



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 PAFAE¹⁴⁹ y PIOBIN¹⁵⁰, 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 8.584.147 habitantes en 2023 (el 17,6% de la población nacional), con un 50,8% de mujeres y 49,2% de hombres¹⁵¹, 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 interior¹⁵². 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)¹⁵³, y crecientemente feminizada (debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres)¹⁵⁴.

Desde el punto de vista de la salud, interesa detenerse en algunos de los rasgos demográficos propios de nuestra comunidad: en 2022, la **esperanza de vida al nacer** en Andalucía fue de 81,9 años (79,2 para los hombres y 84,5 para las mujeres), siendo la media nacional de 83,1 años (1,2 años más). En la última década, en Andalucía se ha ganado 1 año de esperanza de vida, pasando de 80,9 años en 2012 a los 81,9 años de 2022, si bien desde 2019 a 2021, debido al impacto de la pandemia de COVID-19 en la mortalidad, se produce un descenso de 0,7 años¹⁵⁵.



Otra información relevante es el indicador de **salud percibida**, apreciándose una mejoría a nivel nacional en los últimos años. Quienes declaran mala o muy mala salud ha pasado del 8% en 2012 al 7,1% en 2022 (5,8% de hombres y 8,3% de mujeres). Andalucía se sitúa tan solo a una décima de la media nacional con un 7,2%, siendo la mejoría respecto a 2012 algo mayor (en este caso de 1,1 puntos), pasando del 8,3% al 7,2%¹⁵⁶.

Los dos indicadores vistos anteriormente, se pueden tratar de manera integrada a través del indicador **Años de Vida Saludable (AVS)**. En 2021, los años de vida saludable al nacer en Andalucía se situaron en 78,7 años, 1,7 años más que en 2011 (77 años)¹⁵⁷. Resaltar que, en 2019, justo antes de la pandemia por COVID-19, los AVS al nacer fueron 79,5 años, decreciendo hasta los 78,7 años en 2021. Respecto a las diferencias por sexo, los AVS al nacer fueron mayores en mujeres (80,5 años) que en hombres (77 años).

A nivel nacional los AVS al nacer se situaron en 2021 en 79,4 años, 0,7 años más que para la población andaluza, sin bien el crecimiento respecto a 2011 fue menor (solo de 0,1 año) al situarse ese año en 79,3 años.

Por otro lado, la **mortalidad** en Andalucía en la última década (2012-2022) se ha visto incrementada en un 15,5%¹⁵⁸, siendo este incremento a nivel nacional del 15,3%¹⁵⁹. Tras un descenso de las defunciones en 2019, respecto a 2018 y 2017, durante 2020 las defunciones de personas residentes en Andalucía aumentaron un 11,3%. Este aumento también se produjo en el total nacional y fue de un 17,9%. De 2020 a 2022, la mortalidad en Andalucía aumentó en un 0,6%, evolucionando de manera contraria a nivel nacional, donde se produjo un descenso del 6%.

Del total de defunciones en Andalucía en 2022 (78.962), el 51,2% corresponden a hombres y el 48,8% a mujeres. Por grandes grupos de edad, la mayor parte de las defunciones, el 84,5% del total, correspondió a las personas de 65 y más años, siendo el 15,1% de las defunciones las ocurridas entre personas de 15 a 64 años, y el 0,4% entre los menores de 15 años.

Las principales causas de muerte entre personas de 65 y más años fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29,7%), los tumores (21,5%) y enfermedades del sistema respiratorio (9,3%). Para las personas de 15 a 64 años fueron los tumores (40,1%), las enfermedades del sistema circulatorio (18,9%) y las causas externas de mortalidad (12,6%)

Conforme a los estudios sobre la Carga Global de la Enfermedad¹⁶⁰, 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 alterado¹⁶¹.

En el último trimestre de 2023, la **tasa de desempleo** en Andalucía era del 10% (724.400 personas en paro, siendo de estas el 54,6% mujeres y el 45,4% hombres), superando la tasa nacional en 5,8 puntos porcentuales. Por sexo, alcanza el 20,7% en la mujer en Andalucía (13,5% a nivel nacional) y baja hasta el 15% en el hombre (10,3% a nivel nacional). La tasa más alta de paro se encuentra en la franja de edad de 45 a 64 años con un 40,3%, seguida de la franja de 30 a 44 años con un 30,8% y la franja de 16 a 29 años con un 28,1%¹⁶².

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 2023¹⁶³, el porcentaje de población en riesgo de pobreza o



exclusión social en Andalucía es del 37,5%, 11 puntos porcentuales más que a nivel nacional (26,5%).

Por otro lado, según el Informe de Evaluación de Impacto de Género del presupuesto de Andalucía para 2021¹⁶⁴, 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 evitables¹⁶⁵. 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 lo referente a la **diversidad por razón de orientación, expresión o identidad de género**, cabe señalar que las trayectorias, vivencias y experiencias vitales de las personas LGTBI hacen que las demandas y necesidades relacionadas con la salud y la calidad de vida de éstas sean también diversas. Algunos de los problemas asociados a la salud y calidad de vida de estas personas tienen que ver con la estigmatización, la discriminación, la violencia o el rechazo familiar y social. Entre estas demandas se encuentra la necesidad de afrontar situaciones de malestar emocional en estas personas, y la de mejorar los protocolos que garanticen la salud sexual y reproductiva de las personas LGTBI en Andalucía, entre otras.

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 25 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%¹⁶⁶. 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 viudedad¹⁶⁷.

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 EAS¹⁶⁸, 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. Actualmente, y de manera retrospectiva hasta 2007, los cálculos de los indicadores de esta Encuesta incorporan una metodología innovadora de muestreo utilizando ciencia de datos, que permite obtener las estimaciones más fiables y con mejor calidad. Y, en segundo lugar, las Encuestas Nacionales de Salud de España, en adelante ENSE¹⁶⁹, que realiza el Instituto Nacional de Estadística.

2.1.- 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 refrescantes¹⁷⁰.

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.

Una aproximación general a los hábitos de alimentación de la población andaluza la podemos encontrar en el Barómetro Andaluz de junio de 2023 del Centro de Estudios Andaluces¹⁷¹, donde un alto porcentaje de la población (73,7%) manifiesta no tener una dieta definida y que “come sano” de manera general; un 19,1% reconoce que no cuida su alimentación y come lo que quiere; y el porcentaje restante se reparte en distintas dietas específicas (vegetariana el 1,7%, alimentación especial por alergias o enfermedad el 1,3%, vegana el 1%, comida dietética el 0,9%, comida ecológica el 0,6%, etc.)

