normal' en relación con su altura, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo o nivel de estudios, aunque sí según edad, donde el porcentaje de percepción 'menor de lo normal' es superior en el grupo de edad de 12 a 15 años (8,7% frente al 5,3% en 8-11, 3,3% en 4-7 y 2,5% en 0-3 años).

Así mismo, según los datos del Estudio ALADINO Andalucía 2019, los progenitores infraestiman de forma importante el exceso de peso infantil. Los

datos muestran que el 90,6% de los progenitores de menores de 6 a 9 años con sobrepeso consideran que sus hijos/as tiene un peso normal, descendiendo este porcentaje al 43,3% en el caso de hijos/as con obesidad. Esta percepción distorsionada es más frecuente si alguno de los progenitores tiene exceso de peso, si el hogar tiene un menor nivel de estudios o de ingresos o si el hijo es varón. Una de las principales dificultades que conlleva una percepción inadecuada del exceso de peso infantil es que se minimiza el problema y se retrasa su abordaje.

Por otro lado, al analizar la prevalencia de obesidad según el nivel educativo de los padres, se identifica un gradiente relacionado con este. Los hijos/as de padres con estudios universitarios presentan las tasas más bajas de obesidad.

Gráfico 8. Prevalencia de obesidad en población de 2-15 años según el nivel de estudios de los padres. 2015/16.



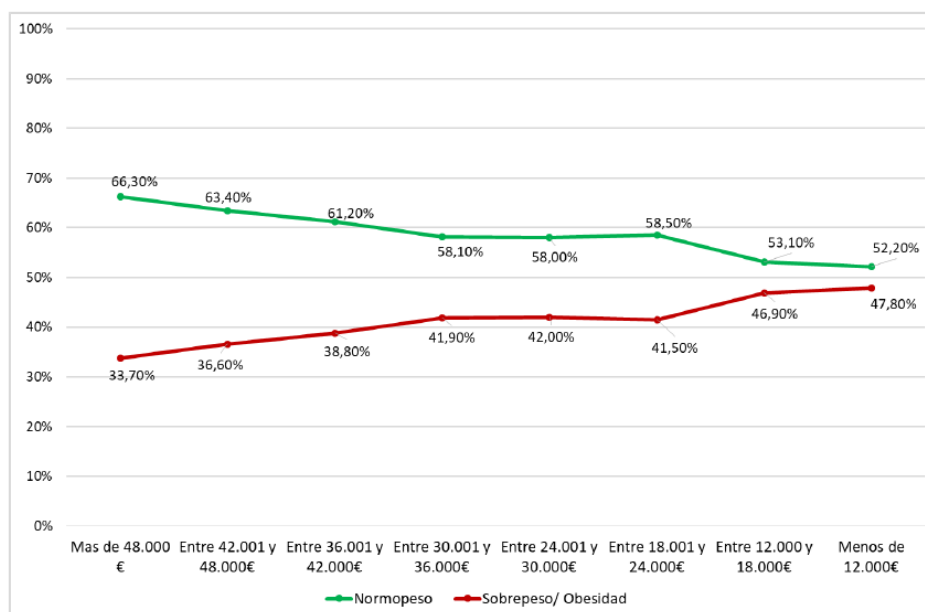
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: PIOBIN

Con respecto al nivel socioeconómico, en el Estudio Aladino Andalucía 2019 se analizó la posible asociación entre la situación ponderal de los/as escolares de 6 a 9 años y el nivel socioeconómico autodeclarado de las familias participantes. Según se desprende de los datos, el porcentaje más alto de obesidad (25%) se observa en las familias con un nivel de ingresos más bajo,

mientras que las que se encuentran en los intervalos de rentas más altas los porcentajes de obesidad se mantienen en torno al (14%). Utilizando las categorías de normopeso y exceso de peso (sobrepeso + obesidad), se puede observar en el siguiente gráfico como a medida que los ingresos disminuyen, el porcentaje de exceso de peso es mayor y el de normopeso menor.



Gráfico 9. Prevalencia de normopeso y exceso de peso en escolares andaluces de 6 a 9 años, según el nivel de ingreso autodeclarado de las familias. 2019



Fuente: Estudio Aladino Andalucía 2019. Encuesta Andaluza de Salud Pública. Elaboración: PIOBIN

## Sobrepeso y obesidad en la población adulta de Andalucía

Andalucía tiene prevalencias de obesidad en la población adulta mayor de 17 años más elevadas que el conjunto de España según la información obtenida de las ENSE (2006-2017) con datos de IMC declarado<sup>2</sup>. En 2017, siendo los porcentajes de sobrepeso similares (37,4% en Andalucía y 37,1% en España), los de obesidad son 3,6 puntos porcentuales mayores en Andalucía que en España (21% y 17,4% respectivamente).

Si observamos la evolución del IMC en las tres ENSE, 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 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 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población adulta igual o mayor de 18 años. Comparación Andalucía-España. 2006-2017.

	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 de España. Elaboración propia.

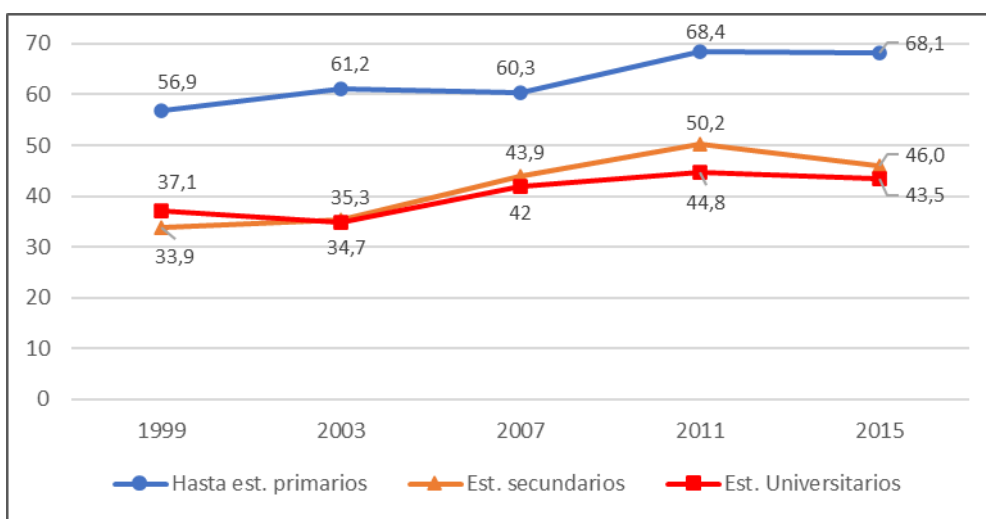
<sup>2</sup> Al ser datos declarados por la persona encuestada, probablemente exista una subestimación del IMC por sobreestimación de la talla y/o subestimación del peso.



Teniendo en cuenta las sucesivas Encuestas Andaluzas de Salud entre 1999 y 2015/16, igualmente con datos de IMC declarado, hasta 2011 se incrementó el porcentaje de población adulta 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. Como en los casos anteriores, los índices son mucho

mayores en personas con estudios primarios, que en aquellas con estudios secundarios y/o universitarios (diferencia de más de 22 puntos en 2015). También, es mayor en las personas con ingresos más bajos y clases sociales más desfavorecidas, constatándose así la existencia de un gradiente social que relaciona el sobrepeso y la obesidad con bajos niveles de estudios y de ingresos.

Gráfico 10. Porcentaje de sobrepeso y obesidad declarada en población andaluza mayor de 15 años, por nivel de estudios. 1999-2015/16

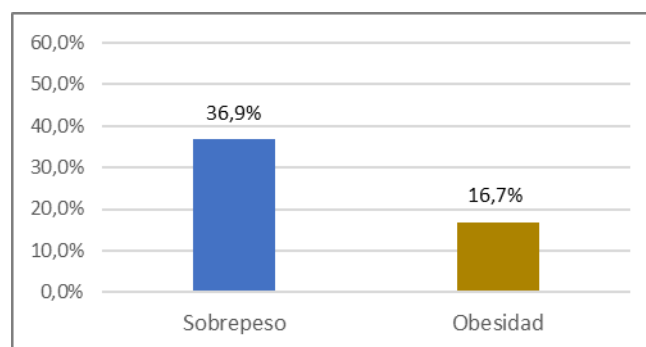


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.

Seguindo con datos de la EAS 2015/16, la prevalencia de sobrepeso declarado para

población adulta en Andalucía se sitúa en el 36,9%, siendo la prevalencia para la obesidad del 16,7 %.

Gráfico 11. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarados en población andaluza mayor de 15 años. 2015/16



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia.



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

## 4.- Actuaciones de promoción de hábitos saludables en planes, programas y otras estrategias de salud

Como ya se ha comentado, la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía puso en marcha en 2004 el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) y posteriormente, en 2007, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN), siendo

sus principios rectores, prioridades y ámbitos de actuación coherentes con las estrategias nacionales e internacionales formuladas en esos años.

### **El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE)<sup>171</sup>** 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. A continuación, se resaltan las principales acciones realizadas por ámbito de actuación, extraídas del informe de evaluación del mencionado Plan<sup>172</sup>.



Ámbito	Principales acciones realizadas
COMUNITARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• El proyecto Escaleras es Salud también destaca por su flexibilidad y efectividad, al ser una iniciativa que puede desarrollarse en cualquier entorno, siendo su coste muy bajo.</li> <li>• 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.</li> <li>• Hay que destacar las seis ediciones de los premios PAFAE convocados durante los años 2004-2011.</li> <li>• 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.</li> </ul>
SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 700 profesionales que lo forman.</li> </ul>
EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En estrecha colaboración con la Consejería con competencias en materias de educación se 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 el Programa Forma Joven.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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), supuso una mejora y adecuación saludable de los menús escolares, siendo este servicio de asesoramiento también ofertado a los comedores para personas mayores y personas con discapacidad.</li> </ul>
ENTORNO LABORAL E INDUSTRIA ALIMENTARIA Y RESTAURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>



**El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)**<sup>173</sup>, diseñado en 2007 y desarrollado desde 2011 hasta la actualidad ha tratado de dar respuesta al problema del exceso de peso en la población infantojuvenil de Andalucía.

El Plan planteó desde su puesta en marcha la necesidad de sensibilizar a la población general sobre el problema de la obesidad y sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular. Además, pretendía promover en las familias andaluzas la adopción de estos hábitos saludables, teniendo en cuenta los factores

socioambientales que los condicionan. Asimismo, se proponía crear conciencia en las instituciones públicas acerca de la magnitud del problema y la necesidad de un abordaje preventivo y multidisciplinar de la obesidad infantil, promoviendo la participación activa de las diferentes instituciones y agentes sociales.

A continuación, se resaltan, por ámbito de actuación, las actuaciones del Plan más relacionadas con la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, extraídas del informe de evaluación del mencionado Plan<sup>174</sup>.



## Ámbito

### COMUNITARIO

#### Principales acciones realizadas

- 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. El Plan tiene una potente y activa red de profesionales “Red de la Sandía” que también cuenta con un espacio informativo dirigido a las familias.
- Periódicamente se realizan actividades comunitarias tipo jornadas o semanas sobre alimentación y actividad física en la gestación, lactancia materna, y ejercicio y alimentación saludable en la infancia, 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.
- Para facilitar y extender la “prescripción” de actividad física a 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.

### SANITARIO

- El Plan 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.
- Se fomenta que los centros sanitarios contribuyan 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.
- 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.
- La formación de profesionales es otra de las prioridades del Plan y se aborda, por un lado, con la oferta de actividades formativas a través de la plataforma de la Red de la Sandía, habiéndose formado en los diferentes cursos ofertados un total de 3.115 personas, siendo el 75% de ellas en los cursos masivos o MOOC. La segunda vía de docencia es a través de los programas de formación continuada en los centros de salud y hospitales, habiéndose realizado durante estos años 1.105 actividades formativas acreditadas.
- En el ámbito de la investigación se han priorizado líneas de estudio relacionadas con la estigmatización en obesidad infantil, la obesidad en las gestantes andaluzas y la prevalencia del exceso de peso en población de 6 a 9 años (Estudio Aladino, realizado en colaboración con la AESAN).

### EDUCATIVO

- El programa de promoción de hábitos de vida saludable en los centros educativos, y muy especialmente la modalidad de CRECIENDO EN SALUD que se imparte en educación infantil, educación especial y educación primaria, está 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.
- 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 desfavorecidas.



Junto al PAFAE y el PIOBIN, los factores protectores y comportamientos saludables que esta Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía fomenta de manera integral también se abordan desde otros planes, estrategias y programas, liderados tanto desde la Consejería de Salud y Consumo como de otras Consejerías de la Junta de Andalucía.

La mayoría de planes integrales incorporan acciones de promoción y prevención, fomentando determinados hábitos saludables, en función de la patología o problema que aborda. No obstante, interesa destacar varios aspectos concretos de algunos de ellos por su relevancia de cara a la nueva Estrategia.

Por ejemplo, tanto el **Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA)**<sup>175</sup> como el **Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA)**<sup>176</sup> incorporan acciones universales de promoción del bienestar emocional, siendo esta línea de acción uno de los ejes centrales de la nueva Estrategia, donde se promueve de manera integral el conjunto de hábitos para una vida saludable.

En cuanto al **Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS (PASIDA)**<sup>177</sup>, las acciones de prevención se centran en población general, en jóvenes y adolescentes, y en subgrupos de población que requieren intervenciones específicas, existiendo numerosas sinergias con las acciones preventivas que se fomentan desde la **Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva**<sup>178</sup>. La nueva Estrategia abordará la salud sexual, como parte integral de una vida saludable, en estrecha coordinación con estos planes y estrategias, con la finalidad de aunar esfuerzos y fomentar una sexualidad placentera, igualitaria y responsable.

De las estrategias transversales de salud, mencionar por su relación con la promoción de hábitos saludables la **Estrategia de Seguridad Alimentaria para Andalucía**<sup>179</sup> y la **Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida)**<sup>180</sup>.

Respecto a los programas que abordan contenidos de promoción de la salud, a continuación, se enumeran aquellos con una implantación a nivel

regional, sin bien con diferentes niveles de penetración y cobertura:

**Programa de Acción Local en Salud de Andalucía (RELAS)**<sup>181</sup>. El Programa RELAS facilita el trabajo en red para llevar los objetivos de Salud Pública a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales y mejorar la salud de la población de los municipios andaluces. La alianza con los gobiernos locales es clave para la salud pública, tanto por sus competencias como por su proximidad a la ciudadanía, y permite trabajar bajo el modelo de salud en todas las políticas.

Es en el territorio donde convergen y generan sinergias las distintas estrategias, planes y programas, y en este contexto la Acción Local en Salud asesora y apoya al municipio en la elaboración de su Plan Local de Salud<sup>182 183</sup>, donde se integran sus recursos, su conocimiento y su compromiso para el abordaje de los principales problemas de salud y situaciones de riesgo en el ámbito municipal, organizándose en red y trabajando para la mejora de la salud de la población. Los Ayuntamientos lideran los planes en un marco de gobernanza local para la salud, construyendo redes locales de salud con los diferentes sectores y la participación activa de la ciudadanía, en una visión compartida de su pueblo, barrio o ciudad.

**Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A)**<sup>184</sup>. En el marco del PSIA-A, el Servicio Andaluz de Salud lleva a cabo el seguimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes mediante revisiones y actividades periódicas de prevención y promoción de la salud infantil. El Programa parte desde un enfoque de los derechos de la infancia; la mirada de las desigualdades; la consideración de los contextos estratégicos para la socialización y el desarrollo infantil, como son la familia, la escuela o los entornos comunitarios; y el modelo de desarrollo positivo. Destacar de esta actualización, los nuevos contenidos para la promoción de la parentalidad positiva, la prevención y detección del maltrato infantil en cualquiera de sus formas, la definición de actividades de promoción de salud en





encuadres grupales y entornos comunitarios, y la participación de las familias.

**Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida saludable**<sup>185</sup>, en sus dos modalidades “Creciendo en Salud” y “Forma Joven en el Ámbito Educativo”. Este programa, liderado por la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, en colaboración con la Consejería de Salud y Consumo, y la Consejería de Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural, favorece un cambio educativo con la incorporación de metodologías activas y participativas para el tratamiento de los contenidos curriculares relacionados con la promoción de la salud: educación emocional, alimentación y actividad física, hábitos de higiene y autocuidado, educación vial, sexualidad y relaciones igualitarias, uso positivo de las tecnologías y/o prevención del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas.

La característica principal de este programa integral e intersectorial es que está concebido desde una perspectiva salutogénica, al poner el énfasis en aquello que genera salud y no en lo que provoca enfermedad, abordando las cuatro dimensiones fundamentales en la promoción de la salud en la escuela como son: el currículo, el entorno psicosocial del centro, la familia y la colaboración con los recursos comunitarios que protegen y promueven el valor “salud”, tanto individual como colectivo. A nivel metodológico, aquel centro educativo que se adscriba al programa crea un equipo intersectorial de promoción de la salud para la elaboración del plan de actuación, partiendo del análisis del contexto y detección de las necesidades, así como de los activos o aspectos favorecedores de la salud en el centro y sus alrededores.

En el marco de este programa, destacar el **Plan Escolar de Consumo de Frutas y Hortalizas**, que constituye un recurso para el desarrollo de estilos de vida saludable en el ámbito escolar, yendo más allá del reparto puntual de frutas y hortalizas al incorporar medidas de acompañamiento como el “Frutibús”, el Kit para el mantenimiento de los huertos escolares o las charlas informativas por parte de profesionales de la salud, entre otros. A

estas medidas habría que añadir los recursos ofertados por el proyecto temático “Ecohuertos” dentro del programa ALDEA.

**Plan de Deporte en Edad Escolar**<sup>186</sup>, liderado por la Consejería de Turismo, Cultura 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 dirigidas a la población en edad escolar, entendida ésta como la población de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. El plan tiene por objetivo incrementar la práctica deportiva en este grupo de edad, tanto en el ámbito educativo como fuera de éste, 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.

**Programa de Promoción de la Salud “Forma Joven”**<sup>187</sup>. Este programa intersectorial, coordinado desde la Consejería de Salud y Consumo, tiene como objetivo acercar las actividades de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud, a los entornos donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades. Se desarrolla en los diversos espacios frecuentados por la población adolescente y juvenil como son escuelas taller, centros de protección de menores, de reforma juvenil, universidades, espacios de ocio, comunitarios, etc. Allí coinciden los actores fundamentales de Forma Joven: chicos y chicas, profesionales de salud y mediadores y mediadoras. Dependiendo del espacio de que se trate, adquieren protagonismo las y los profesionales de otros sectores, instituciones y organizaciones, pero siempre se mantiene el protagonismo de la propia población joven, con la que se desarrollan y se realizan actividades individuales y grupales sobre los temas más importantes relativos a la salud de la juventud.

**Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE)**<sup>188</sup>. Es un programa de promoción de



la salud, incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, destinada a fomentar los activos para la salud y el bienestar emocional de la población andaluza. Se trata de una estrategia grupal socio-educativa para potenciar los talentos y habilidades de las personas destinatarias, y la utilización de los activos comunitarios disponibles en su entorno, e incrementar así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana.

El perfil de población destinataria de esta estrategia, que comenzó en 2011 con grupos de mujeres y desde 2016 con la incorporación de grupos de hombres, son personas con malestar psicosocial que, en la mayoría de los casos, acuden a consulta en los centros de salud. En estos grupos, desarrollados por profesionales de trabajo social, se abordan los determinantes sociales y culturales que, con frecuencia, condicionan la salud y el bienestar emocional de la población, desde una perspectiva positiva de la salud.

**Programa de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT)**<sup>189</sup>. Este programa, coordinado desde la Consejería de Salud y Consumo, tiene como objetivo proporcionar información y habilidades a los trabajadores/as y promover mejoras en las condiciones del entorno laboral, haciendo más fácil la elección de prácticas y conductas saludables y ganar salud en el centro de trabajo. El programa, basado en la participación efectiva de directivos/as y trabajadores/as y centrado en los determinantes de la salud, combina diversos métodos y abordajes: uno grupal, de tipo informativo y presencial con trabajadores/as; otro de entorno, facilitando mejores condiciones para la promoción de la salud en el centro (control de comidas en la cafetería de empresa y disponibilidad de alimentos con más fibra y menos grasa, puestos de agua y fruta, uso de escaleras en lugar de ascensor, habilitar aparcamientos de bicicleta en el trabajo, cumplimiento de la legislación sobre el tabaco...); y un abordaje técnico, mediante el cual se ayuda a las personas que quieren dejar el tabaco, se diseñan menús para el comedor de la empresa o se forman a profesionales en consejo dietético, actividad física o deshabituación tabáquica. En la

actualidad se está incorporando una nueva línea de intervención relacionada con el bienestar emocional en el ámbito laboral.

**Programa de Envejecimiento Saludable “En buena edad”**<sup>190</sup>. A través del portal web “En buena edad”, coordinado desde la Consejería de Salud y Consumo, se ofrece información, herramientas y recursos dirigidos a promover la salud, la participación, la seguridad y el aprendizaje de la población mayor, los cuatro pilares que según la OMS sustentan un envejecimiento activo y saludable. Junto a la oferta de recursos para contribuir a la toma de decisiones saludables, este programa pretende servir de espacio de comunicación entre ciudadanía, profesionales, asociaciones y personas interesadas; recopilar la evidencia científica y las buenas prácticas para su difusión; y organizar actividades de entrenamiento de grupos específicos y ciudadanía que permitan promover las competencias necesarias para un envejecimiento activo y saludable. Además, la plataforma ofrece contenidos y herramientas específicas para facilitar la labor a profesionales del ámbito del envejecimiento saludable, tanto sanitarios como no sanitarios, y mejorar su coordinación con otros profesionales.

**Plan Andaluz de la Bicicleta**<sup>191</sup>, liderado por la Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda, en coordinación con otros departamentos de la Junta de Andalucía. Con este Plan 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. Asimismo, la bicicleta ofrece buenas condiciones para el deporte, el ocio y el turismo.



## 5.- Conclusiones

A modo de síntesis, del análisis de situación presentado se extraen las siguientes conclusiones:

- La población andaluza está envejeciendo, incrementándose la esperanza de vida, pero también las desigualdades en salud, con un impacto mayor en las mujeres.
- En las últimas décadas los desarrollos urbanísticos en Andalucía han tenido un impacto negativo en la salud de la población, por lo que este modelo de crecimiento precisa de un replanteamiento.
- Se han producido importantes cambios en la dieta de los hogares, influyendo de manera desigual en las diferentes clases sociales. Las pautas de consumo también difieren entre los distintos grupos de edad, afectando más a la población infantil, con mayor influencia de la publicidad existente sobre alimentos y bebidas no precisamente saludables.
- La lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida se ha mantenido estable, si bien el porcentaje de bebés alimentados exclusivamente de pecho no supera el 45%.
- En la última década se ha incrementado el consumo de frutas y verduras en la población infantil, manteniéndose por encima del 79% las y los menores que la consumen 5 veces a la semana. En población adulta el consumo de fruta fresca ha descendido ligeramente, aunque se mantiene por encima del 80% el porcentaje de personas adultas que la consumen tres veces por semana. De manera similar ocurre con el consumo de verduras y hortalizas, donde el consumo se ha mantenido por encima del 73%.
- Se ha incrementado el consumo de refrescos y comida rápida, ambos estrechamente vinculados con la obesidad. Aunque los datos corresponden a la población general, afectan en gran medida a niños y adolescentes, pues ambos consumos son muy populares en estas franjas de edad. Por encima del 17% de la población andaluza consume refrescos con azúcar a diario y más del 8% consume comida rápida tres o más veces a la semana.
- Se ha reducido de manera generalizada el esfuerzo físico, siendo uno de los principales determinantes la mecanización del entorno. A pesar de esta circunstancia, las personas se mueven más en su tiempo de ocio y practican más deporte, aunque existen diferencias entre clases sociales, edad y género.
- El nivel de ejercicio físico observado entre la población infantojuvenil es bajo y está lejos de las recomendaciones actuales para la población infantil. Son especialmente preocupantes los bajos niveles de ejercicio físico entre las niñas por lo que cualquier medida para potenciarlo debe contar con el pertinente enfoque de género. Igualmente ocurre con población adulta, donde los niveles de actividad física también son más bajos en mujeres que en hombres.
- Los niveles de sedentarismo son también preocupantes. Se observa un incremento importante en la evolución de las horas diarias de televisión, donde casi el 45% de la población infantil dedica dos o más horas diarias. Igualmente ocurre en población adulta donde el sedentarismo ha aumentado, tanto en el tiempo libre, donde el incremento es mayor en los niveles más bajos de estudios, como en el trabajo o actividad habitual.
- La calidad y cantidad de sueño afecta a más mujeres que hombres en Andalucía. A una de cada 4 mujeres las horas de sueño no les permite descansar lo suficiente, bajando este porcentaje del 26% al 15% en el caso de los hombres.



- La percepción de bienestar emocional en la población andaluza es alta, especialmente en la población joven. En torno al 94% de las personas menor de edad de entre 8 y 15 años manifiesta sentirse casi siempre o siempre satisfecha con su vida, alegre y feliz en casa, siendo este porcentaje coincidente entre lo manifestado por la población menor y sus padres o tutores. En cuanto a la población adulta mayor de 15 años, las puntuaciones medias más altas sobre nivel de felicidad se sitúan en la franja de edad entre 16 y 24 años (8 sobre 10) y las más bajas (hasta 6 sobre 10) en la población mayor de 74 años.
- La sexualidad ocupa un lugar importante en la vida de las personas. En 2009, el 69% de la población española mayor de 15 años manifestaba que la sexualidad ocupaba un lugar muy importante o bastante importante en su vida, observándose el porcentaje más alto en ambos sexos en la franja de edad entre 25 y 44 años (87%) y el más bajo (hasta el 31%) en la población mayor de 64 años. Resaltar que, a partir de los 45 años, las diferencias entre hombres y mujeres se hacen mayores, llegando a duplicar en la población mayor de 64 años el porcentaje de hombres que consideran importante la sexualidad en sus vidas respecto al de mujeres.
- El uso de internet se va generalizando en Andalucía, aunque sigue existiendo una brecha digital, que repercute en mayor medida en la población mayor. Casi un 60% de la población española de entre 10 y 17 años usa Internet todos los días, alcanzando este porcentaje el 83% para los mayores de 15 años. La frecuencia de uso más habitual es “entre una y dos horas”, tiempo que le dedican el 42% de los menores entrevistados. En cuanto a la población adulta, el 70 % de la población andaluza entre 16 y 74 años ha utilizado Internet al menos una vez por semana en los últimos 3 meses, siendo este porcentaje mayor en hombres, con una diferencia porcentual de 4 puntos.
- La epidemia de obesidad infantil en Andalucía se muestra estabilizada en la última década, si bien todavía persisten niveles algo más elevados de exceso de peso que en el conjunto de España. El sobrepeso en población andaluza de 2 a 15 años se mantiene en torno al 21% y la obesidad disminuye, pasando del 18% al 12%. En población adulta Andalucía también tiene prevalencias de obesidad más elevadas que el conjunto de España. La prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente hasta 2011 y disminuyó en 2015, aunque sin recuperar las cifras de 2003. El sobrepeso en población adulta igual o mayor de 16 años se sitúa en el 37% y la obesidad en el 17%.
- La situación socioeconómica de la población influye en el exceso de peso. Los hijos e hijas de padres y madres con estudios universitarios presentan tasas más bajas de obesidad. Así mismo, los índices de sobrepeso y obesidad son mucho mayores en personas que han alcanzado estudios primarios, que en aquellas que han alcanzado estudios secundarios y/o universitarios.
- Existe un patrón diferencial en la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, y por ello, es imprescindible identificar los efectos de las desigualdades de género y los principales determinantes sociales de la salud, para diseñar e implementar intervenciones en promoción de salud.
- Los planes integrales PIOBIN y PAFAE han jugado un papel clave en el abordaje de los determinantes relacionados con el sobrepeso y la obesidad, con actuaciones en los entornos de vida y la implicación de las diferentes administraciones. Teniendo en cuenta que el comportamiento de los datos analizados no puede atribuirse directa y exclusivamente al impacto de las actuaciones de una determinada estrategia, todo parece indicar que las líneas estratégicas diseñadas para la prevención de la obesidad infantil y la



promoción de hábitos saludables de alimentación y actividad física en toda la población, con actuaciones en los ámbitos sanitario, educativo, comunitario y laboral son estrategias válidas para estos fines. Del mismo modo, destacar la colaboración intersectorial que ha existido a lo largo de estos años, 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.

- Así mismo, han contribuido a la promoción de estilos de vida saludables otros planes, estrategias y programas promovidos por la Consejería de Salud y Consumo, junto a otras iniciativas desarrolladas por otras Consejerías de la Junta de Andalucía, en un escenario de coordinación y colaboración permanente entre las distintas administraciones y entidades implicadas.





# diagnóstico



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía

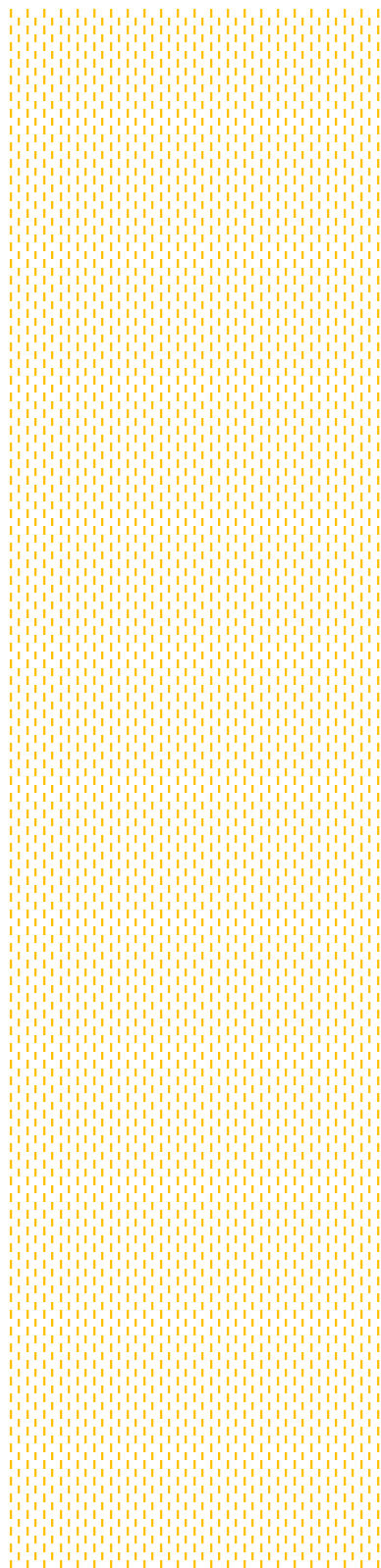




## 1.- Oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades

A partir del proceso de participación sobre el diagnóstico, realizado por el Grupo Motor desplegado en cada una de las provincias andaluzas, se recogen las siguientes conclusiones referidas a las Oportunidades y Amenazas externas y a las Debilidades y Fortalezas internas existentes en el contexto actual para el desarrollo de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en los diferentes entornos y ámbitos de actuación (ámbito comunitario, sanitario, educativo, laboral, servicios sociales, laboral, etc.) y en relación a los seis elementos básicos en los que se centra la Estrategia.

A continuación, se recoge un resumen de las conclusiones más importantes. Los informes provinciales detallados se pueden consultar en anexos.



