

CONSEJERÍA DE SALUD



JUNTA DE ANDALUCÍA

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

2004-2008



En la parte superior, la figura representa una Manzana, un Corazón y un Sol, que sugieren la Alimentación, la Salud y la Vida respectivamente.

Las tres líneas de la parte inferior indican el Movimiento, y los distintos Sectores Sociales que interactúan de manera coordinada.

Edita:
Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Diseño y Maquetación:
FORMA animada

Impresión:

Depósito Legal:



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

2004-2008







INDICE

PRESENTACIÓN	09
I. INTRODUCCIÓN	13
II. LOS FACTORES DE RIESGO	25
1. Dieta no equilibrada.	
2. Sobrepeso y Obesidad	
3. Sedentarismo	
III. UN PLAN DE PROMOCIÓN COMO RESPUESTA	47
IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EJECUCIÓN	51
V. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INDICADORES	55
1. Dirigidos hacia la POBLACIÓN GENERAL.	
2. Para los SERVICIOS SANITARIOS.	
3. Dirigidos a la POBLACIÓN EDUCATIVA.	
4. Dirigidos a la POBLACIÓN LABORAL.	
5. Dirigidos a las EMPRESAS DE PRODUCCIÓN.	
6. Dirigidos a las EMPRESAS DE RESTAURACIÓN Y DEL OCIO.	
7. De CONOCIMIENTOS.	
VI. EVALUACIÓN	69
VII. BIBLIOGRAFÍA	71





PRESENTACIÓN

En las últimas décadas del siglo pasado y primeras etapas del XXI, han ido cobrando importancia entre los problemas de salud, los relacionados con los hábitos de vida en general, y más concretamente las de sobrepeso y sedentarismo, causantes de graves problemas de salud, entre ellos la enfermedad cardiovascular, la diabetes y algunos tipos de cáncer.



De todos son conocidos el impacto y la importancia que tienen sobre la morbilidad y mortalidad estos problemas de salud, de forma que actualmente hay una preocupación preferente de todas las instancias implicadas para dar respuesta a estos problemas. En concreto, Europa en sus dos dimensiones, la OMS-Europa en su documento "objetivos Salud XXI", y la Unión Europea insisten en la prioridad destacada que el problema de la obesidad y el sedentarismo tienen especialmente para los países desarrollados.

Los primeros programas y planes basados en la respuesta asistencial han dado paso, por razones de eficacia y eficiencia, a aquellos que ponen el acento sobre los determinantes últimos de la obesidad y el sedentarismo, es decir, sobre lo qué finalmente comemos y el ejercicio que hacemos. En este sentido, nuevamente Europa a través del programa de Salud Pública 2003-2008, llama la atención sobre la necesidad de elaborar planes y procesos que articulen una respuesta integrada a éste problema de Salud Pública.

Por todo ello, Andalucía teniendo en cuenta estas recomendaciones, y en el marco de desarrollo del 3er Plan Andaluz de Salud, está

ya inmersa en un proceso de construcción del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, que pretende, como objetivo final, favorecer la toma de decisiones de los andaluces, respecto a una correcta y saludable alimentación, y un ejercicio físico adecuado a sus condiciones particulares.

Consecuentemente el Plan está sustentado en tres ejes esenciales: El primero, se basa en el desarrollo de la promoción de la salud, que nos permite armonizar el disfrute de las condiciones saludables, -como el comer de todo- y desarrollar una actividad física satisfactoria, con la prevención del sobrepeso y la vida sedentaria, y en definitiva, evitar sus últimas consecuencias negativas en términos de enfermedad.

El segundo, la intersectorialidad precisa de la participación, a veces más decisiva, de otros sectores como son las empresas de producción y del ocio, de las instituciones (Deporte, Educación, Agricultura, Consumo, etc.), y de las asociaciones de usuarios y consumidores... y todo ello bajo la asesoría directa de las sociedades científicas. Este eje plantea al Plan un proceso de construcción conjunto y compartido, acorde con su denominación.

El tercer eje se refiere a la participación directa de los ciudadanos, de forma que el programa cumplirá sus objetivos si al final, los andaluces logran no sólo mejorar su alimentación y estado físico, sino disfrutar con ello, en la conciencia de que así se está consiguiendo además reducir los riesgos de padecer graves enfermedades.

El Plan viene, pues, a dar respuesta a un problema emergente reconocido por toda la comunidad científica pero también, y de ahí la especial satisfacción que su plasmación nos produce, se corresponde con una demanda social sentida por la ciudadanía en su conjunto. En última instancia se anima a la adopción de hábitos de vida saludables y se propician desde el ámbito de los responsables públicos por un lado la información y por otro las prestaciones que los hagan posibles.

El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada está en definitiva dirigido a todos los ciudadanos andaluces, concita la participación directa de otros sectores además del sanitario, y pretende no solo prevenir la enfermedad sino promocionar la salud.

Estoy convencido de que, a través de éste Plan, vamos a abrir una importante línea de desarrollo de actividades dirigidas al disfrute de la salud, y que con seguridad, van a redundar en un incremento de la calidad



de vida de toda nuestra comunidad, de tal forma que el Plan responde al compromiso de desarrollo de políticas de salud que basando su eficacia en el proceso de participación interinstitucional y ciudadana.

Quiero finalizar manifestando mi agradecimiento, por su implicación y entrega, a los profesionales de todos los sectores e instituciones sociales que han participado en la elaboración de esta propuesta, para que sea una realidad forjada por todos.

EL CONSEJERO DE SALUD
Francisco Vallejo Serrano

Plan Actividad Física y Alimentación

INTRODUCCIÓN



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



I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

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



Repercusiones sobre la Salud

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

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

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

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

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

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

En España, la alimentación ha cambiado notablemente en las últimas

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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







Plan Actividad Física y Alimentación

FACTORES DE RIESGO



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





II. LOS FACTORES DE RIESGO

1. DIETA NO EQUILIBRADA

Como ya se ha indicado, diferentes estudios cualitativos sobre los hábitos alimentarios de los andaluces, concluyen en que, si bien mantenemos aún la tradicional dieta equilibrada cercana a las características de la dieta mediterránea, la evidencia de los consumos actuales nos muestran tendencias y cambios no muy saludables.

Según concluye el Estudio DRECA, la población andaluza se caracteriza por su tradicional consumo de aceites no saturados (oliva, pescado azul), pero existen aspectos que habría que corregir: es necesario reducir el consumo de proteínas de origen animal (a excepción de pescado), de productos lácteos y otros derivados, y de las grasas (particularmente, los ácidos grasos saturados). Asimismo es recomendable el consumo de pan y cereales (especialmente los integrales), verduras, frutas, leguminosas y hortalizas.

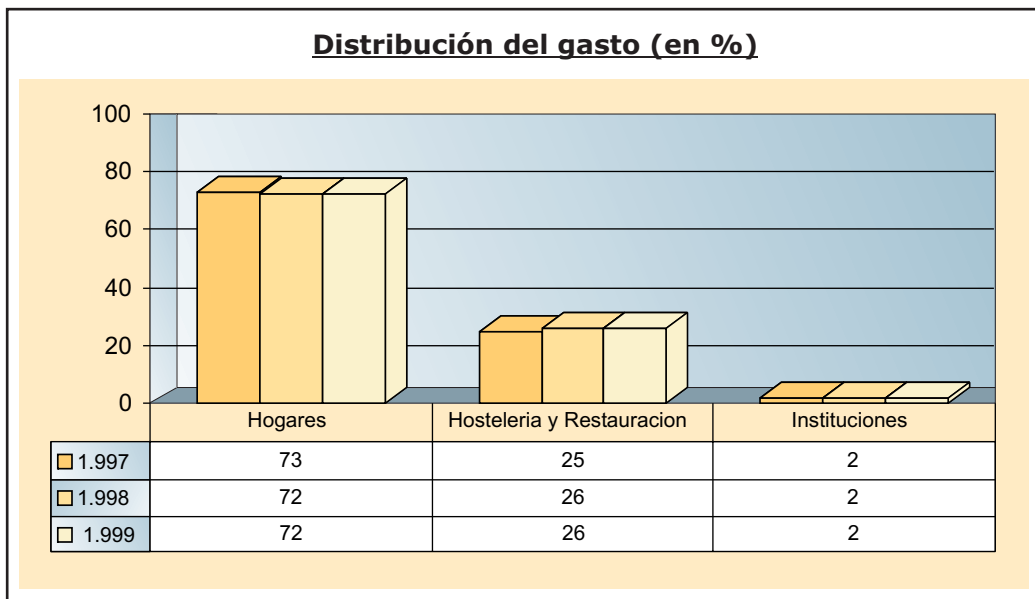
Consumo

Con la finalidad de poder realizar una valoración rigurosa de los hábitos de consumo actuales, es interesante observar como ha evolucionado el consumo de productos de alimentación durante los últimos años. En éste sentido, el Ministerio de Agricultura y Alimentación elabora anualmente un estudio pormenorizado sobre los usos alimentarios en España, conocido como Panel de Consumo Alimentario.

Así y con respecto al *Panel de 2001*, conocemos que el gasto total en alimentación ascendió durante 2001, a 61,44 Miles de millones de €, cantidad que supone un incremento del 8,3 por ciento con respecto a la cifra alcanzada en el año 2000.

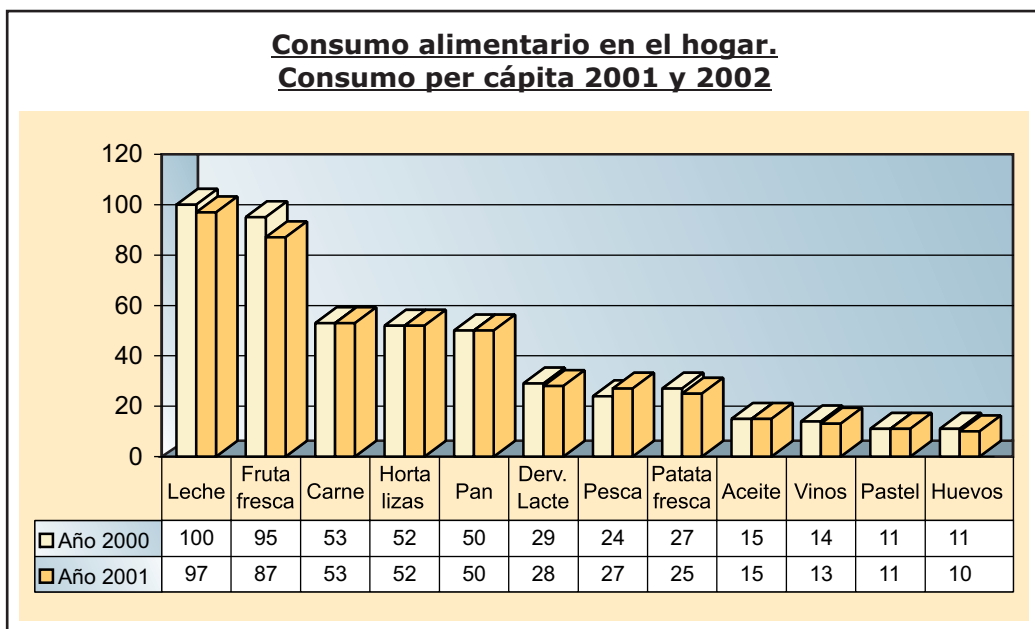
Del total del gasto en alimentación, 44,74 miles de millones de € corresponden al gasto en hogares, 15,55 miles de millones de € a la hostelería y restauración, y 1,16 miles de millones de € a las instituciones.