En relación con las desigualdades, el Barómetro Andaluz, en este caso de diciembre de 2023¹⁷²,



señala que el 44,8% de la población andaluza manifiesta haber tenido que reducir el consumo de algún alimento por su precio en las últimas semanas. En concreto, el pescado fresco es el alimento que más se ha reducido (30,1%), seguido del aceite de oliva (28%), la carne (22,6%) y la verdura y fruta fresca (15,7%).

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, en la EAS 2023, tras modificar la forma de recoger la información de este indicador, se observa que el 62,4% de menores de 16 años se alimentaron exclusivamente de pecho durante al menos los 6 primeros meses de vida. Por otra parte, el tiempo medio durante el que este grupo de población recibió lactancia materna exclusiva es de 8,7 meses. No se observan diferencias relevantes por sexo, edad o nivel de estudios de los progenitores en ambos indicadores.

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 la EAS 2023, tras modificar la forma de recoger la información de este indicador, muestran que el porcentaje de menores que la consumen “al menos una vez al día” es del 94,3%, con porcentajes muy similares según sexo y edad. Asimismo, teniendo en cuenta el consumo exclusivo de verduras, este porcentaje es del 82%.

En cuanto al nivel de estudios de las personas progenitoras, se observa en la EAS 2023 que los hijos e hijas de padres y madres con estudios primarios tienen el valor más alto (86,9%), seguido de un 82,1% en el nivel universitario y de un 81,4% en el nivel secundario.

Si nos centramos en población adulta, en base a la última EAS 2023, el 94% de la población andaluza de 16 y más años manifiesta que consume fruta fresca o zumos naturales “al menos tres veces por semana” y el 95% verduras y hortalizas.

Consumo de refresco y comida rápida

Según información del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación¹⁷³, en 2022 se consumieron en los hogares de Andalucía 43,2 litros de gaseosas y bebidas refrescantes por persona y año, 3 litros menos que en 2021, que fue de 46,2 litros. El dato corresponde a la población general, pero es significativo porque los refrescos son muy populares entre población infantil y adolescente.

La media de consumo en España en 2022 fue de 36,9 litros por persona, 2,3 litros menos que en 2021, al ser ese año de 39,2 litros. 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 desde el año 2004.

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%). Según datos de la EAS 2023, el porcentaje de menores de 16 años que consume a diario refrescos azucarados es del 13,2%, no observándose diferencias relevantes por sexo, aunque sí por edad, donde a mayor edad, mayor porcentaje de consumo.

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 2023, el porcentaje de menores de 16 años de Andalucía que acude a un centro de comida rápida una vez o más veces a la semana es del 36%. Por otra parte, el 6,2% de la población adulta andaluza de 16 y más años toman comida rápida tres o más veces por semana, siendo este porcentaje mayor en hombres



que en mujeres, menor conforme aumenta la edad y más bajo respecto a la EAS 2015/16.

2.2.- 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 suficiente¹⁷⁴.

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

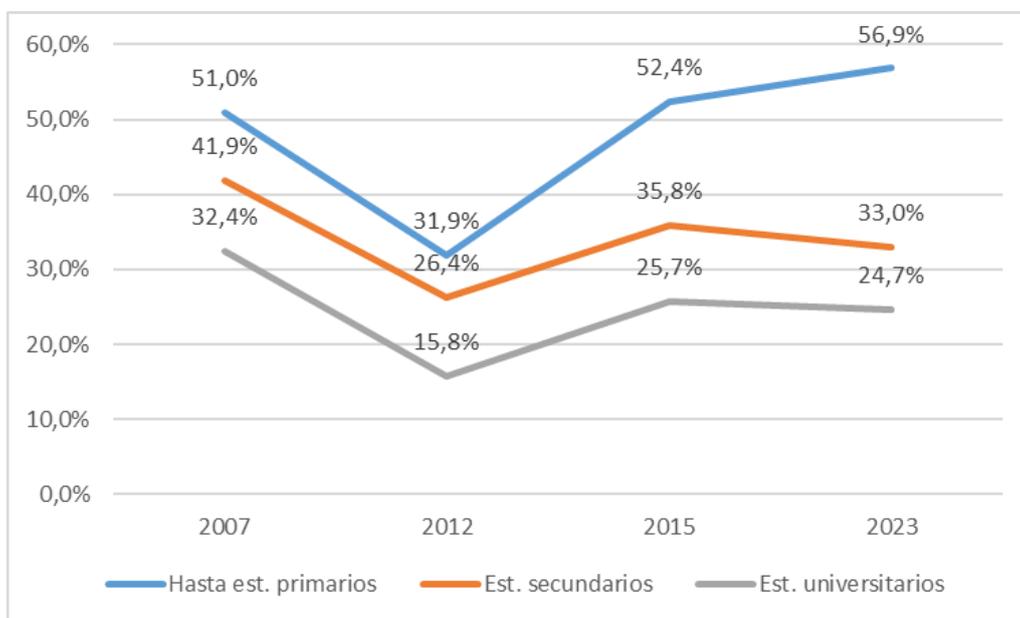
Según datos de las sucesivas EAS, la evolución del sedentarismo es desfavorable en los últimos años, especialmente en la encuesta de 2023 en la que se detecta que, aunque el porcentaje de población

andaluza de 2 a 15 años que dedica dos o más horas diarias a ver la televisión ha disminuido desde la última encuesta del 45,1% al 13,7%, encontramos un 23,1% de menores que emplean más de 2 horas diarias al uso de aparatos electrónicos entre semana, subiendo dicho porcentaje al 44% en el caso de los fines de semana. Los porcentajes aumentan con la edad en ambos sexos. No se observa un gradiente claro según el nivel de estudios de las personas progenitoras, pero los descendientes de padres o madres con estudios universitarios ven menos la TV que aquellos que tienen padres y madres sin estos estudios. Por otra parte, el sedentarismo en el tiempo libre en población menor de 16 años muestra un descenso desde la EAS 2007, siendo en 2023 un 18% las personas menores de 16 años que no realizan ejercicio físico en su tiempo libre. Este porcentaje disminuye conforme aumenta el nivel de estudios del padre/madre/tutor/a (primario: 22,4%; secundario: 18,2%; universitario: 17,9%) .