## oportunidades

- > En cuanto a las **oportunidades**, la existencia de alianzas, sinergias, el progresivo desarrollo de políticas y programas de carácter comunitario, de la intersectorialidad y la participación comunitaria y ciudadana en las políticas y programas y el trabajo en red son oportunidades destacadas.
- > A ello se suma, la apuesta de los organismos nacionales e internacionales por la promoción de la salud, el refuerzo de la “Salud en Todas las Políticas”, y la existencia de estrategias nacionales e internacionales en el ámbito de la promoción de la salud en la actualidad y de marco normativo (legislación estatal, europea, etc.).
- > Además, el desarrollo de Planes Locales de Salud de los municipios, de la Red de Acción Local en Salud (RELAS), así como de otros programas como *Forma Joven*, *Creciendo en Salud*, el *Programa PSLT*, *Envejecimiento activo*, *Escuelas Promotoras de Salud*, etc.
- > La propia apuesta por el diseño e implementación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía que aúne esfuerzos, son otras oportunidades a subrayar.
- > Relacionado con aspectos organizativos se señalan como oportunidades cuestiones que tienen que ver con la existencia de buenas prácticas en centros sanitarios, educativos, sociales, etc. que se pueden potenciar y coordinar por parte de los/las profesionales de los diferentes sectores, siempre que estén reconocidos/as, motivados/as y formados/as, quienes deben trabajar conjuntamente con la sociedad para el desarrollo de hábitos de vida saludable en los diferentes entornos.
- > Se consideran como oportunidad aspectos que tienen que ver con los recursos disponibles (físicos, humanos, económicos, etc.), actividades de formación, con la planificación en el ámbito laboral para generar sostenibilidad y bienestar, con la existencia de una progresiva mayor cultura empresarial concienciada.
- > También se destaca la oportunidad de prestigiar la prevención y la promoción de la salud y a los/las profesionales que se dedican a ello y de destinar fondos para la investigación, la formación y la innovación en promoción de salud.
- > En el ámbito social, se identifican como oportunidades el uso de redes sociales y de las nuevas tecnologías como elemento clave para seguir avanzando, así como la colaboración con los medios de comunicación, con *influencers* o *youtubers*, con oficinas de farmacia, con ayuntamientos, proyectos como Guadalinfo y otros agentes clave, etc. para ofrecer mensajes e información veraz y basada en la evidencia. A ello se suma la existencia de un tejido asociativo fuerte y la mayor sensibilización de la población para considerar la promoción de la salud como un valor añadido a la esperanza de vida.
- > En este sentido, se señala la pandemia COVID-19 como un momento en el que la salud y la promoción de la salud ha sido puesta en valor por la sociedad como un elemento esencial y que sería interesante aprovechar.





- > Destaca también como oportunidad la posibilidad de colaboración con la Universidad en materia de investigación e innovación, o la progresiva inclusión del modelo salutogénico en los contenidos curriculares del personal sanitario que puede facilitar la incorporación de actitudes e intervenciones de promoción de salud, entre otros aspectos.
- > Por último, a nivel más general, subrayar como oportunidad el hecho de que la evidencia científica demuestra que la inversión en programas de promoción de hábitos de salud es una inversión para evitar y disminuir la situación de vulnerabilidad o discapacidad, por lo tanto, basar la información en la evidencia y en los resultados de la investigación facilitan la toma de decisiones de elecciones saludables y la promoción de acciones de sensibilización.



## amenazas

- > Las principales **amenazas** externas están relacionadas con el fomento de estilos de vida poco saludables por parte de la ciudadanía que identifica problemas para poder cambiar hábitos, así como la escasa percepción del riesgo de hábitos de vida no saludable.
- > A lo anterior se suma la dificultad de que las familias colaboren en la adquisición de estos hábitos, el mayor acceso de la población a la oferta no saludable, y el no abordaje y la no conciencia del impacto de los determinantes sociales de la salud.
- > A ellas, se suman el desigual acceso de la ciudadanía a las opciones saludables, la escasa visión comunitaria, la sociedad consumista o del “carpe diem”, o la situación actual del sistema sanitario y de crisis económica originada por la pandemia de COVID-19, momento además en el que la ambigüedad de la información puede haber creado indefensión en las personas y dificultar la toma de decisiones orientadas a elecciones saludables.
- > Otras amenazas tienen que ver con el desencanto de la ciudadanía con diversas iniciativas de red que no les han podido ofrecer los resultados esperados.
- > Destaca también como amenaza el hecho de que la población esté acostumbrada a dar respuestas asistenciales farmacológicas a sus problemas de salud, y no a actuaciones basadas en promoción de hábitos de vida saludable.
- > Otras amenazas externas tienen que ver con los cambios políticos que dificultan el desarrollo y continuidad de muchos programas o estrategias o con la falta de evaluación de resultados en salud y de los programas de promoción de hábitos de vida saludable a nivel general.
- > El papel de la publicidad y de los medios de comunicación, la confianza por parte de la ciudadanía en informaciones falsas o que proliferan en los medios versus la evidencia, o los intereses/lobbies empresariales, son amenazas también identificadas.
- > Desde el punto de vista organizativo, se identifica un amplio número de amenazas en las diferentes líneas o entornos como pueden ser:
  - las dificultades estructurales de carácter económico que conllevan la priorización del enfoque del beneficio en el seno de las empresas,
  - la falta de apoyo institucional,
  - la presión de la competencia a nivel empresarial,
  - la falta de reconocimiento de estas actividades de promoción de salud en el ámbito escolar, laboral o sociosanitario
  - o el déficit de entornos y medidas legislativas que acompañen los mensajes y acciones de promoción de salud.



## fortalezas

> Por último, cabe señalar la existencia de menor cultura de la investigación e innovación frente a la investigación biomédica clásica, el hecho de que la promoción de hábitos de vida saludable no se considera rentable a efectos de indicadores asistenciales, o la escasez de recursos y de financiación destinada a la Salud Pública y a la formación, investigación e innovación en promoción de salud.

> Desde el punto de vista interno, se destacan como **fortalezas** la existencia de profesionales fundamentalmente en el ámbito sanitario, pero también en los otros entornos (educativo, laboral, sociosanitario, etc.) motivados/as, cualificados/as, formados/as, con una amplia experiencia e implicados/as en el fomento de hábitos de vida saludable, tanto en su desarrollo como en la evaluación de su impacto.

> A ello se suma la amplia red de recursos, personas, organizaciones, instituciones y programas de promoción de la salud existentes, la disponibilidad de infraestructuras, la existencia de material divulgativo o la implementación de buenas prácticas con años de desarrollo en los diferentes entornos, entre otras.

> Además, la experiencia de trabajo colaborativo provincial entre las distintas administraciones y entidades, el trabajo en red, imprescindible para establecer prioridades y evitar duplicidades, y el progresivo desarrollo de la cultura de salud pública son también fortalezas importantes.

> También se destaca como fortaleza la progresiva mayor receptividad por parte de la ciudadanía hacia la información y los mensajes relacionados con la promoción de hábitos de vida saludable o por parte de “pacientes expertos/as y activos/as” que autogestionan su enfermedad y son transmisores/as de mensajes “saludables”, y la mayor sensibilización de la comunidad educativa (alumnado, profesionales, AMPAS, etc.), de las familias, de los/las usuarios/as y profesionales de los centros de atención sociosanitaria y de los trabajadores/as y empresas en los centros de trabajo, etc.

> Otras fortalezas hacen referencia a;

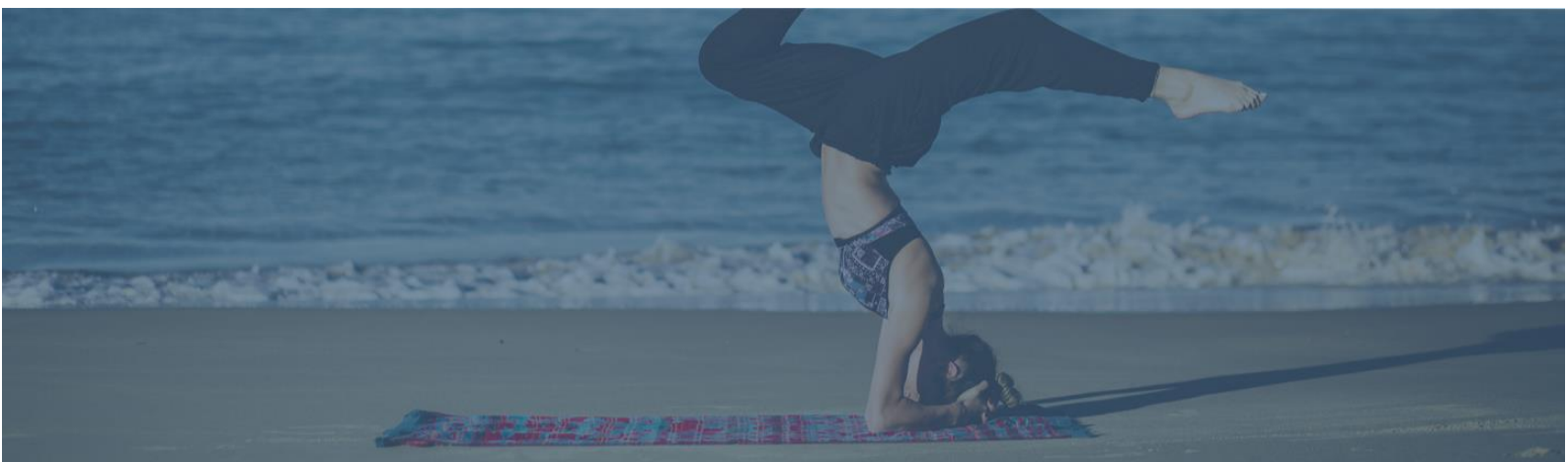
- la colaboración con el movimiento asociativo y a la existencia de las redes de apoyo comunitario,
- con la mayor y mejor accesibilidad de la información,
- al importante buen uso de las redes sociales,
- o la potenciación de la sinergia entre investigación y beneficios en la sociedad, entre otras.

## debilidades

- > Situando el foco en las **debilidades** internas para el desarrollo de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en los diferentes entornos y ámbitos de actuación, destacan aquellas que afectan al nivel organizativo:
  - la escasa inversión en el modelo de promoción de la salud,
  - la necesidad de mejoras en la coordinación entre las diferentes instituciones implicadas,
  - la escasez de recursos humanos, técnicos y económicos para su desarrollo,
  - el predominio del modelo médico asistencial,
  - la carencia de objetivos de Contrato Programa relacionados con la promoción de hábitos de vida saludable.
  - la sobrecarga asistencial de los/las profesionales agravada por la situación de pandemia COVID-19,
  - la necesidad de mayor formación del/la profesional en la promoción de hábitos de vida saludable y de mayor motivación y reconocimiento para que apuesten por el fomento de estos hábitos y desarrollen investigación e innovación en promoción de salud,
  - la falta de equipos de trabajo específicos y centrados en este ámbito.
  - y la falta de profundización en la búsqueda de evidencias.
- > A ello se añade a nivel general:
  - el escaso énfasis en los determinantes estructurales e intermedios,
  - las dificultades para implantar medidas nuevas en los centros educativos o la escasa importancia de estos temas en el currículum educativo con escaso tiempo para trabajar la promoción de la salud,
  - la poca existencia de una cultura de promoción de salud a nivel empresarial.
  - y el enfoque biomédico/asistencial de la salud.
- > A nivel social, aspectos de debilidad se relacionan con:
  - el hecho de que muchas asociaciones y organizaciones que son redes de apoyo comunitario no abordan el fomento de hábitos para una vida saludable,
  - la falta de credibilidad de la población en algunas instituciones que puede dificultar el desarrollo de programas,
  - la vulnerabilidad de las personas usuarias que en determinados ámbitos complica el desarrollo de programas de hábitos de vida saludable,
  - la brecha digital,
  - o la ausencia de cultura de participación ciudadana en determinados ámbitos.



- > Otros aspectos identificados como debilidad hacen referencia a las características de programas o actividades. Por ejemplo, la realización de actividades de sensibilización e información en horarios y/o formatos poco accesibles para la ciudadanía, con mensajes poco creíbles y no adaptados al público, la falta de profesionales de la comunicación con formación en promoción de la salud o de un Plan de comunicación y difusión en el ámbito de la promoción de la salud.
- > Se suma a lo anterior, la poca pertinencia y poca evidencia de gran parte de las medidas de sensibilización que se desarrollan y de los mensajes que se difunden.
- > Además, la temporalidad de los programas sobre hábitos de salud en los diferentes entornos, la poca difusión o evaluación de los mismos, o la escasa visión de la promoción de salud en personas con situaciones específicas, también se señalan como debilidades.
- > Por último, son señaladas otras debilidades como:
  - la presencia de máquinas de vending con productos de alimentación y bebidas no recomendables en los centros de trabajo,
  - la escasa publicidad de alimentos saludables,
  - la confusión sobre lo saludable y lo no saludable como consecuencia de la desinformación y la sobreenformación
  - y la mejorable intensidad, continuidad y ajuste de las campañas de sensibilización e información en los medios de comunicación.



## 2- Problemas, necesidades y retos

A continuación, se recoge un resumen de problemas, necesidades y retos para el fomento de hábitos de vida saludable en Andalucía, identificados en el proceso de participación desarrollado con el Grupo de Ciudadanía y Grupos de Interés mediante técnicas de recogida de información cualitativa on line y paneles de reflexión y debate virtuales.

En el caso de las necesidades, las aportadas por la ciudadanía y los grupos de interés se completan con las conclusiones del análisis de la situación de la Estrategia y las recomendaciones de organismos y entidades de ámbito internacional, estatal y regional, las evidencias disponibles, y de manera particular, con lo establecido en el Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.

Los retos parten de todo este trabajo participativo y de análisis de información.



# Problemas

## Generales

- Falta de información, de concienciación y de formación de la población sobre hábitos de vida saludable y sobre los riesgos y las consecuencias negativas de no seguir estos hábitos.
- Medicalización de la vida, muy por encima del fomento de la promoción de la salud.
- En la situación actual de crisis, la situación de pobreza en las familias dificulta el acceso a una alimentación saludable puesto que los precios de los alimentos frescos y de calidad son elevados, por el contrario, los alimentos ultra procesados, hipercalóricos o poco saludables son mucho más asequibles. Esto hace que muchas familias primen el precio bajo a la calidad por problemas económicos.
- La situación de crisis ha afectado negativamente al bienestar emocional de personas y de familias, ha dificultado el descanso, el sueño saludable, la realización de actividad física por la pérdida de poder adquisitivo de las familias, etc.
- Sobreinformación y saturación de información sobre salud a través de las nuevas tecnologías, existencia de bulos sobre salud, *fake news*.
- Falta de recursos económicos en el ámbito asociativo para fomentar hábitos de vida saludable.
- La existencia de sesgos de género (androcéntricos) en el diseño y desarrollo de intervenciones, en la investigación en salud, etc.

## Específicos, sobre hábitos de vida

- Debido al estilo de vida, al estrés de la vida diaria, y a la escasa implantación de medidas de conciliación de la vida laboral, familiar y personal, falta tiempo en las familias para hacer una buena planificación de una dieta saludable y para llevar una vida activa y realizar actividad física. Además, los problemas para conciliar y los horarios de trabajo dificultan el descanso y el bienestar emocional.
- Problema de obesidad en la infancia y en personas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad.
- Las condiciones de la vivienda, el hacinamiento en algunos casos, no favorecen el descanso y hábitos de vida saludable.
- La pérdida del pequeño comercio de proximidad con alimentos frescos y la existencia de establecimientos de alimentación no saludable en los barrios da lugar a un fácil acceso a la comida rápida y ultra procesada.
- Publicidad numerosa y de impacto sobre productos procesados y de comida rápida en medios de comunicación y redes sociales. Por el contrario, la publicidad de alimentos y productos saludables es escasa, no atractiva y tiene poco impacto.
- En los medios de comunicación no se promociona la actividad física como tal, sino algún deporte en concreto o se difunde actividad física asociada a productos de consumo.

- Poca priorización en los centros de trabajo a la alimentación saludable, no existen tiempos, recursos ni espacios para ello.
- Imposibilidad de muchas empresas para ofrecer tiempo a sus trabajadores/as para el desarrollo de hábitos de vida saludable.
- Pocos espacios verdes y aptos para realizar actividad física, escasez de carriles bici o en mal estado, y excesiva presencia de tráfico de vehículos motorizados, etc.
- Falta de oferta pública de instalaciones y de actividades deportivas en general e inclusivas, y falta de plazas, lo que dificulta en general la actividad física en los barrios, sobre todo en las zonas desfavorecidas donde la población no puede acceder a la oferta privada por dificultades económicas, y que también dificulta la realización de actividad física a las personas con necesidades específicas.
- El mal estado del pavimento en determinadas calles dificulta o imposibilita la práctica de actividad física, especialmente a personas con movilidad reducida.
- La inadecuada distribución de tareas del hogar, las dobles cargas de trabajo y los cuidados de la familia, reducen el tiempo libre de las mujeres para la realización de actividad física.
- Falta de aparcamientos para bicicletas en los centros de trabajo, en los lugares públicos y otros entornos de interés que favorezcan la movilidad sostenible.
- Demasiado ocio digital o electrónico y excesiva carga de tareas escolares en casa que reduce notablemente el tiempo para la práctica de actividad física a la población infantil, adolescente y joven. Además, la utilización excesiva de los medios tecnológicos dificulta el descanso y el bienestar emocional.
- Pocas horas de actividad física en el currículo escolar y educativo a la semana, así como falta de educación en bienestar emocional en el ámbito educativo.
- La inactividad física en mujeres adolescentes.
- Poca percepción de la necesidad del sueño como hábito saludable, importante para el bienestar.
- La contaminación acústica en algunos barrios dificulta el sueño saludable, así como determinados horarios de trabajo y el estrés laboral y familiar.
- Respuesta farmacológica a los problemas del sueño en los centros sociosanitarios.
- En los medios de comunicación la falta de sueño se identifica con la venta de medicamentos o remedios.
- La programación de series, películas y programas de interés se emite a horas muy tardías, lo que no favorece el descanso.
- Ausencia de sentimiento de pertenencia al grupo, barrio, etc. pesar de que la comunidad, la familia, la pertenencia a un grupo, son la base del bienestar emocional.
- La pobreza y el desempleo generan estrés y dificultan el bienestar emocional
- Escasez de profesionales especialistas en salud mental, especialmente en Atención Primaria, en los centros educativos y sociosanitarios.



- Visión sesgada de sexualidad y pornografía, accesible en un click a cualquier edad en las redes y medios digitales. Abuso de la pornografía a través de redes sociales.
- Falta de educación sexual y afectiva en el ámbito educativo y a nivel general. Falta de información y de formación sobre sexualidad saludable. Tema tabú en algunas familias.
- Embarazos no deseados en población joven.
- Considerar la sexualidad como una agresión, sin considerar la libertad entre personas o, todo lo contrario, la utilización de la sexualidad como una manera de sometimiento.
- La actual pornografía sitúa a la mujer en una situación muy inferior a los hombres en las relaciones heterosexuales. Por ello, derivado de estas imágenes pueden darse experiencias nada seguras para ellas y una vida sexual poco placentera.
- Falta de accesibilidad a las nuevas tecnologías debido a problemas económicos de las familias, los precios elevados de las tecnologías, la brecha digital.
- Falta de formación a las familias en el buen uso de las tecnologías.
- Ampliación de la edad de inicio en el uso de las pantallas en el caso de los y las menores de edad.
- Problemas de adicción a las TRIC.

## Necesidades

### Generales

- Evaluar los programas de promoción de hábitos de vida saludable activos para conocer resultados en salud, avanzar y mejorar.
- Establecer líneas de colaboración con las Universidades de Andalucía, con la finalidad de desarrollar estrategias de formación, investigación e innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables.
- Mejorar los acuerdos de colaboración con las empresas productoras y distribuidoras, para que ofrezcan una publicidad clara y veraz bajo su responsabilidad social.
- Reforzar la incorporación o refuerzo en todas las intervenciones y programas de los principios de equidad y acceso universal, de la perspectiva de género y los determinantes sociales, de la diversidad.
- Tramitar medidas legislativas sobre aquellos aspectos relacionados con los hábitos de vida y los determinantes que los condicionan si fuera necesario, para garantizar su desarrollo.
- Necesidad de aumentar el número de profesionales que ofrezcan apoyo psicosocial y atención integral a la población en general.
- Trabajar en la prevención de la violencia ejercida hacia mujeres y niñas, que pasa, inevitablemente, por la transformación de los estereotipos de género, para obtener una mejora de la salud mental de las mujeres.

- Potenciar la formación, investigación e innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables, incorporando y reforzando la perspectiva de género.

### **Específicas, sobre hábitos de vida**

- Fomentar mayor promoción del consumo de frutas y/o verduras y los mercados locales y los productos de proximidad y de temporada, típicos de la dieta mediterránea.
- Potenciar y reconocer el valor de los productos artesanos.
- Promocionar los huertos escolares estableciendo medidas formativas para su creación.
- Incentivar las prácticas saludables en empresas de hostelería y de restauración, ofreciendo incentivos fiscales y reconociendo su labor.
- Ofrecer más información sobre hábitos de vida saludable en las consultas de Atención Primaria en general y en Pediatría, y seguimiento de los mismos en la población destinataria. Y potenciar las actividades grupales sobre estilos de vida saludables por su mayor impacto desde estos espacios sanitarios.
- Garantizar medidas de conciliación de la vida laboral y familiar y condiciones de trabajo que favorezcan la realización de actividad física, que favorezcan el descanso y la planificación de una dieta saludable.
- Realizar campañas publicitarias en las que se promueva la realización de actividad física sin que exista detrás el anuncio de un producto, se fomente una la alimentación saludable, el sueño, el bienestar emocional, la sexualidad saludable y el buen uso de TRIC.
- Aportar mayor información nutricional de los alimentos, permitiendo distinguir los niveles de calidad del producto mediante la explicación de todo el contenido de manera clara y basada en los principios de accesibilidad universal.
- Supervisar los menús de los comedores escolares, tanto su calidad como su adaptación a las necesidades de todo el alumnado.
- Potenciar en comedores públicos las dietas diferenciadas para diferentes necesidades o problemas de salud.
- Suministrar productos más saludables a los bancos de alimentos y a las asociaciones de ayuda a las personas más desfavorecidas.
- Formar la comunidad educativa, a usuarios/as de los centros de servicios sociales, y a trabajadores/as en los centros de trabajo en hábitos de vida saludable.
- Supervisar los productos ofertados en máquinas expendedoras, cafeterías, cantinas, etc., ubicadas en los diferentes centros educativos, laborales, sociosanitarios, etc.
- Crear más espacios y de espacios verdes para la actividad física.
- Fomentar el uso de las escaleras frente al ascensor.
- Instalar fuentes de agua potable en los espacios donde vive, trabaja y se divierte la población.

- Habilitar más y mejores instalaciones públicas con una oferta de actividades variada e inclusiva para todas las edades y para la práctica de la actividad física.
- Aumentar la oferta de actividades deportivas extraescolares y las horas de actividad física en el currículo escolar, con especial énfasis en las mujeres adolescentes.
- Potenciar los caminos escolares seguros, promoviendo la colaboración entre las diferentes administraciones y las Asociaciones de Madres y Padres. Valorar el uso de aplicaciones informáticas que permiten saber si el niño ha llegado al colegio.
- Diseñar e implantar planes de fomento de la movilidad activa y saludable a escala de centros de enseñanza, centros de trabajo y centros comerciales, facilitando los desplazamientos andando o en bicicleta, con infraestructuras mínimas como rutas seguras, vías peatonalizadas, carriles de bicicletas, incentivos, accesibilidad peatonal, etc.
- Incluir la actividad física como uno de los contenidos obligatorios del Programa Individual de Atención de las personas usuarias de los centros de servicios sociales supervisada y desarrollada por profesionales especializados/as.
- Garantizar vigilancia de las horas nocturnas para respetar el sueño de la ciudadanía, evitando la contaminación acústica en determinadas franjas horarias.
- Dentro de los programas de humanización del sistema sanitario, velar por la calidad del sueño de las personas ingresadas en centros sanitarios.
- Trabajar la importancia del sueño como un hábito saludable, dentro de programas de educación para la salud.
- Necesidad de reforzar los servicios de psicología en atención primaria para toda la población, y de potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio.
- Para fomentar el bienestar emocional, formar a los/las profesionales para que las atenciones sean menos asistenciales y se potencie la atención integral donde se trabaje con el entorno del usuario/a,
- Educar a la población y a las familias en la evolución de los estados emocionales en las distintas etapas de la vida y en la convivencia pacífica y en la resolución de conflictos, y en la prevención del bullying.
- Garantizar la seguridad ciudadana que favorezca el bienestar emocional.
- Potenciar la promoción de la lactancia materna y de sus beneficios
- Acercar las actividades de promoción y prevención a la población joven que se encuentra en otros espacios fuera del educativo habitual.
- Programar acciones de educación sexual y afectiva a la ciudadanía. Garantizar la educación igualitaria entre sexos.
- Establecer planes de educación sexual en centros educativos desde edades tempranas, que comprendan la diversidad existente en lo relativo a identidad de género, diversidad funcional, etc.
- Prevenir las adicciones a las TRIC.

- Prevenir el aislamiento social de las personas mayores de forma general y a través de la formación en el uso de TRIC y redes sociales.
- Difundir campañas sobre la prevención de las adicciones a las TRIC.
- Promover iniciativas de consumo responsable de redes sociales, apps de juegos y videojuegos como prevención de la ludopatía y de la exposición excesiva a las pantallas
- Establecer redes públicas de wifi abierto y gratuito, para que las familias con menos recursos también puedan acceder desde su domicilio a las TRIC. Trabajar para garantizar el acceso universal a las tecnologías
- Investigar sobre la repercusión de las nuevas tecnologías en la salud de la población.

## Retos

- La promoción de manera integral de los hábitos de vida saludables en toda la población, en todos los ámbitos y entornos y en todas las franjas de edad con un abordaje transversal y universal, y con la coordinación de esfuerzos y de actuaciones entre las distintas administraciones y agentes implicados.
- La consecución de mayores cotas de bienestar para la ciudadanía andaluza partiendo de acciones y medidas de promoción de hábitos de una vida saludable, amortiguando el impacto de las desigualdades sociales que sufren determinados sectores de la población andaluza.
- La puesta en valor de los activos comunitarios generadores de salud y bienestar, identificarlos, dinamizarlos y difundirlos, para que, junto a los recursos más individuales, la ciudadanía pueda afrontar el día a día con más bienestar.
- La generación de espacios de encuentro con la industria con la finalidad de fomentar la responsabilidad social de las empresas para favorecer los hábitos saludables en la población en general, así como la promoción de un consumo justo y sostenible por parte de la ciudadanía.
- La mejora de la información, formación y sensibilización de la ciudadanía sobre los beneficios de los hábitos de vida saludable con mensajes y acciones basadas en la evidencia, contrastadas, ajustadas a las necesidades de las personas, a través de nuevas tecnologías, de redes sociales, medios de comunicación, en los barrios, en los centros educativos, sociales, sanitarios, en el ámbito laboral, empresarial, etc.
- La creación y mantenimiento de infraestructuras, espacios y de condiciones para favorecer el fomento de hábitos de vida saludable en la población.





# líneas estratégicas, objetivos e indicadores



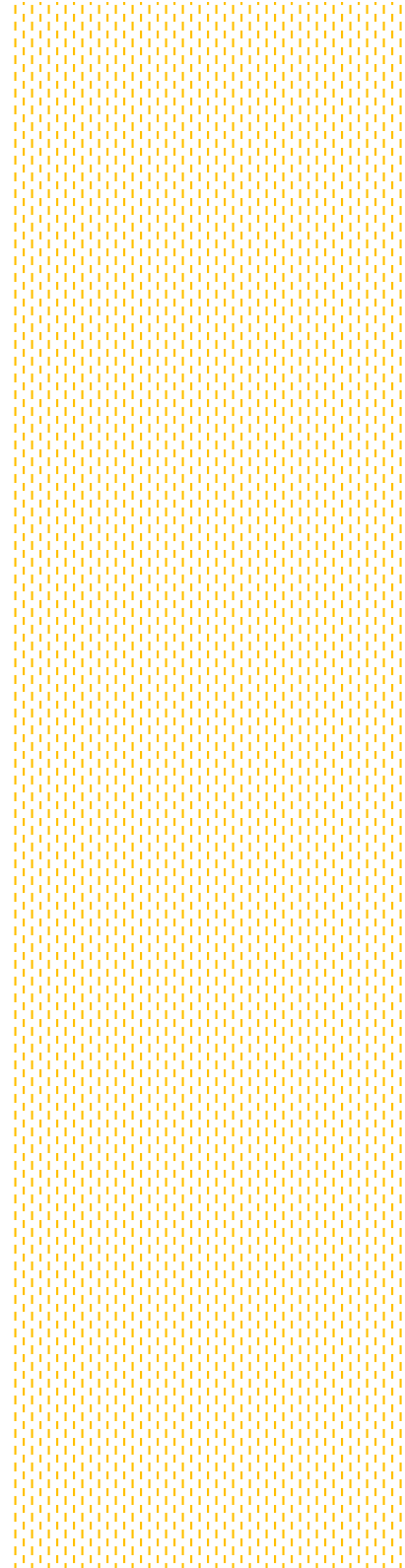
Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## 1.- Líneas y objetivos estratégicos

En el marco de Gobernanza del proyecto y en coherencia y alineadas con los problemas, necesidades y retos que surgen del proceso de participación, el Comité Director de la Estrategia establece cuatro líneas y diez objetivos estratégicos:





## **LE 1. Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud.**

---

**OE 1.1.** Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables.

**OE 1.2.** Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios.

**OE 1.3.** Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población.

**OE 1.4.** Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional.

**OE 1.5.** Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes.

**OE 1.6.** Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades.

**OE 1.7.** Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable.



## **LE 2. Fomento de responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial.**

---

**OE 2.1.** Incrementar el número de empresas con productos o actividades de consumo, que se comprometan a crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población.



## **LE 3. Difusión y comunicación de información veraz a la ciudadanía sobre los beneficios de una vida saludable y protección de la población frente a mensajes, publicidad y campañas perjudiciales para la salud.**

---

**OE 3.1.** Incrementar y favorecer la difusión de información sobre hábitos saludables, con contenidos relevantes, veraces y accesibles.



## **LE 4. Impulso a la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables.**

---

**OE 4.1.** Incrementar la formación y la investigación en el área de la promoción de hábitos saludables.

Estos objetivos estratégicos están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por Naciones Unidas.

# **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

## Objetivos estratégicos

OE 1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables.

OE 1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios.

OE 1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población.

OE 1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional

OE 1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes.

OE 1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades.

OE 1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable.

OE 2.1. Incrementar el número de empresas con productos o actividades de consumo, que se comprometan a crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población.

OE 3.1. Incrementar y favorecer la difusión de información sobre hábitos saludables, con contenidos relevantes, veraces y accesibles.

OE 4.1. Incrementar la formación y la investigación en el área de la promoción de hábitos saludables.

## ODS





## 2- Indicadores de contexto e impacto

Cada uno de los objetivos estratégicos señalados cuenta con uno o varios **indicadores de contexto**, indicando la situación de partida y sus correspondientes **indicadores de impacto** para su posterior seguimiento.

Los indicadores de las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS población infantil y EAS población adulta) se proporcionarán por franja etaria, sexo y nivel educativo.