La distribución del gasto se mantuvo, con respecto a informes anteriores, en el sector extradoméstico, con un 27 %, y en los hogares, con el 73 % restante.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario, 2001.

El consumo alimentario durante el 2001 experimentó un aumento del 1,5 por ciento, tendencia que se mantiene desde el año 1997.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario, 2001.



En el ámbito nacional, la evolución de los grandes grupos de alimentos consumidos en el hogar refleja que las frutas frescas, el agua mineral y los zumos y los productos de la pesca han sido los que han tenido un mayor incremento a lo largo de 2001. Por el contrario el vino de mesa, las legumbres y las patatas frescas han sufrido un descenso.

Las tendencias de consumo de alimentos en los últimos años en Andalucía muestran un descenso en el consumo de cereales (pan sobre todo), verduras y hortalizas, y un aumento del consumo de lácteos.

Por otra parte, el gasto en alimentación realizado durante el año 2001 en cada hogar y por persona fue de 1.105,17 €, lo que supone un incremento de un 9,3 % con respecto al 2000.

Otros datos importantes, nos lo proporcionan los resultados de la última *Encuesta Continua de Presupuestos Familiares* (14), que nos muestra que los andaluces dedicamos un 16,21% de su presupuesto a productos alimentarios para su consumo en el hogar, y un 8,56 % más a restaurantes y comidas fuera de casa, resultados similares al resto de España.

También es interesante destacar la existencia de una relación directa entre el gasto en alimentación y la edad del cabeza de familia, e inversa con el nivel de estudios del mismo y la densidad de población.

Aspectos psicosociales

A la hora de hacer valoraciones que expliquen comportamientos alimentarios, es importante no sólo conocer los hábitos de la población al respecto, sino conocer igualmente, las barreras que perciben para llevar a cabo una forma de vida más sana. En éste sentido, el Institute of European Food Studies (IEFS), ha desarrollado diferentes investigaciones (27) sobre los comportamientos de los ciudadanos de quince países europeos. Una de estas investigaciones, dirigida a conocer los factores que influyen en las decisiones sobre qué comer, mostró que para los consumidores europeos los factores más importantes eran la *Calidad*, *Precio*, *Sabor*, *Comida Saludable* y *Preferencias Familiares*, siendo la *Calidad* el factor más frecuentemente seleccionado por los ciudadanos de todos los países.

Se evidencian además, importantes diferencias entre los diversos grupos socioeconómicos. Por ejemplo, mientras los varones,

especialmente los jóvenes, consideran el *Sabor* como importante, las mujeres están más interesadas en *Comida Saludable*. Cabe destacar que *Sabor* y *Comida Saludable* pueden ser aspectos considerados como incompatibles por algunos consumidores.

El *Precio* es un factor importante en las elecciones de comida para los sujetos desempleados o retirados. Se recomienda a los legisladores que aseguren que los alimentos requeridos en una dieta saludable, no sean excesivamente caros para la población.

Hay datos, que revelan que el nivel socioeconómico familiar y el grado de instrucción de la madre de familia, influyen en el consumo de determinados alimentos como son el pescado, la carne, las frutas y verduras y los lácteos (52).

La edad es otro de los factores que establece variaciones de consumo. Los jóvenes consumidores de la Unión Europea consideran la *Conveniencia* (comodidad, comida rápida, precocinada,..) como un importante factor a la hora de elegir su opción de comida.

Por último, destacamos que los principales recursos de información sobre nutrición para los consumidores de la Unión Europea son, en primer lugar los profesionales de la salud, seguidos de los medios de comunicación (televisión/radio, revistas y periódicos), la información de los envases de comida, y los familiares y amigos.

Como regla general parece también que hay una relación directa entre el grado de interés y el nivel de conocimiento sobre alimentación: Cuanto mayor interés por los temas alimentarios, mayor preocupación y exigencia de información. La población europea que más activamente busca información sobre nutrición, se conforma como el grupo de mujeres, con edades comprendidas entre los 35 y 54 años de edad, y que poseen, al menos, un nivel secundario de educación. Igualmente en España existen datos que apoyan ésta aseveración (24).

Sin embargo, la mencionada regla general parece que no se cumple exactamente igual cuando nos referimos a los jóvenes. Tal vez por que en ellos el interés no se corresponde con la búsqueda de información. Varios estudios españoles ponen de relieve el escaso nivel de conocimiento de la población infantil y juvenil sobre la alimentación (7,50), aunque muestren altos niveles de interés y preocupación. Es importante destacar que un porcentaje amplio (56 %) participa además en la elección del menú familiar (24).



Las *Preferencias Familiares* son muy importantes, entre otros motivos porque una buena parte de la población infantil y juvenil realiza las comidas principales en casa (52), y como se dijo antes, las mujeres, en particular las madres, son quienes muestran una mayor preocupación por la comida sana.

Aunque los medios de comunicación influyen de manera importante en las formas de vida de los jóvenes, paradójicamente éstos mantienen actitudes críticas ante su influencia. Se ha demostrado que la opinión de los medios de comunicación inciden especialmente sobre la mujer (24).



II 2. SOBREPESO Y OBESIDAD

Una de los métodos mas usados para definir el estado nutricional de un individuo es el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Para ello se divide el peso (en Kg) de la persona, por el cuadrado de su altura, expresada en metros. Así por ejemplo, una persona de 70 Kg y 1,7 m. de altura tiene un IMC de 24,2 kg/m².

Clasificación actual de los IMC	
Desnutrición severa:	< 16 kg/m ²
Desnutrición moderada:	16-16.9 kg/m ²
Desnutrición leve:	17-18.5 kg/m ²
Normal:	18.5 - 24.9 kg/m ²
Sobrepeso grado I:	25-26.9 kg/m ²
Sobrepeso grado II (preobesidad):	27-29.9 kg/m ²
Obesidad tipo I:	30-34.9 kg/m ²
Obesidad tipo II:	35-39.9 kg/m ²
Obesidad tipo III (mórbida):	40-49.9 kg/m ²
Obesidad tipo IV (extrema):	> 50 kg/m ²

Fuente: SENC: Guías alimentarias para la población española, recomendaciones para una dieta saludable, 2001.

Con relación a éstos factores de riesgo señalados, el comentado estudio DRECA, realizado en nuestra Comunidad Autónoma, puso de manifiesto cómo se incrementa el Índice de Masa Corporal con la edad (incluso en niños a partir de los 5 años), situando la prevalencia de obesidad de los adultos, en un 23,3 % .

En cuanto a los hábitos dietéticos, se confirmó el elevado consumo de carnes y fiambres, bollería, galletas y pastelería, mucho más frecuente en niños y jóvenes. El estudio concluye que hay un excesivo consumo de productos ricos en grasas saturadas que se asocian a un aumento del riesgo cardiovascular.



Esto conforma un patrón dietético hipercalórico, compatible con los altos índices de obesidad (51).

Estos y otros datos de diferentes estudios, ponen de manifiesto que a nivel cuantitativo la situación andaluza y nacional, reflejan la existencia de un problema de Salud Pública, que crea la necesidad de una intervención planificada.

Así, el estudio de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2000) (3) determina la magnitud de la obesidad entre la población española de 25 a 60 años, mostrando que la prevalencia de los obesos era, en el momento de realización del estudio, del 14,5 %, significativamente más elevada en el colectivo femenino que en el masculino. La prevalencia de obesidad aumentó también de manera importante con la edad, tanto en varones como en mujeres.

Igualmente, los resultados de una investigación realizada por la Consejería de Salud (10), sobre la población andaluza de edades comprendidas entre 25 y 60 años puso de manifiesto resultados poco optimistas, al mostrar que el 39 % de los andaluces se encuentran en situación de sobrepeso, mientras que un 21.6 % puede considerarse obesa.

Porcentaje de población andaluza de 25 a 60 años, con sobrepeso y obesidad

Edad	Sobrepeso (IMC 25-29.9 Kg/m ²)		Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m ²)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
25-39	24	43.5	7.6	11.9
40-49	36.1	48	23.7	21.4
50-60	40	47.6	38.7	26.6
Total	31	45.9	23.3	19.9
Total	39		21.6	

Fuente: Consejería de Salud: Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía, 2000.

Además, el cálculo de los valores de Índice de Masa Corporal a partir de los datos sobre peso y altura obtenidos por nuestra Encuesta Andaluza de Salud (50), muestra que los andaluces mayores de quince años tienen un IMC medio de 25.5 Kg/m², y que a partir de los 25 años es cuando el IMC

supera los 25 Kg/m² (situación que define el sobrepeso), incrementándose progresivamente a partir de esta edad. En cuanto a diferencias entre sexos, los varones tienen un 0.9 % más que las mujeres.

IMC por grupos de edad. Andalucía, 1999

	16-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75	Total
Peso	65.53	70.71	74.4	74.32	72.76	69.71	70.72
Estatura	1.6998	1.6767	1.6513	1.6378	1.6262	1.6225	1.6662
IMC	22.7	25.2	27.3	27.7	27.5	26.5	25.5

Fuente: Consejería de Salud: Encuesta Andaluza de Salud, 1999. (cálculo de IMC elaboración propia).

Es importante igualmente, el conocer que el problema del sobrepeso y la obesidad no sólo afecta a los adultos. Esta situación está afectando de manera creciente a la población infantil y juvenil, tanto en Andalucía como en el resto del mundo (43).

Aspectos psicosociales

Otra cuestión que completa la visión de la situación actual, es conocer lo que piensan los propios ciudadanos con relación a su peso. La percepción de los andaluces no es muy favorable en éste sentido. Así, el 35.1 % de los encuestados, consideraron que su peso es algo o muy superior al que le correspondería por su altura, siendo el grupo de edad de entre los 45-74 años, quienes presentan los mayores porcentajes en esta respuesta.

Percepción del peso por grupos de edad. Andalucía, 1999

	16 24	25 44	45 54	55 64	65 74	75	Total
Peso mayor	19.8	33.69	47.97	48.12	41.64	32.15	35.1
Peso normal	68.46	59.65	47.73	47.49	53.13	61.37	57.78

Fuente: Consejería de Salud: Encuesta Andaluza de Salud, 1999.



II. 3. SEDENTARISMO

La Actividad física, el ejercicio o el deporte son términos que en ocasiones se utilizan indistintamente; sin embargo en términos científicos, pueden tener significados diferentes. El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC), hace la siguiente diferenciación (15):

Actividad física. Es todo movimiento del cuerpo, implicado en la realización de las actividades cotidianas. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar, etc.

Ejercicio. Incluye los movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud.

Deporte. Se refiere a toda actividad física ejercida como competición, que se rige por unas normas.

Actividad y Ejercicio Físico

Con relación al primer nivel, los datos proporcionados por la Encuesta de Salud de Andalucía del año 1999 (50), pusieron de manifiesto que más de la mitad de la población, llevaba una vida sedentaria.