En relación con el porcentaje de personas adultas sedentarias en su tiempo libre, que tuvo un aumento considerable en la EAS 2015/16, en la encuesta 2023 disminuye ligeramente en las mujeres, manteniéndose estable en los hombres y mostrando diferencias por grupos de edad. Además, las mujeres más jóvenes, las del nivel de estudios primarios y las que residen en las capitales, refieren un mayor sedentarismo que los hombres. En cuanto al envejecimiento activo y saludable, se produce entre 2015/16 y 2023 un descenso de 10 puntos porcentuales entre las personas sedentarias mayores de 65 años. Por otra parte, en la población adulta de 16 y más años, en los niveles más bajos de estudios se mantiene la tendencia ascendente de sedentarismo, con 24 puntos porcentuales más que en el nivel de estudios secundarios (Gráfico 1).



Gráfico 1. Porcentaje de sedentarismo en tiempo libre de la población adulta andaluza de 16 y más años, por nivel de estudios. 2007-2023.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: EASP

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.

Ejercicio físico

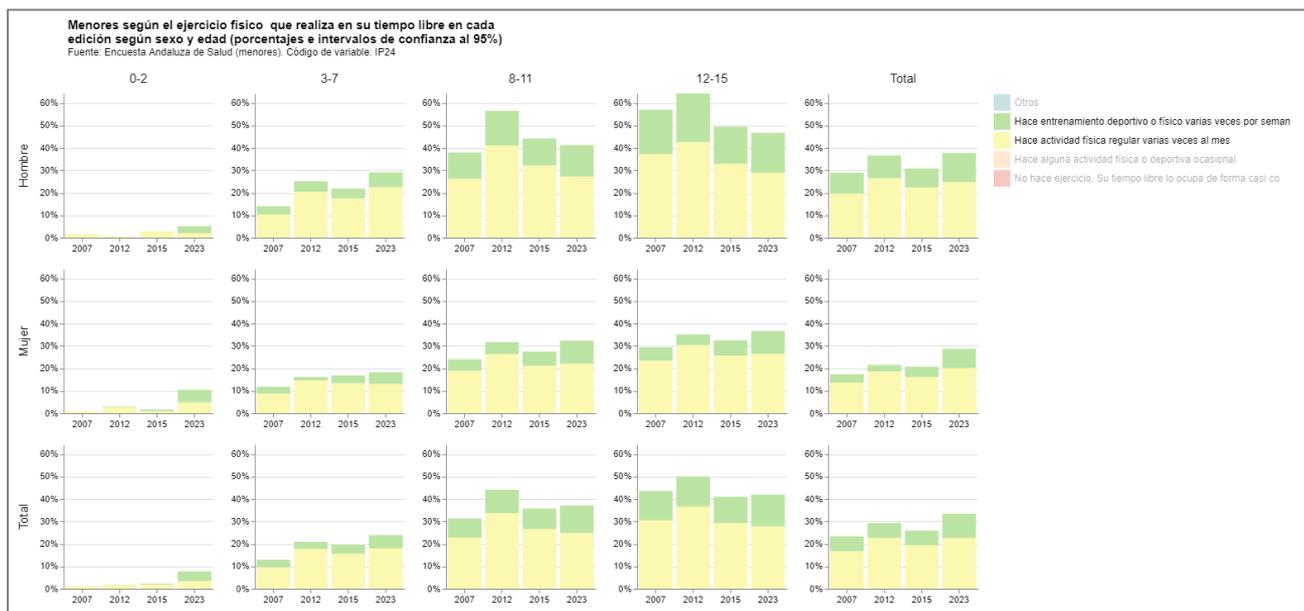
La práctica de ejercicio de forma regular es un factor protector frente al exceso de peso, además de tener otros importantes beneficios para la salud y el rendimiento escolar de la población infantil. Los datos que se muestran corresponden a la información facilitada por las familias de las personas 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, aunque se observa un aumento en las últimas ediciones de la EAS, hasta alcanzar el 33,5% en la EAS 2023. Destaca 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 para todos los grupos de edad (Gráfico 2).



Gráfico 2. Evolución de la población de 2 a 15 años de Andalucía que realiza ejercicio físico “regularmente o varias veces a la semana”. 2007-2023.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: EASP

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 2023 indican que un 21% de las personas encuestadas observan que hay escasez de zonas verdes en su barrio. La existencia de zonas verdes en las proximidades de los domicilios puede promover la práctica de ejercicio físico, mientras que la percepción de las familias sobre la inseguridad en su barrio la puede dificultar. En este último aspecto, la percepción de total seguridad/no delincuencia en el entorno residencial es del 82,8%.

La actividad física, además, se ve influenciada por el nivel educativo de los padres y madres, sobre todo en el caso de las niñas. Así se observa que las niñas, hijas de padres y madres 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 y madres.

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 2023, también se encuentran diferencias en el porcentaje de población andaluza menor de 16 años que practica ejercicio físico de manera regular en el tiempo libre, mostrando importantes diferencias según sexo (37,7% en niños y 28,8% en niñas) y según los estudios de las personas progenitoras (43,1% en estudios universitarios, 31,8% en secundarios y 19,9% en primarios).

En cuanto al nivel de actividad física de la población adulta, resaltar que en la EAS 2023 el 68 % de la población andaluza entre 16 y 69 años declaró realizar actividad física de nivel alto o moderado según la escala IPAQ, siendo este porcentaje de 72,6 % en el caso de los hombres y de 63,8 % para las mujeres. Resaltar que el porcentaje de hombres que realiza actividad física intensa es de 26,3% mientras que en las mujeres es de 19,8%.

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.

2.3.- Hábitos de sueño

Según datos de la EAS 2023, un 70,4% de población infantil menor de 16 años duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española del Sueño, con una media de 9,1 horas diarias, sin diferencias significativas entre niños y niñas. Según el grupo de edad, cuanto más pequeño, mayor tiempo dedicaban a dormir (10,4 horas de media las personas menores de 2 años frente a 8,7 horas las mayores de 12), aunque esto no implica que se duerma lo necesario ya que conforme menor es la edad también es menor el porcentaje de menores que duermen las horas recomendadas por la Sociedad Española del Sueño, siendo un 26% en menores de 2 años frente a un 81% entre 12 a 15 años.

En cuanto a la población adulta de 16 y más años en la EAS 2023, un 69,6% duerme las horas recomendadas por la Sociedad Española de Sueño, siendo 7 el número medio de horas de sueño, observándose un valor mayor en hombres que en mujeres (7,2 y 7 horas, respectivamente) y en población menor de 25 años (7,8 horas). Estas diferencias entre hombres y mujeres son mayores en cuanto al cumplimiento de las horas de sueño recomendadas por la SES, siendo en hombres del 73,4% mientras que en mujeres es del 65,9%.