Tabla 7. Indicadores de contexto e impacto

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	INDICADORES DE IMPACTO
LE 1. Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud	OE 1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables	<i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.1.a. Porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida</li> </ul>	<i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.1.b. Aumento del porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida</li> </ul>
		<i>Para población infantil (=&gt;1 año y &lt;=15 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.2.a. Porcentaje de menores que consume verduras 5 o más veces por semana</li> <li>Indicador 1.1.3.a. Porcentaje de menores con buena adherencia a la dieta mediterránea</li> </ul>	<i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.3.b. Aumento del porcentaje de menores con buena adherencia a la dieta mediterránea</li> </ul>
		<i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.4.a. Porcentaje de personas adultas que toman comida rápida 3 o más veces por semana</li> <li>Indicador 1.1.5.a. Porcentaje de personas adultas con buena adherencia a la dieta mediterránea</li> </ul>	<i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.1.5.b. Aumento del porcentaje de personas adultas con buena adherencia a la dieta mediterránea</li> </ul>



OE 1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios	<p><i>Para población infantil (entre 2 y 15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.2.1.a. Porcentaje de población infantil que practica ejercicio físico regular o varias veces por semana en su tiempo libre</li> </ul>	<p><i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.2.1.b. Aumento del porcentaje de población infantil que practica ejercicio físico de manera regular o varias veces por semana en su tiempo libre</li> </ul>
	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.2.2.a. Porcentaje de personas adultas que practica ejercicio físico regular o varias veces por semana en su tiempo libre</li> </ul>	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.2.2.b. Aumento del porcentaje de personas adultas que practica ejercicio físico regular o varias veces por semana en su tiempo libre</li> </ul>
OE 1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población	<p><i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.3.1.a. Porcentaje de población infantil que duerme las horas de sueño recomendadas</li> </ul>	<p><i>Para población infantil (&lt;=15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.3.1.b. Aumento del porcentaje de población infantil que duerme las horas de sueño recomendadas</li> </ul>
	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.3.2.a. Porcentaje de población adulta que duerme las horas de sueño recomendadas</li> <li>Indicador 1.3.3.a. Porcentaje de población adulta que descansa lo suficiente</li> </ul>	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.3.2.b. Aumento del porcentaje de población adulta que duerme las horas de sueño recomendadas</li> <li>Indicador 1.3.3.b. Aumento del porcentaje de población adulta que descansa lo suficiente</li> </ul>
OE 1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional	<p><i>Para población infantil (entre 8 y 15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.4.1.a. Media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil (Kidscreen)</li> </ul>	<p><i>Para población infantil (entre 8 y 15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.4.1.b. Aumento de la calidad de vida media relacionada con la salud en población infantil (Kidscreen)</li> </ul>

	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.4.2.a. Media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente física</li> <li>• Indicador 1.4.3.a. Media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente mental</li> <li>• Indicador 1.4.4.a. Porcentaje de población adulta que se considera completamente feliz</li> <li>• Indicador 1.4.5.a. Porcentaje de población adulta que percibe como bajo su apoyo social y afectivo</li> </ul>	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.4.2.b. Aumento de la media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente física</li> <li>• Indicador 1.4.3.b. Aumento de la media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente mental</li> <li>• Indicador 1.4.4.b. Aumento del porcentaje de población adulta que se considera completamente feliz</li> <li>• Indicador 1.4.5.b. Disminución del porcentaje de población adulta que considera bajo su apoyo social y afectivo</li> </ul>
OE 1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.5.1.a. Porcentaje de población adulta que considera satisfactorias las relaciones sexuales para todas las partes</li> </ul>	<p><i>Para población adulta (=&gt;16 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.5.1.b. Aumento del porcentaje de población adulta que considera satisfactorias las relaciones sexuales para todas las partes</li> </ul>
OE 1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades	<p><i>Para población infantil (entre 2 y 15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.6.1.a. Porcentaje de población infantil que ve la televisión todos o casi todos los días</li> <li>• Indicador 1.6.2.a. Porcentaje de población infantil de entre 2-4 años que usa más de una hora al día aparatos electrónicos</li> <li>• Indicador 1.6.3.a. Porcentaje de población infantil de entre 5-15 años que usa más de dos horas al día aparatos electrónicos</li> </ul>	<p><i>Para población infantil (entre 2 y 15 años):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 1.6.2.b. Disminución del porcentaje de población infantil de entre 2-4 años que usa más de una hora al día aparatos electrónicos</li> <li>• Indicador 1.6.3.b. Disminución del porcentaje de población infantil de entre 5-15 años que usa más de dos horas al día aparatos electrónicos.</li> </ul>



	OE 1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.7.1.a. Número de recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios para la salud desde el SSPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 1.7.1.b. Aumento anual del número de recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios para la salud desde el SSPA</li> </ul>
LE 2. Fomento de responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial	OE 2.1. Incrementar el número de empresas con productos o actividades de consumo, que se comprometan a crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 2.1.1.a. Número de empresas localizadas en Andalucía que favorecen los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 2.1.1.b. Aumento anual del número de empresas localizadas en Andalucía que favorecen los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población</li> </ul>
LE 3. Difusión y comunicación de información veraz a la ciudadanía sobre los beneficios de una vida saludable y protección de la población frente a mensajes, publicidad y campañas perjudiciales para la salud	OE 3.1.- Incrementar y favorecer la difusión de información sobre hábitos saludables, con contenidos relevantes, veraces y accesibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 3.1.1.a. Número de visitas que recibe el portal web de promoción de hábitos saludables “Mi Guía de Salud”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 3.1.1.b. Aumento anual del número de visitas que recibe el portal web de promoción de hábitos saludables “Mi Guía de Salud”</li> </ul>
LE 4. Impulso a la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables	OE 4.1.- Incrementar la formación y la investigación en el área de la promoción de hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 4.1.1.a. Número de profesionales que participan en actividades formativas sobre hábitos saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 4.1.1.b. Aumento anual del número de profesionales que participan en actividades formativas sobre hábitos saludables, desagregado por sexo</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 4.1.2.a. Número de proyectos de investigación sobre promoción de hábitos saludables financiados a través de convocatorias públicas de ayuda a la investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 4.1.2.b. Aumento anual del número de proyectos de investigación sobre promoción de hábitos saludables financiados a través de convocatorias públicas de ayuda a la investigación</li> </ul>

Los datos de partida (contexto) de cada uno de los indicadores señalados en la tabla anterior, así como las metas previstas (impacto) son los siguientes:

#### **Indicador 1.1.1. Porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida**

---

- **Contexto:** En cuanto a la lactancia materna exclusiva, el 30,3% de los menores de 16 años residentes en Andalucía la tuvieron hasta al menos los 6 primeros meses de vida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o nivel de estudios. (Fuente: V EAS 2015-2016). Un 56,5% de la población andaluza menor de 16 años ha tenido una alimentación con lactancia materna (exclusiva o mixta) hasta los 6 meses de edad. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por edad, aunque sí por estudios, siendo mayor el porcentaje en niveles de estudios mayores (66,1% en universitarios frente al 52,2% en progenitores con estudios de hasta EGB / ESO / FP I).
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de menores de 16 años residentes en Andalucía que tuvieron lactancia materna exclusiva hasta al menos los 6 primeros meses de vida. (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### **Indicador 1.1.2. Porcentaje de menores que consume verduras 5 o más veces por semana**

---

- **Contexto:** Como dato de partida, un 54,8% de la población andaluza menor de 16 años consume verdura cinco o más veces a la semana, no observándose diferencias estadísticamente significativas según sexo o nivel de estudios. Con respecto a la edad, el consumo de verdura disminuye significativamente conforme aumenta la edad. (Fuente: V EAS 2015-2016).

#### **Indicador 1.1.3. Porcentaje de menores con buena adherencia a la dieta mediterránea**

---

- **Contexto:** Como nuevo indicador de contexto se utilizará el porcentaje de población menor de 16 años con buena adherencia a la dieta mediterránea, en base a los resultados del cuestionario KIDMET de la VI EAS.
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de menores de 16 años residentes en Andalucía con buena adherencia a la dieta mediterránea, en base a los resultados del cuestionario KIDMET. (Fuente: futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.1.4. Porcentaje de personas adultas que toman comida rápida 3 o más veces por semana

---

- **Contexto:** Como dato de partida, el 10,35% de los andaluces mayores de 16 años toman comida rápida tres o más veces por semana. Este porcentaje es mayor en hombres que en mujeres (12,62% frente a 8,16%) y disminuye conforme aumenta la edad, yendo del 21,91% en menores de 30 años hasta el 3,24% en mayores de 65 años. También existen diferencias significativas según nivel de estudios siendo la población con Bachiller / FP II la que muestra un mayor porcentaje (13,17%). (Fuente: V EAS 2015-2016)

#### Indicador 1.1.5. Porcentaje de personas adultas con buena adherencia a la dieta mediterránea

---

- **Contexto:** Como nuevo indicador de contexto se utilizará el porcentaje de población mayor de 16 años con buena adherencia a la dieta mediterránea, en base a los resultados del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea de la VI EAS.
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de mayores de 16 años residentes en Andalucía con buena adherencia a la dieta mediterránea, en base a los resultados del Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea. (Fuente: futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.2.1. Porcentaje de población infantil que practica ejercicio físico regular o varias veces por semana en su tiempo libre

---

- **Contexto:** Un 25,4% de la población andaluza menor de 16 años practica ejercicio físico de manera regular o varias veces por semana en su tiempo libre, porcentaje significativamente mayor en niños que en niñas (30,2% y 20,5%, respectivamente), en mayores de 12 años (40,2%) y en los niveles de estudios Universitarios (26,3%,). (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Aumento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de menores de 16 años residentes en Andalucía que practica ejercicio físico en su tiempo libre de manera regular o varias veces por semana (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.2.2. Porcentaje de personas adultas que practican ejercicio físico regular o varias veces por semana en su tiempo libre

---

- **Contexto:** El 18,1% de la población andaluza mayor de 16 años practica ejercicio físico en su tiempo libre de manera regular o varias veces por semana, porcentaje significativamente mayor en hombres que en mujeres (24,2% y 12,1%, respectivamente), en personas menores de 30 años (35,4%) y en aquellas con estudios universitarios (29,4%). (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Aumento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población andaluza mayor de 16 años que practica ejercicio físico en su tiempo libre de forma regular o varias veces por semana. (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### **Indicador 1.3.1. Porcentaje de población infantil que duerme las horas de sueño recomendadas**

---

- **Contexto:** Un 67,4% de población infantil duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española del Sueño. No se muestra diferencias por sexo, y nivel de estudios, aunque sí por edad, siendo los menores de 12 a 15 años los que mayor porcentaje reflejan (82,8% frente al 45,7% de los menores de 3 años) (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población infantil que duerme las horas recomendadas (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### **Indicador 1.3.2. Porcentaje de población adulta que duerme las horas de sueño recomendadas**

---

- **Contexto:** Un 74,5% de la población adulta duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño. Este porcentaje es diferente por sexo, edad y nivel de estudios, siendo mayor en hombres (76,8% frente a 72,4% en mujeres), en los menores de 30 años (83,6% frente a 56,3% de los mayores de 65 años), y para las personas adultas con un nivel de estudios de bachiller (81,2%). (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población adulta que duerme las horas recomendadas (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### **Indicador 1.3.3. Porcentaje de población adulta que descansa lo suficiente**

---

- **Contexto:** Un 79,1% de la población andaluza mayor de 16 años afirmó descansar lo suficiente con el sueño realizado, siendo este porcentaje superior en hombres que en mujeres (84,5% y 73,9%, respectivamente) e inferior en población de 45 a 64 años (76,8%). En población con estudios universitarios también fue inferior (75,7%), aunque sin alcanzar en este caso significación estadística ( $p=0,056$ ). (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población andaluza mayor de 16 años que afirma descansar lo suficiente con el sueño realizado. (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### **Indicador 1.4.1. Media del índice de Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil de entre 8 y 15 años**

---

- **Contexto:** El índice medio de la calidad de vida relacionada con la salud de los niños de 8 a 15 años fue de 50,3, no mostrando diferencias por sexo, aunque sí por edad (51,2 para población entre 8 y 11 años frente a 49,4 en menores de 12 a 15 años) y nivel de estudios (51,7 de universitarios frente a 49,9 del nivel más bajo de estudios) (Fuente: Kidscreen, V EAS 2015-2016)

- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del indicador Calidad de vida media en población infantil (Fuente: Kidscreen, VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.4.2. Media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente física

---

- **Contexto:** El valor medio del índice de calidad de vida relacionada con la salud en su componente física es de 52, observándose diferencias por sexo, edad y nivel de estudios. Son los hombres (52,8), la población menor de 30 (55,8) y la población con estudios universitarios (54,6) la que muestra mayor valor medio del índice. (Fuente: SF-12, V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, de la media del componente físico de la calidad de vida relacionada con la salud en población adulta. (Fuente: SF-12, VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.4.3. Media del índice de calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en su componente mental

---

- **Contexto:** El índice de calidad de vida relacionada con la salud en su componente mental es de 50,9, observándose diferencias por sexo, edad y nivel de estudios. Son los hombres (51,7), la población menor de 30 (53,2) y la población con estudios de bachiller (52,2) la que muestra mayor valor medio del índice. (Fuente: SF-12, V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, de la media del componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud en población adulta. (Fuente: SF-12, VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.4.4. Porcentaje de población adulta que se considera completamente feliz

---

- **Contexto:** Un 28,7% de la población andaluza mayor de 16 años se consideró completamente felices, observándose un porcentaje significativamente más alto en hombres que en mujeres (30,3% y 27,2%, respectivamente), así como un aumento significativo conforme disminuye la edad (hasta el 39,2% en los más jóvenes) y conforme aumenta el nivel de estudios (hasta el 36,6% en personas con estudios universitarios). (Fuente: V EAS 2015-2016)
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población andaluza mayor de 16 años que se considera completamente feliz. (Fuente: VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)



#### Indicador 1.4.5. Apoyo social y afectivo percibido en población adulta

---

- **Contexto:** Se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, grupo de edad y nivel de estudios en los porcentajes de personas mayores de 16 años con apoyo social bajo. Los porcentajes son mayores en mujeres que en hombres (con una diferencia de 2.6 puntos porcentuales); también son mayores los porcentajes de personas con apoyo social bajo en función de la edad (diferencia de 6.9 puntos porcentuales de las personas mayores de 65 años a las menores de 30); y también lo son en función del nivel educativo, siendo los porcentajes mayores en los niveles educativos más bajo (diferencia de 9,7 puntos porcentuales entre los niveles de EGB / ESO / FP I y universitario). (Fuente: DUKE, V EAS 2015-2016).
- **Impacto:** Disminución, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de personas con apoyo social bajo, entre las subpoblaciones de estudio (por sexo, grupo de edad y nivel de estudios) (Fuente: DUKE, VI y futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.5.1. Satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes

---

- **Contexto:** La EAS no ha contado hasta la fecha con esta información, siendo este dato la situación de partida, en la que las relaciones sexuales se han tenido en cuenta desde una perspectiva preventiva (embarazos no deseados, VIH/SIDA y otras ITS) y no como fuente de satisfacción y bienestar. Como indicador de contexto se utilizará el porcentaje de mayores de 16 años residentes en Andalucía que se sienten satisfechos con las relaciones sexuales para todas las partes en el último año, obteniéndose esta información de la nueva pregunta sobre sexualidad, que se incluirá en la VI EAS.
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de mayores de 16 años residentes en Andalucía que se sienten satisfechos con las relaciones sexuales para todas las partes en el último año. (Fuente: futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

#### Indicador 1.6.1. Porcentaje de población infantil que ve la televisión todos o casi todos los días

---

- **Contexto:** Como dato de partida, el 90,4% de la población andaluza menor de 16 años ve la televisión todos o casi todos los días, siendo este porcentaje significativamente inferior en menores de 3 años (59,5%) y superior en nivel de estudios hasta EGB / ESO / FP I (92,1%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo (Fuente: V EAS 2015-2016).

### Indicador 1.6.2. Porcentaje de población infantil de entre 2-4 años que usa más de una hora al día aparatos electrónicos

---

- **Contexto:** Como nuevo indicador de contexto se utilizará el porcentaje de población andaluza de entre 2-4 años que usa más de una hora al día aparatos electrónicos (ordenador, tablet, teléfono u otros dispositivos), entre semana y los fines de semana, obteniéndose esta información de la nueva pregunta sobre el uso de aparatos electrónicos, que se incluirá en la VI EAS.
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población andaluza de entre 2-4 años que usa más de una hora al día aparatos electrónicos (ordenador, tablet, teléfono u otros dispositivos), entre semana y los fines de semana. (Fuente: futuras EAS).
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### Indicador 1.6.3. Porcentaje de población infantil de entre 5-15 años que usa más de dos horas al día aparatos electrónicos

---

- **Contexto:** Como nuevo indicador de contexto se utilizará el porcentaje de población andaluza de entre 5-15 años que usa más de dos horas al día aparatos electrónicos (ordenador, tablet, teléfono u otros dispositivos), aparte de los deberes del colegio, entre semana y los fines de semana, obteniéndose esta información de la nueva pregunta sobre el uso de aparatos electrónicos, que se incluirá en la VI EAS.
- **Impacto:** Incremento, respecto a la EAS anterior, del porcentaje de población andaluza de entre 5-15 años que usa más de dos horas al día aparatos electrónicos (ordenador, tablet, teléfono u otros dispositivos), aparte de los deberes del colegio, entre semana y los fines de semana. (Fuente: futuras EAS)
- **Fuente:** Encuesta Andaluza de Salud (EAS)

### Indicador 1.7.1. Número de recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios para la salud desde el SSPA

---

- **Contexto:** El SSPA no cuenta con evidencias de haber recomendado ningún activo comunitario para la salud a la ciudadanía, al no contar con un sistema de registro corporativo que permita esta recomendación desde el sistema sanitario. (Fuente: DGSPOF)
- **Impacto:** Incremento anual, respecto al año anterior, del número de recomendaciones sobre activos comunitarios para la salud ofertadas a la ciudadanía desde el SSPA, contabilizadas en un sistema de registro corporativo. (Fuente: DGSPOF)
- **Fuente:** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF)

### Indicador 2.1.1. Número de empresas localizadas en Andalucía que favorecen los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población

---

- **Contexto:** No existe ninguna empresa localizada en Andalucía que cuente con un distintivo de la Consejería con competencia en materia de salud y consumo, que acredite su compromiso para crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población. (Fuente: DGSPPOF)
- **Impacto:** Incremento anual, respecto al año anterior, del número de empresa localizada en Andalucía que acreditan, mediante un distintivo de la Consejería con competencia en materia de salud y consumo, su compromiso para crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población. (Fuente: DGSPPOF)
- **Fuente:** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPPOF)

### Indicador 3.1.1. Número de visitas que recibe el portal web de promoción de hábitos saludables “Mi Guía de Salud”

---

- **Contexto:** En el año 2021 el portal web de promoción de hábitos saludables de la Consejería de Salud y Consumo “Mi Guía de Salud” ha recibido 81.457 visitas (Fuente: DGSPPOF)
- **Impacto:** Incremento anual, respecto al año anterior, del número de visitas que recibe el portal web de promoción de hábitos saludables de la Consejería de Salud y Consumo “Mi Guía de Salud” (Fuente: DGSPPOF)
- **Fuente:** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPPOF)

### Indicador 4.1.1. Número de profesionales que participan en actividades formativas sobre hábitos saludables

---

- **Contexto:** En el año 2021 5.078 profesionales sanitarios y de otros sectores implicados han participado en 113 actividades formativas sobre hábitos saludables desarrolladas en el marco de los planes y programas vinculados al Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. (Fuente: DGSPPOF)
- **Impacto:** Incremento anual, respecto al año anterior, del número de profesionales sanitarios y de otros sectores implicados que participan en actividades formativas sobre hábitos saludables desarrolladas en el marco de los planes y programas vinculados al Servicio de Promoción y Acción Local en Salud, desagregado por sexo. (Fuente: DGSPPOF)
- **Fuente:** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPPOF)

#### Indicador 4.1.2. Número de proyectos de investigación sobre promoción de hábitos saludables financiados a través de convocatorias públicas de ayuda a la investigación

---

- **Contexto:** En el año 2021, ningún proyecto de investigación sobre promoción de hábitos saludables, ha sido financiados a través de convocatorias públicas de ayuda a la investigación de la Consejería de Salud y Consumo, de un total de 58 proyectos financiados. (Fuentes: SGSP-IDIS y FPS)
- **Impacto:** Incremento anual, respecto al año anterior, del número de proyectos de investigación sobre promoción de hábitos saludables financiados a través de convocatorias públicas de ayuda a la investigación de la Consejería de Salud y Consumo. (Fuentes: SGSP-IDIS y FPS).
- **Fuente:** Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud (SGSP-IDIS) y Fundación Progreso y Salud (FPS).





# programas



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía



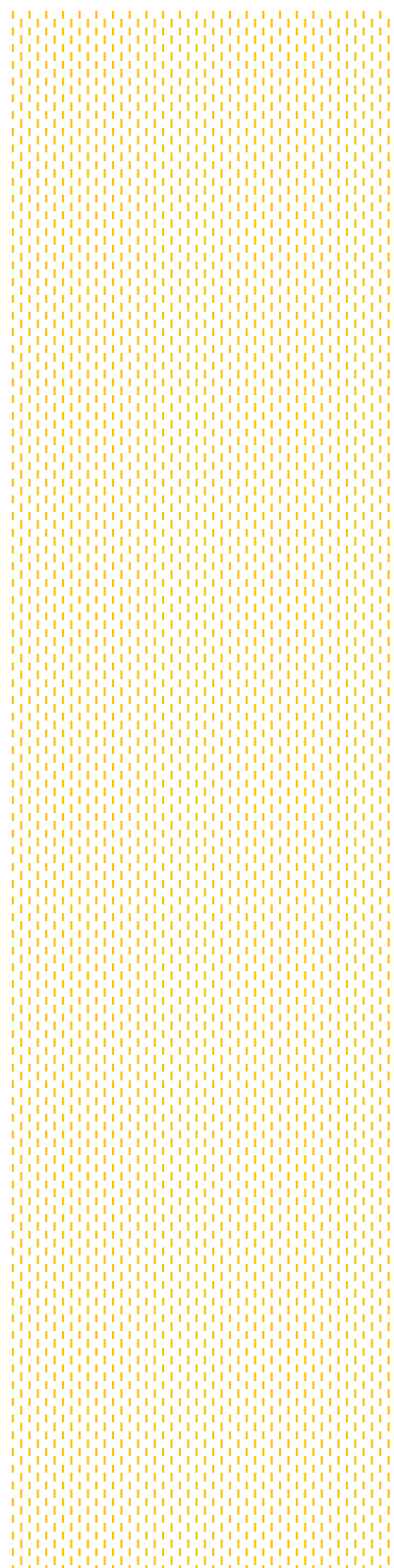


De los principios rectores que han de orientar esta estrategia (ver apartado IV), se resaltan dos por su repercusión operativa a la hora de planificar los programas a desarrollar:

1. Perspectiva del ciclo vital. Las acciones previstas tendrán en cuenta las siguientes etapas etarias, sin olvidar la necesaria flexibilidad a la hora de definir determinados grupos de población en función de la actividad a desarrollar:
  - a. Primeros 1.000 días: desde el comienzo del embarazo hasta los dos años.
  - b. Infancia: de 3 a 11 años.
  - c. Adolescencia: de 12 a 17 años.
  - d. Edad adulta: de 18 a 64 años.
  - e. Mayores: a partir de 65 años.
2. Principio de igualdad y equidad. Las acciones emprendidas tendrán en cuenta el género, la etnia, el nivel socioeconómico, la discapacidad o grado de dependencia y el entorno donde viven las personas.

La concreción para la consecución de los objetivos estratégicos señalados se realiza en base a la formulación de un conjunto de programas, detallando para cada uno de ellos la siguiente información:

- Código y denominación
- Línea estratégica relacionada
- Objetivos estratégicos a los que contribuye
- Objetivos del programa
- Breve descripción del programa
- Medidas y acciones a desarrollar
- Población destinataria
- Indicadores claves de realización
- Indicadores claves de resultados (alcance)
- Organismo responsable de su implantación y seguimiento
- Organismos y entidades colaboradoras
- Temporalización
- Presupuesto



Los programas engloban tanto aquellos ya existentes con una entidad propia y destinados a un entorno y población determinada (por ejemplo, el “Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo”), como los nuevos establecidos que agrupan un conjunto de medidas y acciones con un fin y/o población destinataria común. Estos programas se desarrollan, principalmente, en uno de los siguientes ámbitos o sectores de actividad:

- 1. Ámbito comunitario:** Se incluyen programas que abordan medidas universales de promoción de hábitos saludables, desde una perspectiva comunitaria y un énfasis especial en la acción local en salud, sin entrar en las medidas específicas a implantar en los diferentes ámbitos de actuación, las cuales se abordan en las siguientes líneas de actuación. En un marco de colaboración permanente entre las distintas administraciones y entidades ciudadanas, se abordan acciones generales dirigidas a toda la población, incluyendo aquellas destinadas a potenciar la cooperación entre personas de una comunidad y considerando a la familia, en cualquiera de sus formas, como entorno de actuación preferente, complementadas con acciones específicas dirigidas a determinados grupos de población en situación de riesgo social. Así mismo, se incluyen actuaciones en entornos comunitarios y sistemas de movilidad y transporte para facilitar los hábitos saludables en la población
- 2. Ámbito sanitario:** Se incluyen programas que abordan acciones para fomentar los hábitos saludables en todas las personas atendidas en los centros sanitarios y centros de tratamiento de adicciones, y de manera específica, en aquellas identificadas con factores de riesgo. Asimismo, se fomenta el uso de activos para la salud y se señalan acciones para que los centros sanitarios sean espacios saludables.
- 3. Centros docentes:** Se incluyen programas que establecen medidas específicas para fomentar los hábitos saludables en todos los centros docentes que imparten las enseñanzas del sistema educativo: educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional, enseñanzas de idiomas, enseñanzas artísticas, enseñanzas deportivas, educación de personas adultas y enseñanza universitaria. Asimismo, se incluyen los centros de formación profesional para el empleo en el ámbito laboral.
- 4. Centros de servicios sociales y otros establecimientos con servicios de día y/o residenciales:** Se incluyen programas que establecen medidas específicas para fomentar los hábitos saludables en todos los centros de servicios sociales, en régimen de día o residencial, destinados a personas mayores, personas menores de edad en situación de guarda y tutela por la administración andaluza, y personas con discapacidad. Así mismo, se incluyen los centros y programas de apoyo social destinados a personas con enfermedad mental grave, los centros destinados a mujeres víctimas de violencia de género y los centros para personas sin hogar. Además, se aborda la colaboración con los centros de internamiento de menores infractores y los centros de acogida temporal para inmigrantes, así como con los centros penitenciarios de Andalucía dependientes del Ministerio del Interior.
- 5. Centros de trabajo:** Se incluye un programa de ámbito autonómico que establece medidas específicas para fomentar los hábitos saludables en los lugares de trabajo del sector público y privado.
- 6. Sector empresarial:** Se incluye un programa que aborda acciones para promover la responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial en el ámbito de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio, que contribuyan a crear condiciones que favorezcan los hábitos de vida saludable.
- 7. Ámbito de la información y la comunicación:** Se incluye un programa que aborda acciones de sensibilización e información a la ciudadanía sobre los beneficios de una vida saludable, incluyendo

medidas de protección frente a la información errónea, la publicidad y el patrocinio de alimentos y bebidas no saludables, así como de otros productos y campañas comerciales perjudiciales para la salud.

- 8. Ámbito de la formación, investigación e innovación:** Se incluye un programa que aborda iniciativas de formación, investigación e innovación en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludables y su relación con la prevención de enfermedades crónicas.

La **fuentes de financiación** de los programas y, por tanto, de la Estrategia es pública a través de la asignación realizada por los diferentes organismos responsables de la implementación de los mismos.





Tabla 8. Listado de programas por líneas estratégicas y ámbitos o sectores de actividad

LINEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS por ámbito o sector de actividad
<p>1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud</p>	<p><b>Ámbito comunitario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P01.</b> Promoción de hábitos saludables y redes de apoyo comunitario a través de la “Red de Acción Local en Salud (RELAS)”.</li> <li>- <b>P02.</b> Medidas específicas en entornos y sistemas de movilidad y transporte para facilitar los hábitos saludables en la población</li> </ul>
	<p><b>Ámbito sanitario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P03.</b> Promoción de hábitos saludables en los centros sanitarios</li> <li>- <b>P04.</b> Identificación y dinamización de activos para la salud</li> <li>- <b>P05.</b> Promoción de hábitos saludables en los centros de atención a personas con adicciones</li> </ul>
	<p><b>Centros docentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P06.</b> Promoción de hábitos saludables en centros educativos</li> <li>- <b>P07.</b> Promoción de hábitos saludables en centros que imparten formación profesional para el empleo</li> <li>- <b>P08.</b> Promoción de hábitos saludables en centros universitarios</li> </ul>
	<p><b>Centros de servicios sociales y otros establecimientos con servicios de día y/o residenciales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P09.</b> Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales</li> <li>- <b>P10.</b> Promoción de hábitos saludables en los programas de apoyo social para personas con enfermedad mental</li> <li>- <b>P11.</b> Promoción de hábitos saludables en los centros de acogida temporal para inmigrantes</li> <li>- <b>P12.</b> Promoción de hábitos saludables en centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios</li> </ul>
	<p><b>Centros de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P13.</b> Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT)</li> </ul>
<p>2.- Fomento de responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial</p>	<p><b>Sector empresarial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P14.</b> Establecimiento de alianzas con los operadores económicos en el campo de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio</li> </ul>
<p>3.- Difusión y comunicación de información veraz a la ciudadanía sobre los beneficios de una vida saludable y protección de la población frente a mensajes, publicidad y campañas perjudiciales para la salud</p>	<p><b>Ámbito de la información y la comunicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P15.</b> Difusión de información veraz sobre hábitos saludables y medidas para hacer frente a la publicidad de productos y actividades perjudiciales para la salud</li> </ul>
<p>4.- Impulso a la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables</p>	<p><b>Ámbito de la formación, investigación e innovación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>P16.</b> Fomento de la formación, investigación e innovación en promoción de hábitos saludables y los determinantes que los condicionan.</li> </ul>



Tabla 9. Tabla Resumen de Programas.