Tipo de ejercicio físico realizado en tiempo libre, por sexo (%)

	Hombre	Mujer	Total
Sedentario, no hago ejercicio físico en tiempo libre	48.04	58.90	53.47
Alguna actividad física o deportiva ocasional	35.68	34.65	35.16
Actividad física regular, varias veces al mes	10.14	4.01	7.08
Entrenamiento físico varias veces a la semana	5.86	1.94	3.90

Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999.

Tipo de ejercicio físico realizado en tiempo libre, por grupos de edad (%)

	16-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 <	Total
Sedentario, no hago ejercicio físico en tiempo libre	35.15	50.72	59.77	63.41	66.27	73.93	53.47
Alguna actividad física o deportiva ocasional	37.76	36.82	35.00	34.21	32.39	21.17	35.16
Actividad física regular, varias veces al mes	18.42	7.08	2.67	1.75	0.90	0.95	7.08
Entrenamiento físico varias veces a la semana	8.37	4.94	1.98	0.50	0.30	0.24	3.90

Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999.

No obstante, cabe destacar la importancia de caminar que, aunque en sentido estricto no está considerado como un deporte, en los últimos años ha alcanzado un gran auge, con la finalidad manifestada por los encuestados, de mantener su forma física. En éste sentido, los últimos datos conocidos son alentadores, ya que en la actualidad el 65,6 % de los andaluces realizan esta actividad, cifra ligeramente superior a la obtenida en la encuesta realizada en 1999 para Andalucía (61 %) y casi doce puntos superior a la estimada en el año 2000 para el conjunto nacional (54 %). La diferencia tan acusada con España, puede deberse al clima de Andalucía, que invita a esta práctica del paseo.

Si valoramos los datos por razón de género, apreciamos cómo las mujeres pasean más que los hombres con porcentajes del 69,2 % frente al 61,6 %.

Además, más de la mitad de los andaluces practica el paseo con el propósito de hacer ejercicio físico todos o casi todos los días, concretamente un 63,8 %, siendo del 16,1% el porcentaje de aquellos que lo practican dos o tres veces por semana, por lo que podemos decir que, prácticamente un 80 % de la población que pasea lo hace con regularidad.



Deporte (31)

Al comparar los resultados de la encuesta del año 2002 con los correspondientes a la realizada en el año 1999, es de destacar la creciente importancia como actividad de ocio de la práctica de algún deporte, ya sea de forma activa o pasiva y muy concretamente en edades jóvenes. Así, El 27% de los andaluces de dieciséis o más años, en el 2002, afirman *Hacer deporte*, frente al 22,6 % en 1999.

Por otro lado, la tasa de práctica deportiva en Andalucía fue del 32,4 % (población de dieciséis y más años), lo que lleva a estimar que aproximadamente 1,9 millones de andaluces practican deporte. Esta tasa es inferior a la media del conjunto nacional en unos cinco puntos.

En un análisis más pormenorizado de los datos, observamos cómo las diferencias son importantes si los estudiamos por grupos de edad. Así observamos que, en los doce meses anteriores, la tasa de práctica deportiva del grupo más joven estudiado, de 16 a 25 años, es de 53,2 %.

Esta tasa va disminuyendo significativamente a medida que aumenta la edad, alcanzando su mínimo, 6,8 %, en los mayores de 65 años. Y si tenemos en cuenta el nivel de estudios de los entrevistados, se observa que la práctica deportiva aumenta proporcionalmente cuanto más alto sea el nivel de instrucción.

En definitiva y considerando lo comentado anteriormente, podemos decir que tanto el sexo, la edad y el nivel de estudios, influyen de forma considerable en la práctica deportiva. El perfil del andaluz que más practica deporte es un varón con edad comprendida entre los 16 y 25 años y con un elevado nivel de estudios.

Los Espacios (44)

El estudio del tipo de instalaciones deportivas utilizadas por los andaluces es relevante, ya que permite atender las necesidades de la actividad físico-deportiva de la población.

Aunque para la realización de las actividades físicas que se recomiendan a la población general no es estrictamente necesario un tipo de instalación deportiva específica, ya que sólo supondría una modificación en la forma en que habitualmente realizamos nuestras actividades diarias, se considera como un recurso interesante el papel que los parques ocupan,

porque suponen para los ciudadanos un espacio saludable que invita a moverse.

Según datos de 1995 procedentes del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA, 30), prácticamente todos los municipios de andaluces disponen de parques, siendo el promedio de 2,9 parques por municipio.

Nº de equipamientos recreativos (Parques) por provincia y promedio por Municipio. Andalucía, 1995.

	Nº Parques	Media de Parques por Municipio
Almería	283	2,7
Cádiz	133	3,0
Córdoba	180	2,4
Granada	551	3,3
Huelva	263	3,3
Jaén	233	2,4
Málaga	307	3,1
Sevilla	246	2,3
Andalucía	2196	2,9

Fuente: IEA: Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA).

Equipamientos Recreativos (Parques) según estado. Andalucía, 1995

	Buen estado	Estado regular	Mal estado	En ejecución	Total
Almería	16,61	22,61	29,68	31,10	100
Cádiz	12,03	24,81	30,83	32,33	100
Córdoba	4,44	21,11	32,78	41,67	100
Granada	17,06	25,95	28,86	28,13	100
Huelva	17,49	27,76	28,90	25,86	100
Jaén	7,73	24,03	32,19	36,05	100
Málaga	11,40	27,36	30,62	30,62	100
Sevilla	4,47	23,17	34,15	38,21	100
Andalucía	12,52	24,95	30,60	31,92	100

Fuente: IEA: Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA).



Por otro lado, es interesante conocer cómo utilizan los andaluces las instalaciones deportivas específicas para la práctica de ejercicio físico y el deporte. El 50,2 % de los practicantes utilizan habitualmente instalaciones públicas, de carácter municipal o de otro tipo, con un incremento de cuatro puntos con respecto a la cifra estimada en el año 1999. En segundo lugar, encontramos que un 26,9 % de los practicantes de deportes en Andalucía acuden a los lugares públicos, disminuyendo con respecto a los que acudían en 1999, y en tercer lugar nos encontramos las instalaciones de clubes privados con un 19,6 % donde se ha observado un incremento de cinco puntos con respecto a la encuesta anterior.

La cercanía de las instalaciones deportivas al lugar de residencia es un factor importante ya que puede condicionar la práctica deportiva. En general, la mayoría de los andaluces que utilizan instalaciones deportivas públicas las perciben cercanas a su domicilio, y en cuanto a su número, son suficientes para un 35,8 % e insuficientes para un 38,4 %. Con respecto a la encuesta de 1999, el porcentaje de andaluces que considera las instalaciones suficientes ha aumentado considerablemente, 9,6 puntos.

En cuanto a su forma física, los andaluces la evalúan de forma mayoritaria como "Buena" o "Aceptable" (77,6 %). Únicamente un 2,4 % declaran tener una forma física "Francamente mala" y un 11,5 % declaran tenerla "Deficiente".

Centros de Trabajo

Muy relacionada con la forma física, se encuentra la actividad que se desarrolla en el lugar de trabajo. A partir de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 1999 sabemos que la mitad de los andaluces, realiza su jornada laboral "De pie, sin desplazamientos", y que para uno de cada tres trabajadores, el desarrollo de su actividad laboral supone estar "Sentado la mayor parte del tiempo".

Tipo de ejercicio físico que implica el trabajo o actividad habitual, por sexo y edad (%)

	Hombre	Mujer	Total
Sentado la mayor parte de la jornada	39.41	31.01	35.21
De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos	39.47	60.94	50.20
Caminando, llevando algún peso	13.41	6.97	10.19
Trabajo pesado, tareas de gran esfuerzo	7.18	0.74	3.96

	16-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 <	Total
Sentado la mayor parte de la jornada	49.50	23.32	20.93	35.09	52.84	60.90	35.21
De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos	37.99	58.00	59.77	52.26	40.30	35.31	50.20
Caminando, llevando algún peso	8.90	12.75	11.86	9.90	6.12	3.08	10.19
Trabajo pesado, tareas de gran esfuerzo	3.15	5.64	6.74	2.51	0.15	-	3.96

Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999.

Examinando las diferencias entre hombre y mujer, se detecta que la mayoría de las mujeres realizan su trabajo de pie (54 %), en un número mayor que el que presentan los hombres (36,9 %). Por otro lado, los hombres presentan un mayor porcentaje (10,7 %) en actividades que suponen "Trabajo pesado, tareas que requieren un gran esfuerzo físico", frente al 2,5 % de las mujeres.

Práctica deportiva en los centros de trabajo de Andalucía por intervalos de empleo, 2001

	¿Existe práctica deportiva organizada en su centro de trabajo? (%)		Total (%)
	Si	No	
De 150 a 300 empleados	16,36	83,64	100
De 300 a 500 empleados	19,35	80,65	100
500 empleados o más	32,14	67,86	100
Total	21,05	78,95	100

Fuente: Otero Moreno: El deporte en los centros de trabajo de Andalucía, 2001.

Constituye un dato destacable que existe práctica deportiva organizada en el 21,05 % de las empresas encuestadas. En la anterior tabla se observa, además, que a medida que aumenta el número de empleados en la empresa la práctica deportiva organizada en la misma es superior, llegando a un 32,14 % en las empresas de mayor tamaño (quinientos o más empleados).

La práctica deportiva organizada en los centros de trabajo andaluces tiene una dimensión principalmente competitiva. Los deportes más practicados son fútbol sala, tenis y fútbol. Otros deportes realizados en los lugares de trabajo son los bolos, aeróbic y natación.

Teóricamente, los beneficios de la actividad física y el deporte en los individuos se pueden extrapolar a las actividades en los centros de



trabajo. Estos beneficios incluyen motivación, incremento de la productividad, prevención de riesgos laborales, reducción de costes y reducción de absentismo. Sin embargo, la práctica de deportes con riesgo de producir lesiones puede conllevar la consiguiente baja laboral que ello provoca. En cambio la realización de ejercicios físicos orientados al mantenimiento y a la mejora de la salud en el lugar de trabajo, apenas tiene presencia en los centros de trabajo andaluces, como se observa a continuación.

Empresas con actividad física en su centro de trabajo para mejorar la salud en el lugar de trabajo, 2001(%)

	¿Hay actividad física para mejorar la salud en el lugar de trabajo?	¿ Existe conciencia en su empresa de que la actividad física mejora la salud de los trabajadores?
Sí	2,6	44,7
No	97,4	26,3
No contesta	--	28,9
Total	100,0	100,0

Fuente: Observatorio del Deporte Andaluz: El Deporte Andaluz en Cifras 2002.

El porcentaje de empresas que cuentan en sus centros de trabajo con actividades físicas para la mejora de la salud de sus trabajadores es muy reducido. Sólo se ha detectado en un 2,6 % de las empresas sondeadas.

Por otra parte, un 44,7 % de las empresas contestaron afirmativamente a la pregunta de si existe conciencia de que la actividad física mejora la salud de los trabajadores. Los motivos son los comentados anteriormente.

Empresas con actividad deportiva cuyos equipos participan en alguna competición, 2001

¿Hay participación de los equipos de la empresa en alguna competición deportiva?		
Si	No	Total
83,3	16,7	100

Fuente: Observatorio del Deporte Andaluz: El Deporte Andaluz en Cifras 2002.