Por otra parte, en la EAS 2023 un 78,5% de la población adulta afirmó descansar lo suficiente con el sueño realizado (Tabla 1), siendo este porcentaje significativamente superior en hombres que en mujeres (82,4% y 75%, respectivamente) y muy inferior en población de 54 a 64 años (71,8%) y en población con estudios primarios (66,5%).

Tabla 1. Calidad del sueño en población adulta andaluza de 16 y más años. 2023.

% DE PERSONAS A LAS QUE LAS HORAS DE SUEÑO LES PERMITEN DESCANSAR LO SUFICIENTE		
Sexo	Hombre	82,4%
	Mujer	75%
Grupos de edad	16-24 años	91,2%
	25-34 años	85,5%
	35-44 años	79,6%
	45-54 años	77,8%
	55-64 años	71,8%
	65 y más años	73,7%
TOTAL		78,5%

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 2023 para población infantil se incluyen varias preguntas sobre bienestar emocional destinadas a menores de entre 8 y 15 años y a las personas progenitoras y tutoras (se pregunta a ambos). Un 65% de menores indicó tener una salud general excelente o muy buena, mientras que este porcentaje respondido por la población adulta es del 76,3%. Por otra parte, un 92% de menores percibieron sentirse bien y en forma en la última semana mucho o muchísimo, siendo este porcentaje del 93,7% en percepción de la población adulta. Con relación al sexo no se



observaron diferencias relevantes, aunque para menores de padres y madres con estudios primarios estos porcentajes disminuyeron a 86%.

Asimismo, el valor medio del índice de calidad de vida autopercibida relacionada con la salud de niños y niñas de 8 a 15 años, recogido por el cuestionario Kidscreen de 10 ítems (EAS 2023) fue de 58,3, no mostrando diferencias por sexo ni por edad, aunque sí por nivel de estudios (60,8 de universitarios frente a 54,1 del nivel más bajo de estudios).

En cuanto a la población adulta de 16 y más años, en la EAS 2023 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 un aumento con respecto a 2015/16, encontrando en 2023 un 84,5% de personas felices (puntuación ≥ 7) siendo estas puntuaciones mayores en hombres que en mujeres (86,3% y 83%, respectivamente), disminuyendo a medida que aumenta la edad y aumentando con el nivel de estudios. Por sexo, resaltar que las mujeres puntúan algo más bajo que los hombres, especialmente en mayores de 65 años (7,2, y 7,7, respectivamente), salvo en la franja de edad de 24 a 44 años y en población con estudios universitarios.

Si se analizan las puntuaciones más altas de la mencionada escala (9 o 10), se observa que un 43,6% de la población andaluza de 16 y más años se consideró completamente feliz, observándose un porcentaje más alto en hombres que en mujeres (47,5% y 40,2%, respectivamente).

Asimismo, se cuenta con datos 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) realizó en 2018 con una cohorte de población entre 22 y 23 años¹⁷⁵. El 86% de la población encuestada se sentía orgulloso/a de sí mismo buena parte del tiempo, casi todo el tiempo o siempre durante la última semana; el 81% se sentía feliz; el 70% sentía que disfrutaba de la vida;

el 69% se sentía optimista respecto a su futuro; el 59% se sentía rebotado de energía; y el 56% se sentía tranquilo/a y relajado/a.

En cuanto a la población adulta de 16 y más años, el valor medio del índice de calidad de vida relacionada con la salud en su componente físico, recogido por el cuestionario SF-12 (EAS 2023), fue de 50,4, observándose diferencias por sexo, edad y nivel de estudios. Así pues, son los hombres (51,3), la población menor de 30 (55,7) y la población con estudios universitarios (53,2) las que muestran mayor valor medio de este índice. Respecto al componente mental, el índice de calidad de vida relacionada con la salud fue de 51,5, observándose diferencias similares por sexo, edad y nivel de estudios a las observadas en el componente físico.

2.5.- 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 de 16 y más años de ambos sexos¹⁷⁶, 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 2).



Tabla 2. **Importancia de la sexualidad en la vida de la población adulta española de 16 y más 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
TOTAL	77,4	61,3	69,2

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”¹⁷⁷, 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 la EAS 2023, el 48,8% 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 15,5% de las personas encuestadas), siendo superior su uso en hombres (19,1%) que en mujeres (11,7%). Se observa menor uso de métodos anticonceptivos en la población con nivel de estudios primarios, así como entre las mujeres de 16 a 24 años que entre los hombres de esa misma edad (31,3% y 14,5%, respectivamente).

También se cuenta con los datos sobre salud sexual referidos a la población joven andaluza en base al estudio HBSC realizado en 2018¹⁷⁸. 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, entendiéndose 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 cualitativa¹⁷⁹, 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 coitales¹⁸⁰.

2.6.- Uso de TRIC

Según un estudio realizado por UNICEF¹⁸¹ 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 2023, el porcentaje de menores que diariamente

ve la televisión más de 2 horas ha disminuido desde 2016 hasta alcanzar un 14%, aunque hay que tener en cuenta que un 23% de menores emplean más de 2 horas al día entre semana en utilizar aparatos electrónicos, duplicando este porcentaje los fines de semana (44%).

No obstante, la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares del año 2021¹⁸², aporta los siguientes datos: el 72,3% de la población menor de 10 a 15 años dispone de teléfono móvil en Andalucía, siendo este porcentaje a nivel nacional del 68,7%; y el 97,9% de menores andaluces ha utilizado internet en los últimos 3 meses, 0,4 puntos porcentuales más alto que a nivel nacional (97,5%), siendo este porcentaje similar en ambos sexos.

En cuanto a la población adulta, el 84,3% de la población andaluza de entre 16 y 74 años ha utilizado Internet diariamente (al menos 5 días por semana) en los últimos 3 meses, 1,5 puntos porcentuales más bajo que a nivel nacional (85,8%), siendo este porcentaje mayor en mujeres (86,5%) que en hombres (85,1%) y directamente relacionado con el nivel de estudio; a mayor nivel de estudios, mayor uso de Internet, pasando del 41,2% en personas con el nivel más bajo al 97,1% en personas con el nivel más alto.

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

éstas¹⁸³. 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 global¹⁸⁴. 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 mundo¹⁸⁵. Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado, llegando a 2016 a nivel mundial con 41 millones de menores de cinco años y 340 niños, niñas 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 2022 un exceso de peso del 48,6% (28,1% de sobrepeso y 20,5% de obesidad). Hay que tener en cuenta que estos datos se han obtenido únicamente de las gestantes que utilizan los servicios sanitarios públicos¹⁸⁶.