Código	PROGRAMAS Nombre	LE1							LE2	LE3	LE4
		OE 1.1	OE 1.2	OE 1.3	OE 1.4	OE 1.5	OE 1.6	OE 1.7	OE 2.1	OE 3.1	OE 4.1
P01	Promoción de hábitos saludables y redes de apoyo comunitario a través de la “Red de Acción Local en Salud (RELAS)”.	X	X	X	X	X	X	X			
P02	Medidas específicas en entornos y sistemas de movilidad y transporte para facilitar los hábitos saludables en la población	X	X	X	X			X	X		
P03	Promoción de hábitos saludables en los centros sanitarios	X	X	X	X	X	X	X			
P04	Identificación y dinamización de activos para la salud	X	X	X	X	X	X	X			
P05	Promoción de hábitos saludables en los centros de atención a personas con adicciones	X	X	X	X	X	X	X			
P06	Promoción de hábitos saludables en centros educativos	X	X	X	X	X	X	X			
P07	Promoción de hábitos saludables en centros que imparten formación profesional para el empleo	X	X	X	X	X	X	X			
P08	Promoción de hábitos saludables en centros universitarios	X	X	X	X	X		X			
P09	Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales	X	X	X	X	X	X	X			
P10	Promoción de hábitos saludables en los programas de apoyo social para personas con enfermedad mental	X	X	X	X	X	X	X			
P11	Promoción de hábitos saludables en los centros de acogida temporal para inmigrantes	X	X	X	X	X	X	X			



Código	PROGRAMAS Nombre	LE1							LE2	LE3	LE4
		OE	OE	OE	OE	OE	OE	OE	OE	OE	OE
		1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	2.1	3.1	4.1
<i>P12</i>	Promoción de hábitos saludables en centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios	X	X	X	X	X	X	X			
<i>P13</i>	Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT)	X	X	X	X		X	X			
<i>P14</i>	Establecimiento de alianzas con los operadores económicos en el campo de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio								X		
<i>P15</i>	Difusión de información veraz sobre hábitos saludables y medidas para hacer frente a la publicidad de productos y actividades perjudiciales para la salud									X	
<i>P16</i>	Fomento de la formación, investigación e innovación en promoción de hábitos saludables y los determinantes que los condicionan.										X



LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE INTERVENCIONES EN POLÍTICAS Y ENTORNOS Y DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS PARA LA SALUD

programas en el ámbito comunitario

Código del programa

**P01**

Nombre del programa

**Promoción de hábitos saludables y redes de apoyo comunitario a través de la "Red de Acción Local en Salud (RELAS)".**

*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

- OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables
- OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios
- OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población
- OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional
- OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes
- OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades
- OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Promocionar los hábitos de vida saludable en la comunidad con acciones universales dirigidas a toda la población, considerando a la familia, en cualquiera de sus formas, como entorno de actuación preferente y abordando las necesidades específicas de las personas en situación de riesgo social.
2. Fomentar la incorporación de todos los municipios andaluces a la red local de acción en salud (RELAS).
3. Asesorar a los municipios andaluces para la elaboración, implantación y evaluación de los planes locales de acción en salud.
4. Facilitar el desarrollo de hábitos saludables en la población, mediante el uso de instalaciones deportivas, otros equipamientos municipales y espacios públicos al aire libre, tanto en zonas urbanas como en el medio natural.
5. Fomentar el consumo de productos primarios y aquellos mínimamente transformados, incentivando su venta en mercados locales o comercios minoristas.
6. Potenciar la cooperación entre las distintas administraciones y entidades que gestionan iniciativas de suministro de alimentos y de promoción de hábitos saludables en grupos de población en situación de riesgo social.
7. Establecer sinergias entre las diversas iniciativas y programas de fomento de hábitos saludables en el ámbito comunitario desarrollados por las diferentes Consejerías de la Junta de Andalucía.
8. Facilitar el trabajo en Red para llevar los objetivos de Salud Pública a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales, con la finalidad de mejorar la salud y la calidad de vida de la población de los municipios andaluces.
9. Fomentar la colaboración con entidades públicas y privadas, con organizaciones de consumidores y el movimiento asociativo de Andalucía interesadas en la promoción de hábitos saludables.



## Descripción del Programa

La Red de Acción Local en Salud (RELAS), concreta la forma de llevar la Salud en Todas las Políticas al nivel local y comprende un conjunto de actuaciones en un espacio de cooperación entre ambas instituciones: autonómica y municipal con el liderazgo de los gobiernos locales.

El Plan Local de Salud es el instrumento que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio. Se elabora con una metodología específica de funcionamiento en red local, de manera intersectorial y participada con la ciudadanía.

En este programa se incluyen, entre otras medidas, el conjunto de acciones universales dirigidas a toda la población, el uso saludable de los recursos comunitarios, la venta directa de productos primarios o las redes de huertos urbanos. Así mismo, se incluyen actuaciones desarrolladas por el Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ), por el Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía (PDEEA) en el ámbito comunitario y las desarrolladas en el marco de los programas "Forma Joven" en otros entornos y Envejecimiento Saludable "En Buena Edad".

Además, se incluyen acciones específicas dirigidas a determinados grupos de población en situación de riesgo social (principalmente, personas residentes en zonas desfavorecidas, personas sin hogar y personas inmigrantes en situación de precariedad).

## Medidas y acciones a desarrollar

1. Consolidación de la Red Local de Acción en Salud con el fin de ir aumentando el número de municipios adheridos a la Red hasta alcanzar la totalidad de municipios de Andalucía.
2. Fortalecimiento de la participación a nivel local con el impulso de las estructuras de participación existentes y la creación de nuevas estructuras.
3. Potenciación y revitalización de iniciativas existentes a nivel provincial, municipal y en el ámbito comunitario para la promoción de hábitos de vida saludable ("Paseo para la salud", "Por un millón de pasos", "Rutas urbanas", etc.).
4. Generación de espacios interprofesionales e interprovinciales, con la creación y fortalecimiento de redes de profesionales del ámbito local para trabajar de forma coordinada e intersectorial en el interés de la comunidad, incidiendo en el apoyo a la población en situación de vulnerabilidad, así como la captación de ciudadanía como agente clave de salud.
5. Establecimiento de acuerdos entre las administraciones locales y la Junta de Andalucía, en el ámbito de sus respectivas competencias y atendiendo a la normativa vigente en materia de contratación pública, para facilitar canales cortos de comercialización de productos primarios y mínimamente transformados, con la finalidad que la alimentación ofertada a los grupos de población más desfavorecidos sea saludable y sostenible.
6. Coordinación entre las administraciones locales y la Junta de Andalucía para el desarrollo de acciones, creación de grupos/comisiones intersectoriales, generación de acuerdos con ayuntamientos y entidades implicadas en el fomento de la actividad física, el bienestar emocional, el consumo y acceso a alimentos saludables y de proximidad, etc.
7. Formación sobre hábitos de vida saludable dirigida a la población general y a profesionales del ámbito comunitario. Poner el Plan de Formación para la Acción Local en Salud a disposición de todos los municipios y profesionales de los sectores de mayor vinculación con salud.
8. Organización de talleres grupales permanentes sobre hábitos saludables en los barrios de zonas desfavorecidas, contando con la colaboración de entidades ciudadanas existentes en las zonas.
9. Establecimiento de convenios con entidades dedicadas a la atención a grupos de riesgo, con iniciativas como los comedores sociales o los bancos de alimentos, con la finalidad de responder de manera saludable y sostenible a las necesidades nutricionales de este grupo de población.
10. Diseño e implantación de un "Vale de alimentos saludables y sostenibles" para distintos grupos de edad, grupos étnicos y dietas específicas, contando con la colaboración de técnicos/as de servicios sociales, nutricionistas y otros/as profesionales de salud.
11. Establecimiento de medidas informativas, divulgativas y legislativas que favorezcan el consumo de agua potable de la red de abastecimiento, frutas y verduras como alternativa a bebidas azucaradas, alcohólicas o energéticas y aperitivos poco saludables.



12. Impulso de iniciativas locales para el acceso a productos saludables y de precio justo.
13. Difusión de información sobre planificación de menús saludables y nutritivos y observación del riesgo de malnutrición que puede darse en grupos de población en situación de riesgo social.
14. Desarrollo de las acciones previstas anualmente en el ámbito comunitario en el marco del Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía (PDEEA)
15. Establecimiento de un sistema de ayudas o incentivos a las familias para favorecer la asistencia de sus hijos/as a entidades deportivas donde puedan realizar actividades físico-deportivas en edades tempranas, dando prioridad a las familias en situación económica más desfavorecida
16. Potenciación del uso de las instalaciones deportivas y otros equipamientos municipales para fomentar la actividad física, con énfasis en hacer la oferta deportiva atractiva para las mujeres adolescentes para disminuir la brecha de género existente.
17. Adaptación de los horarios de apertura y cierre de polideportivos, gimnasios, parques, bibliotecas, cines etc., a la vida cotidiana de la población, con horarios que respeten la conciliación de la vida laboral y familiar en un contexto de bienestar y salud.
18. Establecimiento de convenios de colaboración con entidades públicas y privadas y asociaciones ciudadanas, culturales, sociales, deportivas, de personas consumidoras o de cualquier otra índole, para su colaboración proactiva con las diversas campañas e iniciativas de promoción de hábitos saludables desarrolladas por las distintas administraciones.
19. Potenciación de la colaboración con la Red Guadalinfo, como grandes aliados para la promoción de hábitos saludables, haciendo uso de herramientas digitales, y con especial énfasis en aquellos sectores de la población afectados por la brecha digital.
20. Coordinación de las iniciativas de promoción de hábitos saludables desarrolladas por el Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ), por el Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía (PDEEA), por el programa "Forma Joven" en otros entornos y por el programa de Envejecimiento Saludable "En Buena Edad", entre otras iniciativas.
21. Desarrollo de recursos TRIC para favorecer la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludable en toda la población.
22. Fomento de programas de ocio nocturno saludable para jóvenes.
23. Aumento de la oferta pública de ocio y tiempo libre saludable para la población, teniendo en cuenta todas las franjas de edad.
24. Fomento de redes de apoyo comunitario para favorecer los vínculos personales y evitar la soledad no deseada.

*Población destinataria*

Ciudadanía residente en Andalucía

*Indicadores claves de realización*

- Nº acumulativo de municipios que forman parte de RELAS.
- Nº acumulativo de personas, desagregadas por sexo, formadas sobre acción local en salud en el marco de RELAS.

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- % de población residente en municipios andaluces adheridos a RELAS.
- % de zonas desfavorecidas de Andalucía ubicadas en municipios adheridos a RELAS, que desarrollan acciones planificadas de promoción de hábitos de vida saludable y fortalecimiento del tejido comunitario.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
- Ayuntamientos
- Diputaciones provinciales

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Federación andaluza de municipios y provincias (FAMP) /Ayuntamientos
- Instituto Andaluz de la Juventud
- Asociaciones y ONGs
- Agentes clave de la comunidad



*Temporalización*

*Presupuesto*

- Escuela Andaluza de Salud Pública
- Centros de Atención Temprana
- Red Guadalinfo

2023-2030

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Disminuir el sedentarismo y promocionar una alimentación saludable en los “espacios cerrados” de ocio infantil/juvenil.
2. Propiciar una oferta alimentaria saludable y sostenible en los servicios de restauración, cafeterías o máquinas expendedoras ubicadas en las instalaciones deportivas, centros y zonas de esparcimiento y ocio de uso público, medios de transportes, estaciones y aeropuertos de Andalucía, que contribuya a un consumo responsable y saludable por parte de las personas usuarias.
3. Facilitar la práctica de la lactancia materna en las instalaciones deportivas, centros y zonas de esparcimiento y ocio de uso público, medios de transportes, estaciones y aeropuertos de Andalucía.
4. Promocionar los desplazamientos no motorizados, a pie y en bicicleta, en condiciones de seguridad, en los pueblos y ciudades de Andalucía, convirtiéndolos en elementos esenciales de la calidad y el estilo de vida de la población.
5. Potenciar la coordinación entre administraciones locales y Junta de Andalucía para el desarrollo de los planes de movilidad, con el fin de fomentar estilos de vida saludable.
6. Asegurar la inclusión de la salud y el bienestar como un componente clave del desarrollo de políticas, planes, programas o proyectos, en base a lo establecido en la normativa vigente sobre Evaluación de Impacto en Salud (EIS), facilitando su difusión y transparencia.
7. Contribuir en la mejora de la planificación de ciudades, pueblos y barrios de Andalucía para posibilitar opciones más saludables a toda la población, con el objeto de que estos sean fuente de salud y contribuyan a prevenir enfermedades.

*Descripción del Programa*

En este programa se incluyen, entre otras medidas, acciones para facilitar los hábitos saludables en instalaciones deportivas, centros y zonas de esparcimiento y ocio de uso público, medios de transporte, estaciones y aeropuertos. Así mismo, se incluyen acciones relacionadas con la movilidad saludable y sostenible como los itinerarios a pie en los municipios para conectar servicios públicos y zonas de especial concurrencia, los caminos escolares seguros y saludables, las “Rutas para la Vida Sana” y las desarrolladas en el marco del “Plan Andaluz de la Bicicleta”. También se incluye la Evaluación de Impacto en Salud sobre políticas, planes y proyectos que desarrolla la Consejería de Salud y Consumo.





1. Creación de acuerdos de colaboración entre los distintos organismos municipales, provinciales o regionales para el desarrollo de planes de movilidad que ordenen el desplazamiento de la población, estableciendo como objetivo prioritario la salud y seguridad de las personas, el fomento de estilos de vidas saludables y la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la población, así como la lucha contra el sedentarismo.
2. Fomento del uso de escaleras convencionales como alternativa a ascensores y escaleras mecánicas en los espacios y centros de ocio y esparcimiento “cerrados”, revitalizando el proyecto “Escaleras Es Salud”.
3. Difusión de carteles informativos y material divulgativo para favorecer las opciones más saludables en los menús de los restaurantes, así como en los alimentos que se suministren en las bolsas de picnic, en las cantinas, quioscos y máquinas expendedoras de alimentos y bebidas instaladas en las zonas de ocio y esparcimiento de uso público.
4. Las empresas responsables de la restauración, instalación o mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas en las zonas de ocio y esparcimiento de uso público, medios de transporte, estaciones y aeropuertos andaluces, deberían disponer de una oferta de productos saludables y sostenibles.
5. Instalación y mantenimiento por parte de la Administración de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento, gratuitas, próximas y bien señalizadas, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».
6. Habilitación de espacios para la práctica de la lactancia materna en los centros de ocio y esparcimiento de uso público, sobre todo en aquellos con alta afluencia y circulación de personas y estaciones de transporte interurbano y aeropuertos andaluces. Estos espacios tendrán unas características y condiciones adecuadas a tal fin.
7. Fomento del autoconsumo de alimentos frescos y naturales facilitando la creación y mantenimiento de redes de huertos urbanos por parte de la administración local.
8. Establecimiento de medidas informativas, divulgativas y legislativas para promover los desplazamientos no motorizados, a pie y en bicicleta.
9. Creación de itinerarios que permitan trayectos a pie en condiciones de seguridad y comodidad, que conecten centros docentes y culturales, zonas comerciales y de ocio, jardines, centros históricos y servicios públicos de especial concurrencia y relevancia.
10. Creación de una red de caminos escolares seguros y saludables, a pie y en bicicleta, en las ciudades y pueblos de Andalucía.
11. Potenciación del proyecto “Rutas para la Vida Sana”, con el apoyo a nuevas actuaciones sobre vías verdes, senderos y caminos saludables en el entorno urbano, periurbano y rural, en estrecha coordinación y cooperación con el resto de administraciones implicadas.
12. Apoyo al desarrollo de itinerarios de cicloturismo u otras formas de turismo activo, saludable y sostenible en el medio natural, en estrecha coordinación y cooperación con el resto de las administraciones implicadas.
13. Apoyo al establecimiento de itinerarios seguros en bicicleta, compatibilizándolos con otros usos del viario urbano y teniendo en cuenta aquellos casos que concentren las mayores demandas, en estrecha coordinación y cooperación con el resto de las administraciones implicadas. Creación de carriles bici para el fomento de la práctica de actividad física. Colaboración activa de los Ayuntamientos en la implantación del Plan Andaluz de la Bicicleta.
14. Evaluación de Impacto en Salud de los planes y programas sectoriales con efectos potenciales en la salud aprobados por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, los instrumentos de planeamiento urbanístico general, así como determinadas actividades y obras (en base a la normativa vigente), difundiendo aquellos aspectos considerados de interés para la ciudadanía en general y sectores implicados.
15. Acciones para el fomento del transporte público (con el objetivo de reducir la contaminación de las ciudades) y del uso de medios de transporte ecológicos y no contaminantes.
16. Ampliación de la red de parques biosaludables, que cuenten con información/ figura que explique su funcionamiento y beneficios. Adaptación inclusiva de estos parques atendiendo a las necesidades de las diferentes franjas de edad.



17. Incremento de zonas peatonales y zonas verdes, especialmente en zonas urbanas de interior con temperaturas elevadas.
18. Creación y conservación de espacios públicos accesibles e inclusivos para la actividad física y zonas verdes de ocio y convivencia.
19. Inclusión en los planes de urbanismo de las ciudades de la obligatoriedad de construcciones y espacios que favorezcan la salud integral de las personas en base a la normativa vigente.
20. Inversión y generación de infraestructuras para conectar itinerarios sostenibles con los centros generadores de movilidad.

*Población destinataria*

Ciudadanía residente en Andalucía.

*Indicadores claves de realización*

- Nº acumulativo de huertos urbanos puestos en marcha en los municipios adheridos a RELAS.
- Nº acumulativo de acciones planificadas de sensibilización/campañas informativas realizadas en entornos y sistemas de movilidad y transporte existentes en municipios adheridos a RELAS, para facilitar los hábitos saludables en la población.

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- % de población de municipios andaluces adheridos a RELAS que cuentan con una red de caminos escolares seguros y saludables, accesibles y debidamente señalizados.
- % de población de municipios andaluces adheridos a RELAS que cuentan con medidas estructurales que favorezcan una vida saludable (como, por ejemplo, una red de rutas para la vida sana o una red de parques biosaludables).

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Administración local
- Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda
- FAMP

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Entidades municipales / Entidades privadas
- Asociaciones y ONGs / Agentes clave de la comunidad

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



## programas en el ámbito sanitario

Código del programa

**P03**

Nombre del programa

**Promoción de hábitos saludables en los centros sanitarios**

*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Promover los centros sanitarios saludables en el ámbito del SSPA
2. Promocionar los hábitos saludables en la población atendida en el ámbito sanitario, mediante acciones específicas adaptadas a cada franja de edad.
3. Incluir la promoción de hábitos saludables en los planes y programas desarrollados por el SSPA, favoreciendo la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
4. Facilitar las actividades de promoción de la salud, y muy especialmente, en el ámbito de la atención primaria de salud.
5. Implantar mecanismos de regulación para que los alimentos y bebidas suministrados en los centros sanitarios del SSPA sean saludables y sostenibles.
6. Regular la publicidad y la oferta de alimentos y bebidas en los todos los centros sanitarios del SSPA.
7. Establecer acuerdos de cooperación con otras instituciones de la Administración para coordinar actuaciones y aunar esfuerzos destinados a fomentar los hábitos saludables en general y de manera específica los relativos a la actividad física y la alimentación saludable y sostenible

*Descripción del Programa*

En este programa se incluyen las acciones generales y estructurales para promover los hábitos saludables en la población atendida en el sistema sanitario, estableciendo las medidas específicas destinadas a los diferentes grupos de edad:

- Infancia y adolescencia (hasta 17 años): Además de las acciones a desarrollar en los centros sanitarios destinadas a esta franja de edad, se plantean las acciones a implantar en los Centros de Atención Temprana que atienden a menores de hasta 6 años. Se incluyen, entre otras acciones, las previstas y desarrolladas en el marco del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN) y del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA).
- Población adulta (18-64 años): Se incluyen, entre otras acciones, las previstas y desarrolladas en el marco de las Intervenciones sobre Hábitos Saludables en Atención Primaria y los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE).
- Personas mayores (65 y más años): Se incluyen, entre otras acciones, las previstas y desarrolladas en el marco del Examen de Mayores de 65 años y del programa de envejecimiento saludable “En Buena Edad” y en línea con el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023.

Asimismo, se incluyen las acciones de colaboración con otros sectores implicados en la prestación de servicios fuera del sistema sanitario, como es el caso de los programas de prescripción de ejercicio físico en el ámbito comunitario.



#### A. Medidas generales y estructurales:

1. Información y asesoramiento sobre hábitos saludables basada en recomendaciones actualizadas y con evidencia científica en todos los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria adscritos al SSPA.
2. Promoción activa en los centros sanitarios de pautas nutricionales saludables adaptadas a las distintas etapas de la vida (a través de grupos, guías, recomendaciones directas, etc.)
3. En todos los centros sanitarios del SSPA, y especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de salud, oferta de intervenciones sistematizadas y personalizadas, adaptada a las diferentes franjas de edad, que hayan demostrado efectividad para el fomento de hábitos saludables, y muy especialmente de la actividad física y la alimentación equilibrada, a las personas atendidas que lo precisen. Y con especial énfasis en aquellas con enfermedades relacionadas con los hábitos de vida o con riesgo de padecerlas, en el marco de sus respectivos planes integrales.
4. Elaboración de recursos informativos y divulgativos, sobre hábitos saludables y muy especialmente sobre alimentación saludable y actividad física, adaptados a las diferentes franjas de edad, y que además sirvan de apoyo a las intervenciones realizadas por profesionales de la salud. Los materiales para imprimir en las consultas y entregar a las personas atendidas deben ser legibles, inclusivos y claros y agradables visualmente. Además, deben ser de fácil acceso a profesionales desde DIRAYA y desde el portal web "Mi Guía de Salud".
5. Aumento de abordajes psicosociales en los centros sanitarios para la promoción de la salud mental, haciendo énfasis en los hábitos de sueño saludable, salud emocional y uso positivo de TRIC.
6. Las agendas de profesionales de atención primaria permitirán el desarrollo de las intervenciones sobre hábitos saludables, respetando los tiempos cuando se trate de intervenciones avanzadas. Y se facilitará el desarrollo de actividades de promoción de la salud fuera del centro, teniendo en cuenta el tiempo para estas actuaciones.
7. Potenciación de equipos interdisciplinarios que informen, asesoren y desarrollen acciones específicas de promoción de hábitos de vida saludable en el ámbito sanitario.
8. Desarrollo de planes de formación, basados en la evidencia y el conocimiento científico disponible, dirigidos a profesionales sanitarios para capacitarlos en la implantación de programas de intervención en hábitos saludables, destacando el entrenamiento de habilidades en general, y de manera específica, en la entrevista motivacional. Asimismo, extender esta formación a los equipos directivos de los centros para el impulso, seguimiento y evaluación de estos programas.
9. Colaboración con equipos multidisciplinares de la zona, al objeto de establecer entornos colaborativos de trabajo e intervención entre los distintos ámbitos implicados en la promoción de hábitos saludables.
10. Establecimiento de vías formales de colaboración con la administración local (ayuntamientos, diputaciones, etc.), así como con otras entidades u organismos que gestionen servicios públicos, para garantizar el acceso de personas que lo precisen por prescripción a prestaciones o instalaciones que contribuyan a facilitar los hábitos saludables.
11. Habilitación de espacios adecuados para facilitar la práctica de la lactancia materna en los centros sanitarios.
12. Oferta de alimentos saludables y sostenibles siguiendo el patrón de la dieta mediterránea, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas que presten servicios de hostelería sirviendo menús en los centros sanitarios, tanto para personas ingresadas (dietas basales) como para profesionales.
13. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.
14. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».
15. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros sanitarios.



16. Generación de espacios libres de publicidad sobre alimentos y bebidas no saludables en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, especialmente en lugares con atención a población infantil.
17. Incremento de los registros de hábitos de vida en la historia clínica electrónica, así como de las intervenciones sobre hábitos saludables dirigidas a las personas atendidas, permitiendo la obtención de datos de impacto. De manera complementaria, establecimiento de un sistema de registro de actividades de promoción de la salud desarrolladas en la comunidad por profesionales del SSPA y dirigidas a grupos concretos de población.
18. Inclusión de objetivos ligados a actividades de promoción de la salud en todos los ámbitos de actuación en los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión, asignándoles un peso que motive su cumplimentación, para favorecer que profesionales de los centros de salud se sientan agentes de salud de la comunidad en el entorno local.
19. Fomento de la identificación y registro en los centros de salud de las personas inactivas y sedentarias. Captación desde las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, de personas que precisen planes individualizados de fomento de hábitos saludables.
20. Habilitación de espacios adecuados en los centros sanitarios para hacer ejercicio y/o actividades de relajación/meditación.
21. Creación o consolidación del trabajo intersectorial a través de la reactivación de las Comisiones y Mesas de Participación Ciudadana de los centros sanitarios y UGC, con implicación de las distintas instituciones y entidades presentes localmente, promoviendo, entre otros aspectos, los espacios públicos para la promoción de hábitos saludables.
22. Impulso de acciones de promoción de hábitos saludables en el marco del programa “Escuela de Pacientes” y otros programas dirigidos a población con enfermedades crónicas.
23. Formación a referentes de actividades grupales en la dinamización de grupos para impulsar estrategias de “educación entre iguales” de promoción de hábitos de vida saludables dirigidas a la población general.
24. Medidas para la detección de la soledad no deseada y fomento de acciones para favorecer los vínculos personales.

**B. Medidas específicas para la infancia y la adolescencia:**

25. Promoción de la lactancia materna desde el periodo gestacional al puerperio y en todos los niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria), abordándolo de manera específica en los programas de preparación al parto y puerperio.
26. Extensión y organización de una red de Bancos de leche materna en Andalucía que pueda atender todas las necesidades de uso de este alimento en recién nacidos en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma.
27. Incentivo a la acreditación de los Centros y Servicios Sanitarios por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), auspiciada por la OMS y UNICEF.
28. Potenciación de la colaboración entre profesionales de atención primaria, incluyendo la figura del profesional de psicología clínica en AP, para implantar de manera efectiva las acciones de promoción y prevención del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA).
29. Colaboración de profesionales de atención primaria y hospitalaria para la formación en hábitos saludables de profesionales de los Centros de Atención Temprana, reforzando sus competencias para el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y el bienestar, dirigidas a la población infantil atendida y a sus familias.
30. Programación de actividades de promoción de salud a propuesta y con la participación de la infancia y la adolescencia en los centros sanitarios.
31. Incremento de las actividades grupales en los centros de salud dirigidas a la infancia y la adolescencia, donde abordar la promoción de hábitos saludables y los problemas de obesidad, siguiendo las indicaciones de la Red de la Sandía del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN).
32. Creación de material divulgativo de rigor dirigido a la población adolescente y joven sobre los suplementos de tipo deportivo y las bebidas energéticas, aclarando dudas, riesgos e inconvenientes.



### C. Medidas específicas para la población adulta:

33. Formación sobre intervenciones avanzadas en hábitos saludables, para que las y los profesionales de atención primaria implementen consejos e intervenciones con demostrada efectividad para las personas adultas que precisen modificar sus hábitos de vida.
34. Potenciación de la red virtual de profesionales implicados e interesados en la promoción de hábitos saludables (actual “Red Andalucía Saludable”) para promover la actualización de conocimientos, coordinación interniveles, intercambio de experiencias y puesta en común de las experiencias desarrolladas.
35. Fomento de actividades grupales sobre hábitos saludables en centros de salud dirigidos a población adulta, incidiendo en la población con factores de riesgo, siguiendo las recomendaciones de la Consejería de Salud y Consumo en el marco de la Red Andalucía Saludable.
36. Planificación e implantación de sesiones virtuales, tanto grupales como individuales, para la promoción de hábitos saludables, con la finalidad de llegar a más población adulta con factores de riesgo.
37. Incorporación a la cartera de servicios de la totalidad de los Centros de Salud de Andalucía de los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE).
38. Establecimiento de medidas para mejorar la accesibilidad a los GRUSE de colectivos con dificultades de acceso (personas que viven en zonas desfavorecidas o grupos sociales en situación de desprotección o desigualdad).
39. Establecimiento de medidas para mejorar la captación y derivación a los grupos GRUSE por parte de profesionales sanitarios y de otros sectores.
40. Colaboración con otros sectores para la puesta en marcha de programas de prescripción de ejercicio físico en el ámbito comunitario para población adulta.

### D. Medidas específicas para las personas mayores:

41. Medidas y programas de promoción de una alimentación saludable para mantener un buen estado nutricional adaptado a las situaciones específicas de las personas mayores.
42. Medidas y programas de promoción de la actividad física adaptada a las personas mayores, mediante recomendaciones y consejos para su práctica.
43. Colaboración con otros sectores para la puesta en marcha de programas de prescripción de ejercicio físico en el ámbito comunitario para personas mayores.
44. Promoción de los activos para la salud y el bienestar emocional de las personas mayores, incorporando medidas de gestión emocional y cohesión social entre otras, con la finalidad de mantener su satisfacción con la vida, el interés por el entorno y las relaciones sociales, y sostener y favorecer su salud y bienestar.
45. Fomento de actividades grupales en centros de salud para fomentar y mantener hábitos de vida saludables en las personas mayores, contribuyendo a aumentar los años de vida con buena salud.
46. Fomento y difusión del programa “En Buena Edad”, que trata de, a través de soluciones digitales, proporcionar información, herramientas y asesoramiento sobre envejecimiento activo para contribuir a la toma de decisiones saludables.

*Población destinataria*

Población atendida en los centros sanitarios.

*Indicadores claves de realización*

- Nº acumulativo de población infantil, desagregada por sexo, que han participado en las intervenciones avanzadas individuales y grupales de prevención de la obesidad.
- Nº acumulativo de personas adultas, desagregadas por sexo, que han participado en las intervenciones avanzadas grupales sobre hábitos saludable.
- Nº acumulativo de personas adultas, desagregadas por sexo, que han participado en los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (GRUSE).

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- % centros sanitarios que obtienen la acreditación por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), auspiciada por la OMS y UNICEF, o están en fase de acreditación.
- % centros sanitarios que ofrecen alimentos y bebidas en menús, cafeterías, tiendas y máquinas expendedoras, que realizan una oferta saludable y sostenible,



*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

*Organismos y entidades colaboradoras*

*Temporalización*

*Presupuesto*

teniendo en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia o la normativa vigente.

- % de Hospitales/Distritos/AGS que cuentan con planes de movilidad sostenible favorecedores de una vida saludable.

- Consejería de Salud y Consumo
- Servicio Andaluz de Salud

- Asociaciones juveniles
- Instituto Andaluz de la Juventud
- Centros educativos de la zona de referencia
- Entidades privadas
- Asociaciones de pacientes
- Escuela de Pacientes (Escuela Andaluza de Salud Pública)
- Asociaciones vecinales, municipales, recreativas

2023-2030

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Mejorar las competencias y habilidades de las y los profesionales en el ámbito de la salud pública, sobre la necesidad de complementar la prevención y atención a la enfermedad con la generación de salud a través de un modelo de Promoción de la Salud Basada en Activos.
2. Fomentar la reorientación de los recursos disponibles hacia la cooperación o coproducción intersectorial para la salud, el fortalecimiento de la recomendación social o comunitaria y la reducción de la dependencia poblacional de los servicios sanitarios.
3. Unificar criterios metodológicos en los procesos de identificación de activos para la salud y el desarrollo de intervenciones comunitarias basadas en activos, desde la mejor evidencia disponible.
4. Generar un sistema de información y monitoreo que permita el registro, la catalogación, el mapeo y la posterior utilización de los activos para la salud, a nivel comunitario y en el trabajo clínico asistencial de la consulta en los centros sanitarios.
5. Realizar el seguimiento y evaluación de la implantación de los proyectos de identificación de activos y desarrollo de intervenciones comunitarias puestos en marcha en Andalucía.
6. Difundir, en el marco de la red de acción local en salud, información a la ciudadanía, entidades y administraciones presentes en el municipio, sobre los activos para la salud identificados a nivel local, estimulando su uso en intervenciones comunitarias de promoción de la salud, que a su vez contribuyan a una mayor equidad y participación.
7. Incentivar la búsqueda de evidencias que pongan en valor el modelo de activos en salud para la promoción del bienestar de las personas y comunidades y la reducción de desigualdades.
8. Proveer apoyos y facilitar el intercambio de experiencias y aprendizaje mutuo entre los diferentes proyectos de activos para la salud desarrollados en el ámbito del DSAP/AGS o a nivel provincial.