En la gran mayoría de las empresas con actividades deportivas existen equipos de la empresa participando en competiciones (83,3 %), lo cual corrobora la importancia de la dimensión competitiva de la actividad deportiva en los centros de trabajo. En las entidades financieras sondeadas esta cifra es del 80 %.

El 9 % de las empresas encuestadas poseen instalaciones deportivas propias, mientras que el 6 % de las mismas tienen convenios con algún propietario de instalaciones deportivas. Por otra parte se ha podido detectar cierta carencia de información en las empresas acerca de cómo establecer convenios con instalaciones tanto públicas como privadas. Cabe destacar que la mitad de las empresas con instalaciones deportivas propias tienen práctica deportiva organizada en sus centros de trabajo.

	Recibe ayuda o subvención (%)			Total (%)
	Si	No	No sabe	
De 150 a 300 empleados	--	98,2	1,8	100
De 300 a 500 empleados	3,2	90,3	6,5	100
500 o más empleados	10,7	78,6	10,7	100
Total	3,5	91,2	5,3	100

Fuente: Observatorio del Deporte Andaluz: El Deporte Andaluz en Cifras 2002.

La anterior tabla muestra que las empresas del primer grupo (150 a 300 empleados) no reciben ningún tipo de ayuda para financiar las actividades deportivas de sus trabajadores. Frente a éstas, el grupo que, en términos relativos, recibe más ayuda es el de las empresas de 500 o más trabajadores.

Aspectos Psicosociales

En cuanto a la Actividad Física, de nuevo tomamos como referencia los estudios realizados por el IEFS que nos aportan información sobre la población española y europea, y los realizados por las Consejerías de Turismo y Deporte y de Salud, sobre la población andaluza.

El trabajo realizado por el IEFS publicado recientemente (54), que compara las prácticas de actividad física de la población española con respecto a la europea, mostró que la proporción de españoles que



presenta una mala actitud de cambio hacia la actividad física es superior a la del resto de la Unión Europea, y son menos perseverantes en los cambios positivos. El perfil de los participantes españoles con mayor probabilidad de presentar esta actitud es una persona con estudios primarios, casado, fumador y obeso.

El estudio sobre actitudes hacia la actividad física realizado por el IEFS destaca que para los consumidores europeos el ejercicio/actividad no se encuentra entre los 3 primeros factores que pueden influir en la salud (fumar, alimentación, y consumo de alcohol en España), ni tampoco entre los 3 primeros factores que pueden influir en la ganancia de peso corporal (tipo de alimentación, consumo de grasas y de azúcar).

El 37 % de los españoles no realiza habitualmente actividad física (andar, trabajos en jardinería, bicicleta, nadar,...), pero existe variabilidad según algunas características sociodemográficas: la realizan más los hombres, y entre ellos, menos los obesos y los que tienen un nivel educativo primario. Un alto porcentaje de los que la realizan (82 % de los europeos) son los que la consideran un factor importante de salud.

Entre las razones más importantes para realizar actividad / ejercicio físico destacan "*Para mantener una buena salud*", "*Para disminuir la tensión*", y "*Para mantenerse en forma*".

En Andalucía, los motivos más frecuentes para practicar deporte, expresados por los que lo practican, son los siguientes: "*por diversión y pasar el tiempo*" y "*por hacer ejercicio físico*", ambos con un 46,5 %, seguidos de "porque me gusta hacer deporte" con un 33,2 %, siendo los mismos motivos que se citaron en la encuesta de 1999 en Andalucía.

Si distinguimos entre hombres y mujeres, observamos importantes diferencias. Para los hombres, el principal motivo para la práctica deportiva es "*por diversión y pasar el tiempo*" (55,7 %) mientras que para las mujeres, el motivo más frecuente es "*por hacer ejercicio físico*" (60,5 %).

Las barreras percibidas para incrementar el nivel de actividad física, según manifestaron los encuestados españoles fueron por importancia las siguientes:

- Obligaciones del trabajo o estudio.
- Poca afición por el deporte.
- Escasa salud.

- Ser mayor.
- Cuidado de hijos/mayores (tres veces mas frecuente en las mujeres).
- No necesitar hacer ejercicio.

Entre las causas de practicar o no practicar deporte en los andaluces encuestados que declararon no practicar ningún deporte, el motivo más frecuente es la "*Falta de tiempo*" con un 56,1%, seguido por "*Pereza y desgana*" con un 24,2 %, porcentajes de población similares a los estimados en la encuesta de 1999.

Hay que señalar que el porcentaje de andaluces que han justificado el no practicar deporte "*por la edad*" ha disminuido con respecto a la anterior encuesta, pasando de 28,3 % en el 1999 a 23,8 % en el año 2000, mientras que los que lo justifican por "*salir cansados del trabajo o estudio*" han aumentado, un 15,5 % en 1999 frente a un 22,2 % en el 2000.

Las causas de abandono de la práctica deportiva declaradas por los encuestados que practicaban deporte, pero lo han dejado, son muy variadas. Como primera causa, los entrevistados declaran haber abandonado la práctica deportiva "*por falta de tiempo*" (22 %), "*salir muy cansado y tarde del trabajo*" (14,6 %) y "*por lesiones*"(12,2 %).

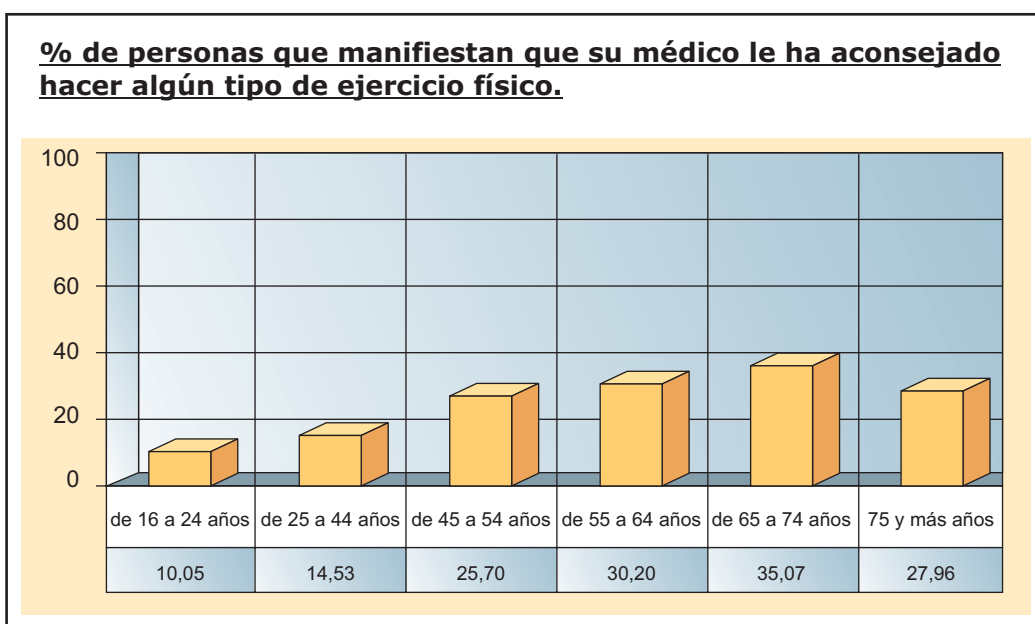
En general, se puede decir que los estudios realizados, ponen de manifiesto que alrededor de la mitad de los europeos creen que no necesitan hacer más ejercicio del que hacen. Esto es más frecuente entre las personas mayores, y las de menor nivel educativo. El 41 % de los que no hacen ejercicio creen que no necesitan hacer mas de lo que hacen.





El 75 % de los encuestados consideran que los profesionales sanitarios son una buena fuente de información sobre los beneficios de la actividad física.

En Andalucía, el 20,04 % de la población mayor de quince años recibe de su médico de cabecera la recomendación de realizar ejercicio físico, siendo las mujeres quienes aceptan más este consejo (24 %) frente a los varones (16.01 %). Con relación a la edad, el consejo predomina a medida que la edad es mayor, como se puede ver en el siguiente gráfico:



Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999.

Además de lo indicado, no podemos olvidar que el Aspecto Físico es un factor muy importante en la población juvenil, aunque es posible que haya diferencias en cuanto a sexo. Hay un estudio que revela que las chicas muestran un mayor interés por temas relacionados con la alimentación, mientras que en los chicos está asociado a satisfacción con su físico y consideración de encontrarse delgados o equilibrados (24).

En otro estudio, las personas que tenían una peor actitud hacia la práctica de actividad física la mantenían, por igual en ambos sexos, estudios primarios, casados, fumadores y obesos.

Recomendaciones del IEFS, en cuanto a Actividad Física (27):

1. Incrementar la concienciación de los beneficios que para la salud tiene la actividad física, independientemente del peso corporal.
2. Incrementar la conciencia de que la actividad física significa todo tipo de actividades tales como jardinería, paseo, baile, fútbol, etc y no solo "deporte". Esto supone la necesidad de incluir en los mensajes que la mayoría de los beneficios de la actividad física se logran cambiando de un estilo de vida sedentario a uno con un nivel moderado de actividad física diaria.
3. Promover el concepto de que la actividad física alivia el estrés.
4. Asegurar que los profesionales de la salud comprenden los beneficios de la actividad física y tienen acceso a consejo apropiado para promover la actividad física.





CONSIDERACIONES FINALES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN:

1. En Andalucía, la tradicional dieta mediterránea constituye un punto de partida eminentemente favorable para mantener una buena salud, aunque empiezan a registrarse tendencias en los hábitos alimentarios de los andaluces que desequilibran aspectos que son necesarios corregir. A nivel cuantitativo los datos reflejan una situación desfavorable en cuanto a la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en nuestra comunidad.

2. Esta evidencia debe de constituir un punto de inflexión, y generar la necesidad de potenciar las intervenciones, a través de una acción planificada.

3. La intervención ha de articularse sobre los determinantes de la salud: es decir, sobre el ejercicio físico adecuado y una alimentación equilibrada, y en su relación con la prevención de las enfermedades prevalentes, como las cardiovasculares, obesidad y diabetes y algunos tipos de cáncer.

4. La estrategia básica de intervención ha de estar basada en elementos de protección y promoción de la salud, orientadas hacia la obtención de mayores niveles de calidad de vida. Por lo tanto ha de compatibilizarse la dieta equilibrada con el disfrute de la vida, así como su inicio desde edades tempranas de la vida.

5. Cualquier esfuerzo de planificación ha de contar con todas las Instituciones y Agentes Sociales implicados, en el marco del pacto por la salud emanado del tercer Plan Andaluz de Salud, es decir con implicaciones ciudadanas, sus espacios comunes de encuentro, las empresas, ... hasta la Administración, como garante de la protección de la salud y la seguridad alimentaria.