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

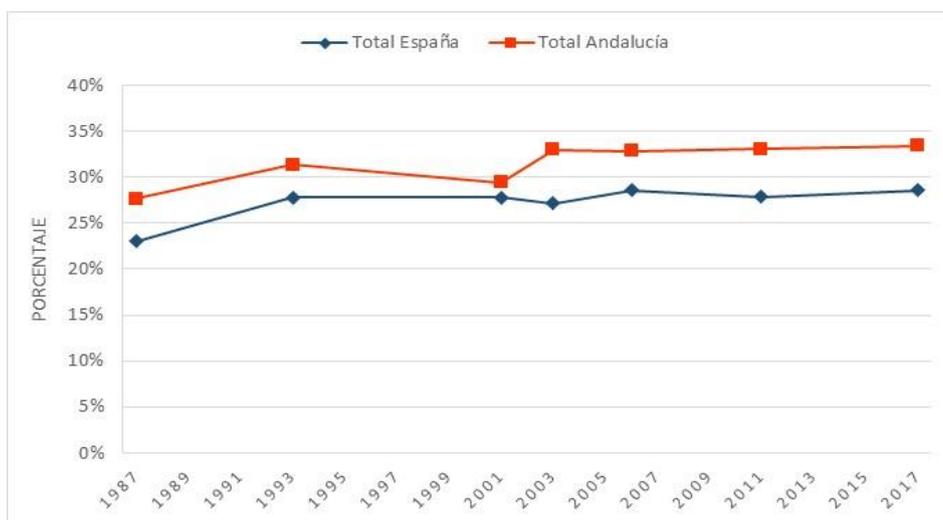
España según la información obtenida de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) (1987-2017) con datos del Índice de Masa Corporal (IMC) informados por las familias² y en base a los criterios de clasificación de la International Obesity Task Force (IOTF).

En 2017, el sobrepeso y la obesidad declarada en España afectaba al 28,56% de la población infantil 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 3).

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



Gráfico 3. Sobrepeso más obesidad declarada en población de 2-17 años. Criterios IOTF. Comparación Andalucía-España. 1987-2017.



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

Teniendo en cuenta las sucesivas Encuestas Andaluzas de Salud entre 2007 y 2023, igualmente con datos facilitados por las familias pero en este caso utilizando los criterios de clasificación de la OMS, la evolución de la epidemia de exceso de peso en población de 3 a 15 años en Andalucía ha sido la siguiente: en relación al sobrepeso aislado, así como a la obesidad de forma aislada, la tendencia ha sido decreciente desde 2012, tanto para los niños como para las niñas, aunque son los niños los que muestran mayores porcentajes en ambos indicadores, especialmente en aquellos entre 12 y 15 años.

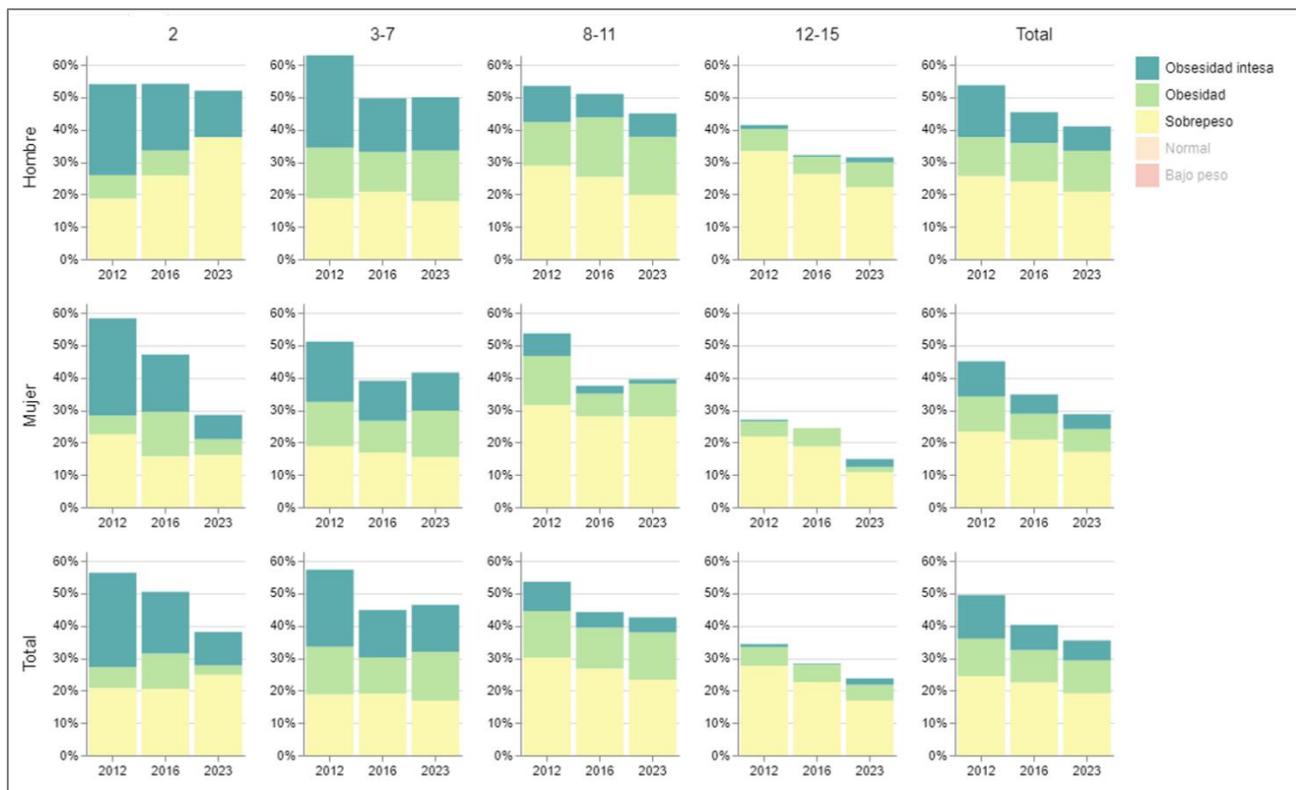
Respecto a la EAS 2015/16, la prevalencia de obesidad infantil declarada ha disminuido en Andalucía en 3,4 puntos porcentuales, del 16,6% en 2015/16 al 13,2% en la EAS 2023, siendo mayor en niñas que en niños (disminución de 4,1 en las niñas y de 3 puntos en niños). El sobrepeso declarado también ha disminuido en la población infantil andaluza, aunque en menor medida que la obesidad (1,4 puntos porcentuales), pasando del 19% en 2015/16 al 17,6% en la EAS 2023.