### Descripción del Programa

Con este programa se pretende complementar el enfoque tradicional de la atención sanitaria basado en el déficit, con otro enfoque más centrado en las fortalezas y potencialidades de las personas y las comunidades para hacer frente a los determinantes sociales de la salud.

El enfoque de activos para la salud se apoya en una serie de principios, que deben guiar su aplicación práctica:

- Promover enfoques de salud positiva.
- Promover un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase de la vida.
- Implicar a las personas y a las comunidades de manera efectiva y adecuada en todo el proceso de coproducción de salud.
- Fortalecer el trabajo pluridisciplinar entre todos los sectores implicados, sobre todo en la esfera de la toma de decisiones.
- Contribuir a equilibrar las desigualdades en salud.

El proceso de identificación y elaboración de un mapa de activos no es la meta de las actuaciones de este programa; solo tiene sentido si en su desarrollo se tienen en cuenta los principios anteriores y se contempla la evaluación, la retroalimentación continua, la difusión y la búsqueda de evidencias.

### Medidas y acciones a desarrollar

1. Diseño e implementación de un plan de formación basado en el modelo de Promoción de la Salud Basada en Activos, destinado a profesionales del sistema sanitario, profesionales de otras administraciones y otros agentes locales que vayan a implicarse en esta área de trabajo.
2. Diseño de una estrategia de formación y difusión para para que todas las redes comunitarias conozcan los activos en salud de su ámbito territorial.
3. Elaboración, publicación y/o difusión de herramientas, materiales y guías metodológicas para la identificación de activos para la salud y el desarrollo de intervenciones comunitarias basadas en activos para profesionales de los diferentes ámbitos de intervención.
4. Generación de un sistema de registro de activos para la salud, con estándares de calidad que pueda ser utilizado tanto por los profesionales de salud como de otros sectores y ciudadanía en general. Dicho sistema incluirá un sistema de perfiles de acceso e instrucciones básicas para facilitar el registro de los activos identificados y depurados, así como un mecanismo de actualización permanente.
5. Elaboración de un mapa interactivo, con información visible para los profesionales de la salud, otros sectores y ciudadanía, donde se puedan representar los activos de cada barrio o municipio, exactamente en el lugar donde se ubican, con una breve descripción de cada uno de ellos. A través de este mapa se podrán recomendar activos desde cualquier ámbito de actuación.
6. En una segunda fase, creación de un aplicativo para recomendaciones de activos comunitarios en la Historia Clínica de Diraya, utilizando como fuente el sistema de registro de activos para la salud.
7. Desarrollo de un módulo de explotación de datos como fuente para la organización de un conjunto básico de indicadores, que permitan realizar un seguimiento de los activos identificados en Andalucía, con diferentes niveles de desagregación (regional, provincial y DSAP/AGS), y que también facilite información de los activos que se hayan recomendado desde el sistema sanitario.
8. Generación de espacios para compartir información y facilitar la comunicación entre todas las personas participantes, las instituciones y entidades, el tejido social de la zona y las/los profesionales del centro de salud.
9. Apoyo al diseño de proyectos de investigación multicéntricos, basados en el modelo de activos para la salud, con la finalidad de presentarlos a las convocatorias anuales de financiación de proyectos de investigación de la Consejería de Salud y Consumo, así como a la convocatoria permanente de apoyo a la investigación que existe para profesionales de atención primaria.
10. Conexión de los activos para la salud con las necesidades de las personas a través de la recomendación social por parte de los y las profesionales del centro de salud.
11. Dotación de recursos para la realización de actividades de mapeo de activos comunitarios.

### Población destinataria

Ciudadanía residente en Andalucía.



*Indicadores claves de realización*

- Número acumulativo de profesionales formados en el Modelo de Activos para la Salud.
- Número acumulativo de recomendaciones de activos realizadas en el marco de una actividad clínico-asistencial (en una primera fase se contabilizarán las recomendaciones entregadas vía aplicación externa y en una segunda fase a través del módulo de prescripciones de Diraya)

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- % centros de atención primaria que han realizado un mapeo de activos para la salud en la comunidad.
- % centros de atención primaria que incorporan al mapa de activos para la salud de Andalucía los activos que hayan identificado.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Gestión Sanitaria
- Escuela Andaluza de Salud Pública

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



<i>Línea estratégica relacionada</i>	LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud
<i>Objetivos estratégicos a los que contribuye</i>	<p>OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables</p> <p>OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios</p> <p>OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población</p> <p>OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional</p> <p>OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes</p> <p>OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades</p> <p>OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable</p>
<i>Objetivos del Programa</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promocionar los hábitos saludables en la población usuaria de los centros de atención a las personas con drogodependencias y otras adicciones.</li> <li>2. Fomentar que los centros de atención a las personas con drogodependencias y otras adicciones sean espacios saludables.</li> </ol>
<i>Descripción del Programa</i>	En este programa se abordan las acciones y medidas estructurales para fomentar los hábitos saludables en los centros de atención a las personas con drogodependencias y otras adicciones.
<i>Medidas y acciones a desarrollar</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración, implantación y seguimiento de un programa de promoción de hábitos de vida saludables para las personas usuarias de estos centros.</li> <li>2. Incorporación de manera explícita de la promoción de hábitos saludables en los objetivos y acciones de los planes individuales de actuación que promueven la recuperación social de las personas con adicciones</li> <li>3. Coordinación desde el ámbito sanitario con profesionales de los centros de atención a personas con adicciones y con los recursos existentes en los centros, así como con otros proyectos que están en marcha como ciudades ante las drogas, EVICT (cannabis-tabaco), etc. para la promoción de hábitos de vida saludable.</li> <li>4. Formación a profesionales de los centros de atención a personas con adicciones en la promoción de hábitos de vida saludable.</li> <li>5. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.</li> <li>6. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «<i>El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible</i>».</li> <li>7. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros de atención a personas con adicciones.</li> </ol>
<i>Población destinataria</i>	Población usuaria de los centros de atención a personas con drogodependencias y otras adicciones.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº acumulativo de centros de atención a personas con adicciones que cuentan con programas estructurados de promoción de hábitos de vida saludable.</li> <li>• Nº acumulativo de profesionales de la red de atención a personas con adicciones formados en promoción de hábitos de vida saludable.</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de centros de atención a personas con adicciones que han implantado un programa estructurado de promoción de hábitos de vida saludables.</li> </ul>



*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

*Organismos y entidades colaboradoras*

*Temporalización*

*Presupuesto*

- Porcentaje de centros la red de atención a personas con oferta alimentaria de cualquier tipo que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.

- Consejería de Salud y Consumo, a través de la DG de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

- Asociaciones y ONGs / Agentes clave de la comunidad

2023-2030

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



## programas en los centros docente

Código del programa

**P06**

Nombre del programa

**Promoción de hábitos saludables en centros educativos**

*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Incluir los hábitos saludables en los programas curriculares o extracurriculares de los centros que imparten educación infantil, primaria y/o secundaria.
2. Sensibilizar y formar a profesorado y alumnado de estos centros en la promoción de hábitos para una vida saludable.
3. Promocionar los hábitos saludables y la práctica deportiva en los centros educativos de Andalucía.
4. Reducir la brecha de género que existe entre chicas y chicos en cuanto a la práctica de la actividad física y del deporte y ejercicio físico.
5. Favorecer la coordinación entre las Consejerías implicadas y otras Administraciones para el desarrollo de iniciativas que favorezcan los hábitos saludables y la práctica deportiva en el alumnado.
6. Garantizar que los comedores de los centros educativos ofrezcan menús saludables, cuidando las características sensoriales de los productos ofertados.
7. Garantizar que la oferta de alimentos y bebidas disponibles en los centros educativos de Andalucía sean saludables y sostenibles.
8. Garantizar que los centros educativos sean espacios protegidos de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables.

*Descripción del Programa*

Se incluyen principalmente las acciones a desarrollar en el marco del “Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable”, destinado a los centros docentes de Andalucía sostenidos con fondos públicos, con excepción de los universitarios, en sus cuatro modalidades de participación:

1. Creciendo en Salud (0-3 años), dirigido a escuelas infantiles que imparten enseñanza con alumnado de educación infantil de entre 0 y 3 años.
2. Creciendo en Salud (3-12 años), dirigido a centros docentes que imparten enseñanza con alumnado de educación infantil y primaria de entre 3 y 12 años.
3. Forma Joven en el Ámbito Educativo (más de 12 años), dirigido a centros docentes que imparten enseñanza de educación secundaria.
4. Red de Escuelas Promotoras de Salud, dirigido a alumnado de entre 3 y 18 años de centros docentes que desee poner en marcha un proyecto integral de transformación social, con el compromiso de su comunidad local.

Asimismo, también se incluyen, entre otras acciones generales y medidas estructurales, las previstas y desarrolladas en el marco del “Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en Centros Escolares de Andalucía (EVACOLE)” y del “Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía (PDEEA)”.



1. Desarrollo de intervenciones docentes integradas y continuadas, transmitiendo al alumnado y sus familias los conocimientos y habilidades necesarias para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludable.
2. Elaboración de recursos materiales informativos y divulgativos sobre hábitos saludables para uso del profesorado y para difusión entre el alumnado.
3. Inclusión de temática relacionada con los hábitos de vida y su relación con la salud en los programas docentes, adaptados a cada etapa educativa.
4. Fortalecimiento de la colaboración con las asociaciones de madres y padres para facilitar que el alumnado adopte hábitos saludables en el ámbito familiar, sobre todo en las primeras etapas educativas.
5. Programación y desarrollo de mayor presencia de la actividad física/ejercicio físico en los centros educativos, en el currículo escolar y en todos los niveles educativos.
6. Adscripción de todos los centros educativos sostenidos con fondos públicos a las distintas modalidades del “Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable”.
7. Formación del profesorado implicado en el programa de “Innovación educativa. Hábitos de vida saludable” sobre contenidos y prácticas claves para un óptimo funcionamiento del mismo.
8. Evaluación de los planes anuales de actuación de cada centro educativo para detectar áreas mejora y contribuir a la revisión de los programas educativos a nivel regional.
9. Implementación de avances en el programa “Innovación educativa. Hábitos de vida saludable” con la inclusión de la representación de las familias, haciendo más accesible la información, con mayor difusión de las actividades y estandarizando su actividad e implantación.
10. Incorporación e implicación de agentes externos al ámbito educativo en el plan estratégico de innovación educativa, incluyendo una perspectiva transversal y comunitaria.
11. Actualización de los contenidos de salud bucodental del programa de “Innovación educativa. Hábitos de vida saludable”, atendiendo a los criterios del Plan de Salud Bucodental de Andalucía.
12. Extensión progresiva del proyecto piloto “Escuelas Promotoras de Salud” a los centros educativos andaluces.
13. Diseño de programas específicos relacionados con la promoción de hábitos de vida saludable dirigidos a personas con diversidad funcional, o bien, adaptación de los que existen a la diversidad funcional y necesidades de las personas destinatarias.
14. Realización de actividades periódicas de divulgación, formación y sensibilización en los centros docentes de Andalucía que fomenten y pongan en valor los hábitos saludables para el mantenimiento de la salud dirigidas a la comunidad educativa.
15. Dotación en los centros docentes de Andalucía de instalaciones adecuadas y accesibles para la práctica deportiva.
16. Inclusión de formación específica sobre hábitos saludables en la planificación docente de los estudios de grado medio, superior y universitarios relacionados con la salud y la educación, incorporando estos contenidos en sus respectivos programas curriculares.
17. Desarrollo de las acciones previstas anualmente en el ámbito educativo en el marco del Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía (PDEEA)
18. Fortalecimiento de la coordinación entre las Consejerías implicadas, entidades locales y otras administraciones para el desarrollo de iniciativas que favorezcan los hábitos saludables y la práctica deportiva en el alumnado. Fomento del trabajo intersectorial y establecimiento de protocolos de coordinación para la promoción de hábitos de vida saludable en los centros educativos.
19. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.
20. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «*El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible*».
21. Fortalecimiento del Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en Centros Escolares de Andalucía (Plan EVACOLE) para garantizar la calidad de la alimentación y los servicios ofertados en los centros docentes (comedores escolares, cantinas,



	<p>quioscos, máquinas expendedoras, etc.). Incorporación en la evaluación de los menús de criterios relativos a la palatabilidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>22. Dinamización de equipos de promoción de salud en cada centro educativo y acciones para la mejora de la comunicación entre referentes de salud y de educación.</li> <li>23. Promoción de la figura de mediadores en salud entre el alumnado.</li> <li>24. Fomento de la participación de la población infantil y adolescente en la identificación de necesidades, activos para la salud, creación de mensajes, diseño de materiales, etc. de promoción de hábitos de vida saludable.</li> <li>25. Fomento de actividades deportivas en los centros educativos fuera del horario escolar. Apertura y uso de instalaciones deportivas de Centros Educativos en horario de tarde y días no lectivos.</li> <li>26. Fomento de la actividad física, con énfasis en hacer la oferta deportiva atractiva para las mujeres adolescentes para disminuir la brecha de género que se produce.</li> <li>27. Incorporación de la enfermera referente al equipo de promoción de salud de los centros educativos.</li> <li>28. Implementación de un procedimiento de autorización para las entidades que deseen realizar actividades de promoción de hábitos saludables en los centros educativos, en base a la normativa vigente.</li> <li>29. Difusión de buenas prácticas sobre experiencias desarrolladas en los centros docentes sobre hábitos saludables.</li> <li>30. Formación básica en promoción de salud basada en activos a todos los equipos docentes.</li> <li>31. Incorporación transversal en todas las actuaciones de promoción de salud en los centros educativos del enfoque inclusivo y de género.</li> <li>32. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros educativos.</li> <li>33. Campañas de sensibilización a la comunidad educativa sobre de la importancia de los hábitos de vida saludable.</li> </ol>
<i>Población destinataria</i>	Población escolar de los centros docentes.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de centros educativos adscritos al Programa de Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable en sus diferentes modalidades.</li> <li>• Nº de intervenciones de promoción de la salud en centros educativos por modalidad de programa y línea de intervención (Sistema de Información Ottawa).</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de centros educativos con equipos de promoción de salud según el “Programa de Innovación Educativa, Hábitos de vida saludable”, donde participa nominalmente un profesional sanitario.</li> <li>• Porcentaje de centros educativos que participan en la programación anual de la evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía (Plan EVACOLE) que obtienen unos resultados favorables (<i>óptimo o mejorable</i>).</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional</li> </ul>
<i>Organismos y entidades colaboradoras</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones de Madres y Padres del Alumnado</li> <li>• Entidades Municipales</li> </ul>
<i>Temporalización</i>	2023-2030
<i>Presupuesto</i>	Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



<i>Línea estratégica relacionada</i>	LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud
<i>Objetivos estratégicos a los que contribuye</i>	<p>OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables</p> <p>OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios</p> <p>OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población</p> <p>OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional</p> <p>OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades</p> <p>OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable</p>
<i>Objetivos del Programa</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilizar a profesorado y alumnado de estos centros en la promoción de hábitos para una vida saludable.</li> <li>2. Fomentar que los centros de formación profesional para el empleo sean espacios saludables.</li> </ol>
<i>Descripción del Programa</i>	En este programa se abordan las acciones para fomentar los hábitos saludables en los centros de formación profesional para el empleo.
<i>Medidas y acciones a desarrollar</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de la adscripción de los centros que imparten formación para el empleo a los programas de promoción de hábitos saludables existentes, por ejemplo, a las líneas del programa Forma Joven en otros entornos.</li> <li>2. Formación del profesorado referente en el programa Forma Joven en otros entornos para aquellos centros que se adscriban.</li> <li>3. Elaboración de recursos materiales informativos y divulgativos sobre hábitos saludables para uso del profesorado y para difusión entre el alumnado.</li> <li>4. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.</li> <li>5. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».</li> <li>6. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros que imparten formación profesional para el empleo.</li> </ol>
<i>Población destinataria</i>	Estudiantes de los centros que imparten formación profesional para el empleo.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de centros que imparten formación profesional para el empleo adscritos al Programa Forma Joven en otros entornos.</li> <li>• Nº de materiales informativos y divulgativos sobre hábitos saludables elaborados para uso del profesorado y para difusión entre el alumnado de los centros que imparten formación profesional para el empleo.</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de centros que imparten formación profesional para el empleo adscritos al Programa Forma Joven en otros entornos</li> <li>• Porcentaje de centros que imparten formación profesional para el empleo con oferta alimentaria de cualquier tipo, que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional</li> </ul>





*Organismos y entidades colaboradoras*

- Instituto Andaluz de la Juventud
- Asociaciones

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



<i>Línea estratégica relacionada</i>	LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud
<i>Objetivos estratégicos a los que contribuye</i>	<p>OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables</p> <p>OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios</p> <p>OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población</p> <p>OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional</p> <p>OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes</p> <p>OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades</p> <p>OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable</p>
<i>Objetivos del Programa</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incluir la promoción de hábitos saludables en las actividades curriculares o extracurriculares de los centros universitarios.</li> <li>2. Sensibilizar y formar a profesorado y alumnado universitario en la promoción de hábitos para una vida saludable.</li> <li>3. Fomentar que los centros universitarios sean espacios saludables.</li> </ol>
<i>Descripción del Programa</i>	En este programa se abordan las acciones para fomentar los hábitos saludables en los centros universitarios.
<i>Medidas y acciones a desarrollar</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revitalización del proyecto de Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud (RAUS) y su vinculación a la Red Española de Universidades Saludables (REUPS)</li> <li>2. Promoción de la adscripción de los Centros universitarios a programas de promoción de hábitos saludables.</li> <li>3. Sensibilización y formación del alumnado en promoción de la salud durante la etapa universitaria como activos en salud en su futura carrera profesional y personal.</li> <li>4. Sensibilización y formación del personal administrativo de servicio y personal docente investigador en promoción de la salud desde sus distintas disciplinas.</li> <li>5. Creación de salas de lactancia materna al menos en cada campus universitario.</li> <li>6. Promoción de menús saludables en los comedores universitarios y fomento de opciones saludables en las máquinas de vending. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.</li> <li>7. Fomento y apoyo a la realización de ejercicio físico en las Universidades Andaluzas, como medida positiva, apoyando por ejemplo las ligas deportivas universitarias.</li> <li>8. Implantación de la figura del mediador/a en salud en la Universidad, contando con el alumnado a través de las redes sociales.</li> <li>9. Sensibilización y formación de la comunidad universitaria en actividades que incrementen la calidad de vida y el bienestar emocional (por ejemplo, prácticas de meditación/mindfulness.)</li> <li>10. Fomento de la adhesión de las universidades a la estrategia <i>Fast track (libre de VIH)</i> para el abordaje de la salud sexual, en aquellos municipios que forman parte de la misma.</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Fomento de la reducción en el tiempo de uso de aparatos electrónicos en favor de ocio saludable mediante reducción de costes de la oferta cultural, social y deportiva para la comunidad universitaria.</li> <li>12. Identificación de activos para la salud en los entornos universitarios e inclusión de los mismos en el mapa de activos para la salud que desarrolla la Consejería de Salud y Consumo.</li> <li>13. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros universitarios.</li> <li>14. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».</li> <li>15. Campañas de sensibilización entre la comunidad universitaria sobre la importancia del fomento de hábitos saludables.</li> </ol>
<i>Población destinataria</i>	Estudiantes universitarios.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de acciones estructuradas y planificadas para promover hábitos de vida saludable en el alumnado, personal administrativo de servicio y personal docente investigador de los centros universitarios.</li> <li>• Nº de materiales informativos y divulgativos sobre hábitos saludables elaborados y difundidos entre el alumnado, personal administrativo de servicio y personal docente investigador de centros universitarios.</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de universidades ubicadas en Andalucía adscritas a la Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud (RAUS) tras su revitalización.</li> <li>• Porcentaje de centros universitarios con oferta alimentaria de cualquier tipo que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• Consejería de Universidad, Investigación e Innovación</li> <li>• Universidades andaluzas</li> </ul>
<i>Organismos y entidades colaboradoras</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vicerrectorados con competencias en el desarrollo de actuaciones de promoción de salud.</li> <li>• Consejo de alumnos/as de las universidades</li> </ul>
<i>Temporalización</i>	2023-2030
<i>Presupuesto</i>	Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



## programas en los centros de servicios sociales y otros establecimientos con servicios de día y/o residenciales

Código del programa

**P09**

Nombre del programa

**Promoción de hábitos saludables en los centros de servicios sociales**

*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Promocionar los hábitos de vida saludable en los centros de servicios sociales de Andalucía.
2. Implantar mecanismos de regulación para que los alimentos y bebidas suministrados en los centros de servicios sociales sean saludables.
3. Regular la publicidad y la oferta de alimentos y bebidas en los centros de servicios sociales de Andalucía.
4. Fomentar que los centros de formación profesional para el empleo sean espacios saludables.

*Descripción del Programa*

En este programa se incluyen las acciones generales y las medidas estructurales para fomentar los hábitos saludables en los centros de servicios sociales, así como las correspondientes actuaciones específicas, en función de la modalidad de centro:

- Los centros de día y residenciales para la población infantil y adolescente, así como en los dispositivos de recepción a personas menores no acompañadas.
- Los centros de día, de noche, residenciales y de participación activa para personas mayores, incluyendo las previstas en el marco del “Programa de humanización y vida saludable en los centros residenciales de personas en situación de dependencia”, que incorporan las siguientes actuaciones:
  - a) Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables: incorporación de una dieta saludable, realización regular de actividad física y mental para preservar las capacidades de las personas residentes y evitar su deterioro, y fomento del sueño reparador. En este apartado se incluyen las actividades a realizar en el marco de la iniciativa “Andalucía Muévete”
  - b) Programación de actividades encaminadas a mejorar el bienestar emocional, entre ellas la organización de grupos socioeducativos en los que se trabajará el aprovechamiento de los activos comunitarios y personales con los que cuentan las personas residentes, contando con la colaboración de los profesionales sanitarios de Atención Primaria.
  - c) Programación de actividades para potenciar las relaciones sociales entre las personas residentes y sus familias o amistades, permitiendo las actividades grupales y el uso de las zonas comunes dentro del centro asegurando el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.
- Los centros de día, de noche y residenciales para personas con discapacidad (centros para población infantil/adolescente, población adulta y/o personas mayores), incluyendo las previstas en el marco del “Programa de humanización y



vida saludable en los centros residenciales de personas en situación de dependencia”.

- Los centros de día y residenciales para personas sin hogar.

Los centros residenciales (casa de acogida, centro de emergencia y piso tutelado) para mujeres. víctimas de violencia de género y sus hijos/as.

#### A. Medidas generales y estructurales:

1. Desarrollo de un programa de fomento de hábitos saludables en los centros de servicios sociales, con el apoyo de profesionales del SSPA.
2. Incorporación de la promoción de hábitos saludables a los planes individuales de atención.
3. Programación de actividades físicas y deportivas en los centros de servicios sociales adaptadas a la población de los distintos centros, facilitando la utilización de instalaciones próximas o espacios accesibles en la naturaleza.
4. Establecimiento de protocolos de coordinación intersectorial (Consejerías implicadas, Ayuntamientos, etc.) para el desarrollo de programas específicos de fomento de hábitos saludables en estos centros y garantizar la realización de acciones en todo tipo de centros.
5. Creación de equipos o persona referente de promoción de salud en aquellos centros que por sus características lo precisen.
6. Adhesión de los centros de servicios sociales a los programas de hábitos saludables que desarrollan otras administraciones, aportando recursos humanos y materiales para su implementación.
7. Identificación de necesidades en materia de promoción de salud de las personas usuarias, familiares y profesionales.
8. Puesta en marcha de actuaciones grupales de fomento del bienestar emocional.
9. Creación de campañas, talleres y materiales divulgativos de promoción de hábitos de vida saludable en estos centros, siguiendo recomendaciones de lectura fácil, adaptados por profesionales expertos/as en esta materia.
10. Formación a profesionales sociosanitarios que desarrollan su trabajo en este tipo de centros, en materia de promoción de hábitos saludables, contando a su vez con el apoyo y asesoramiento de profesionales sanitarios.
11. Formación en promoción de hábitos de vida saludable a las personas cuidadoras y a profesionales cuidadores en los domicilios.
12. Establecimiento de convenios de colaboración entre estos centros y los Ayuntamientos para el uso de huertos municipales por parte de sus usuarios/as. Extender los huertos a cualquier tipo de centro residencial o de día que cuente un espacio adecuado para ello.
13. Fomento del uso de zonas verdes cercanas a estos centros para promover el ejercicio y la actividad física al aire libre.
14. Habilitación de espacios adecuados para facilitar la práctica de la lactancia materna en los centros de servicios sociales.
15. Oferta de alimentos saludables siguiendo el patrón de dieta mediterránea, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas que presten servicios de restauración sirviendo menús en los centros de servicios sociales.
16. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.
17. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «*El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible*».
18. Implantación de planes de movilidad sostenible en estos centros.

#### B. Centros de servicios sociales destinados a la infancia y la adolescencia:

19. Diseño de actividades inclusivas y de accesibilidad universal de hábitos de vida saludable para facilitar la equidad en estos centros.



20. Adhesión al *Programa Forma Joven en otros entornos* de aquellos centros que se puedan beneficiar de sus actividades.
21. Desarrollo de iniciativas que promuevan la integración de las y los jóvenes migrantes en el entorno de la localidad donde se encuentren acogidos
22. Desarrollo de actividades de sensibilización sobre alimentación y sueño saludable y buen uso de las tecnologías, así como sesiones de actividad física adaptadas a la población de estos centros, talleres para la prevención de adicciones, talleres de sexualidad, etc.
23. Diseño e inclusión de tablas de indicadores sobre hábitos saludables en el instrumento de valoración del riesgo en menores (VALORAME).

#### **C. Centros de servicios sociales para personas mayores:**

24. Programación de actividades en el marco del “Programa de humanización y vida saludable en los centros residenciales de personas en situación de dependencia”, abordando actividades tales como:
  - el fomento del bienestar emocional de la población usuaria haciéndoles partícipes de actividades comunitarias y organización de grupos.
  - realización de actividades de formación/ acción dirigidas a las personas residentes en las que adquieran conocimientos sobre alimentación saludable y participen en la elaboración de algunos menús recuperando recetas tradicionales.
  - fomento de talleres grupales en los centros sobre actividad física, sexualidad, prevención de caídas, baile, costura, teatro, risoterapia, etc., tras la evaluación previa de intereses y adaptado a cada perfil.
25. Implementación de las acciones previstas en el proyecto “Andalucía Muévete”, que lideran las Consejerías de Turismo, Cultura y Deporte, y Salud y Consumo, en colaboración con la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad:
26. Desarrollo de una plataforma online para el envejecimiento saludable a través del desarrollo de programas de actividad física y ejercicio físico saludables, adaptados a población mayor, por parte del Instituto Mixto Universitario Deporte Salud (IMUDS) de la Universidad de Granada.
27. Difusión de la plataforma “En buena edad” y sus mensajes de promoción de salud y envejecimiento saludable.
28. Organización de talleres/actividades de formación y sensibilización dirigidos al personal de los centros residenciales en las siguientes materias: en actividad física enfocada al ejercicio multicomponente (movilidad, fuerza, equilibrio, aeróbico); en promoción de una alimentación saludable y de prevención de los déficits nutricionales y de un sueño reparador; en la elaboración de planes de atención individualizada desde el modelo de humanización o de atención integral y centrada en la persona.
29. Promoción de actividades intergeneracionales, entre personas mayores y niños/as.
30. Refuerzo del Programa sobre Envejecimiento Activo para potenciar el ejercicio físico en estos centros, contando con el asesoramiento de profesionales expertos.
31. Realización de programas de estimulación física y cognitiva.
32. Impulso a la creación del Plan Gerontológico Municipal en el marco de los Planes de Acción Local en Salud.
33. Implantación de Programas de Promoción de Salud en los Centros de Día para personas mayores.
34. Detección del problema de la soledad involuntaria en centros de día de personas mayores
35. Acciones para generar actitudes positivas de la sociedad hacia las personas mayores.

#### **D. Centros de servicios sociales para personas con discapacidad:**

36. Programación de actividades en el marco del “Programa de humanización y vida saludable en los centros residenciales de personas en situación de dependencia”, abordando actividades para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludable en relación a alimentación saludable, actividad física, sueño saludable, sexualidad, bienestar emocional y relaciones sociales.



37. Sensibilización de profesionales de los centros de servicios sociales de personas con discapacidad, en la importancia de la promoción de una vida saludable a través de la organización de talleres de formación sobre: actividad física enfocada al ejercicio multicomponente (movilidad, fuerza, equilibrio, aeróbico); promoción de una alimentación saludable y de un sueño reparador.
38. Diseño y desarrollo de programas específicos de actividad física para personas con discapacidad contando con el asesoramiento de profesionales expertos.
39. En el caso de la infancia y la adolescencia con discapacidad, programación de actividades para madres/padres y tutores/as para la promoción de hábitos de vida saludables en el ámbito familiar.
40. Difusión de la información sobre activos comunitarios, recursos y recomendaciones sobre hábitos saludables en otros centros donde acuden las personas con discapacidad (por ejemplo, en los Centros de Valoración y Orientación).

**E. Centros de servicios sociales para personas en situación o riesgo de exclusión social:**

41. Programación de actividades para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludable, adaptadas a las características de la población usuaria de estos centros.
42. Desarrollo de actividades de fomento del bienestar emocional de la población residente en estos centros, abordando los condicionantes sociales a los que se ven sometidos las personas usuarias de estos centros.

**F. Centros de servicios sociales para personas víctimas de violencia de género:**

43. Programación de actividades para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables para la población usuaria de los centros de servicios sociales para personas víctimas de violencia de género (mujeres y sus hijos/as): incorporación de una dieta saludable, realización regular de actividad física y mental y fomento del sueño reparador. Por ejemplo, a través de programas y talleres sobre alimentación saludable, compra saludable económica, de orientación para la actividad física, etc.
44. Programación de actividades encaminadas a fortalecer el bienestar emocional de las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos/as, abordando los condicionantes sociales a los que se ven sometidas.

*Población destinataria*

Población usuaria de los centros de servicios sociales.

*Indicadores claves de realización*

- Nº de iniciativas/programas/acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables dirigidas a la población usuaria de cada modalidad de centros de servicios sociales:
  - infancia y adolescencia,
  - personas mayores,
  - personas con discapacidad,
  - personas sin hogar
  - mujeres víctimas de violencia de género.

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- Porcentaje de centros de servicios sociales, diferenciando las distintas modalidades de centro, que desarrollan iniciativas/programas/acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables.
- Porcentaje de centros de servicios sociales con oferta alimentaria de cualquier tipo, diferenciando las distintas modalidades de centro, que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad
- Consejería de Turismo, Cultura y Deporte

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Empresas privadas
- Asociaciones y ONGs
- Escuela Andaluza de Salud Pública



*Temporalización*

*Presupuesto*

- FAMP
- Instituto Mixto Universitario Deporte Salud (IMUDS) de la Universidad de Granada.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Residencias de mayores
- Ayuntamientos

2023-2030

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.