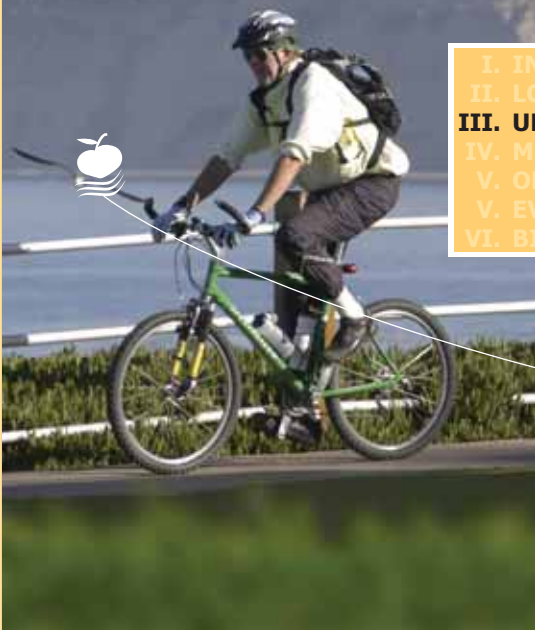
6. El ejercicio de planificación ha de concretarse en un único plan donde converjan los intereses de todos los sectores implicados, que establezca las metas, los objetivos y estrategias para cada ámbito en donde se desarrolle la acción, y naturalmente los recursos necesarios para su consecución.

El Plan de intervención exige un seguimiento para evaluar el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos, siendo necesario definir un conjunto de indicadores que nos muestren la evolución de los datos a lo largo del periodo de desarrollo del Plan, así como el mantenimiento de una Comisión de Seguimiento del mismo.



Plan Actividad Física y Alimentación

PLAN DE PROMOCIÓN DE SALUD COMO RESPUESTA



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



III. UN PLAN DE PROMOCIÓN DE SALUD COMO RESPUESTA:

Como se ha dicho, una de las líneas de actuación prioritarias del tercer Plan Andaluz de Salud, se dirige a mejorar la salud desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de vida saludables. Concretamente su objetivo 3, sitúa a las mujeres como objetivo para una actuación centrada en "Promover el bienestar y la calidad de vida, en atención a:

- Las actuaciones de salud desde la perspectiva de género
- Reducir el rol de cuidadoras y establecer programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o falta de autonomía.

Concretando a través de su primera estrategia, el centrar en las mujeres las actividades orientadas a la reducción de hábitos de vida no saludables, entre otras cuestiones, promoviendo la dieta equilibrada y el ejercicio físico saludable.

Igualmente, el objetivo 6 " Promover estilos de vida saludables", traslada a su primera estrategia el desarrollar actuaciones de educación para la salud, dirigidas a fomentar la alimentación equilibrada, la actividad física y otras prácticas, cuya realización beneficie a la salud.

Tras las necesidades detectadas y en consonancia con los objetivos y estrategias definidos en los planes mencionados, fundamentalmente en los citados del Plan Andaluz de Salud, El Plan de Promoción de la Actividad física y la Alimentación equilibrada, se articula en torno a una meta central:

Fomentar la practica de 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 ha realizado una desagregación de objetivos operativos para cada uno de los ámbitos de intervención identificados, es decir: población general, ámbito de servicios sanitarios, educativo, y empresas.

Todos ellos tendrán que incluir una serie de estrategias comunes y claves para el desarrollo del Plan que pasan por:

- **La necesidad de una triple alianza:**

- Entre los distintos sectores implicados de la administración, basado en el trabajo intersectorial, y que implica directamente a las Consejerías de Salud, Agricultura y Pesca, Consumo, Educación, Turismo y Deporte, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico.
- Entre las organizaciones civiles interesadas (organizaciones empresariales, consumidores, asociaciones vecinales,..) y la Administración.
- Con la población general siendo la FAMILIA el elemento central de la intervención y con los ciudadanos individualmente, en un esfuerzo de intervenir en los factores que inciden en la propia salud personal, que es el verdadero concepto de promoción.

- **La diversificación por ámbitos de intervención.** La convergencia de todos los esfuerzos precisa posteriormente de una diversificación en los distintos ámbitos que han de intervenir y que en una primera etapa hemos concretado en población general y de riesgo, ámbito educativo, sanitario, y empresas.

- El **sistema de evaluación y seguimiento** deberá configurarse como un instrumento para el desarrollo de un contacto permanente con la población, que sitúe las necesidades de formación, y defina los cauces de la investigación y finalmente constituya un elemento para la identificación de puntos de mejora que ayude a la reconducción del Plan, siempre que fuera necesario.



Plan Actividad Física y Alimentación

METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EJECUCIÓN



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





IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EJECUCIÓN

Para la elaboración del Plan se partió de un metanálisis de los diferentes estudios publicados, tanto por la OMS, como por la propia Unión Europea, así como estudios realizados en nuestro ámbito territorial, donde se recogen además las recomendaciones pertinentes con relación a actuaciones en materia de dieta y de actividad física.

Debido a la complejidad de la meta propuesta en el Plan, era necesario contar con la participación de una pluralidad amplia de Organizaciones e Instituciones, por lo que se constituyó una Comisión Interdepartamental, como Órgano responsable del diseño, seguimiento, evaluación y coordinación del Plan.

Esta revisión, adaptada a nuestro entorno socio-cultural y nuestra organización, dio lugar al primer borrador, en donde se recogía la situación actual del problema del sedentarismo y obesidad en Andalucía, y se establecían las grandes directrices en cuanto a elaboración, objetivos, seguimiento y evaluación del Plan.

La Comisión representa el marco donde se encuentran las diferentes Instituciones que tienen un papel más relevante en la promoción de hábitos de vida saludables: actividad física y alimentación equilibrada. El primer borrador del Plan se trasladó a los miembros de la Comisión Interdepartamental, en su primera reunión celebrada el 28 de Mayo de 2003.

La Comisión está presidida por la Directora General de Salud Pública y Participación y aunque tiene fijada una composición de partida, también hay que destacar su carácter abierto y flexible, donde tienen cabida de forma puntual otras Organizaciones o Instituciones, que según criterio de la propia Comisión así se determine.

La composición inicial de la Comisión es la siguiente:

Administración Autonómica

- Consejería de Salud
 - DG Organización de Procesos y Formación.
 - SAS: Sv Planificación Operativa.
 - Sv de Higiene y Seguridad Alimentaria.
 - Sv de Epidemiología.
 - Sv de Promoción de la Salud y Farmacovigilancia.

- Consejería de Educación: D.G. Evaluación Educativa y Formación del Profesorado.
- Consejería de Agricultura y Pesca, D.G. Industria y Promoción Agroalimentaria. Instituto Alimentación Mediterránea.
- Consejería de Asuntos Sociales.
- Consejería de Turismo y Deporte. Centro Andaluz de Medicina del Deporte.
- Consejería de Gobernación: D.G. Consumo.

Administración Local

- Federación Andaluza de Municipios y Provincias - Red Andaluza de Ciudades Saludables.

Asociaciones Profesionales

- Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.
- Sociedad Andaluza de Medicina y Comunitaria.

Asociaciones de Usuarios y Consumidores

- Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía.
- Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa AL-ANDALUS.
- Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA).
- Federación Unión de Consumidores de Andalucía-UCA/UCE

Organizaciones Empresariales

- Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA).

A partir del borrador inicial, las modificaciones y ampliaciones efectuadas por los representantes de las diferentes Instituciones y Organizaciones Sociales se fueron incorporando, hasta cerrarse un último borrador que fue aprobado en la segunda reunión de la Comisión, con la incorporación de las últimas modificaciones desde las diferentes instancias.

Este procedimiento ha dado lugar a un documento ampliamente consensado por el conjunto de los miembros de la Comisión.

La segunda reunión de la Comisión tuvo además como objetivo, la elaboración de una propuesta de actividades a cargo de cada una de las instituciones representadas, configurándose así el Programa de Actividades 2003-2004.



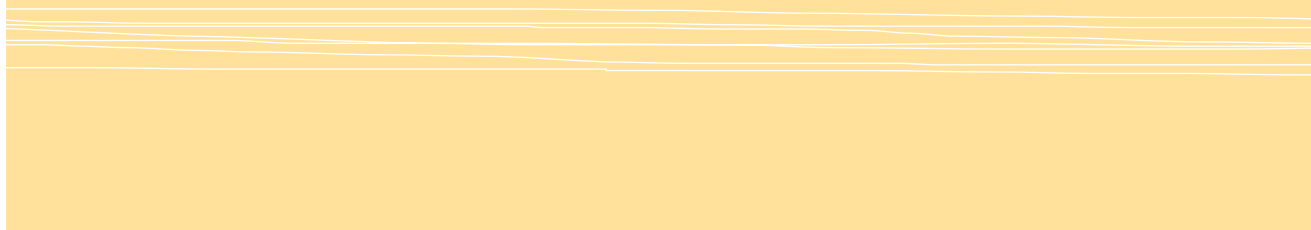
Se acordó igualmente que, para el desarrollo y seguimiento del Plan, la Comisión se reúna al menos una vez al año, donde se presente la Memoria del año anterior, y se proceda a la aprobación del Programa de Actividades para el siguiente año, así como su correspondiente dotación económica. Para ello se requerirán de los siguientes instrumentos:

- Elaboración de Memorias anuales de seguimiento del Plan, que recogerá los objetivos y actividades propuestos y logrados en ese periodo, así como las incidencias que hubiera lugar.
- Elaboración de una programación anual en el apartado estratégico común y por ámbito en un cronograma consensuado intersectorialmente, coherente con los planes integrales de las instituciones, organizaciones y asociaciones implicadas en el Plan. de propuestas para el año siguiente, a partir de las propuestas realizadas por los miembros de la Comisión.

Para el desarrollo de Programas Anuales de Actividades, la Comisión podrá crear Comisiones de Trabajo, responsables del desarrollo de los diferentes objetivos o actividades propuestas.

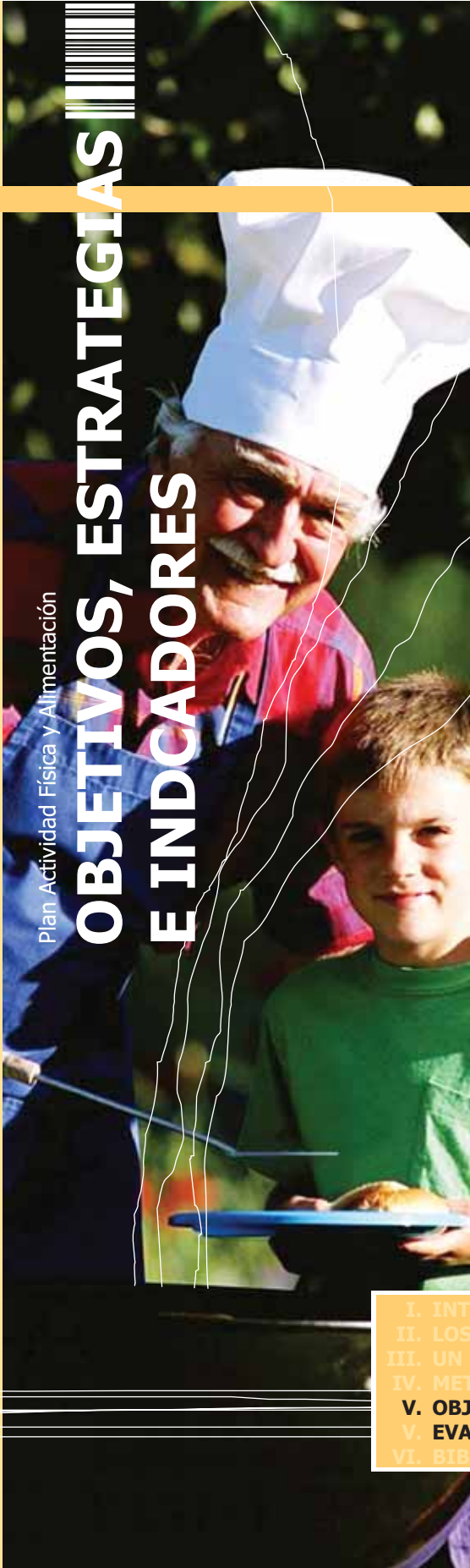
Las Comisiones de Trabajo se conformarán a partir de la propuesta de actividades que cada institución realice (donde también se pedirá organizaciones a participar), y se dará a conocer de manera definitiva antes de su formalización, al resto de los miembros de la Comisión.