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) y

criterios de clasificación OMS, el sobrepeso disminuye de un 22,4% en la EAS 2015/16 a un 19,1% en la EAS 2023 y la obesidad también disminuye de un 18,2% en 2015/16 a un 16,3% en 2023. El porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad observada es de 35,5% en 2023, siendo mayor en niños que en niñas (41% en niños frente a 29% en niñas) (Gráfico 4).



Gráfico 4. Evolución del sobrepeso y la obesidad observada según sexo y edad en población andaluza de 2-15 años. Criterios OMS. 2012-2023



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: EASP

Por otro lado, los últimos datos disponibles del Estudio ALADINO Andalucía 2019¹⁸⁷ realizado en escolares de 6 a 9 años, también con mediciones de peso y talla y criterios de clasificación OMS, 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 las personas progenitoras respecto al posible problema de exceso de peso de sus hijos e hijas, según la EAS 2023 un 8,4% de las personas progenitoras perciben el peso de su hijo o hija ‘bastante o algo mayor de lo normal’ en relación con su altura, no observándose diferencias según sexo o nivel de estudios.

Así mismo, según los datos del Estudio ALADINO Andalucía 2019, las personas progenitoras infraestiman de forma importante el exceso de peso infantil. Los datos muestran que el 90,6% de los progenitores y progenitoras de menores de 6 a 9 años con sobrepeso consideran que sus hijos e hijas tienen un peso normal, descendiendo este porcentaje al 43,3% en el caso de menores con obesidad. Esta percepción distorsionada es más frecuente si alguno de los progenitores y las progenitoras 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 y madres, se identifica un gradiente relacionado con este. Los hijos e hijas de padres y madres con estudios

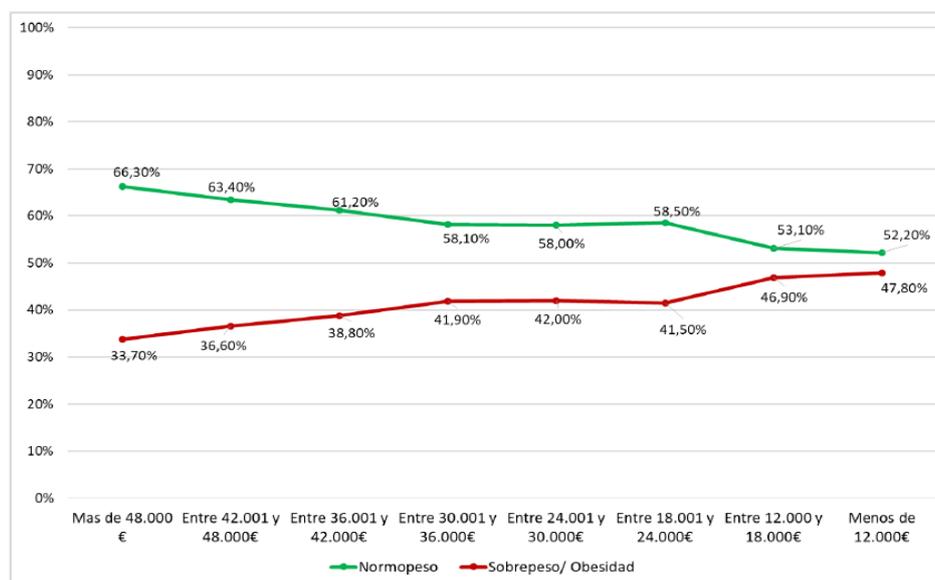


universitarios presentan las tasas más bajas de obesidad.

Con respecto al nivel socioeconómico, en el Estudio Aladino Andalucía 2019 se analizó la posible asociación entre la situación ponderal de 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 5. Prevalencia de normopeso y exceso de peso en escolares andaluces de 6 a 9 años, según el nivel de ingreso autodeclarado de las familias. Criterios OMS. 2019



Fuente: Estudio Aladino Andalucía 2019. 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^c. 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 %.

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



Tabla 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad declarada en población adulta igual o mayor de 18 años. Comparación Andalucía-España. 2006-2017.

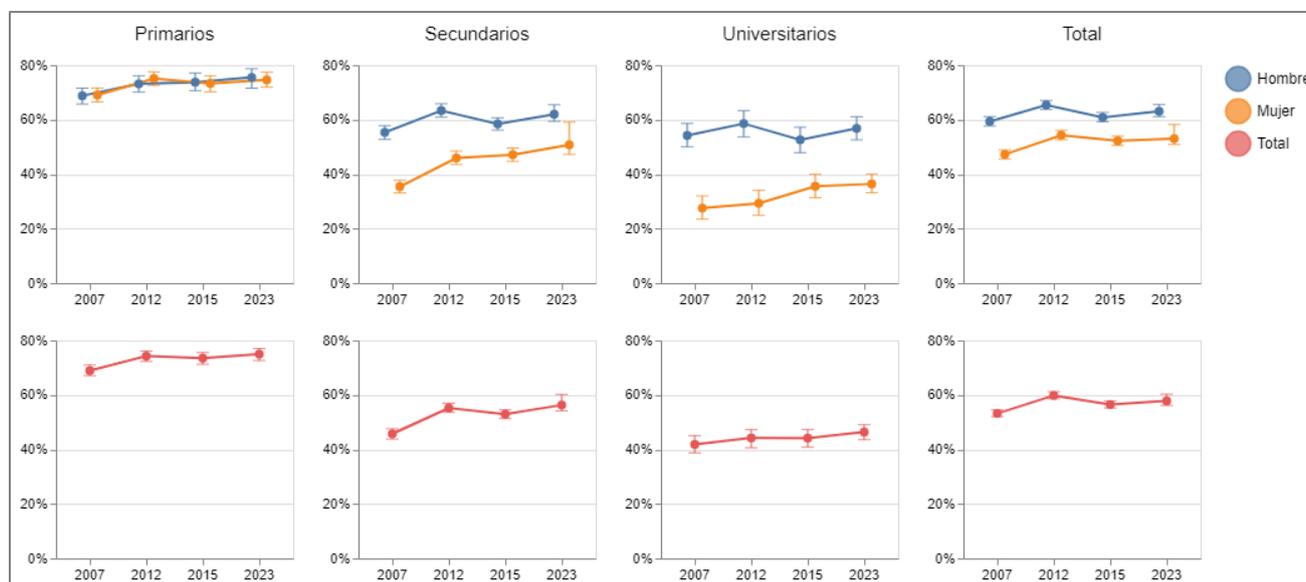
	Sobrepeso (IMC declarado)			Obesidad (IMC declarado)		
	2006	2012	2017	2006	2012	2017
España	37,8	36,7	37,1	15,6	17,0	17,4
Andalucía	38,8	36,2	37,5	18,2	21,2	21,0