<i>Línea estratégica relacionada</i>	LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud
<i>Objetivos estratégicos a los que contribuye</i>	<p>OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables</p> <p>OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios</p> <p>OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población</p> <p>OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional</p> <p>OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes</p> <p>OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades</p> <p>OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable</p>
<i>Objetivos del Programa</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover los hábitos de vida saludable y, en consecuencia, mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas usuarias de los programas de apoyo social para personas con enfermedad mental.</li> <li>2. Adaptar las acciones de promoción de la salud a las necesidades específicas de esta población</li> <li>3. Implantar medidas estructurales para el fomento de hábitos de vida saludable en estos centros.</li> </ol>
<i>Descripción del Programa</i>	Se incluyen las acciones a desarrollar en el marco de los programas de apoyo social gestionados por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), adscrita a la Consejería de Salud y Consumo.
<i>Medidas y acciones a desarrollar</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programación de actividades para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables para las personas usuarias. Por ejemplo, a través de talleres sobre alimentación saludable, cesta de la compra, sueño saludable, actividad física, etc., adaptados a las necesidades de estas personas.</li> <li>2. Programación de actividades encaminadas a fomentar el bienestar emocional de las personas usuarias de estos centros.</li> <li>3. Sensibilización/formación de profesionales de estos centros sobre la importancia de la promoción de una vida saludable.</li> <li>4. Establecimiento de convenios de colaboración entre estos centros con los Ayuntamientos para el uso de huertos municipales por parte de las personas usuarias. Extender los huertos a cualquier tipo de centro que cuente un espacio adecuado para ello.</li> <li>5. Implantación de medidas específicas para el fomento de la actividad física y la alimentación saludable para personas con enfermedad mental grave y riesgo de síndrome metabólico.</li> <li>6. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.</li> <li>7. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».</li> <li>8. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros.</li> </ol>



<i>Población destinataria</i>	Población usuaria de los programas de apoyo social para personas con enfermedad mental.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de iniciativas/programas/ acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables dirigidas a la población usuaria de estos centros.</li> <li>• Nº de acciones formativas dirigidas a profesionales de estos centros sobre promoción de hábitos saludables.</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de centros, diferenciando las distintas modalidades de centro, que desarrollan iniciativas/programas/acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables.</li> <li>• Porcentaje de centros con oferta alimentaria de cualquier tipo que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• FAISEM</li> </ul>
<i>Organismos y entidades colaboradoras</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones y ONGs</li> <li>• Ayuntamientos</li> </ul>
<i>Temporalización</i>	2023-2030
<i>Presupuesto</i>	Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

- OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables
- OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios
- OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población
- OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional
- OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes
- OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades
- OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Adaptar las acciones de promoción de la salud a las necesidades específicas de población de centros de acogida temporal para inmigrantes.
2. Promocionar los hábitos de vida saludable en los centros de acogida temporal para inmigrantes
3. Implantar mecanismos de regulación para que los alimentos y bebidas suministrados en los centros sean saludables.
4. Implantar medidas estructurales para el fomento de hábitos de vida saludable en estos centros.

*Descripción del Programa*

En este programa se abordan las acciones y medidas estructurales para fomentar los hábitos saludables en los centros de acogida temporal para inmigrantes.

*Medidas y acciones a desarrollar*

1. Programación de actividades inclusivas y de accesibilidad universal para la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables para la población usuaria de los centros de acogida temporal para inmigrantes. Por ejemplo, a través de talleres sobre alimentación saludable, cesta de la compra, sueño saludable, actividad física, etc., adaptados a las necesidades de estas personas
2. Programación de actividades encaminadas a mejorar el bienestar emocional de las personas usuarias de estos centros.
3. Sensibilización/formación de profesionales de estos centros sobre la importancia de la promoción de una vida saludable.
4. Diseño e inclusión de tablas de indicadores sobre hábitos saludables en el instrumento de valoración del riesgo en menores (VALORAME), cuando haya presencia de menores acompañados de las personas migrantes acogidas en estos centros.
5. Habilitación de espacios adecuados para facilitar la práctica de la lactancia materna en estos centros.
6. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.
7. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «*El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible*».
8. Implantación de planes de movilidad sostenible en los centros.

*Población destinataria*

Población usuaria de los centros de acogida temporal para inmigrantes.



*Indicadores claves de realización*

- Nº de iniciativas/programas/ acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables dirigidas a la población usuaria de estos centros.
- Nº de acciones formativas dirigidas a profesionales de estos centros sobre promoción de hábitos saludables.

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- Porcentaje de centros que desarrollan iniciativas/programas/acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables.
- Porcentaje de centros con oferta alimentaria de cualquier tipo que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Asociaciones y ONGs
- Ayuntamientos
- Entidades privadas

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

- OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables
- OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios
- OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población
- OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional
- OE1.5. Incrementar la percepción de satisfacción con las relaciones sexuales para todas las partes
- OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades
- OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Promover la colaboración con las administraciones implicadas para fomentar los hábitos de vida saludable en grupos de población con medidas privativas de libertad.
2. Promocionar los hábitos de vida saludable en los centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios, adaptando las acciones a las necesidades específicas de estas personas.
3. Implantar medidas estructurales para el fomento de hábitos de vida saludable en estos centros.

*Descripción del Programa*

En este programa se abordan las acciones y medidas estructurales para fomentar los hábitos saludables en los centros de atención a menores infractores dependientes de la Consejería competente en materia de justicia juvenil y en los centros penitenciarios dependientes de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior).

*Medidas y acciones a desarrollar*

1. Establecimiento de acuerdos de colaboración entre las diferentes Administraciones Públicas implicadas para que la población internada en estos centros reciba información y formación sobre hábitos saludables y se facilite una oferta alimentaria saludable e instalaciones y medios adecuados para la realización de actividad física.
2. Programación de actividades sobre promoción de hábitos de vida saludable dirigida a la población internada en centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios.
3. Diseño e inclusión de tablas de indicadores sobre hábitos saludables en el instrumento de valoración del riesgo en menores (VALORAME).
4. Adhesión al *Programa Forma Joven en otros entornos* de aquellos centros que se puedan beneficiar de sus actividades.
5. Formación en promoción de hábitos de vida saludables dirigida a los equipos de profesionales de los centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios.
6. Desarrollo de actividades de fomento del bienestar emocional de la población internada en estos centros, abordando los condicionantes sociales a los que se ven sometidos estas personas.
7. Oferta de menús saludables en estos centros siguiendo el patrón de dieta mediterránea por parte de las empresas que presten servicios de restauración.
8. Oferta de una carta de productos saludables en estos centros, en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.



	<p>9. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».</p> <p>Implantación de planes de movilidad sostenible en estos centros.</p>
<i>Población destinataria</i>	Población internada en centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de iniciativas/programas/ acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables dirigidas a la población de los centros de atención a menores infractores y centros penitenciarios, diferenciando ambas modalidades de centros.</li> <li>• Nº de acciones formativas dirigidas a profesionales de estos centros sobre promoción de hábitos saludables, diferenciando ambas modalidades.</li> </ul>
<i>Indicadores claves de resultados (alcance)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de centros que desarrollan iniciativas/programas/acciones estructuradas de promoción de hábitos saludables, diferenciando ambas modalidades de centros.</li> <li>• Porcentaje de centros con oferta alimentaria de cualquier tipo que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en base a las evidencias y normativas vigentes, diferenciando ambas modalidades de centros.</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad</li> <li>• Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública</li> <li>• Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior</li> </ul>
<i>Organismos y entidades colaboradoras</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones y ONGs</li> <li>• Empresas privadas</li> </ul>
<i>Temporalización</i>	2023-2030
<i>Presupuesto</i>	Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



## programas para los centros de trabajo

Código del programa

**P13**

Nombre del programa

**Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT)**

*Línea estratégica relacionada*

LE1.- Promoción de hábitos de vida saludable mediante intervenciones en políticas y entornos y dinamización de activos comunitarios para la salud

*Objetivos estratégicos a los que contribuye*

OE1.1. Incrementar los niveles de lactancia materna y el consumo de alimentos saludables en detrimento de los no saludables  
 OE1.2. Aumentar los niveles de actividad física y disminuir los hábitos sedentarios  
 OE1.3. Incrementar las horas y la calidad del sueño en la población  
 OE1.4. Incrementar la percepción de calidad de vida y de bienestar emocional  
 OE1.6. Disminuir el tiempo dedicado al uso de aparatos electrónicos, en detrimento del tiempo dedicado a familiares y amistades  
 OE1.7. Incrementar las recomendaciones a la ciudadanía sobre activos comunitarios que facilitan una vida saludable

*Objetivos del Programa*

1. Consolidar la Red de Centros de Trabajo Promotores de Salud de Andalucía con la finalidad de crear una comunidad con todas las administraciones públicas y los centros de trabajo de Andalucía, y capacitarla para que promueva estilos de vida saludables en su personal.
2. Fomentar el encuentro y el intercambio de experiencia entre todos los agentes implicados en la promoción de la salud en el lugar de trabajo.
3. Favorecer que la oferta de alimentos y bebidas disponibles en los centros de trabajo sean saludables y sostenibles.

*Descripción del Programa*

Desde la Consejería de Salud y Consumo se ofrecen recursos y apoyos concretos a los centros de trabajo andaluces para abordar la alimentación saludable, la actividad física, el bienestar emocional y el tabaquismo (este último en el marco del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía), y de manera transversal, los entornos laborales saludables y cardio-protegidos.

Las intervenciones se hacen en colaboración con los equipos médicos o profesionales asignados como referentes de promoción de salud de los centros de trabajo, capacitándolos para que de manera autónoma puedan dar continuidad al Programa de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT).

Este programa tiene como objetivo hacer fácil lo sano durante la jornada laboral. Con la intervención de entornos se fomentan espacios de trabajo donde cuidarse resulte fácil. Con la impartición de talleres en las diferentes áreas (alimentación, tabaco, bienestar emocional) se proporciona información y habilidades a los trabajadores/as, haciéndoles más fácil la elección de prácticas y conductas saludables para cuidar su salud en el centro de trabajo.

Está basado en la participación efectiva de directivos/as, equipos de salud laboral, recursos humanos y trabajadores/as y centrado en los determinantes de la salud. Combina diversos métodos y abordajes: uno educacional de tipo práctico y presencial en formato talleres para los trabajadores/as; y otro relacionado con acciones en el entorno, en el espacio de trabajo, facilitando que “optar por lo sano” sea fácil dentro de la jornada laboral.

*Medidas y acciones a desarrollar*

1. Creación de una comunidad de centros de trabajo públicos y privados de Andalucía interesados en la promoción de hábitos saludables, por medio de la adhesión a la Red de Centros de Trabajo Promotores de Salud. La Consejería de Salud y Consumo, en el marco del Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo, formalizará este acuerdo mediante una solicitud de adhesión al programa. Posterior a la firma de la adhesión, se propone formación a los y las profesionales designados/as por la empresa como referentes del programa en: espacios



- saludables, alimentación saludable, bienestar emocional y abandono del tabaquismo.
2. Actualización y dinamización del entorno web de la Red Andaluza de Centros de Trabajo Promotores de Salud, para que la plataforma digital sirva de punto de encuentro de la comunidad y como foro para la difusión, formación, asesoramiento, accesibilidad a buenas prácticas, evidencias, análisis de salud y lugar donde compartir el trabajo en promoción de la salud de los centros de trabajo interesados en promover la salud.
  3. Incorporación de los registros del Programa PSLT a un sistema de información más amplio que integre los programas de promoción de salud impulsados desde la Consejería de Salud y Consumo, evitando en todo momento la duplicación de registros.
  4. Desarrollo de actividades de difusión de materiales informativos y divulgativos sobre hábitos saludables entre la población trabajadora, sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales.
  5. Difusión del programa PSLT en medios de comunicación audiovisuales. Publicitar la adhesión de los centros al Programa PSLT.
  6. Intervenciones para fomentar los entornos saludables en los centros de trabajo privados y de la Administración Pública. Existe evidencia de que los programas de PSLT que combinan intervención sobre las personas (de formación e información) e intervenciones sobre el entorno muestran una mayor efectividad para conseguir cambios positivos. Se ofrece asesoramiento y recursos para crear espacios de trabajo saludables, interviniendo sobre el entorno físico, psicosocial y de recursos personales de salud.
  7. Coordinación con el Centro de Emergencias Sanitarias del SAS para la creación de entornos seguros y cardio-protectados, que favorezcan la colocación de desfibriladores, la capacitación de personal para uso, etc.
  8. Puesta en marcha de la línea de intervención de “Bienestar Emocional en el Lugar de Trabajo (BELT)”. En el marco de esta línea, implantación de un programa de mindfulness laboral en los centros de trabajo que así lo soliciten.
  9. Desarrollo de actividades informativas y de sensibilización sobre los beneficios de la actividad física, aportando información acerca de los proyectos “Escaleras es Salud” y “Por un Millón de Pasos”, fomentando respecto a este último la competición entre las diferentes empresas, organismos y administraciones.
  10. Activación de los talleres destinados a fomentar una alimentación saludable “Hora de Comer” y “Cesta de la Compra”.
  11. Promoción de espacios adecuados para facilitar la práctica de la lactancia materna en los centros de trabajo (por ejemplo, salas de lactancia para poder extraer la leche y conservarla en frío).
  12. Realización de un curso anual, en formato virtual, para profesionales dirigidos a favorecer los hábitos saludables. Los contenidos del curso capacitan a los referentes asignados por las empresas para la puesta en marcha del programa PSLT.
  13. Colaboración de los/las profesionales de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral de los centros de trabajo y los/las de la Unidad de Gestión de Salud Pública de Distritos/AGS del Servicio Andaluz de Salud para la promoción de hábitos de vida saludable en los centros de trabajo.
  14. Mesas de trabajo con sindicatos para el desarrollo de acciones desde el nivel sindical (por ejemplo, inclusión de medidas de fomento de hábitos saludables en convenios colectivos)
  15. Respecto a los centros de trabajo del sector público:
    - a. Oferta de una carta de productos saludables en base a la normativa vigente, por parte de las empresas responsables de restauración y de mantenimiento de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas envasadas.
    - b. Instalación y mantenimiento de fuentes de agua potable de la red de abastecimiento en estos centros, incorporando de manera visible la leyenda «El agua potable procedente de la red de abastecimiento es la bebida más saludable y sostenible».
  16. En el ámbito del sector privado, estímulo a la implantación de medidas que garanticen una oferta alimentaria saludable y sostenible en los centros de trabajo y de medidas que faciliten el acceso al agua potable de la red de abastecimiento y en su defecto a dispensadores de agua fresca.





17. Adaptación del Programa PSLT a las PYMEs e incorporación al Programa de las Mutuas que atienden a pequeñas empresas.
18. Inclusión de planes humanización de centros de trabajo que impliquen la creación de espacios físicos de expansión, desarrollo creativo, autocuidado y descanso del/la profesional con distintos recursos y acciones de promoción.
19. Autocumplimentación de Check list de la empresa sobre prácticas o entornos favorecedores de hábitos de vida saludable con identificación de compromisos de mejora concretos.
20. Planes participativos para el fomento de hábitos de vida saludable en los centros de trabajo, diseñados en base a necesidades y problemas detectados en los controles de las personas trabajadoras del centro.
21. Plan de movilidad sostenible y hábitos saludables en centros de trabajo facilitando e incentivando desplazamientos a pie o en bicicleta (ej. aparcamientos para bicicletas, reducción de la jornada, financiación de bicicletas, disponibilidad de zonas de aseo adecuados para su uso antes y después de la llegada).
22. Implantación de pausas o descansos activos con actividades físicas (ej. estiramientos) para evitar el sedentarismo, permitiendo a los/las trabajadores/as la movilidad por su espacio cada cierto tiempo para hacer estiramientos.
23. Flexibilidad horaria para realizar actividad física, para la asistencia a programas, para poder seguir la dieta mediterránea, con turnos y descansos.
24. Medidas y acciones para facilitar la conciliación familiar y laboral.
25. Medidas por parte de las empresas en favor de la salud colectiva (salud ambiental), no solo individual.
26. Fomento del desayuno saludable en las empresas.
27. Reconocimiento público e institucional mediante un distintivo de calidad o de acreditación por parte de la Administración, que reconozca a los centros de trabajo que llevan a cabo iniciativas en PSLT.
28. Reconocimiento a los/las trabajadores/as que lleven a cabo hábitos de vida saludable.
29. Diseño de un sistema de acreditación y auditoría a través del cual se revise la actividad realizada por las empresas de Prevención de Riesgos Laborales, en el que un estándar sea que las actividades estén basadas en la evidencia.
30. Habilitación de espacios adecuados en las empresas para el ejercicio físico (gimnasios, duchas) y de zonas para realizar ejercicio en centros de trabajo con actividad sedentaria.
31. Creación de instrumentos y herramientas (guía) para que las empresas cuenten con materiales para trabajar la promoción en el entorno laboral.
32. Apoyo a los centros de trabajo, tanto del sector público como privados, para la sensibilización de sus trabajadores/as sobre el buen uso de TRIC.
33. Formación y sensibilización al empresariado, sindicatos, agentes de empleo, sobre la influencia de la salud en el desempeño laboral.
34. Asesoramiento y Formación en promoción de la salud y hábitos saludables para profesionales de PRL y Salud Laboral.
35. Implicación de las asociaciones profesionales como vehículos para la formación y las actividades de sensibilización sobre hábitos saludables.

*Población destinataria*

Trabajadores y trabajadoras de centros de trabajo.

*Indicadores claves de realización*

- Número acumulativo de centros de trabajo adheridos a la Red Andaluza de Centros de Trabajo Promotores de Salud.
- Número acumulativo de actividades regladas del programa PSLT (suma del total de actividades): cuestionarios de entorno, grupos de deshabituación tabáquica, talleres BELT, talleres “Cesta de la Compra”, talleres “Hora de comer” y actividad “Por un Millón de Pasos”

*Indicadores claves de resultados (alcance)*

- Porcentaje de Consejerías que adhieren sus centros de trabajo y organismos dependientes al Programa PSLT.
- Porcentaje de Consejerías que han implantado medidas para proporcionar una oferta alimentaria saludable y sostenible en sus centros de trabajo, en base a las evidencias y normativas vigentes.



*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Resto de Consejerías de la Junta de Andalucía
- Escuela Andaluza de Salud Pública
- Otras administraciones públicas
- Empresas privadas con y sin servicios de prevención/salud laboral
- Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
- Federación de Empresarios de Andalucía
- Sindicados y Colegios Profesionales
- Asociaciones Profesionales

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2: FOMENTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL ANTE LA SALUD POR PARTE DEL SECTOR EMPRESARIAL

programa para el sector empresarial

Código del programa

**P14**

Nombre del programa

**Establecimiento de alianzas con los operadores económicos en el campo de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio**

<i>Línea estratégica relacionada</i>	LE 2.- Fomento de responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial
<i>Objetivos estratégicos a los que contribuye</i>	OE 2.1. Incrementar el número de empresas con productos o actividades de consumo, que se comprometan a crear condiciones que favorezcan los hábitos saludables, así como un consumo justo y sostenible entre la población
<i>Objetivos del Programa</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentivar, en las empresas productoras y distribuidoras de alimentos, la mejora en la formulación, composición o presentación de alimentos más saludables.</li> <li>2. Impulsar deporte y ocio saludable y responsable, en colaboración con las empresas del sector.</li> </ol>
<i>Descripción del Programa</i>	En este programa se incluyen acciones para promover la responsabilidad social ante la salud por parte del sector empresarial en el ámbito de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio.
<i>Medidas y acciones a desarrollar</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo reglamentario, por parte de la Administración de la Junta de Andalucía, de un régimen específico de incentivos y ayudas públicas dirigidas a las empresas productoras y distribuidoras de alimentos y bebidas que promuevan mejoras en la formulación, composición o presentación de productos más saludables, así como a empresas del sector del ocio, el entretenimiento y el deporte que promuevan iniciativas saludables y sostenibles, en el marco de lo establecido en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y en el texto refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado mediante Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.</li> <li>2. Creación de mesas de trabajo con instituciones empresariales (por ejemplo, Cámaras de Comercio) y profesionales (Colegios Profesionales), la patronal y los sindicatos para impulsar que las empresas andaluzas generen o potencien la existencia de productos y actividades saludables y sostenibles.</li> <li>3. Incorporación de las empresas que puedan favorecer los hábitos saludables de la población a las estructuras de participación locales, como un agente más de salud en los Planes de Acción Local en Salud.</li> <li>4. Visibilización de las empresas que contribuyan a la promoción de hábitos de vida saludable, a través de un distintivo de calidad.</li> <li>5. Organización de Jornadas donde se compartan actuaciones realizadas por las empresas que contribuyan a la promoción de hábitos de vida saludable de la población.</li> <li>6. Visibilización de los beneficios de la inclusión de objetivos saludables en la cuenta de resultados empresariales.</li> </ol>
<i>Población destinataria</i>	Empresarios y empresarias del campo de la alimentación, la restauración, el deporte y el ocio.
<i>Indicadores claves de realización</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de empresas ubicadas en Andalucía beneficiadas de incentivos y ayudas públicas dirigidas a las empresas productoras y distribuidoras de alimentos y bebidas que promuevan mejoras en la formulación, composición o presentación de productos más saludables y sostenibles.</li> <li>• Nº de empresas ubicadas en Andalucía beneficiadas de incentivos y ayudas públicas dirigidas a empresas del sector del ocio, el entretenimiento y el deporte que promuevan iniciativas saludables y sostenibles.</li> </ul>
<i>Organismo responsable de su implantación y seguimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Salud y Consumo</li> <li>• Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo</li> <li>• Consejería de Economía, Hacienda y Fondos Europeos</li> <li>• Consejería de Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural</li> </ul>



*Organismos y entidades colaboradoras*

- Consejería de Sostenibilidad, Medio Ambiente y Economía Azul
- Empresas Privadas
- Confederación de Empresarios de Andalucía
- Confederación Andaluza de Empresarios de Alimentación y Perfumería
- Federaciones de personas consumidoras y usuarias de Andalucía

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3: DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN VERAZ A LA CIUDADANÍA SOBRE LOS BENEFICIOS DE UNA VIDA SALUDABLE Y PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN FRENTE A MENSAJES, PUBLICIDAD Y CAMPAÑAS PERJUDICIALES PARA LA SALUD

programa en el ámbito de la información y la comunicación

Código del programa

**P15**

Nombre del programa

**Difusión de información veraz sobre hábitos saludables y medidas para hacer frente a la publicidad de productos y actividades perjudiciales para la salud**

Línea estratégica relacionada

LE 3.- Difusión y comunicación de información veraz a la ciudadanía sobre los beneficios de una vida saludable y protección de la población frente a mensajes, publicidad y campañas perjudiciales para la salud

Objetivos estratégicos a los que contribuye

OE 3.1.- Incrementar y favorecer la difusión de información sobre hábitos saludables, con contenidos relevantes, veraces y accesibles

Objetivos del Programa

1. Sensibilizar a la población sobre los beneficios de adquirir y mantener hábitos saludables: alimentación saludable y sostenible, actividad y ejercicio físico, sueño saludable, sexualidad responsable, uso positivo de TRIC y bienestar emocional.
2. Mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a la información veraz sobre hábitos de vida saludable en general y, de manera específica, sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas.
3. Fomentar la incorporación de contenidos veraces sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas en la publicidad de empresas productoras y distribuidoras de estos productos.
4. Difundir información veraz a la ciudadanía para reforzar la protección frente a la publicidad de productos y actividades no saludables.
5. Proporcionar información sobre los contenidos fundamentales de la “Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía” a la ciudadanía en general, y de manera específica, a profesionales, sectores y agentes implicados.

Descripción del Programa

En este programa se abordan acciones transversales de sensibilización e información veraz a la ciudadanía y profesionales de diferentes sectores, sobre los beneficios de una vida saludable, incluyendo medidas para hacer frente a la información errónea y a la publicidad y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables, así como de otros productos perjudiciales para la salud.

Muchas de estas acciones pueden estar incluidas en los programas anteriores, en este programa se incluyen solo aquellas acciones transversales no incluidas anteriormente.

Medidas y acciones a desarrollar

1. Diseño y difusión de campañas institucionales publicitarias y de información/sensibilización, a través de los medios de comunicación y redes sociales, para la promoción de hábitos saludable.
2. Acuerdos de colaboración con el sector empresarial para llevar a cabo campañas de sensibilización en promoción de hábitos de vida saludable con enfoque salutogénico, haciendo partícipe a los medios de comunicación y las sociedades vinculadas a éstos.
3. Acuerdos de colaboración con la Radio Televisión Pública Andaluza (RTVA) para abordar la no difusión de publicidad de alimentos y bebidas no saludables.
4. Difusión de información relacionada con hábitos de vida saludable a través de medios audiovisuales y videojuegos para población infantil, adolescente y joven, estudiando la posibilidad de colaborar con influencers, tiktokers o youtubers.
5. Difusión de campañas de sensibilización sobre hábitos saludables en los diferentes entornos y de manera específica, en las zonas más desfavorecidas.
6. Realización y difusión desde los centros de salud de campañas de sensibilización e información de recursos on line y off line accesibles, relevantes e inclusivos que incorporen el enfoque de género para fomentar hábitos saludables, por ejemplo,



- sobre la recomendación de activos comunitarios para la salud, sobre la prescripción de ejercicio físico para su realización en recursos comunitarios, etc.
7. Propiciar acuerdos de colaboración con diferentes entidades y asociaciones para fomentar la colaboración en campañas e iniciativas en favor del fomento de estilos de vida saludable.
  8. Difusión de la información clara y veraz generada desde las fuentes oficiales sobre la calidad nutricional de los alimentos y bebidas.
  9. Difusión de información veraz y legible, basada en la evidencia, a través de recursos web como *Mi Guía de Salud*, *Ventana Abierta a la Familia y En buena edad* y de otros canales como el servicio *Salud Responde*, la App *Salud Andalucía*, o la red *Guadalinfo*, etc., al objeto de proteger a la ciudadanía de publicidad e información engañosa sobre hábitos saludables.
  10. Creación y promoción de nuevas aplicaciones TRIC específicas de la Junta de Andalucía sobre hábitos saludables, con información veraz, accesible, contrastada e interactiva.
  11. Realización de actividades de sensibilización sobre hábitos saludables en foros, conferencias y congresos, tales como: foros de discusión y análisis de datos, cursos de verano en universidades, jornadas locales de salud, ciclos de conferencias, ferias de asociaciones, mercadillos de productos de proximidad y de consumo local, encuentros deportivos, etc.
  12. Participación de profesionales expertos en la divulgación y difusión de mensajes veraces y accesibles sobre promoción de hábitos saludables en medios de comunicación.
  13. Actividades de sensibilización sobre hábitos saludables en torno a Días Internacionales relacionados con la salud, el bienestar y la sostenibilidad.
  14. Estrategias entre iguales para la sensibilización/información sobre hábitos de vida saludable en los diferentes ámbitos de actuación.
  15. Formación a los/las profesionales del ámbito de la promoción de salud en redes sociales y comunicación.
  16. Incentivación del periodismo en salud y de la colaboración con periodistas y profesionales de la comunicación para la promoción de hábitos de vida saludable.
  17. Colaboración con Colegios profesionales para fomentar y difundir información sobre hábitos saludables y sobre la Estrategia de Promoción para una vida saludable en Andalucía.
  18. Mayor difusión a la ciudadanía de la cartera de servicios vinculada a actuaciones de promoción de la salud a lo largo ciclo vital.
  19. Elaboración, seguimiento y evaluación anual de un plan de comunicación de la “Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía”, que recoja las acciones y campañas, tanto generales como específicas, de hábitos de vida saludable.
  20. Establecimiento de acuerdos de colaboración con las empresas productoras y distribuidoras de los productos alimentarios y bebidas que se distribuyan y comercialicen en Andalucía, con la finalidad de:
    - a. evitar la entrega de regalos, premios o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos y bebidas no saludables,
    - b. posibilitar que la publicidad que se realice sobre estos productos contenga información veraz, clara y comprensible para las personas consumidoras, y que recoja la información sobre las declaraciones nutricionales y las propiedades de los alimentos y bebidas, sin perjuicio de lo establecido al respecto en el Reglamento (CE) 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006.
  21. Elaboración y difusión de mensajes en redes sociales que alerten a la ciudadanía y especialmente a colectivos vulnerables, como es la infancia, adolescencia y juventud, sobre información o publicidad engañosa y dañina para la salud.
  22. Medidas para asegurar espacios libres de publicidad sobre alimentos y bebidas no saludables en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, educativos y sociales, especialmente en lugares de fácil acceso para la población infantil y adolescente, en base a la normativa vigente.

Población destinataria

Ciudadanía residente en Andalucía



*Indicadores claves de realización*

- Número acumulativo de materiales y recursos destinados a la ciudadanía sobre hábitos de vida saludable difundidos a través del portal web [www.miguiadesalud.es](http://www.miguiadesalud.es).
- Nº acumulativo de acuerdos de colaboración con las empresas productoras y distribuidoras de los productos alimentarios y bebidas que se distribuyan y comercialicen en Andalucía, para la promoción de productos saludables y el fomento de una publicidad veraz y comprensible para la ciudadanía.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Ayuntamientos
- Asociaciones y ONGs
- Empresas privadas
- Radio Televisión Pública Andaluza (RTVA)
- Medios de comunicación
- Confederación de Empresarios de Andalucía
- Confederación Andaluza de Empresarios de Alimentación y Perfumería
- Federaciones de personas consumidoras y usuarias de Andalucía

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4: IMPULSO A LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN EN EL ÁREA DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

programa en el ámbito de la formación, investigación e innovación

Código del programa

**P16**

Nombre del programa

**Fomento de la formación, investigación e innovación en promoción de hábitos saludables y los determinantes que los condicionan**

Línea estratégica relacionada

LE 4.- Impulso a la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables

Objetivos estratégicos a los que contribuye

OE 4.1.- Incrementar la formación y la investigación en el área de la promoción de hábitos saludables

Objetivos del Programa

1. Mejorar las competencias de profesionales y agentes que intervengan en el fomento de hábitos saludables, en base a la evidencia disponible.
2. Promover el uso de la evidencia y el conocimiento científico para el desarrollo y seguimiento de las acciones de promoción de hábitos saludables.
3. Incentivar la investigación e innovación en la promoción de hábitos saludables en general, con un énfasis especial en la actividad física y la alimentación saludable.
4. Facilitar la investigación e innovación en la promoción de hábitos saludables en grupos de población en desventaja social, así como en el ámbito de las familias en sus diferentes formas.
5. Reconocer la innovación y las buenas prácticas en la promoción de hábitos saludables dirigida a los diferentes sectores sociales, públicos y privados, y de manera específica, a los centros docentes que asuman iniciativas en dichas materias

Descripción del Programa

En este programa se abordan iniciativas de formación, investigación e innovación en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludables, incluyendo los determinantes que los condicionan, y su relación con la prevención de enfermedades crónicas.

Respecto a las acciones de formación, señalar que su descripción está incluida en los programas específicos anteriores. Es posible consultar dichas medidas en cada uno de esos programas desarrollados en los diferentes ámbitos de actuación de la presente Estrategia.