Plan Actividad Física y Alimentación

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INDICADORES



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



V. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INDICADORES.

Dirigidos hacia la **POBLACIÓN GENERAL**

Objetivos

- 1.1. La población andaluza conocerá las ventajas derivadas de la realización de actividad física, así como aquellas actividades más recomendadas para diferentes grupos sociales (edad, sexo, etc.).
- 1.2. La población andaluza conocerá los beneficios de la alimentación equilibrada, así como aquellas recomendaciones concretas para conseguirla (composición de los alimentos, frecuencia de consumo, etc).
- 1.3. La familia andaluza tendrá los conocimientos necesarios para poder hacer una lectura correcta del etiquetado de los alimentos, la mejora de su dieta cotidiana y su repercusión en la cesta de la compra.
- 1.4. Se ofrecerá a la familia andaluza la información necesaria sobre una conservación correcta de los alimentos.
- 1.5. La población andaluza tendrá acceso a la información mínima, que le permita hacer una valoración correcta de los mensajes publicitarios en los que la alimentación y el ejercicio se tomen como valores, así como de las prácticas de riesgo más difundidas dentro de la población (dietas milagro y realización de ejercicios físicos no controlados).

Estrategias

- Realización de campañas de recomendación de la actividad física y la alimentación en medios de comunicación social: TV, radio, cartelería estática, etc.
- Potenciación de los mensajes mediante la firma de convenios con Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a las Promoción y la Participación de la Salud, el trabajo con grupos de riesgo y/ o exclusión social (discapacidad, drogodependencia, etc.), asociaciones

profesionales y de usuarios y consumidores.

- Fomento de la firma de acuerdos y convenios con medios de comunicación (televisiones y redes de emisoras locales) y con otros colectivos y asociaciones, para la difusión de mensajes de promoción de la salud.
- Se creará una pagina web con información sobre el Plan, que estará disponible en todos los Organismos implicados en el desarrollo del mismo.
- Elaboración de materiales divulgativos (trípticos, carteles, etc) sobre la conservación y sobre el etiquetado de alimentos.
- Elaboración de estrategias de intervención dirigidas a distintos segmentos de población, teniendo en cuenta sus mecanismos de decisión al respecto: personas mayores, niños, etc.
- Fomento del acceso de determinados grupos de población (jubilados, etc) a programas e instalaciones deportivas.
- Fomento de la realización de encuentros y actividades enmarcadas en el presente Plan: Carreras Populares, jornadas provinciales de actividad física y alimentación, sesiones informativas,...
- Elaboración de un catálogo de recursos comunitarios, destinados a la actividad física.

Indicadores

- Número de campañas informativas realizadas, en diferentes medios, dividido entre 1000.
- Materiales de difusión elaborados por mil habitantes.
- Número de actividades educativas y encuentros realizados, según ámbito territorial provincial.



Para los **SERVICIOS SANITARIOS**

Objetivos

- 2.1. Los profesionales sanitarios y las Administraciones Sanitarias, Autonómica y Local, dispondrán del material de apoyo necesario, para poder recomendar la práctica de actividad física y de alimentación equilibrada en todas aquellas personas que contacten con el Sistema Sanitario Público Andaluz por cualquier causa.
- 2.2. Los procesos asistenciales que lo requieran, para prevenir la enfermedad o mejorar su evolución, incluirán planes específicos sobre alimentación y actividad física.
- 2.3. Con carácter general, los servicios sanitarios recomendarán a los usuarios la práctica de actividad física adecuada a sus características personales y clínicas, y promoverán la adquisición de hábitos alimentarios saludables.
- 2.4. Los profesionales sanitarios apoyarán y recomendarán la lactancia materna y las prácticas sanas de alimentación al lactante y al niño pequeño en el marco del Programa del Niño Sano.
- 2.5. Los profesionales sanitarios informarán a determinados grupos de población sobre las medidas a adoptar para reducir la influencia de enfermedades por malnutrición y carenciales (ingesta de yodo, hierro, ácido fólico antes del embarazo, etc).
- 2.6. Se crearán los medios para que las personas que, por motivos de salud, necesiten el acceso a programas e instalaciones deportivas, puedan ser derivados a los mismos desde los servicios sanitarios.
- 2.7. Los programas de salud, en especial los del área materno infantil, incorporarán líneas de acción específicas sobre dieta y actividad física.

Estrategias

- Fomento de la formación del personal sanitario y con competencias en el campo del Deporte /Actividad Física (Administración Autonómica y

Local) en temas de actividad física y alimentación.

- Diseño y desarrollo de un programa de formación para el personal sanitario, principalmente de atención primaria.
- Diseño y desarrollo de un programa de formación para Agentes / Promotores de Salud (teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad) de cara a la potenciación de la Educación para la Salud en el ámbito social.
- Se incluirán recomendaciones dietéticas y sobre actividad física, para la prevención de enfermedades cardiovasculares, accidente cerebro vascular, cáncer, osteoporosis, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, en aquellos procesos asistenciales que tengan como objetivo, la atención integral a dichas patologías.
- Elaboración de un "Consejo Mínimo" sobre alimentación y sobre actividad física, para su aplicación por los profesionales sanitarios, en Atención Primaria de Salud.
- Elaboración de material informativo sobre nutrición y ejercicio físico dirigido a la población general y a los profesionales sanitarios.
- Se articularán los mecanismos necesarios para evitar la incidencia de malnutrición en colectivos de riesgo (institucionalizados, hospitalizados): vigilancia de la incidencia de desnutrición, planificación de menús sanos y nutritivos para estos colectivos.
- Creación de líneas de colaboración con ayuntamientos, FAMP / RACS, etc. para la derivación de personas que por consejo sanitario precisen el uso de instalaciones y programas de mejora de estado físico.

Indicadores

- Porcentaje de pacientes con recomendaciones dietéticas y actividad física, para la prevención de enfermedades relacionadas con una dieta inadecuada e insuficiente actividad física.



- Número de personas incluidas en programas específicos para la salud sobre Actividad Física y Alimentación.
- Numero de "consejos mínimos" impartidos en Atención Primaria.
- Número de cursos de formación realizados.
- Materiales educativos realizados, según tipo.
- Prevalencia de malnutrición en grupos de riesgo.

Dirigidos a la **POBLACIÓN EDUCATIVA**

Objetivos

- 3.1. Establecer en los Centros de atención socioeducativa (Guarderías Infantiles) dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales actividades destinadas a concienciar a los padres/ madres de la importancia que tiene para sus hijos educarles en unos hábitos de alimentación equilibrada y en la práctica regular de ejercicio físico.
- 3.2. Se promoverá que la población escolar de Educación Infantil, Primaria y Secundaria adquiera hábitos alimentarios propios de una alimentación sana y equilibrada, y valore la importancia de la práctica de la actividad física.
- 3.3. Ofrecer a la población escolar de Educación Primaria y ESO los conocimientos básicos para mantener una alimentación equilibrada y sobre la importancia de la actividad física.
- 3.4. Se establecerán medidas para que la población universitaria de formación relacionada con la salud (Medicina, Enfermería, Farmacia, etc.) reciba formación específica sobre alimentación y actividad física.
- 3.5. Integrar el Plan en el marco de actuación de otros programas (Plan de Empresas Saludables de Andalucía, Forma Joven, etc).
- 3.6. Ofrecer a los centros educativos información básica sobre educación para el consumo, y preparación y conservación de alimentos.
- 3.7. Se promoverá que los comedores de los centros educativos ofrezcan menús equilibrados y adecuados a sus usuarios.
- 3.8. Fomentar la disponibilidad de espacios para la realización de ejercicio físico en los centros educativos.

Estrategias

- Creación de líneas de colaboración con la Consejería de Educación y Ciencia y las universidades andaluzas para el diseño y realización de



programas educativos sobre Actividad Física y Alimentación, y otras actividades que se consideren oportunas.

- Creación de líneas de colaboración y de participación en actividades complementarias extraescolares que se realicen dentro del ámbito escolar: desayuno andaluz, cartelería de autobuses escolares, etc.
- Para la coordinación de estas acciones en el ámbito escolar, se aprovecharán las infraestructuras intersectoriales provinciales que se vienen utilizando para la realización de otros programas (Accidentes, Forma joven,..).
- Las Consejerías de Salud y de Educación y Ciencia elaborarán conjuntamente materiales educativos y de difusión.
- Se organizarán distintas actividades (cursos, jornadas, etc.) dirigidas al personal que presta sus servicios en todos los centros educativos, incluidas las Guarderías Infantiles, destinadas a proporcionarles una formación adecuada sobre la alimentación equilibrada y la actividad física.
- Igualmente, se podrán aprovechar, en su caso, las infraestructuras de los Centros de atención socioeducativa (Guarderías Infantiles) para la organización de actividades dirigidas a los padres/ madres de los alumnos de estos Centros, destinadas a informarles y concienciarles sobre la importancia que tanto para los niños/ as como para ellos mismos tiene el mantener unos hábitos alimentarios sanos y la práctica de actividad física.
- Realización de cursos de formación para docentes con la colaboración de las sociedades científicas implicadas en el ámbito andaluz: SANCYD, SAEN, SAMFYC.
- Fomento de acuerdos con los centros educativos privados para impulsar el fomento de la práctica de la actividad física, de hábitos alimenticios sanos, y elaboración de menús equilibrados y adecuados a los usuarios.
- Fomento de la dotación de espacios deportivos adecuados en los centros educativos.

Indicadores

- Número de centros de Educación Primaria y ESO que incluyen programas educativos sobre Actividad física y Alimentación Equilibrada.
- Número de centros universitarios que incluyen actividades de formación sobre Actividad física y Alimentación Equilibrada, según tipo de centro.
- Número de centros de atención socioeducativa (Guarderías Infantiles) que cuentan con programas formativos sobre alimentación equilibrada y ejercicio físico.
- Número de actividades (cursos, jornadas, etc.) dirigidas al personal de los Centros de atención socioeducativa (Guarderías Infantiles) destinadas a la formación en materia de alimentación.
- Número de centros de atención socioeducativa (Guarderías Infantiles) en los que se han realizado actividades dirigidas a los padres/ madres de los alumnos/ as sobre alimentación equilibrada y actividad física.
- Número de Facultades que incluyen en su currículo el área temática de nutrición en su formación profesional.
- Numero de centros educativos con espacios adecuados para la realización de ejercicio físico.



Dirigidos a la **POBLACIÓN LABORAL**

Objetivos

- 4.1. Se fomentará e impulsará la realización de programas de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada en las empresas en el marco del Plan de Empresas Saludables.
- 4.2. Se fomentará e impulsará el uso de menús equilibrados y adecuados en los comedores de las empresas, en el marco del Plan de Empresas Saludables.

Estrategias

- Determinación de los contenidos mínimos del programa de formación en alimentación y actividad física.
- Se diseñarán estrategias de implantación de programas de fomento de la actividad física y la alimentación sana, así como el uso de menús saludables, mediante acuerdos con las empresas.
- Se incorporarán la alimentación y la actividad física como materias dentro del Plan de Empresas Saludables.

Indicadores

- Número de empresas que siguen el programa de actividad física y alimentación equilibrada del Plan de Empresas Saludables.
- Número de empresas que siguen el programa de menús saludables en sus comedores.

Dirigidos a las **EMPRESAS DE PRODUCCIÓN**

Objetivos

- 5.1. Se recomendará la inclusión de contenidos mínimos sobre alimentación equilibrada, en los programas de formación de manipuladores de alimentos.
- 5.2. Se recomendará a las empresas productoras de alimentos que ofrezcan información a la población sobre las características nutricionales de sus productos.

Estrategias

- Determinación de los contenidos mínimos del programa de formación en alimentación equilibrada y actividad física, para los manipuladores.
- Se diseñarán las estrategias informativas para recomendar a las empresas que amplíen la información de las etiquetas sobre el valor nutritivo de los productos y recomendaciones de consumo dirigidas a la población.

Indicadores

- Número de empresas de producción que siguen el programa de alimentación equilibrada del Plan de Empresas Saludables.
- Número de empresas de producción que siguen el programa de formación de alimentación y actividad física del presente Plan.
- Número de centros de formación que incluyen la alimentación y la actividad física en la formación de manipuladores de alimentos.
- Número de productos / empresas que modifican el etiquetado de los alimentos.



Dirigidos a las **EMPRESAS DE RESTAURACIÓN Y DEL OCIO**

Objetivos

- 6.1. Se propondrá la inclusión de contenidos mínimos sobre alimentación equilibrada, en los programas de formación de manipuladores de alimentos.
- 6.2. Se recomendará el uso de menús saludables en las empresas dedicadas a la restauración en centros laborales, escolares, residencias, etc.
- 6.3. Se fomentará el ofrecimiento en las empresas turísticas y las dedicadas al ocio (bares, restaurantes, etc.) de platos sanos y menús saludables.
- 6.4. Se fomentará el uso de la información pertinente, para la preparación de sus menús con alimentos cada vez más sanos.
- 6.5. Se facilitará a las empresas de restauración información y material suficiente para que éstas puedan proporcionar a sus clientes la elección de menús saludables.
- 6.6. Se fomentará la incorporación, por parte de las empresas de restauración, de menús dirigidos a grupos de población con problemas específicos de salud (diabéticos, celíacos, etc).

Estrategias

- Se revisará y adaptará si procede, la normativa que regula los programas de formación de los manipuladores de alimentos.
- Se determinarán los contenidos mínimos del programa de formación en alimentación equilibrada y actividad física.
- Se estudiarán las estrategias de implantación de programas de fomento de la actividad física y la alimentación sana, así como el ofrecimiento de menús saludables, mediante acuerdos con las empresas (Plan de Empresas Saludables).
- Se elaborarán las estrategias de actuación adecuadas en relación con

los comedores de residencias de ancianos y comedores de guarderías infantiles.

- Se diseñarán diferentes estrategias informativas dirigidas a la población (información sobre valor nutritivo, recomendaciones de consumo,...).
- Se facilitará a las empresas del sector de la restauración información sobre las necesidades nutricionales de determinados grupos de población, así como las formas más sencillas y fáciles de preparación de sus menús.

Indicadores

- Empresas de restauración que siguen el programa de alimentación equilibrada del Plan de Empresas Saludables.
- Empresas de restauración que siguen el programa de formación de alimentación y actividad física del presente Plan.
- Número de centros de formación que incluyen la actividad física y la alimentación equilibrada en la formación de manipuladores de alimentos.



De **CONOCIMIENTOS**

Objetivos

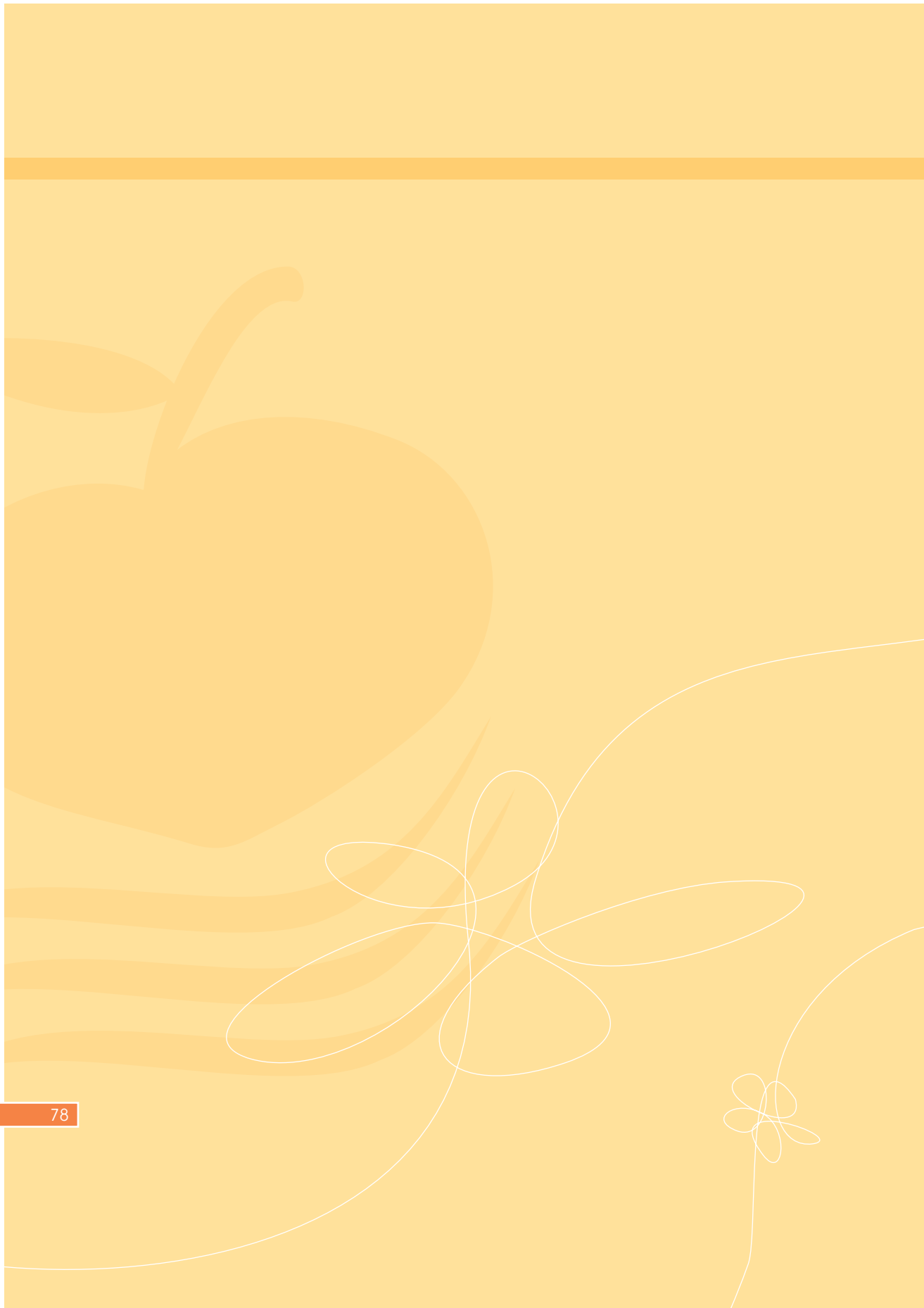
- 7.1 Se fomentará la realización y difusión de experiencias eficaces sobre Actividad Física y Alimentación equilibrada.
- 7.2 Se establecerán las medidas que faciliten el mayor conocimiento sobre los hábitos alimentarios y nutricionales y la actividad física, así como aquellos otros que permitan una mejor adopción de medidas de intervención en la población.

Estrategias

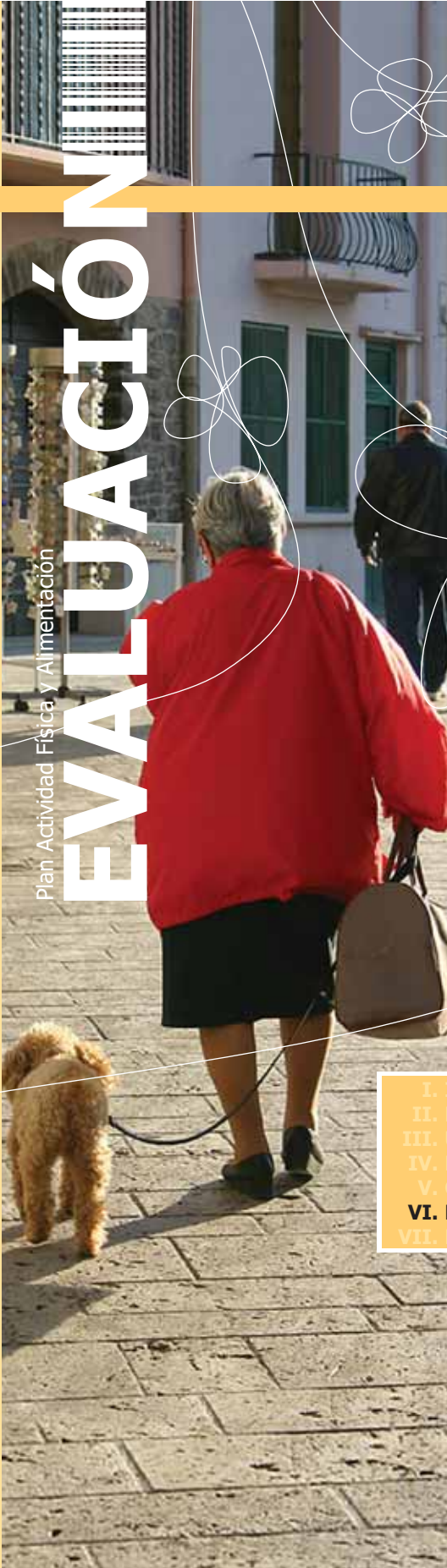
- Se creará un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la obesidad y de aquellas otras enfermedades relacionadas con la sobrealimentación, los desequilibrios nutricionales y el sedentarismo.
- Se realizará una Encuesta Nutricional de Andalucía.
- Se incluirá la alimentación y la actividad física como materias preferentes en las convocatorias de subvención de proyectos de investigación y otros programas específicos.
- Con carácter anual, se organizará un certamen sobre alimentación y actividad física.
- Se promoverá la creación de un registro para detectar prevalencia de malnutrición en personas institucionalizadas.

Indicadores

- Evolución de los resultados de las sucesivas Encuestas de Salud.
- Número de proyectos subvencionados.



EVALUACIÓN



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





VI. EVALUACIÓN

A partir de los sistemas de seguimiento y evaluación se configurará un informe anual después de tomando como base los indicadores vinculados a los objetivos de cada ámbito, recoja la evolución de los procesos establecidos y el impacto final en los datos de resultado.

Este sistema lleva consigo la creación de los siguientes instrumentos:

- La definición de un sistema de seguimiento en el ámbito de vigilancia epidemiológica (de acuerdo con el tercer Plan de Salud), que refleje los indicadores elementales para conocer la evolución de los hábitos de alimentación y actividad física de la Comunidad Andaluza. Algunas de las más importantes fuentes de información serán la Encuesta Andaluza de Salud, la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Nutrición de Andalucía, otras fuentes.
- La elaboración de un informe anual a partir de los sistemas de información de la Consejería de Salud, que permita una comunicación con los ciudadanos de la evolución del Plan y la consiguiente rentabilidad social y sanitaria.



Plan Actividad Física y Alimentación

BIBLIOGRAFÍA



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



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera F, Muñoz M, Llopis J, Matiz FJ. Valoración del estado nutricional en una población de niños andaluces. *Aten Primaria* 1990 ;7:265-270.
2. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000; 23:381-89.
3. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem LL, et al.- Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 608-612.
4. Aranceta J. Situación actual de la alimentación en España. en "*Guías alimentarias para la población española*", SENC 2001.
5. Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J, et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovasculares en la población española de 35 a 64 años *Rev. Sanid Hig Publica* 1993; 67:419-445.
6. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín JM, Rey J. Comer menos grasa para prevenir la cardiopatía isquemica; impacto potencial de estrategias poblacionales e individual de control de la colesterolemia en España. *Med Clin* 1993; 101:81-86.
7. Cano Fernández C, Chocrón González Y, Martínez Nieto JM, Rodríguez Martín A, Ruiz Jiménez MA, Díaz Vázquez MC, Rendón Gómez MA. Nivel de conocimientos sobre alimentación/ nutrición en adolescentes escolarizados de Cádiz. *Aten Primaria* 1998; 22: 33-38.
8. Comisión Europea. Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa. DG Sanidad y Protección de los Consumidores Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.
9. Comision Europea. Programas de acción comunitaria en el ámbito de la salud publica 2003-2008 (<http://europa.eu.int>).

10. Consejería de Salud. Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2000 (disponible en <http://www.csalud.junta-andalucia.es>).
11. Consejería de Salud. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2002.
12. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2002.
13. Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.
14. Consejería de Economía y Hacienda. Encuesta Continua de Presupuestos Familiares Base 1997: resultados para Andalucía años 1998 y 1999. Sevilla: Consejería de Economía y Hacienda, IEA. Junta de Andalucía, 2002.
15. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (UEFIC) (<http://www.eufic.org/sp/home/home.htm>).
16. Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes* 2002;5(6):275-86.
17. Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº L 271 de 9/10/2002. Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2003, relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud Pública (2003-2008).
18. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Perez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. Healthy eating for young people in Europe a school-based nutrition education guide. WHO Regional Office for Europe; 1999.
19. EUROPREV Coordinating Group. Preventable Health Conditions in Europe. An approach to morbidity prevalence and mortality from data bases.1998.
20. Felicitas Domínguez-Berjón M, Borrell C, Nebot M, Plasència A.- La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gaceta Sanitaria*



1998; 12, 3: 100-109.

21. Fernández-Real JM et al. : Evolución ponderal en la población de Girona, 1989-1999. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 57-63.
22. Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (FEFOC). Nutrición y cáncer (www.fefoc.org/nutrici.htm).
23. Gómez JA. Los factores de riesgo cardiovascular en la población española: estudio DRECE. V Simposio internacional sobrealimentación lípidos y arterosclerosis. Madrid, 1996.
24. Goñi Murillo C, Vilches C, Ancizu Irure E, Arillo Crespo A, Lorenzo Reparas V, Ancizu Iribarren P, Áriz Vidondo M, Martínez Inda MJ.- Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. *Aten Primaria* 1999; 23: 32-37.
25. Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, García de Yébenes MJ, Gutiérrez-Fisac JL, López García E, Rodríguez-Artalejo F: Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 616-618.
26. Guiu Viaplana A, Rosell Murphy M, Martínez Artés X, D. van Esso Arbolave, Cirera Codina T, Ramón Hernández E: Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en atención primaria *Aten Primaria* 1998; 22: 486-490.
27. Institute of European Food Studies. A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. (<http://www.iefs.org>).
28. Institute of European Food Studies. A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health. Report number two: Influences on food choice and sources of information on healthy eating.
29. Institute of European Food Studies. Dietary Changes.
30. Instituto de Estadística de Andalucía. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA) (<http://www.iea.junta-andalucia.es>)

31. Instituto Andaluz del Deporte. Hábitos y Actitudes de los andaluces ante el deporte 2002. Observatorio del Deporte Andaluz, Consejería de Turismo y Deporte, 2003.
32. James WPT, Isaksson B. Nutrición saludable. Prevención de las enfermedades relacionadas con la nutrición para Europa. EASP. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1994.
33. Kraus RM, Reckelbaum RJ, Ernst N, Fisher E, Howard BV, Knopp RH et al. Dietary guidelines for healthy adults. A statement for health professionals from the nutrition committee. *American Heart Association Circulation* 1996; 1795-1800.
34. Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med* 2002; 347: 1483-1492 (www.nejm.org).
35. León E, Benedi A, Calle Pascual AI: Eficacia de los programas conductuales para mantener a largo plazo la pérdida de peso de personas obesas con diabetes mellitus tipo. *Endocrinología* 1999; 46.
36. Manson JA, Greenland P, LaCroix AZ, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347: 716-725 .
37. Martínez Vizcaíno F, Salcedo Aguilera F, Rodríguez Artalejo F, Martínez Vizcaíno V, Domínguez Contreras ML, Torrijos Regidor R: Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca. *Med Clín (Barc)* 2002;119:327-330.
38. Mendoza Berjano R, Sagrera Pérez MA, Batista Foguet JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). CSIC, Madrid, 1994.
39. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo.- Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: MSC, 2000. (disponible en



<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>).

41. Moran J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp.Peditr* 1992;36.1:45-50.
42. Moreiras O, Carvajal A, Campa M.T. Tendencias de los hábitos alimentarios y estado nutricional en España. Resultados de la encuesta de presupuestos familiares (1964-1991) documento de consenso sociedad española de nutrición comunitaria. Barcelona: edit SG;1995:105-117.
43. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Jonson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Jama* 2002; 288:1728-1732.
44. Otero Moreno, JM (dir.). El Deporte Andaluz en Cifras 2002. Málaga: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz, 2003.
45. Ransome OJ, Chalmers B, Herman, SG. Factors influencing breast-feeding in an urban community. *Med J* 1989;76: 431-433.
46. Rocchini, Albert P. Childhood obesity and a diabetes epidemic. *N Engl J Med* 2002; 346: 1390-1393 (www.nejm.org).
47. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, de Oya Otero M. Dieta y enfermedad cardiovascular. *Med Clin(Barc)* 2002; 119: 180 188.
48. Royo-Bordonada MG, Gorgojo L, de Oya M, Garcés C, Rodríguez-Artalejo F, Rubio R, del Barrio JL, Martín-Moreno JM: Variedad y diversidad de la dieta de los niños españoles: Estudio Cuatro Provincias. *Med Clin(Barc)* 2003; 120: 167-171.
49. Rubio MA, Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Ballesteros MD, Montoya MT. Estudio DRECE: dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en España. Hábitos alimentarios en la población española. *Endocrinología y Nutrición* 2000; 47 (10): 294 - 300.
50. Sánchez Cruz, JJ (coord.): Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003.

51. Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, 1999.
52. Serra Majem LL, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C; Román Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin(Barc)* 2003; 121: 126-131.
53. Sinha R, Fisch G, Teague B, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *N Engl J Med* 2002; 346: 802-10.
54. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guías alimentarias para la población española, recomendaciones para una dieta saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 2001.
55. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N Engl J Med* . 2003; 348: 2599-2608.
56. Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez González M.A, Sánchez-Villegas A, Martínez Hernández JA, de Irala Estévez J, Gibney MJ. Actitudes y prácticas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo. *Aten Primaria* 2003; 31 (2):77-86.
57. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
58. World Health Organization. CINDI dietary guide. WHO-Europe; 2000.
59. World Health Organization. Healthy living. WHO;1999.
60. World Health Organization. Salud XXI. Ginebra : WHO-Europa; 1999.
61. World Health Organization. Process for a strategy on diet, physical activity and health. WHO; 2002.
62. World Health Organization. The first action plan for food and nutrition



policy. WHO; 2001.

63. World Health Organization. Targets for health for All. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1985.
64. World Health Organization. Development of food and nutrition action plans in southern european countries. WHO-FAO; 2002.



Plan Actividad Física y Alimentación

AUTORES





AUTORES DEL PLAN

DIRECCIÓN

M^a Antigua ESCALERA URKIAGA

Directora General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

Javier ORTIZ GONZÁLEZ

Jefe del Sv de Promoción de la Salud y Farmacovigilancia.

DG Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

Jesús MUÑOZ BELLERÍN (Coordinación)

Técnico. DG Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

AUTORES

Javier ALONSO ALFONSECA

Responsable de Unidad Nutrición y Bioquímica.

Centro Andaluz de Medicina del Deporte. Consejería de Turismo y Deporte.

Diego APARICIO IBAÑEZ

Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa AL-ANDALUS.

Manuel **BAUS JAPÓN**

Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA).

Javier BLANCO AGUILAR

Técnico. DG Salud Pública y Participación.

Consejería de Salud.

Germana CABALLERO LÓPEZ

Técnico. D.G. Evaluación Educativa y Formación del Profesorado.

Consejería de Educación.

José Antonio CONEJO DÍAZ

Coordinador General de Salud Ambiental.

Consejería de Salud.

Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA).

Carmen Pilar JIMÉNEZ LORENTE

Coordinadora Grupo de Trabajo de Actividad Física y Nutrición.
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).

Francisco JIMÉNEZ LUQUE

Director del Instituto de Alimentación Mediterránea.
Consejería de Agricultura y Pesca.

Carmen LAMA HERRERA

Técnico. Servicio Andaluz de Salud.

Ana Reyes LÓPEZ HERNÁNDEZ

Jefa del Sv de Guarderías. Consejería de Asuntos Sociales.

Catalina MONAGO RAMIRO

Jefa del Sv de Educación y Promoción de los Consumidores. D. G de Consumo.
Consejería de Gobernación.

María Dolores MORENO GOYANES

Federación Unión de Consumidores de Andalucía-UCA/UCE

Teresa MUELA TUDELA

Secretaria de la Red Andaluza de Ciudades Saludables.
Federación Andaluza de Municipios y Provincias.

Jesús MUÑOZ BELLERÍN

Técnico. DG Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud.

Rafael MURIEL FERNÁNDEZ

Técnico. DG Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud.

Jesús PEINADO ÁLVAREZ

Jefe del Sv de Higiene y Seguridad Alimentaria.
Consejería de Salud.



Antonio PÉREZ DE LA CRUZ

Presidente de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

Miguel PICÓ JULIA

Técnico. DG Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud.

Juan PINILLA MUÑOZ

Técnico. DG Organización de Procesos y Formación.
Consejería de Salud.

Juana M^a RABAT RESTREPO

Vicepresidenta de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

Isabel REBOLLO PEREZ

Secretaria de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.

Alfredo RUBIO SANZ

Jefe del Sv de Epidemiología.
Consejería de Salud.

María F VALLINO LLABRES

Técnico. DG Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud.

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



2004-2008



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