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

Teniendo en cuenta las sucesivas Encuestas Andaluzas de Salud entre 2007 y 2023, igualmente con datos de IMC declarado, se observa una tendencia creciente del porcentaje de población adulta con sobrepeso u obesidad, siendo en la EAS 2023 de 57,8%. Existen diferencias relevantes por sexo siendo mayor este porcentaje en hombres que en mujeres para todos los grupos de edad, excepto en mayores de 65 años. Teniendo en cuenta el nivel de estudios, a mayor nivel menor

porcentaje de obesidad, aumentando las diferencias entre hombres y mujeres también a medida que aumenta el nivel educativo (diferencia global hasta 28,6 puntos porcentuales en 2023, llegando a ser de 38,2 puntos entre mujeres con estudios primarios frente a universitarios), constatándose así la existencia de un gradiente social que relaciona el sobrepeso y la obesidad con bajos niveles de estudios.

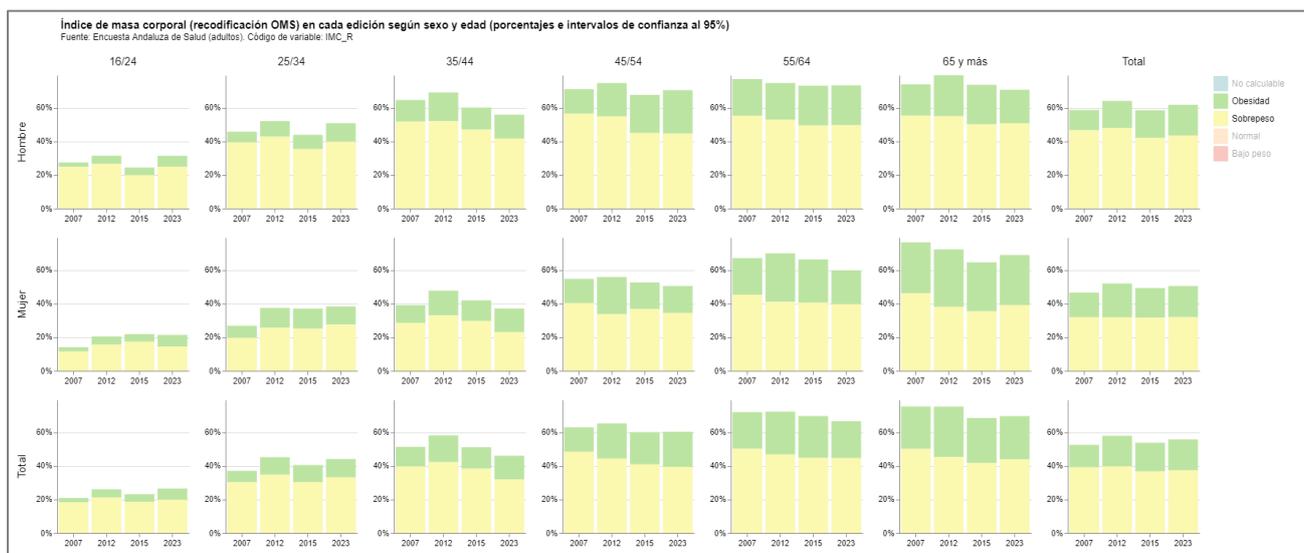
Gráfico 6. Evolución de sobrepeso y obesidad declarada en población adulta andaluza de 16 y más años, según sexo y nivel de estudios. 2007-2023



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración EASP.



Gráfico 7. Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad declaradas en población adulta andaluza de 16 y más años según sexo y edad. 2007-2023



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración EASP.

Respecto a la EAS 2015/16, la prevalencia de obesidad declarada para población adulta en Andalucía ha aumentado en 1,4 puntos porcentuales, del 17% en 2015/16 a 18,4 en la EAS 2023, no encontrándose diferencias relevantes por sexo (18,3% entre hombres y 18,6% entre mujeres), salvo en los grupos de mayor edad.

En el caso del sobrepeso declarado el aumento es menor, solo de 0,6 puntos porcentuales, del 36,8% en 2015/16 al 37,4% en 2023. El porcentaje de sobrepeso declarado en población adulta es mayor entre hombres que entre mujeres (43,5% y 31,9% respectivamente) y es mayor conforme aumenta la edad.

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)**¹⁸⁸ 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 Plan¹⁸⁹.



Ámbito	Principales acciones realizadas
COMUNITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • 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. • 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. • Hay que destacar las seis ediciones de los premios PAFAE convocados durante los años 2004-2011. • 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.
SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • 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.
ENTORNO LABORAL E INDUSTRIA ALIMENTARIA Y RESTAURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.



El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN)¹⁹⁰, 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 Plan¹⁹¹.



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, personas allegadas 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 antiguo programa de promoción de hábitos de vida saludable en los centros educativos, y muy especialmente la modalidad de CRECIENDO EN SALUD que se ha venido impartiendo en educación infantil, educación especial y educación primaria, ha tenido 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 alumnado 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)**¹⁹² como el **Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA)**¹⁹³ 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)**¹⁹⁴, 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**¹⁹⁵. 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**¹⁹⁶ y la **Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida)**¹⁹⁷.

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)¹⁹⁸. 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^{199 200}, 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)²⁰¹. 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, en sus dos modalidades “Creciendo en Salud”²⁰² y “Forma Joven en el Ámbito Educativo”²⁰³ (tras la publicación por parte de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional de la Resolución de 3 de noviembre de 2023 de la Dirección General de Tecnologías Avanzadas y Transformación Educativa²⁰⁴, las líneas de actuación de este programa se integran en un programa más amplio de innovación y mejora del aprendizaje, **Programa CIMA**²⁰⁵).

El programa de hábitos de vida saludable en el ámbito educativo como tal, comenzó su andadura en el curso escolar 2015-2016, tras más de dos décadas de colaboración institucional entre las Consejerías con competencias en materia de Educación, Salud, Prevención de Adicciones y Agricultura. Su implantación en los centros educativos, partiendo del análisis del contexto, detección de necesidades y plan de actuación que elabora el centro, contando con el apoyo de un equipo de promoción de la salud con participación de profesionales de los diferentes sectores implicados, favorece un cambio educativo con la incorporación de metodologías activas y participativas para el tratamiento de los contenidos curriculares relacionados con los hábitos de vida saludable: educación emocional, alimentación y actividad física, hábitos de higiene y autocuidado, educación vial, sexualidad y relaciones igualitarias, uso positivo de las tecnologías y prevención de las adicciones.

Destacar, junto al papel clave del profesorado, equipos de orientación y resto de la comunidad educativa, la incorporación de la figura de la Enfermera Referente de Centros Educativos (ERc), dedicando gran parte de su tiempo a este programa, reforzando con ello la labor que otros profesionales venían ejerciendo en este ámbito, como el personal técnico de educación para la salud y participación comunitaria de DSAP/AGS, otros profesionales del SSPA y el personal técnico del área de prevención de adicciones.

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.

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 (también integrado en el nuevo Programa CIMA²⁰⁶).

Así mismo, en este marco de colaboración entre las Consejerías implicadas, desde el curso académico 2021-2022 se viene trabajando en el desarrollo de una **Red de Escuelas Promotoras de Salud de Andalucía**, en línea con la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Schools for Health in Europe Network - SHE)²⁰⁷, suponiendo esta iniciativa un proceso de transformación integral de los centros educativos hacia entornos más saludables y sostenibles.

Plan de Deporte en Edad Escolar²⁰⁸, 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"²⁰⁹. 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)²¹⁰. 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)²¹¹. Este programa, coordinado desde la Consejería de Salud y Consumo, tiene como objetivo proporcionar información y habilidades a las personas trabajadoras 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 del personal directivo y trabajador y centrado en los determinantes de la salud, combina diversos métodos y abordajes: uno grupal, de tipo informativo y presencial con las personas trabajadoras; 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 quieran 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"²¹². 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 Prescripción de Ejercicio Físico (PAPEF)²¹³. Este Plan está impulsado por la Consejería de Turismo, Cultura y Deporte junto a la Consejería de Salud y Consumo. Su objetivo es facilitar el desarrollo de un modelo de recomendación de actividad física y prescripción de ejercicio físico para la salud en Andalucía, estableciendo un marco de acción común entre los sistemas de salud y deportivo. Trata de contribuir a la universalización de la práctica de actividad y ejercicio físico con la creación de Unidades Activas de Ejercicio Físico (UAEF), implementando un sistema de prescripción, derivación y seguimiento y a través de la formación e investigación.

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, referida al porcentaje de bebés alimentados exclusivamente de pecho hasta los 6 meses, es del 62%.
- El consumo diario de frutas y verduras en la población infantil se sitúa en el 94%. En población adulta el consumo de fruta fresca y el de verdura, al menos 3 días a la semana, es del 94 y 95%, respectivamente.
- El consumo diario de refrescos en Andalucía casi duplica la media nacional y aunque los datos corresponden a la población general, afectan en gran medida a niños, niñas y adolescentes, pues son muy populares en estas franjas de edad. Por encima del 17% de la población andaluza consume refrescos con azúcar a diario. Respecto al consumo de comida rápida, que junto a los refrescos están estrechamente vinculados con la obesidad, en Andalucía ha disminuido el porcentaje de personas de 16 y más años que lo consumen tres o más veces por semana. No obstante, dicho consumo sigue siendo preocupante, especialmente en la población infantil donde también son muy populares, siendo el porcentaje de menores que acude a un centro de comida rápida una o más veces a la semana del 36%.
- 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 según nivel de estudios, 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. Un 37% de la población infantil dedica dos o más horas diarias en el uso de aparatos electrónicos o televisión, aumentando este porcentaje los fines de semana. En población adulta el sedentarismo ha disminuido, tanto en el trabajo o actividad habitual, como en el tiempo libre, aunque en este último se observa un aumento en los niveles más bajos de estudios.
- 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 25% al 18% en el caso de los hombres.
- La percepción de bienestar emocional en la población andaluza es alta, especialmente en la población joven. El 92% de las personas menores de edad de entre 8 y 15 años manifiesta sentirse bien y en forma mucho o muchísimo, siendo este porcentaje algo menor de lo manifestado por sus personas progenitoras o tutoras. En cuanto a la población adulta de 16 y más años, las puntuaciones medias más altas sobre nivel de felicidad se sitúan en la franja de edad entre 16 y 24 años (8,8 sobre 10), y las más bajas (7 sobre 10) en la población con estudios primarios.
- La sexualidad ocupa un lugar importante en la vida de las personas. En 2009, el 69% de la población española de 16 y más 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. Y señalar también que, a pesar de las actuaciones en materia de diversidad realizadas por las Administraciones, para determinados colectivos, y en especial para las personas LGTBI, siguen existiendo obstáculos para poder expresar su sexualidad y/o identidad, provocando en estas personas malestar emocional.

- El uso de internet se va generalizando en Andalucía, aunque sigue existiendo una brecha digital, que repercute en mayor medida en la población mayor. El 97% de menores andaluces de 10 a 15 años ha utilizado internet en los últimos 3 meses, siendo este porcentaje similar en ambos sexos. En cuanto a la población adulta, el 84% de la población de entre 16 y 74 años lo ha utilizado diariamente en los últimos 3 meses, siendo este porcentaje mayor en mujeres que en hombres y directamente relacionado con el nivel de estudio; a mayor nivel de estudios, mayor uso de Internet.
- La epidemia de obesidad infantil en Andalucía muestra una tendencia decreciente en la última década, si bien todavía persisten niveles algo más elevados de exceso de peso que en el conjunto de España. El sobrepeso observado (medido) en la población andaluza de 2 a 15 años disminuye de un 22,4% en 2015/16 a un 19,1% en 2023 y la obesidad observada también disminuye de un 18,2% en 2015/16 a un 16,3% en 2023.
- En población adulta, Andalucía también tiene prevalencias de obesidad más elevadas que el conjunto de España. La prevalencia conjunta



de sobrepeso y obesidad declarada en Andalucía aumentó progresivamente hasta 2011, disminuyó en 2015/16, y presenta un ligero aumento en 2023. El sobrepeso en población adulta de 16 y más años se sitúa en el 37,4% y la obesidad en el 18,4%.

- La situación socioeconómica de la población influye en el exceso de peso. Los índices de sobrepeso y obesidad son 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.