Medidas y acciones a desarrollar

1. Elaboración de planes de formación para profesionales y agentes implicados en el desarrollo de la Estrategia en los diferentes ámbitos de actuación, basados en la evidencia científica disponible y en las recomendaciones de organismos oficiales.
2. Incorporación a la Comisión Técnica de la Estrategia de profesionales expertos en investigación e innovación sobre la promoción de hábitos saludables, con el objeto de asesorar, técnica y científicamente, en cuestiones relativas a la misma.
3. Desarrollo de una línea estratégica específica para el fomento de la investigación en promoción de la salud y hábitos de vida saludables a incluir en las convocatorias públicas anuales, por parte de la Consejería competente en materia de salud, en el marco de la planificación estratégica en materia de investigación e innovación en salud aprobada por dicha Consejería, y en coordinación con las Consejerías competentes en materia de investigación, innovación y deporte.
4. Promoción de la utilización de aplicaciones y otras TRIC de forma inclusiva por parte de las Consejerías competentes en las materias de salud e innovación, que trabajarán conjuntamente para mejorar los niveles de actividad física y la alimentación saludable y sostenible, junto al resto de hábitos saludables, en los diferentes perfiles de población.
5. Desarrollo de convocatorias periódicas de premios/reconocimientos por parte de la Consejería competente en materia de salud, para reconocer las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de hábitos saludables.





6. Asesoramiento por parte de profesionales expertos en metodología de la investigación para que apoyen proyectos de investigación en los diferentes ámbitos de actuación de la presente Estrategia.
7. Formación en investigación para los/las profesionales del ámbito de la promoción de la salud.
8. Establecimiento de acuerdos con la Universidad e instituciones y entidades investigadoras para fomentar la investigación en promoción de hábitos de vida saludables.
9. Utilización de tecnologías de *machine learning* y *big data* para el análisis de datos sobre hábitos saludables y generación de modelos/patrones predictivos.
10. Reconocimiento profesional de las actuaciones de formación, investigación e innovación en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludable para la puesta en valor del trabajo y dedicación al mismo. Por ejemplo, a través del reconocimiento de tiempos propios para investigar.
11. Fomento y visibilización de la producción científica ligada a la promoción de hábitos de vida saludable y, de manera específica, sobre los determinantes sociales de la salud y su repercusión en la calidad de vida de las personas.
12. Diseño y desarrollo de un estudio poblacional sobre hábitos y estilos de vida saludable de la población andaluza.
13. Creación de un Banco de Buenas Prácticas Innovadoras sobre promoción de hábitos de vida saludable en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que sirva de escaparate de experiencias, promocióne la innovación y fomente el intercambio de conocimientos entre profesionales.
14. Inclusión y visibilización de bibliografía basada en evidencia científica sobre promoción de hábitos de vida saludable en portales web de acceso público como, por ejemplo, "Mi Guía de salud".
15. Implementación de la innovación existente en promoción de la salud como, por ejemplo, en relación al urbanismo saludable; al entorno sostenible, seguro y accesible como espacio de convivencia; a la adecuación de riberas urbanas, etc.
16. Fomento de eventos para la difusión e intercambio de experiencias en innovación en el ámbito de la promoción de hábitos de vida saludable (congresos, jornadas, certámenes de ideas innovadoras, etc.)
17. Participación en proyectos internacionales para generar conocimiento y compartir buenas prácticas en promoción de salud con otros países o comunidades.
18. Establecimiento de acuerdos de colaboración con las sociedades científicas y los colegios profesionales para el impulso a la gestión del conocimiento, la investigación y la innovación en el área de la promoción de hábitos de vida saludables.
19. Creación de estructuras de investigación en promoción de hábitos de vida saludable, como órganos de participación colectiva y de asesoramiento, para dinamizar y coordinar la actividad investigadora.
20. Desarrollo de redes de investigación en promoción de salud para la generación y gestión de conocimiento.

*Población destinataria*

Profesionales y agentes clave de los diferentes ámbitos de actuación de la Estrategia.

*Indicadores claves de realización*

- Nº acumulativo de experiencias identificadas y reconocidas de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en Andalucía en el ámbito de la promoción de hábitos saludables.

*Organismo responsable de su implantación y seguimiento*

- Consejería de Salud y Consumo
- Consejería de Universidad, Investigación e Innovación

*Organismos y entidades colaboradoras*

- Escuela Andaluza de Salud Pública
- Entidades públicas y privadas financiadoras de proyectos de investigación
- Sociedades Científicas
- Colegios Profesionales

*Temporalización*

2023-2030

*Presupuesto*

Las medidas y acciones previstas se financiarán con los presupuestos propios de los organismos públicos responsable del programa.





# seguimiento y evaluación



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## Principios generales

Para la correcta transparencia y rendición de cuentas de la Estrategia, es necesario contar con un **sistema de seguimiento y evaluación**. Su propósito es verificar que los programas y medidas se ejecutan conforme a lo planificado y que los indicadores evolucionan en la dirección establecida y deseada. Por su parte, con la evaluación se persigue valorar los efectos generados por los programas y medidas ejecutadas. Ambos procesos son complementarios, ya que el seguimiento aporta la información básica para la evaluación, y la evaluación permite identificar si es necesario mejorar las acciones previstas para poder lograr los objetivos estratégicos, la selección de indicadores o adaptar otras herramientas en el proceso de seguimiento.

El seguimiento de los indicadores de proceso se realizará de manera continuada, sin perjuicio de que cada cinco años se realice una evaluación global del impacto en salud de las acciones desarrolladas en el seno de la Estrategia.

En dicho marco, y para garantizar la transparencia en el desarrollo de la Estrategia, se realizarán informes de seguimiento que se publicarán periódicamente en el portal web de la Consejería de Salud y Consumo:

- **Informes de seguimiento anuales**, donde analizar el grado de avance de las líneas estratégicas y programas.
- **Informe de evaluación intermedia** donde analizar el grado de avance de la ejecución, si las actuaciones se han ajustado a lo programado y si fuera necesario proponer medidas correctoras en determinados objetivos, medidas o indicadores marcados si hubiera una desviación, cambios que se consensuarán con los agentes implicados.
- **Informe de evaluación final**, referido al período completo de ejecución del Plan, hasta el ejercicio 2030, donde se analizará si se han alcanzado los objetivos estratégicos perseguidos.



## Sistema de seguimiento y evaluación

Las funciones de gestión, seguimiento y evaluación de la Estrategia corresponden a la Comisión Técnica y Comisión Institucional mencionadas anteriormente, con el apoyo de las Comisiones provinciales y con la participación de los diferentes agentes implicados. (ver gobernanza en apartado III). En concreto, en el ámbito del seguimiento y evaluación estas Comisiones tendrán las siguientes funciones:

- **Comisión técnica:** establecerá mecanismos de seguimiento de los objetivos, programas y acciones en el desarrollo de la Estrategia y programará las medidas correctoras si fuera necesario. Analizará los informes de seguimiento y evaluación e impulsará y evaluará el grado de cumplimiento de los programas y medidas y si fuera necesario incorporará sugerencias de mejora. Esta Comisión Técnica contará con agentes de los diferentes sectores, ciudadanía y sociedad civil.
- **Comisión institucional.** Tomará las decisiones pertinentes relativas a la dirección de la Estrategia. Aprobará los informes de seguimiento y evaluación elaborados por la Comisión Técnica.

Además, se contará con una **Oficina Técnica de seguimiento y evaluación**, liderada y coordinada por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, que se encargará de realizar los informes de seguimiento anuales y de evaluación intermedia y final, así como del seguimiento de los indicadores.

## Herramientas de seguimiento

Una de las principales herramientas de seguimiento de las acciones a desarrollar son los sistemas de registro. Junto a los ya disponibles en las distintas administraciones y entidades, y teniendo en cuenta los comprometidos en el marco de algún programa (por ejemplo, el Mapa de Activos para la Salud), esta Estrategia contará con un registro de actividades, con dos funcionalidades principales:

- 1.- Acceso online al registro unificado de actuaciones de promoción de la salud dirigidas a la ciudadanía en general, donde registrarán profesionales de la salud y agentes colaboradores.
- 2.- Acceso online a un sistema de explotación de datos que permita un seguimiento continuado de los diferentes programas y actividades registradas. La información procedente de este registro se complementará con la información registrada en DIRAYA sobre actividades de promoción de la salud dirigidas a personas atendidas en el SSPA.

## Sistema de indicadores

En la presente Estrategia (*página 90*), se recogen los indicadores de contexto e impacto. Cada uno de los objetivos estratégicos señalados cuenta con uno o varios indicadores de contexto, indicando la situación de partida y sus correspondientes indicadores de impacto para su posterior seguimiento. Los indicadores de realización y resultado (o alcance) se recogen en cada uno de los programas descritos.





# anexo: participantes, grupos y comisiones



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## 1.- Comité Técnico Intersectorial

---

### **Consejería de Salud y Consumo**

- Eugenio Martínez Concepción
- Manuel Villacorta González
- Rosario Rodríguez Martínez
- Santiago Hoya Coto
- Teresa Iriarte de los Santos

### **Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo**

- Fernando Cortés
- Reyes Guichot Muñoz

### **Consejería de Turismo, Cultura y Deporte**

- Leocricia Jiménez López

### **Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional**

- José David Castañeda Galván
- Manuel Martín González

### **Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública**

- Juan Ignacio Serrano Aguilar
- Milagros Carrero García

### **Consejería de Universidad, Investigación e Innovación**

- M<sup>a</sup> Soledad Castro Carrasquilla

### **Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad**

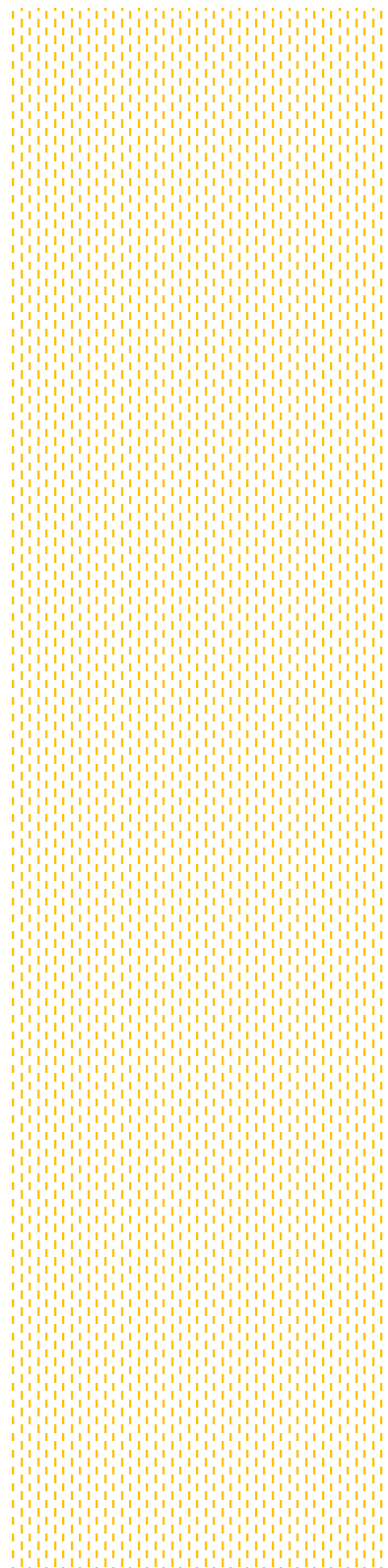
- Encarna Peinado Álvarez
- Julio M. Cabanillas Moruno
- María Eugenia Real Heredia
- María R. Pérez Sánchez
- Ricardo Manuel Moreno Ramos

### **Consejería de Fomento, Articulación del Territorio y Vivienda**

- Luis Ramajo
- Pilar Baena Suárez

### **Consejería de Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural**

- Pedro Cerezuela Sánchez



## 2.-Grupo Ciudadanía y Grupos de Interés

---

- Águeda Alonso Sánchez, CODISA- Esclerosis Múltiple
- Álvaro González Zafra, CAEA (Confederación Andaluza de Empresarios de Alimentación y Perfumería)
- Ana María Ramírez Martínez, Federación ADICAE
- Antonio Hermoso Quintana, Asociación de Ostromizados de Granada (AOGRA) Escuela de Pacientes /Andalucía Inclusiva
- Carmen Muñoz López, Lira Reumatoide
- Carmen Vélez Mateos, CERMI Andalucía
- Cristina Gago Muñiz, CODISA-Fibrosos Quística
- Emilia Origuela Giraldez, Parkinson Andalucía
- Francisco Javier Moreno de la Torre, FEAFES
- Isabel M.ª Moya García, FACUA Andalucía
- Juan Manuel Morillo Vizuet, Federación ADICAE, Residencia Geriátrica "Vicente Ferrer"
- M.ª Dolores García Gómez, FACUA Andalucía
- Mar Cambrollé Jurado, Asociación de Transexuales de Andalucía
- María José Gómez Soto, Federación de Consumidores AL-ANDALUS
- Marta Castillo Díaz, CERMI Andalucía
- Rocío De la Rosa Díez, FANDACE
- Rosa Alvarez Pérez, Federación Autismo Andalucía
- Rosa González González, FEDER
- Rosario Alises Castillo, Asociación Ojalá Entiendas
- Silvia Castro, Asociación Andaluza de Fibrosis Quística
- Teresa Muela Tudela, FAMP
- Valentín Márquez Luna, Médicos del Mundo- Andalucía

## 3.- Colegios Profesionales y Sociedades Científicas

---

- Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Andalucía (COPTOAND)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia (SEMG ANDALUCÍA)
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

## 4.- Grupo Promotor de Salud (Consejería de Salud y Consumo)

---

- |                            |                           |                             |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| • Antonio García Moreno    | • Arturo Vellisco García  | • Concepción Oliveros       |
| • Agustín Gómez Jiménez    | • Antonia Mª Suárez       | • Cristóbal Estévez         |
| • Alberto J. Ruiz Maresca  | • Bárcena Gómez           | • Fernández                 |
| • Alicia Maldonado         | • Aurelia Salas Muñoz     | • Daniel Jesús López Vega   |
| • Almudena Piñol Pérez     | • Aurora Brígida Marín    | • David Moscoso             |
| • Ana Ruíz Bernal          | • Escalada                | • David Odero Sobrado       |
| • Ana Ruth Bernardo de Paz | • Aurora Martínez         | • Elena Valdivia Castro     |
| • Ana Teresa García Moral  | • Loscertales             | • Esther Gala Oceja         |
| • Ángel Palomino Gallardo  | • Belinda Pérez Barba     | • Eva M.ª Carranza Miranda  |
| • Ángeles Viedma Romero    | • Blas Ramón Hermoso Rico | • Félix Hurtado Melero      |
| • Antonio García Moreno    | • Camilo Lopez García     | • Francisco Javier Dolz     |
| • Antonio Poyato           | • Catalina Abraham París  | • López                     |
| • Salamanca                | • Concepción Camargo      | • Francisco Javier González |
|                            | • Tayllfert               | • Riera                     |



- Francisco Javier Narbona Rodríguez
- Gema Díaz Alonso
- Herenia García Serrán
- Inés Ortega Martínez
- Inmaculada Reina Ceballos
- Inmaculada Romero Pérez
- Isabel Escalona Labella
- Isabel M<sup>a</sup> Craviotto Manrique
- Isidoro Durán Cortes
- Javier Rojas Fernandez-Figares
- Jesús Serrano Martín
- José María Campos Granados
- José Vázquez Panal
- Josefa Rojas Villegas
- Juan Manuel Saenz Lussagnet
- Lourdes González-Gaggero Prieto-Carreño
- Luna Rodríguez Pérez
- M<sup>a</sup> Auxiliadora Mesas Rodríguez
- M<sup>a</sup> Auxiliadora Reyes Burgos
- M<sup>a</sup> Ángeles Viedma Romero
- M<sup>a</sup> Dolores Martín Peso
- M<sup>a</sup> del Mar Cano Robles
- M<sup>a</sup> Jose de la Rosa Vázquez
- M<sup>a</sup> José Melero Sánchez
- Manuel Cenizo Rodríguez
- María del Carmen San Martín Martínez
- Marie Nicole Palacio
- M<sup>a</sup> Tránsito Cebrián Valero
- Mauricio Lozano Navarrete
- Miguel Ángel Cuesta Guerrero
- Milagros Ruiz Fernández
- Nieves Prieto García
- Olivia Moyano Jiménez
- Patricia Fuentes Lozano
- Pilar Mentuy Isus
- Rafael Muñoz Dueñas
- Reyes Sagrera Pérez
- Rosa María García Fernández
- Rubén Moncada Díaz
- Silvia Costas Roldán
- Silvia Sicre Alonso
- Sonia Fernández Villalón
- Sonia González Cabezas
- Sonia Jiménez Palenzuela

## 5.- Grupo Motor Provincial

---

En los grupos motores constituidos en cada provincia en el marco de la metodología de participación de la Estrategia han participado profesionales de la Consejería de Salud y Consumo (profesionales de salud en activo, técnicos del ámbito de la promoción de salud, etc), técnicos de Ayuntamientos de diferentes ámbitos (Salud, Deportes, Infraestructuras, Medio Ambiente, Juventud, Justicia, etc), profesionales del ámbito de servicios sociales (ámbito residencial, asociaciones, centros de Valoración, ONGs, etc), profesionales del ámbito de Deportes, profesionales del ámbito de Educación y FAMPAs, profesionales del ámbito de la Igualdad, representantes de asociaciones en el ámbito municipal, técnicos de Guadalinfo, etc.

### 5.1.- Grupo motor ALMERÍA

---

- Adelaida Pérez Navarro
- Aida Gutiérrez Rivas
- Alicia Galera García
- Almudena Piñol Pérez
- Ana María García Cuesta
- Antonio García Moreno
- Antonio Hernandez Granado
- Carmen Muyor Fernandez
- Carmen Pilar Jiménez Lorente
- Cristóbal Estévez Fernández
- Evangelina Martínez
- Isabel Craviotto Manrique
- José Miguel Garrido Latorre
- Juan Francisco Cazorla Navarro
- Juana Teruel Uribe
- Laura González Morales
- Lucía Túnez Rodríguez
- M<sup>a</sup> Ángeles Ventura García
- M<sup>a</sup> Carmen Contreras González
- M<sup>a</sup> Emilia Martín Ruiz
- Maria Dolores Alcaraz
- Mayka San Martin
- Patricia Mercado Acebo
- Rafael Martínez de la Peña
- Rubén Moncada Díaz

### 5.2.- Grupo motor CÁDIZ

---

- Ana Morilla García
- Ángeles Sánchez Barranco
- Antonia Suárez Bárcenas
- Antonia Domínguez Iceta
- Antonia Rosano Romero
- Begoña Arana Álvarez





- Carmen Ruiz Barbosa
- Claudia María Rivero Racero
- Daniel J. López Vega
- Fernando Maqueda Moresco
- Inma Pais Mateos
- Inmaculada Domínguez Arias
- José Antonio González Leal
- José Gregorio Soto Campos
- José Vázquez Panal
- Josefa Rojas Villegas
- Leticia Vázquez
- M<sup>a</sup> del Mar Cano Robles
- M<sup>a</sup> Teresa Chaves Rendón
- María Ángeles Aguilar Romero
- María Victoria De La Flor
- Mercedes Rodríguez Jiménez
- Miguel Ángel Cuesta Guerrero
- Milagros Ruiz Fernández
- Pilar Rodríguez Martínez
- Rocío García Criado
- Rosa García Fernández
- Silvia Costas Roldan
- Virginia Bazán Calvillo
- Zuleica Molina Herrera

### 5.3.- Grupo motor CÓRDOBA

---

- Antonio Jesús Páez Varona
- Elena Valdivia Castro
- Francisco J. Díaz Expósito
- Francisco Javier Narbona Rodríguez
- Jessica Rebollo
- M<sup>a</sup> Sol Merina Díaz
- María del Carmen Muñoz García
- Marie Nicole Palacio
- Mario Flores Martínez
- Rafael Muñoz Dueñas
- Reyes Mérida Gutiérrez
- Sonia González Cabezas

### 5.4.- Grupo motor GRANADA

---

- Agustín Gómez Jiménez
- Alberto José Ruiz Maresca
- Alicia Rodríguez Baena
- Amparo Arrabal Martín
- Ana Ruth Bernardo de Paz
- Ángel Domínguez Sierra
- Ángel Palomino Gallardo
- Aurelia Salas
- Belén Quirantes Sierra
- Belinda Pérez Barba
- Camilo Lopez Garcia
- Carlos del Moral Campaña
- David Carmona Barrales
- Elena Barrera Martín
- Eva Rodríguez Coca
- Felisa Magaña Malo
- Herenia García
- Javier Dolz López
- Javier Rojas Fernández-Figares
- Jesús Serrano Martín
- José Antonio Rodríguez
- José Luis Gálvez López
- Lati Escudero
- Luisa Román
- M<sup>a</sup> Jesús de la Fuente Vidal
- María José de la Rosa Vázquez
- Miguel Ángel Gallo Vallejo
- Raquel Sánchez Fuentes
- Raquel Sánchez Robles
- Renato Herrera Cabrerizo
- Rosa Funes
- Verónica Valle Gallardo
- Víctor Alche Ramírez

### 5.5.- Grupo motor HUELVA

---

- Alfonso Ramírez Arellano Espadero
- Ángela Padilla Marquez
- Antonio López Castilleja
- Antonio Poyato Salamanca
- Apolonia Gento Atahona
- Asunción Bomba Romero
- Aurora Brígida Marín Escalada
- Aurora Martínez Loscertales
- Begoña García-Navarro
- Carmen González Rodríguez
- Carmen Meniz Sánchez
- Cinta Morón López
- Concepción Camargo Tayllfert
- David Odero Sobrado
- Eladio Sanchez rueda
- Francisca Martínez Mojarro
- Inmaculada Brito Pérez
- Isabel González Rodríguez
- Isidoro Durán Cortes
- Jose Enrique Domínguez Rebollo
- Juan Manuel Rodríguez Cobos



- Laura Llanes
- Lorena Gandullo Vázquez
- Lucía Aquino Trigo
- Luis Carlos Romero  
bomba
- Manuel Rofa Pesquero
- María Auxiliadora Reyes  
Burgos
- María Carmen Rivera  
López
- María Felisa Hernández  
García
- Nsadap Assoua Mariuis  
Severin
- Pepa Cordero Beas
- Ricardo Vázquez  
Albertino
- Rosa Cerezuela López
- Victor Ramón Rodríguez  
Maldonado
- Ylenia Rodríguez Ruciero

## 5.6.- Grupo motor JAÉN

---

- Alharilla Ruíz
- Ana García León
- Ana Muñoz
- Ana Teresa García Moral
- Ángeles Viedma Romero
- Antonia Lucena Prieto
- Araceli Astasio
- Blas Hermoso Rico
- Celedonio Fornell  
Martínez
- Eva María Carranza  
Miranda
- Fátima Villar Cañada
- Francisco Javier  
Domínguez Rodríguez
- Francisco Javier González  
Riera
- Inés Ortega Pérez
- Inmaculada Herrador
- Inmaculada Romero Pérez
- Isabel Cano Blanco
- Jesús Correro Rodríguez
- José Luis Sánchez Morales
- José Raúl Dueñas Fuentes
- Julia Parras
- Leopoldo Casas Mata
- Luisa Cruz Pagador
- Manuel Álvarez Toro
- Manuela Juanes Martínez
- María Angustias de Haro
- María del Carmen López  
Moreno
- María Dolores de los  
Riscos Casasola
- María Dolores Martín  
Peso
- María José Aguilera  
Martín
- Montserrat Morán
- Nuria Valenzuela
- Ricardo Otero Ávila
- Rosa María Mesa del  
Moral
- Rosa Oliveros
- Silvia Cazalilla Moreno
- Silvia María Moral  
Jiménez

## 5.7.- Grupo motor MÁLAGA

---

- Alicia Maldonado
- Antonio Corrales del Pino
- Auxiliadora Mesas  
Rodríguez
- Belén Contreras Roca
- Belén Muñoz López
- Carlos Ruiz Rodríguez
- Catalina Abraham París
- Concepción Oliveros
- David Moscoso
- Esther Gala Oceja
- Félix Hurtado
- Gema Díaz Alonso
- Juan Manuel Miranda  
García
- Manuel Montero Aleu
- María Pérez Ariza
- Nieves Prieto
- Olivia Moyano Jiménez
- Patricia Fuentes Lozano
- Sonia Jiménez Palenzuela
- Tiscar Martínez Rodríguez

## 5.8.- Grupo motor SEVILLA

---

- Alejandro Berto Morán
- Alicia Jiménez Asuero
- Ana Ruíz Bernal
- Arturo Vellisco García
- Bienvenida Oliver Navarro
- Clara Quesada Marmolejo
- Consuelo González  
Pacheco
- Gema Castillo Aparicio
- Inmaculada Reina  
Ceballos
- Isabel Escalona Labella
- Jaime Torres Garriaga
- Juan Antonio Melo Salor
- Juan Manuel Saenz  
Lussagent
- Lola Ruíz
- Luis Colmenero Ruiz
- Luna Rodríguez Pérez



- M<sup>a</sup> José Melero Sánchez
- M<sup>a</sup> Ángeles Cedillo
- Manuel Cenizo Rodríguez
- Manuel Gómez Malamagro
- María del Mar Muñoz García
- María José Ariza Conejero
- María Victoria Rodríguez Romero
- Mauricio Lozano Navarrete
- Mercedes Pérez Pichardo
- Pablo Olivares Phelix
- Pilar Mentuy Isus
- Remedios Aguilar
- Reyes Sagrera Pérez
- Ricardo Luque Muñoz
- Rosa María Serrera Cobos
- Silvia Sicre Alonso
- Sonia Fernández Villalón
- Sonia Real Romano
- Tránsito Cebrián Valero





# glosario y siglas



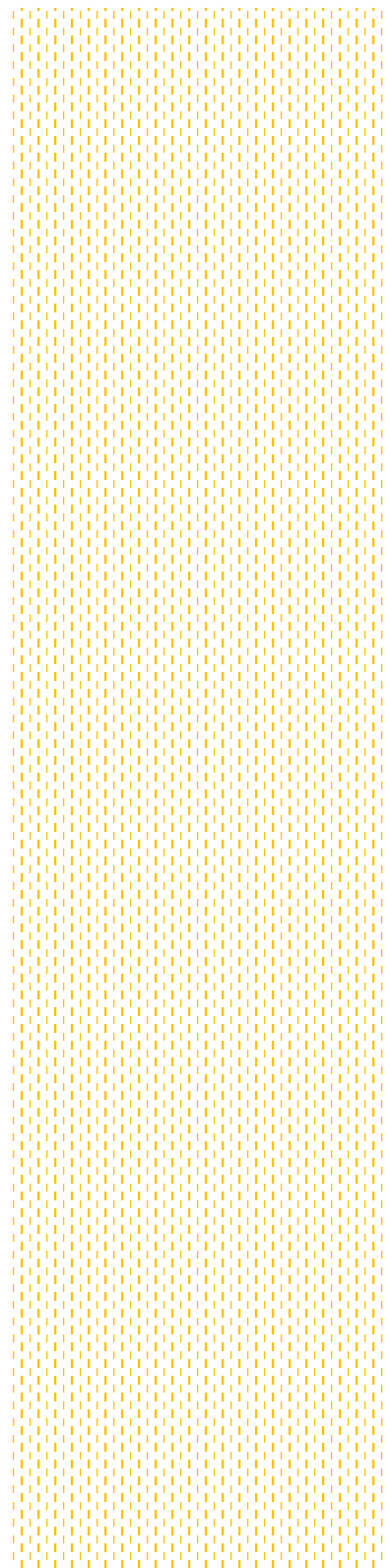
Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía





## Glosario

- **ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD:** Dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia con una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida; reforzar los vínculos y la cohesión social; y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva.
- **ACTIVIDAD FÍSICA:** Cualquier movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria, que suponga un gasto de energía superior al nivel de reposo o al gasto energético basal del individuo. La actividad física incluye el ejercicio físico, pero no sólo; también incluye otras actividades que exigen movimiento corporal pero que se realizan como parte de los momentos de ocio, del trabajo, del estudio, los desplazamientos, de las tareas domésticas; que pueden servir o no para mantener o mejorar la salud, pero no se hacen por este motivo.
- **ACTIVOS PARA LA SALUD:** Cualquier factor (o recurso) identificado por personas, grupos y comunidades como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar, así como para reducir las desigualdades en salud. Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés.
- **ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE:** Patrones alimentarios que promueven todas las dimensiones de la salud y el bienestar de las personas; tienen una baja presión e impacto ambiental; son accesibles, asequibles, seguras y equitativas; y son culturalmente aceptables. En nuestro ámbito, se concreta en un patrón de alimentación basado en los principios de la dieta mediterránea, y que contempla los criterios de proximidad, el uso de alimentos de temporada, la priorización de la producción ecológica, la calidad alimentaria y la disminución del desperdicio alimentario. Además, conlleva una reducción del consumo de energía, materiales y las emisiones de gases con efecto invernadero:



- **Dieta mediterránea:** Avalada por la UNESCO como un estilo de vida y relación propias de determinadas comunidades de la ribera mediterránea. Desde el punto de vista alimentario se trata de un patrón general, de uso cotidiano en estas comunidades, que se caracteriza por la abundancia de alimentos vegetales como verduras, hortalizas, legumbres, frutas, frutos secos, cereales y arroz, preferentemente integrales; el empleo del aceite de oliva, preferentemente extra (AOVE), como fuente principal de grasa; un consumo moderado de pescado, marisco, aves de corral, productos lácteos y huevos; el consumo de pequeñas cantidades de carnes rojas. Se trata de un patrón alimentario que combina la agricultura de proximidad, las recetas y las formas de cocinar propias de estas comunidades y que, desde el punto de vista nutricional, se ha demostrado equilibrado y con un aporte adecuado de nutrientes.
  - **Alimentos de proximidad:** Alimentos que se producen en un radio kilométrico no superior a los 150 Km del lugar en el que se realizan las actividades de transformación y venta al consumidor final o consumo del producto en el caso de los servicios de restauración colectiva, siendo esta última a través de la cadena de distribución más corta posible. La cadena de distribución corta es aquella cadena de suministro en la que no interviene más de un intermediario entre la producción y el consumo.
  - **Frutas y hortalizas de temporada:** Frutas y hortalizas de cada temporada en nuestro país, en función de su ciclo natural.
  - **Producción ecológica:** La producción ecológica, también llamada biológica u orgánica, es un método de producción agrícola y ganadera, que se caracteriza por mantener la fertilidad de la tierra, no aplicar productos químicos de síntesis (herbicidas, plaguicidas, hormonas y abonos químicos), ni utilizar organismos modificados genéticamente. La producción ecológica se encuentra regulada por el Reglamento 2018/848/UE de 30 de mayo del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre producción ecológica y etiquetado de los productos ecológicos.
  - **Calidad alimentaria:** Conjunto de propiedades y características de un producto alimenticio o alimento relativas a las materias primas o ingredientes utilizados en su elaboración, a su naturaleza, composición, pureza, identificación, origen, y trazabilidad, así como a los procesos de elaboración, almacenamiento, envasado y comercialización utilizados y a la presentación del producto final, incluyendo su contenido efectivo y la información al consumidor final especialmente el etiquetado.
  - **Desperdicio alimentario:** Productos agrícolas y alimentarios descartados de la cadena alimentaria que siguen siendo perfectamente comestibles y adecuados para el consumo humano y que, a falta de posibles usos alternativos, terminan desechados como residuo.
  - **Gas de efecto invernadero:** Gases integrantes de la atmósfera, de origen natural y antropogénico, que absorben y emiten radiación en determinadas longitudes de ondas del espectro de radiación infrarroja emitido por la superficie de la Tierra, la atmósfera, y las nubes. Esta propiedad causa el efecto invernadero.
- **APTITUD FÍSICA:** Medida de la capacidad del cuerpo de funcionar de forma eficiente y eficaz en las actividades laborales y recreativas; incluye, por ejemplo, un buen estado físico y una buena condición cardiorrespiratoria.
  - **BIENESTAR EMOCIONAL:** Refleja la percepción subjetiva y la evaluación que las personas realizan sobre su vida en términos de estado emocional y funcionamiento psicológico y social. Por un lado, *sentirse bien*, que engloba tanto la satisfacción con la vida, como la felicidad, entendida como el balance global entre los afectos positivos y negativos; y, por otro lado, *funcionar bien en la vida*, que engloba tanto el desarrollo de las competencias emocionales, como contar con un proyecto de vida con sentido.
  - **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:** Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar.



- **CONDICIONES DE VIDA:** Se refiere al entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.
- **DEPORTE:** Actividad física cuya práctica está reglada y, por tanto, sujeta a unas normas. Es todo tipo de actividad física que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tenga por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles.
- **DESIGUALDAD SOCIAL:** Son aquellas diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre grupos o subgrupos definidos socialmente, económicamente, o demográficamente, que influyen de forma negativa en sus oportunidades y en su estado de salud. En contraposición a las diferencias, las desigualdades son injustas y evitables.
- **DETERMINANTES DE LA SALUD:** Conjunto de factores personales, sociales, sanitarios, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos y las poblaciones en las que estos conviven.
- **EJERCICIO FÍSICO:** Actividad física planificada, estructurada y sistemática. Implica conciencia de la práctica e intencionalidad. Se hace para mantener o mejorar la capacidad física y llevar un estilo de vida saludable. Requiere conciencia de la actividad que se hace habitualmente y decisión de completarla o modificarla con el fin de cuidar la salud. Es un tipo concreto de actividad física que corresponde a un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, y realizado con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.
- **EQUIDAD EN SALUD:** La equidad en salud implica que todas las personas deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud.
- **EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD:** En promoción de la salud, es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.
- **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT):** También conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.
- **ESPERANZA DE VIDA AL NACER:** Número promedio de años que se espera viviría una persona recién nacida, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.
- **ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD:** Mide el número de años vividos en buen estado. Indicador que incorpora información procedente de la carga de enfermedad crónica, de discapacidad o de salud percibida. Mide el número de años que se espera que una persona de una cierta edad viva sin discapacidades. Es un indicador sólido de control de la salud como factor económico y de productividad. Asimismo, introduce el concepto de calidad de vida.
- **ESTILO DE VIDA:** Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.
- **EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD:** Es una combinación de métodos y herramientas con los que puede ser evaluada una política, un programa, proyecto o actividad, en relación a con sus potenciales



efectos en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población. La evaluación de impacto en salud integra la valoración y el informe de evaluación de impacto en la salud.

- **GOBERNANZA EN SALUD:** Manera de gobernar, bajo los principios de transparencia y participación, que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero que genera salud.
- **INACTIVIDAD FÍSICA:** Nivel de actividad física que no alcanza las recomendaciones para su grupo de edad. Puede ocurrir que una persona sea activa físicamente y cumpla esas recomendaciones, pero sea sedentaria porque pasa mucho tiempo seguido sentada (en el trabajo, hogar u ocio).
- **INDICADORES:** un indicador es una magnitud o variable que sirve para acreditar los cambios producidos en una situación o condición a través del tiempo. Puede definirse como el modo de medir un objetivo que se pretende alcanzar, un recurso utilizado, un efecto obtenido, un criterio de calidad o una variable contextual. Todo indicador está compuesto de una definición, de un valor y de una unidad de medida. La batería de indicadores debe recoger todos los aspectos de la realidad de las actuaciones puestas en marcha y además, debe aportar una visión global del plan.
- **INDICADORES DE IMPACTO:** Son aquellos que miden los objetivos estratégicos, por lo tanto, miden los avances en su grado de consecución; es decir, atestiguan los logros a medio plazo. Están relacionados con los indicadores de contexto, que son aquellos indicadores que describen y miden la situación de partida de la realidad (los últimos datos recogidos) en la que se quiere intervenir.
- **INDICADORES DE REALIZACIÓN:** Están ligados a las acciones; miden, por lo tanto, hechos concretos, como la ejecución física de las distintas actuaciones de un programa. Ejemplo: Acción: Celebración de cursos de formación en excelencia. Indicador de realización: Número de cursos de formación en excelencia celebrados en el ejercicio.
- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** Indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en las personas adultas. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). La OMS define el sobrepeso cuando la persona adulta tiene un IMC igual o superior a 25 y menor de 30 y la obesidad cuando el IMC es igual o superior a 30.
- **NECESIDAD:** diferencia entre lo que existe y lo que es deseable. Es una carencia que debe ser satisfecha y, por tanto, atendida por las políticas públicas.
- **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:** hacen referencia a los impactos esperados de un plan o estrategia. Dan respuesta a un problema (de índole social, educativa, sanitaria, económica, medioambiental, etc.), contando con las oportunidades y fortalezas de la organización. Deben ser factibles y de número muy reducido. Su enunciado debe ser claro y autoexplicativo. Son estables en el tiempo. No hacen referencia a actuaciones, sino a metas que se pretende conseguir. Deben ser coherentes con el diagnóstico de la situación y con la problemática que pretenden resolver.
- **PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.
- **POBLACIÓN DIANA:** hace referencia a los hombres y mujeres que se va a beneficiar de las medidas y acciones previstas en el plan.
- **RETO:** empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta (Diccionario de la Real Academia Española). En el contexto de esta Estrategia, se entiende como un envite al que las políticas públicas deben hacer frente.





- **SALUD COMUNITARIA:** Expresión colectiva de la salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.
- **SALUD SEXUAL:** Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Capacidad de aceptar y disfrutar de nuestra sexualidad a lo largo de la vida, requiriendo de un enfoque positivo y respetuoso, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.
- **SALUTOGÉNESIS:** Término cuyo significado es “génesis de la salud”. Frente a la visión patogénica tradicional que se pregunta por qué enferman las personas y los factores que causan la enfermedad, la Salutogénesis supone un nuevo paradigma centrado en cómo pueden las personas mantenerse sanas y cuáles son los factores implicados en la salud y el bienestar.
- **SEDENTARISMO:** Actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía. Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como, por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.
- **SUEÑO SALUDABLE:** El sueño es un proceso activo y complejo, fundamental para mantener un buen estado de salud física y mental. Un sueño saludable implica dormir lo suficiente y con calidad, siendo las necesidades de sueño variables a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad.
- **TIEMPO PANTALLA:** Tiempo que se pasa frente a una pantalla (televisión, ordenador, teléfonos móviles, tabletas, consolas de videojuegos, etc.) y se suele identificar en la mayoría de ocasiones como un periodo sedentario.
- **VIDA ACTIVA:** Forma de vida que integra la actividad física en la rutina diaria. Por ello, la vida activa se caracteriza no sólo por un aumento del gasto energético por encima del metabolismo basal, producido por el movimiento al realizar actividad física, sino también por una actitud proactiva de la persona frente a los dilemas que la vida más cómoda nos va imponiendo, sabiendo elegir aquellas que nos permitan movernos más.
- **VIDA SALUDABLE:** La incorporación de hábitos y comportamientos por parte de las personas que permitan evitar la enfermedad o mejorar o proteger la calidad de vida, manteniendo el equilibrio entre el ambiente que les rodea y el ser físico, psíquico y espiritual. Un estilo de vida saludable debe estar influido por factores protectores del bienestar y la reducción de los factores de riesgo.
- **VULNERABILIDAD:** La situación de vulnerabilidad puede darse en los diferentes ejes.1. Clase social: Personas con bajos ingresos, bajo nivel educativo o bajo nivel socioeconómico. 2 Etnia/cultura: minorías étnicas o culturales presentes en Andalucía. 3. Territorio: Personas con algún tipo de aislamiento geográfico, urbanístico o arquitectónico. 4. Discapacidad: personas con discapacidad física, sensorial o intelectual. 5. Personas en situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. 6. Personas con orientación sexual o identidad sexual minoritaria. *(Adaptación IAAP, Observatorio de Salud de Asturias).*



# Siglas

- **AESAN:** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
- **AGS:** Área de Gestión Sanitaria
- **AMPA:** Asociación de Madres y Padres del Alumnado
- **AP:** Atención Primaria
- **BELT:** Bienestar Emocional en el Lugar de Trabajo
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado
- **BOJA:** Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **CISNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- **DSAP:** Distrito Sanitario de Atención Primaria
- **EAS:** Encuesta Andaluza de Salud
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **EGB:** Educación General Básica
- **ENSE:** Encuesta Nacional de Salud de España
- **EPES:** Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria
- **EVACOLE:** Plan de Evaluación de la Oferta Alimentaria en los Centros Escolares de Andalucía
- **EVLID:** Esperanza de Vida Libre de Discapacidad
- **FAISEM:** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
- **FAMP:** Federación Andaluza de Municipios y Provincias
- **FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Food and Agriculture Organization)
- **FP:** Formación Profesional
- **GRUSE:** Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud
- **HBSC:** Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados (Health Behaviour in School-aged Children)
- **IAAP:** Instituto Andaluz de Administración Pública
- **IAJ:** Instituto Andaluz de la Juventud
- **IECA:** Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
- **IHAN:** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **IMUDS:** Instituto Mixto Universitario Deporte Salud (Universidad de Granada)



- **MOOC:** Curso en-línea masivo y abierto (Massive Open Online Course)
- **NAOS:** Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONG:** Organizaciones No Gubernamentales
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **PAFAE:** Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada
- **PAOS:** Corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud
- **PAS:** Plan Andaluz de Salud
- **PASDA:** Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones
- **PASIDA:** Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS
- **PDEEA:** Plan de Deporte en Edad Escolar de Andalucía
- **PICUIDA:** Estrategia de Cuidados de Andalucía
- **PIOBIN:** Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía
- **PISMA:** Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
- **PSIAA:** Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía
- **PSLT:** Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo
- **PYME:** Pequeñas y Medianas Empresas
- **RAUS:** Red Andaluza de Universidades Promotoras de Salud
- **RELAS:** Estrategia de Acción Local en Salud en Andalucía
- **REUPS:** Red Española de Universidades Saludables
- **SANCYD:** Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud
- **SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **TRIC:** Tecnologías para la Relación, la Información y la Comunicación
- **UGC:** Unidad de Gestión Clínica
- **UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia





# bibliografía



Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía



- 
- <sup>1</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS; 2004.
- <sup>3</sup> World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- <sup>4</sup> Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- <sup>5</sup> Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil. Gobierno de España; 2022.
- <sup>6</sup> Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. ONU; 2015. Accesible en URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- <sup>7</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Sevilla: La Consejería; 2004.
- <sup>8</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Sevilla: La Consejería; 2007.
- <sup>9</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS); 2013.
- <sup>10</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- <sup>11</sup> Conferencia de Ottawa sobre Promoción de la Salud. World Health Organization, 1986. Accesible en URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- <sup>12</sup> 10th Global Conference on Health Promotion. World Health Organization, 2021. Accesible en URL: <https://10gchp.org>
- <sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas sobre enfermedades no transmisibles; 2018. Accesible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; (Suppl 2):17–22.2.
- <sup>16</sup> Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Revista Fundesfam. 2010. Accesible en URL: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDEFAM%201/007revisiones.htm>
- <sup>17</sup> World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO; 1986. Accesible en URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
- <sup>18</sup> Pearce A. Well Communities Programme. Accesible en URL: <http://platform.chrodis.eu/clearinghouse?id=2701>
- <sup>19</sup> Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; (Suppl 2):17–22.2.
- <sup>20</sup> Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer; 2010.p. 183–96.
- <sup>21</sup> Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018.
- <sup>22</sup> Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
- <sup>23</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
- <sup>24</sup> Azpiazu M, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, vol.76, n.6, pp. 683-699.
- <sup>25</sup> Shumaker S, Naughton M. The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En: Shumaker S, Berson R, editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995
- <sup>26</sup> Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gac Sanit 2001; 15 (Supl. 4): 34-43.
- <sup>27</sup> Abellán A. Percepción del estado de salud. Rev Mult Gerontol 2003; 13(5): 340-342.



- <sup>28</sup> Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Beha* 1997; 38: 21-37.
- <sup>29</sup> Rodríguez-Sanz M, Carrillo P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003. Observatorio de Salud de la Mujer.
- <sup>30</sup> World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. WHO; 2014.
- <sup>31</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
- <sup>32</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization; 2010.
- <sup>33</sup> Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010; 51: S28-S40.
- <sup>34</sup> Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22: 429-45.
- <sup>35</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España; 2015.
- <sup>36</sup> OMS Región Europea. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being; 2012.
- <sup>37</sup> World Health Organization. WHO European Healthy Cities Network. Accesible en URL: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>
- <sup>38</sup> ONU. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París; 1948.
- <sup>39</sup> ONU. Asamblea General. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2007.
- <sup>40</sup> Peiró R, Vives C, Alvarez-Dardet C, Más R. El análisis de políticas con enfoque de género y salud. En: Borrell C, Artazcoz L (coord.). 5ª Monografía de la SEE: Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.
- <sup>41</sup> Borrell C, Artazcoz L (coord.). 5ª Monografía de la SEE: Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.
- <sup>42</sup> Daponte A, Bolívar J, García Calvente M. Las desigualdades sociales en Salud. Serie Nueva Salud Pública. EASP; 2008.
- <sup>43</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 693-700.
- <sup>44</sup> OMS. (2021a). Rethinking policy priorities in the light of pandemics: a call to action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/495856/Pan-European-Commission-Call-to-action-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/495856/Pan-European-Commission-Call-to-action-eng.pdf)
- <sup>45</sup> OMS. (2021b). United Action for Better Health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work>
- <sup>46</sup> Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med.* 2018; 378:e34
- <sup>47</sup> Renzella J, Townsend N, Jewell J, Breda J, Roberts N, Rayner M, et al. What national and subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing noncommunicable diseases? Health Evidence Network (HEN) synthesis report 58. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
- <sup>48</sup> Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas sobre alimentación sana; 2018. Accesible en URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- <sup>49</sup> UK Government's Foresight Programme. Tackling Obesities: Future Choices – Project report. Government Office for Science, 2007. Accesible en URL: <https://www.gov.uk/government/publications/reducing-obesity-future-choices>
- <sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. OMS; 2004.
- <sup>51</sup> Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Información del portal web del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Accesible en URL: [https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html)
- <sup>52</sup> Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA63.14 sobre promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. WHO; 2010.
- <sup>53</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud. Documento final de la II Conferencia Internacional sobre Nutrición: Declaración de Roma sobre la Nutrición. FAO-OMS; 2014.
- <sup>54</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS; 2016.
- <sup>55</sup> Organización Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones de la 69 Asamblea Mundial de la Salud. OMS; 2016.



- 
- <sup>56</sup> WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
- <sup>57</sup> Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil. Gobierno de España; 2022.
- <sup>58</sup> Díez J, Cebrecos A, Rapela A, Borrell LN, Bilal U, Franco M. Socioeconomic Inequalities in the Retail Food Environment around Schools in a Southern European Context. *Nutrients*. 2019; 11 (7): 1511.
- <sup>59</sup> Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas sobre actividad física; 2018. Accesible en URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- <sup>60</sup> World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. WHO; 2018.
- <sup>61</sup> Luyster FS, et al. Sleep: a health imperative. *Sleep*; 2012, 35: 727-34
- <sup>62</sup> Merino M. Los hábitos de sueño de los españoles. *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2): 3-4
- <sup>63</sup> Álvarez A, Madrid JA. Importancia del entorno ambiental. *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2): 5-6
- <sup>64</sup> Martínez MA. ¿Cuánto sueño hay que dormir para un sueño saludable? *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2): 7-9.
- <sup>65</sup> Romero O, Terán J. Presentación del documento oficial de la Sociedad Española de Sueño “Sueño saludable: evidencias y guías de actuación”. *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2): 1.
- <sup>66</sup> Terre L. Clinical Implications of Impaired Sleep. *Am J Lifestyle Med*; 2014, 8 (6): 352-70.
- <sup>67</sup> Canet T. Sueño y alimentación. *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2): 17-18.
- <sup>68</sup> World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. WHO; 2019.
- <sup>69</sup> Sociedad Española de Sueño. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Rev Neurol*; 2016, 63 (Supl 2).
- <sup>70</sup> Herrman H, Saxena S, Moodie R (Eds). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Report of the WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization; 2005.
- <sup>71</sup> World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki; 2005.
- <sup>72</sup> Jané-Llopis E, Anderson P. Marco político para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. En: Knapp M, et al. *Mental Health Policy and Practice across Europe*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.
- <sup>73</sup> Escudero C, García B, Hernández M, Lalucat L, Sánchez V, Teixidó M, Villegas F. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Cuadernos Técnicos nº 8). Madrid: AEN; 2007.
- <sup>74</sup> World Health Organization. The Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- <sup>75</sup> Hernán M, Mena AL, Lineros C, Botello B, García-Cubillana P, Huertas A (Eds). *Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
- <sup>76</sup> Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- <sup>77</sup> Foresight Programme. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. London: The Government Office for Science; 2008.
- <sup>78</sup> Power AK. Transforming the Nation’s Health: next steps in mental health promotion. *American journal of public health*; 2010, 100 (12): 2343-46.
- <sup>79</sup> Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Ment Cap well-being*. 2008; 1 (2): 907-25.
- <sup>80</sup> Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados". Oficina Regional para Europa de la OMS. 2003.
- <sup>81</sup> American Occupational Therapy Association (AOTA). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process Fourth Edition*. AOTA OFFICIAL DOCUMENT. *The American Journal of Occupational Therapy*; 2020, 74, Suppl. 2.
- <sup>82</sup> World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference. Helsinki; 2005.



- <sup>83</sup> Comisión Europea. Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población - Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea; 2005. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
- <sup>84</sup> Comisión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar; 2008. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf)
- <sup>85</sup> European Commission. Background document for the thematic conference: Promotion of mental health and well-being of children and young people - making it happen. Stockholm; 2009. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/background\\_young.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/background_young.pdf)
- <sup>86</sup> European Commission. Background document for the thematic conference: Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces. Berlin; 2011. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20110303\\_bgdoc\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_bgdoc_en.pdf)
- <sup>87</sup> European Commission. Background document for the thematic conference: Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen. Madrid; 2010. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/older\\_background.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf)
- <sup>88</sup> European Commission. Joint Action on Mental Health and Well-being; 2012. Accesible en URL: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
- <sup>89</sup> European Commission. EU-Compass for Action on Mental Health and Wellbeing. Accesible en URL: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass\\_en](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_en)
- <sup>90</sup> World Health Organization - European Region. The European Mental Health Action Plan. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe; 2013.
- <sup>91</sup> Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Madrid: El Ministerio; 2022.
- <sup>92</sup> Organización Mundial de la Salud. Información sobre salud sexual en el portal web de la OMS. Accesible en URL: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- <sup>93</sup> American Sexual Health Association. Información sobre salud sexual en el portal web de la ASHA. Accesible en URL: <http://www.ashasexualhealth.org/sexual-health/>
- <sup>94</sup> American Sexual Health Association. Información sobre salud sexual en el portal web de la ASHA. Accesible en URL: <http://www.ashasexualhealth.org/sexual-health/>
- <sup>95</sup> García Calvente MM (coord.) Informe Salud y Género en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018. Documento no publicado.
- <sup>96</sup> Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MSPSI; 2011.
- <sup>97</sup> Junta de Castilla y León. Información sobre sexualidad saludable y responsable. Accesible en URL: <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/sexualidad/sexualidad-saludable-responsable>
- <sup>98</sup> Organización Mundial de la Salud OMS. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. OMS; 2019.
- <sup>99</sup> Ballester L, Orte C. Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales. Editorial Octaedro; 2019.
- <sup>100</sup> Junta de Andalucía. Línea de intervención "Uso positivo de las TIC". Forma Joven en el ámbito educativo. Consejería de Educación y Deporte, en colaboración con las Consejerías de Salud y Familias; Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación; y Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible de la Junta de Andalucía; 2015.
- <sup>101</sup> Gabelas-Barroso JA, Marta-Lazo C. La era TRIC: Factor R-relacional y Educomunicación. Ediciones Egregius; 2020.
- <sup>102</sup> Organización Panamericana de la Salud. Noticia sobre las TIC y su relación con la salud pública. Accesible en URL: [https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_content&view=article&id=218:las-tic-son-aliadas-en-la-salud-publica-sostiene-la-directora-de-la-ops&Itemid=204&lang=es](https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=218:las-tic-son-aliadas-en-la-salud-publica-sostiene-la-directora-de-la-ops&Itemid=204&lang=es)
- <sup>103</sup> Junta de Andalucía. Línea de intervención "Uso positivo de las TIC". Forma Joven en el ámbito educativo. Consejería de Educación y Deporte, en colaboración con las Consejerías de Salud y Familias; Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación; y Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible de la Junta de Andalucía; 2015.
- <sup>104</sup> Constitución Española. 1978. Texto consolidado accesible en URL: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- <sup>105</sup> Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía. BOJA núm. 56, de 20 de marzo 2007.
- <sup>106</sup> Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. BOE núm. 160, de 6 de julio de 2011
- <sup>107</sup> Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011.





- <sup>108</sup> Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA núm. 74, de 4 de julio de 1998.
- <sup>109</sup> Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA núm. 255, de 31 de diciembre 2011.
- <sup>110</sup> Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía. BOJA núm. 122, de 23 de junio de 2010.
- <sup>111</sup> Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública. BOJA núm. 62, de 31 de marzo de 2017.
- <sup>112</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS); 2013.
- <sup>113</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS; 2015.
- <sup>114</sup> Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Accesible en URL: [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia\\_naos.htm](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm)
- <sup>115</sup> Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil. Gobierno de España; 2022.
- <sup>116</sup> Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020; 2015. Accesible en URL: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20201>
- <sup>117</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- <sup>118</sup> Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018.
- <sup>119</sup> Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
- <sup>120</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013.
- <sup>121</sup> World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. WHO; 2014.
- <sup>122</sup> Servicio Andaluz de Salud. Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana. SAS; 2015
- <sup>123</sup> Martín A, Pérez O, Iriarte T, Gómez ME. Guía metodológica para la elaboración/actualización del Plan de Participación de Hospitales, Distritos y Áreas Sanitarias. Servicio Andaluz de Salud; 2015. Accesible en URL: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/participacion-ciudadana>
- <sup>124</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Estrategia Al Lado. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/participar-salud/al-lado.html>
- <sup>125</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Escuela de Pacientes. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Accesible en URL: <https://escueladepacientes.es>
- <sup>126</sup> Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; (Suppl 2):17–22.2.
- <sup>127</sup> Hernan, M; et al. Salud Comunitaria basada en activos. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018.
- <sup>128</sup> Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. Accesible en URL: <http://www.easp.es/proiect/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- <sup>129</sup> Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022 de la Estrategia de Atención Primaria. Consejería de Salud y Consumo; 2021. Accesible en URL: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-atencion-primaria-plan-estrategico-2020-2022>
- <sup>130</sup> Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Acuerdo de 26 de enero de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de salud de la infancia y adolescencia en Andalucía 2021-2025. BOJA núm. 19, de 29 de enero de 2021. Accesible en URL: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/19/4>
- <sup>131</sup> Mayntz, R. El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. Revista del CLAD Reforma y Democracia. 2001; 21.
- <sup>132</sup> 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.



- <sup>133</sup> Consejería de Salud y Familias. Evaluación PAFAE 2004-2018. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019. Accesible en URL: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Evaluacion\\_PAFAE\\_Noviembre2019\\_1.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Evaluacion_PAFAE_Noviembre2019_1.pdf)
- <sup>134</sup> Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de Evaluación 2011-2018. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019. Accesible en URL: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe%20Evaluacion%20PIOBIN%202011\\_18.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe%20Evaluacion%20PIOBIN%202011_18.pdf)
- <sup>135</sup> Consejería de Hacienda y Financiación Europea. Informe de Evaluación de Impacto de Género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2022. Junta de Andalucía; 2021.
- <sup>136</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Proyección de la Población de Andalucía por Ámbitos Subregionales 2009-2035. Análisis de resultados; 2012. Accesible en URL: <https://www.ieca.junta-andalucia.es/proyecciones/proyinfra/pub/ProyeccionesSubregionales.pdf>
- <sup>137</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Proyección de la Población de Andalucía y Provincias; 2016. Accesible en URL: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/proyecciones/index.htm>
- <sup>138</sup> 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. Accesible en URL: [http://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif\\_presup/genero/informe/informe2017/informe.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/informe/informe2017/informe.pdf)
- <sup>139</sup> Instituto Nacional de Estadística. Indicador de Esperanza de Vida. Accesible en URL: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1153&capsel=2062>
- <sup>140</sup> Eurostat. Self-perceived health by sex, age and groups of country of citizenship. Accesible en URL: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth\\_silc\\_24](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_24)
- <sup>141</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>
- <sup>142</sup> 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.
- <sup>143</sup> Gispert, R., Ruíz-Ramos, M., Arán Bares, M., Viciano, 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. Accesible en URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000200006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000200006&script=sci_arttext&lng=en)
- <sup>144</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Resultados definitivos de las Estadísticas de Defunciones por Causas de Andalucía correspondientes al año 2020. Accesible en URL: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/ema/index.htm>
- <sup>145</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile: Spain; 2019. Accesible en URL: <http://www.healthdata.org>
- <sup>146</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: La Consejería; 2013. Accesible en URL: [https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan\\_andaluz\\_salud.html](https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan_andaluz_salud.html)
- <sup>147</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Encuesta de Población Activa 4º trimestre 2021. Accesible en URL: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/epa/>
- <sup>148</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida 2021. INE; 2022. Accesible en URL: [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2021.pdf)
- <sup>149</sup> Consejería de Hacienda y Financiación Europea. Informe de Evaluación de Impacto de Género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2022. Junta de Andalucía; 2021.
- <sup>150</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe Salud y Género en Andalucía 2018. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2018. Accesible en URL: [https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP\\_Informe\\_Salud\\_y\\_Genero\\_Andalucia\\_2018.pdf](https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf)
- <sup>151</sup> Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa “Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020”. INE; 2021. Accesible en URL: [https://www.ine.es/prensa/ech\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf)
- <sup>152</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Nota divulgativa “Proyección de los Hogares de Andalucía 2018-2040”. IECA, 2019.
- <sup>153</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>
- <sup>154</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Accesible en URL: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)
- <sup>155</sup> 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)



- <sup>156</sup> Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Informe del Consumo de Alimentación en España 2021. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; 2022. Accesible en URL: [https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-consumo-alimentario-2021-baja-res\\_tcm30-624017.pdf](https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-consumo-alimentario-2021-baja-res_tcm30-624017.pdf)
- <sup>157</sup> 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)
- <sup>158</sup> Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Encuesta Social 2018. Educación y Transiciones al Mercado Laboral en Andalucía. IECA, Consejería de Economía, Conocimiento, Empresa y Universidad de la Junta de Andalucía. Accesible en URL: <http://www.ieca.junta-andalucia.es/download/encSocial/2018/encSocial2018.htm>
- <sup>159</sup> Encuesta Nacional de Salud Sexual. Observatorio de Salud de las Mujeres y Centro de Investigaciones Sociológicas. Presentación de resultados; 2009.
- <sup>160</sup> Instituto de las Mujeres. Informe de resultados “La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación”. Ministerio de Igualdad; 2022.
- <sup>161</sup> Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía. Ministerio de Sanidad, 2020. Accesible en URL: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/CCAA/HBSC2018\\_Andalucia.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/CCAA/HBSC2018_Andalucia.pdf)
- <sup>162</sup> Gómez-Bueno C. Anticoncepción en Andalucía 2. Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas, con y sin discapacidad. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011.
- <sup>163</sup> García Calvente MM (coord.) Informe Salud y Género en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018. Documento no publicado.
- <sup>164</sup> Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez F. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. Madrid: UNICEF España; 2021.
- <sup>165</sup> Consejería de Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares de Andalucía. Año 2019. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/presidenciainteriordialogosocialysimplificacionadministrativa/servicios/estadistica-cartografia/actividad/detalle/72999/63954.html>
- <sup>166</sup> World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
- <sup>167</sup> 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. 2019; 393 (10173): 791-846.
- <sup>168</sup> Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas sobre obesidad y sobrepeso; 2020. Accesible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- <sup>169</sup> Consejería de Salud y Familias. Informe anual 2021. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud; 2022.
- <sup>170</sup> Consejería de Salud y Familias. Informe anual 2021. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud; 2022.
- <sup>171</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Sevilla: La Consejería; 2004.
- <sup>172</sup> Consejería de Salud y Familias. Evaluación PAFAE 2004-2018. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019. Accesible en URL: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Evaluacion\\_PAFAE\\_Noviembre2019\\_1.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Evaluacion_PAFAE_Noviembre2019_1.pdf)
- <sup>173</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Sevilla: La Consejería; 2007.
- <sup>174</sup> Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de Evaluación 2011-2018. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2019. Accesible en URL: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe%20Evaluacion%20PIOBIN%202011\\_18.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe%20Evaluacion%20PIOBIN%202011_18.pdf)
- <sup>175</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: La Consejería; 2016.
- <sup>176</sup> Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021. Sevilla: La Consejería; 2016.
- <sup>177</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS (2010-2015). Sevilla: La Consejería; 2010.
- <sup>178</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva. Accesible en URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/sexualidad-adulta.html>



- 
- <sup>179</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Estrategia de Seguridad Alimentaria para Andalucía. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/seguridad-alimentaria/paginas/estrategia-seguridad-alimentaria-2018-2022.html>
- <sup>180</sup> Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida). Accesible en URL: <https://www.picuida.es>
- <sup>181</sup> Red Local de Acción en Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: <http://www.redlocalsalud.es/>
- <sup>182</sup> Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. <http://juntadeandalucia.es/boja/2011/255/4>
- <sup>183</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Manual para la elaboración de Planes Locales de Salud. La Consejería; 2015. Accesible en URL: [http://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2017/03/Planes\\_Locales\\_de\\_Salud2\\_indice\\_final.pdf](http://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2017/03/Planes_Locales_de_Salud2_indice_final.pdf)
- <sup>184</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía; 2014. Accesible en URL: <http://si.easp.es/psiaa>
- <sup>185</sup> Consejería de Educación y Deporte. Programa para la Innovación Educativa Hábitos de Vida saludable. Accesible en URL: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable>
- <sup>186</sup> Consejería de Educación y Deporte. Plan de Deporte en Edad Escolar. Accesible en URL: <https://juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/deporte/-plan-de-deporte-en-edad-escolar>
- <sup>187</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Forma Joven. Accesible en URL: <http://www.formajoven.org>
- <sup>188</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Estrategia GRUSE. Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud. Accesible en URL: <http://www.gruse.es>
- <sup>189</sup> Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Accesible en URL: <http://www.centrosdetrabajosaludables.es>
- <sup>190</sup> Consejería de Salud y Familias. Programa de Envejecimiento Saludable. Accesible en URL: <https://www.enbuenaedad.es>
- <sup>191</sup> Agencia de Obra Pública de la Junta de Andalucía. Consejería de Fomento, Infraestructura y Ordenación del Territorio. Plan Andaluz de la Bicicleta. Accesible en URL: <http://www.aopandalucia.es/planandaluzdelabicicleta>



# Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía 2023-2030



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo