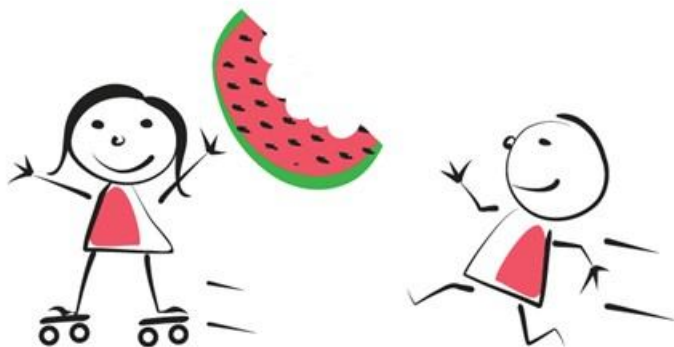


PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL EN ANDALUCÍA

Informe de Evaluación 2011-2018



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía.

Informe de Evaluación 2011-2018.

Noviembre 2019.



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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
ASPECTOS METODOLÓGICOS	8
DEFINICIONES DE SOBRESO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA	8
PRINCIPALES FUENTES DE DATOS	10
CONTEXTO DEL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL	10
SITUACIÓN EN EUROPA	11
EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ESPAÑA	12
RESULTADOS EN SALUD	16
SITUACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA	16
<i>Comparación Andalucía-España a través de las Encuestas Nacionales de Salud</i>	16
<i>Evolución de la situación en Andalucía a través de las Encuestas Andaluzas de Salud</i>	17
<i>Situación actual del exceso de peso en población infantil en Andalucía</i>	20
FACTORES RELACIONADOS CON EL EXCESO DE PESO	25
<i>Obesidad en la gestación</i>	25
<i>Recién nacidos macrosómicos</i>	27
<i>Lactancia materna</i>	27
<i>Alimentación, actividad física y horas de pantalla</i>	28
PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO	36
CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	40
EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN	42
1. LÍNEA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN	42
<i>Información a las familias desde la red de la sandía</i>	42
<i>Información a la población a través de los medios de comunicación</i>	45
CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	47
2. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	48
<i>PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO</i>	48
<i>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN EL ENTORNO EDUCATIVO</i>	53
<i>ÁMBITO COMUNITARIO</i>	61
CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	63
3. LÍNEA DE ATENCIÓN SANITARIA	65
<i>Atención al sobrepeso/obesidad infantojuvenil en centros de atención primaria de salud</i>	66
<i>Atención a la obesidad infantojuvenil en los hospitales</i>	72
CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	73

4.	LÍNEA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL	74
	<i>RED DE PROFESIONALES DEL PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA</i>	74
	<i>FORMACIÓN CONTINUADA EN LOS CENTROS</i>	88
	CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	91
5.	LÍNEA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	93
	<i>ESTIGMATIZACIÓN POR EL PESO ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS</i>	93
	CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	96
6.	LÍNEA DE DESARROLLO NORMATIVO	97
	CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA	97
	IDEAS CLAVE	98
	OPORTUNIDADES DE MEJORA	104
	ANEXOS	106
	ANEXO 1. RECURSOS MÁS CONSULTADOS EXCLUYENDO AL PERFIL GESTIÓN. (DATOS: 1 DE JUNIO DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2018)	106
	ANEXO 2. CUESTIONARIO ANTI-FAT ATTITUDES ADAPTADO DE CRANDALL 1994	107
	ANEXO 3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	108
	ANEXO 4. PUBLICACIONES Y PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y JORNADAS	110
	<i>Publicaciones</i>	110
	<i>Participación en congresos y jornadas</i>	111

COORDINACIÓN Y AUTORÍA

Begoña Gil Barcenilla. Directora del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía.

Reyes Sagrera Pérez. Técnica de Promoción de Salud, AGS Sevilla Sur. Apoyo técnico a la Dirección del Plan.

Amparo Lupiañez Castillo. Técnica de proyectos. Área de Salud Pública, Ciudadanía y Bienestar Social. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Silvia María Toro Cárdenas. Técnica de Proyectos Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Carlos Bruquetas Callejo. Servicios de Estrategias y Planes de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria.

Guadalupe Longo Abril. Técnica del Plan Integral de Obesidad Infantil. Servicio Andaluz de Salud.

REVISIÓN EXTERNA

Eduardo Mayoral Sánchez. Técnico Plan Integral de Diabetes. Servicio Andaluz de Salud.

Carmen Lama Herrera. Subdirectora de Planificación, Derechos y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias.

María Aranzazu Irastorza Aldasoro. Coordinación Planes Integrales, Servicio Andaluz de Salud.

Desde el Plan se desea rendir un homenaje a la **Doctora Ana Martínez Rubio**⁽¹⁾, por su excelente trabajo tanto en la elaboración del PIOBIN como en el posterior desarrollo de sus líneas de acción.

INTRODUCCIÓN

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

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

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía² diseñado en 2007 y desarrollado desde 2011 hasta la actualidad trata de dar respuesta al problema del exceso de peso en la población infantojuvenil. El Plan planteó desde su puesta en marcha la necesidad de:

1. Crear conciencia en la población general y en las Instituciones Públicas acerca de la magnitud del problema y la necesidad de un abordaje preventivo y multidisciplinar.
2. Sensibilizar a la población sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular.
3. Disponer las medidas necesarias encaminadas a promover en las familias andaluzas la adquisición de los conocimientos que les permitan la adopción de hábitos adecuados para el mantenimiento de un peso saludable.
4. Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales que faciliten la adopción y el mantenimiento a largo plazo de los estilos de vida saludables propuestos.
5. Involucrar activamente a diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil.

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

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

6. Avanzar en el diagnóstico precoz y en una atención integral de las personas afectadas de obesidad basada en la mejor evidencia científica disponible y en un mejor aprovechamiento y orientación de los recursos disponibles.
7. Facilitar la formación de los distintos perfiles profesionales implicados y promover proyectos de investigación relacionados.

En este informe se detallan las líneas de trabajo desarrolladas entre 2011 y 2018 y los principales resultados en salud obtenidos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DEFINICIONES DE SOBRESO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA

Según viene recogido en la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil³ del Ministerio de Sanidad y Política social, la **obesidad** se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo que determina la aparición de comorbilidades asociadas o constituye un factor de riesgo para el desarrollo de éstas.

Para definir el sobrepeso y la obesidad habitualmente se realiza una estimación indirecta del contenido graso corporal por medio del **IMC**, que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²). En las personas adultas, la OMS⁴ define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25 kg/m², y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m².

Este **índice de masa corporal** (IMC) es una medida válida, aunque indirecta, de la adiposidad en adultos. También se utiliza en la población infantojuvenil, pero hay que tener en cuenta que, a diferencia de lo que ocurre con los adultos, en los niños y en las niñas se producen fluctuaciones del IMC durante el crecimiento y eso dificulta el establecimiento de los puntos de corte para clasificar dicho IMC.

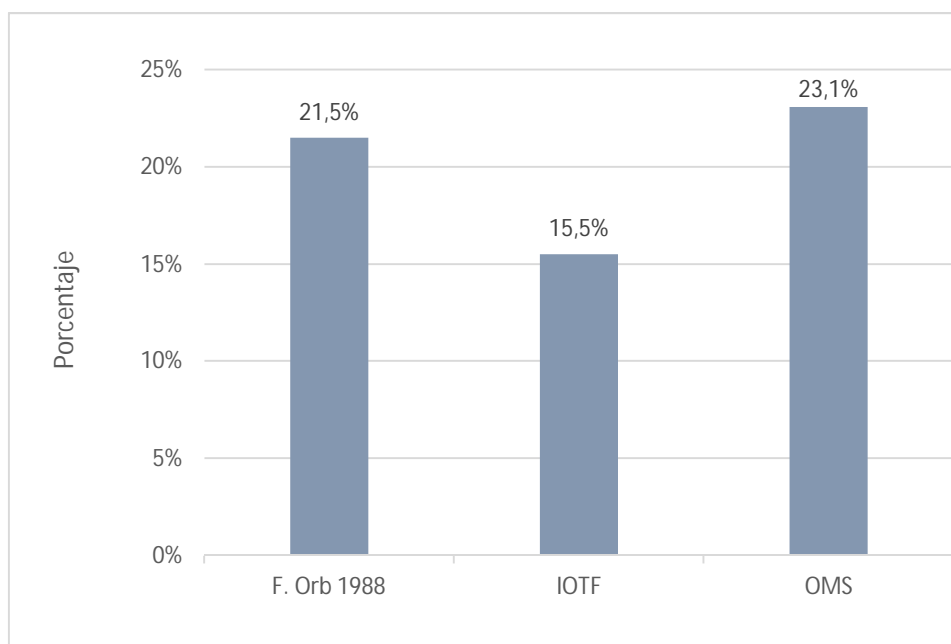
Debido a esto, existen diferentes criterios para establecer las definiciones de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad en la población infantojuvenil. Los más utilizados son los criterios de la **International Obesity TaskForce** (IOTF), también llamados puntos de **corte de Cole** y los **criterios de la OMS**. En España, además, se han utilizado en algunos estudios los criterios establecidos por el **Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo de la Fundación Orbegozo Hernández M, 1988** (FO). Como consecuencia de estos diferentes enfoques metodológicos hay que tener en cuenta que no se pueden comparar entre sí los resultados de los estudios que utilizan diferentes criterios de clasificación/definición de la situación ponderal.

A continuación, se muestra cómo la utilización de los distintos criterios arroja diferentes resultados de un mismo estudio en la prevalencia de obesidad.

³ Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2007/25.

⁴ WHO. Overweight and obesity. [sitio web]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006. [citado 13 ene 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

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



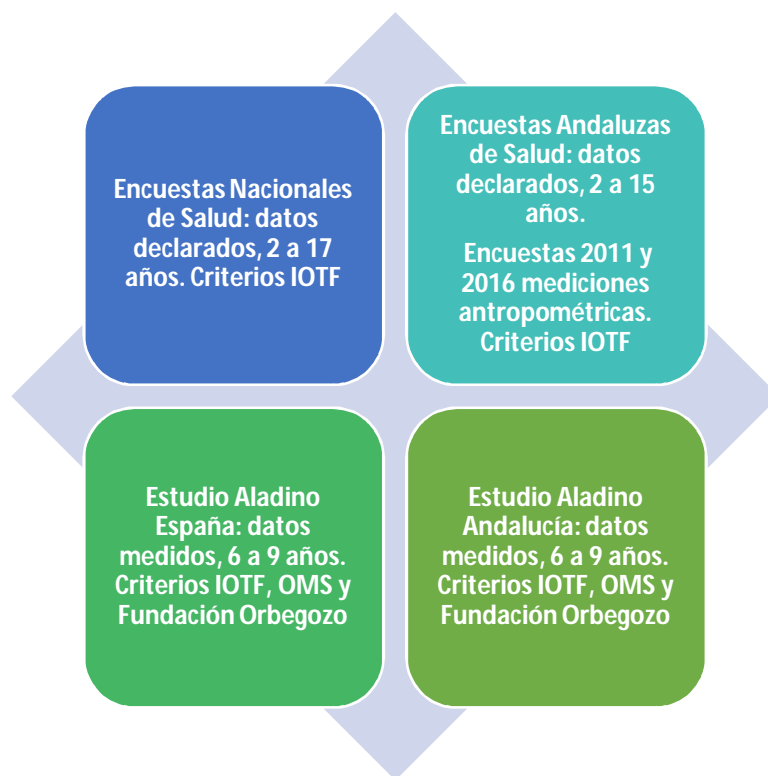
Fuente: Estudio Aladino Andalucía 2015.

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

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

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

PRINCIPALES FUENTES DE DATOS



CONTEXTO DEL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL

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

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

En las economías más avanzadas, la prevalencia se ha multiplicado por dos, e incluso por tres, desde 1970. Es más elevada en los hogares con bajo nivel socioeconómico y en algunos grupos étnicos minoritarios⁵.

El siguiente gráfico muestra los cambios experimentados en la prevalencia de obesidad en USA, Inglaterra y Francia en las últimas 6 décadas.

⁵ Lobstein, T. Prevalence and trends across the world. The ECOG Free Obesity eBook.

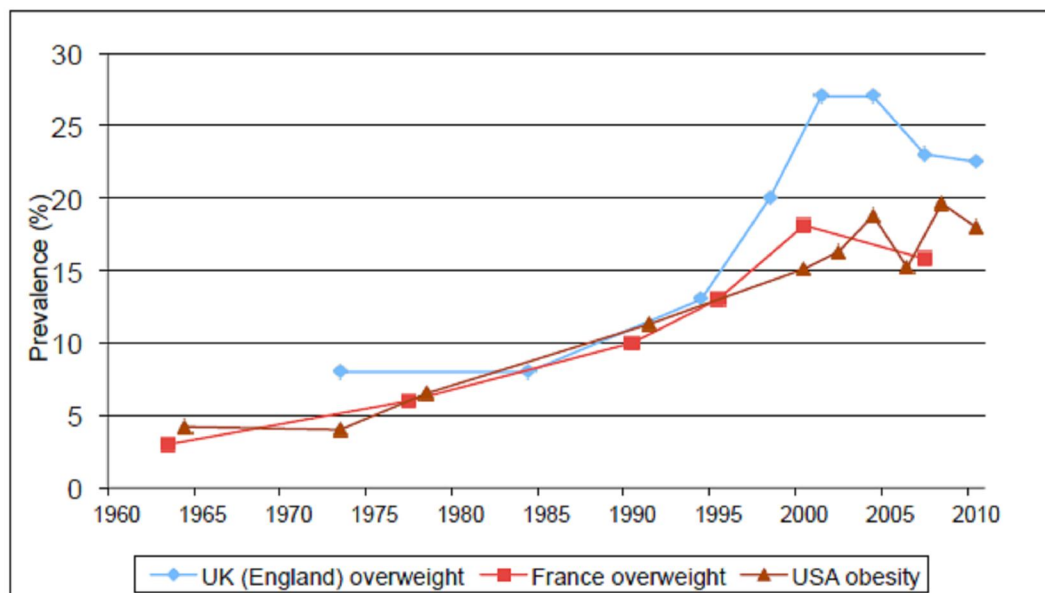
https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-epidemiology-prevention-across-europe/prevalence-trends-across-world/?utm_source=text&utm_medium=article-link&utm_campaign=ebook-en

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

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

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

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



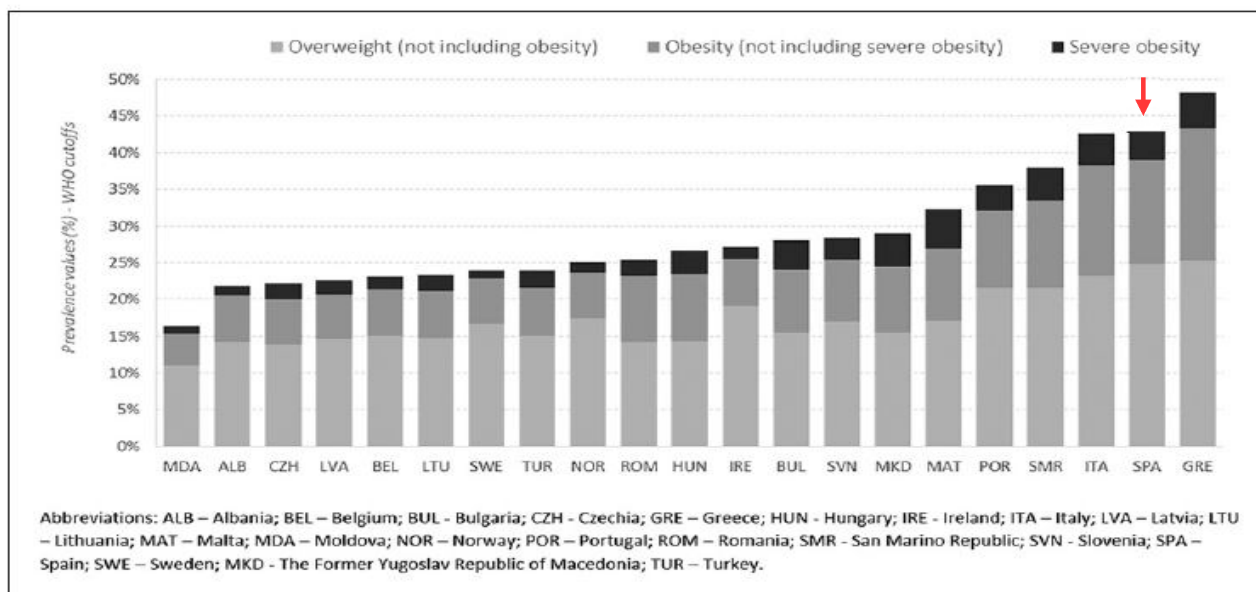
Fuente: International Association for the Study of Obesity, 2014

SITUACIÓN EN EUROPA

En la región europea, la OMS desarrolla desde hace 10 años el **Estudio COSI** (European Childhood Obesity Surveillance Initiative) para conocer la prevalencia del exceso de peso y monitorizar las tendencias en el grupo de edad de 6 a 9 años. España participa en esta monitorización a través del Estudio Aladino. El estudio europeo muestra que la **epidemia de obesidad infantil sigue un eje nort-sur**. Los datos indican que Grecia, España, Italia y Portugal tienen las prevalencias más elevadas⁶.

⁶ Spinelli, A., Buoncristiano, M., Kovacs, V. A., Yngve, A., Spiroski, I., Obreja, G., ... Breda, J. (2019). Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obesity facts*, 12(2), 244–258. doi:10.1159/000500436

Gráfico 3: Prevalencia por países de sobrepeso (no incluye obesidad), obesidad (no incluye obesidad grave) y obesidad grave en niños de 6 a 9 años (grupos combinados para edad y sexo) de la 1, 2 y 3 oleada del Estudio COSI (oleadas combinadas) con criterios de corte de la OMS. Mediciones objetivas.



Fuente: SPIRELLI, 2017

EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ESPAÑA

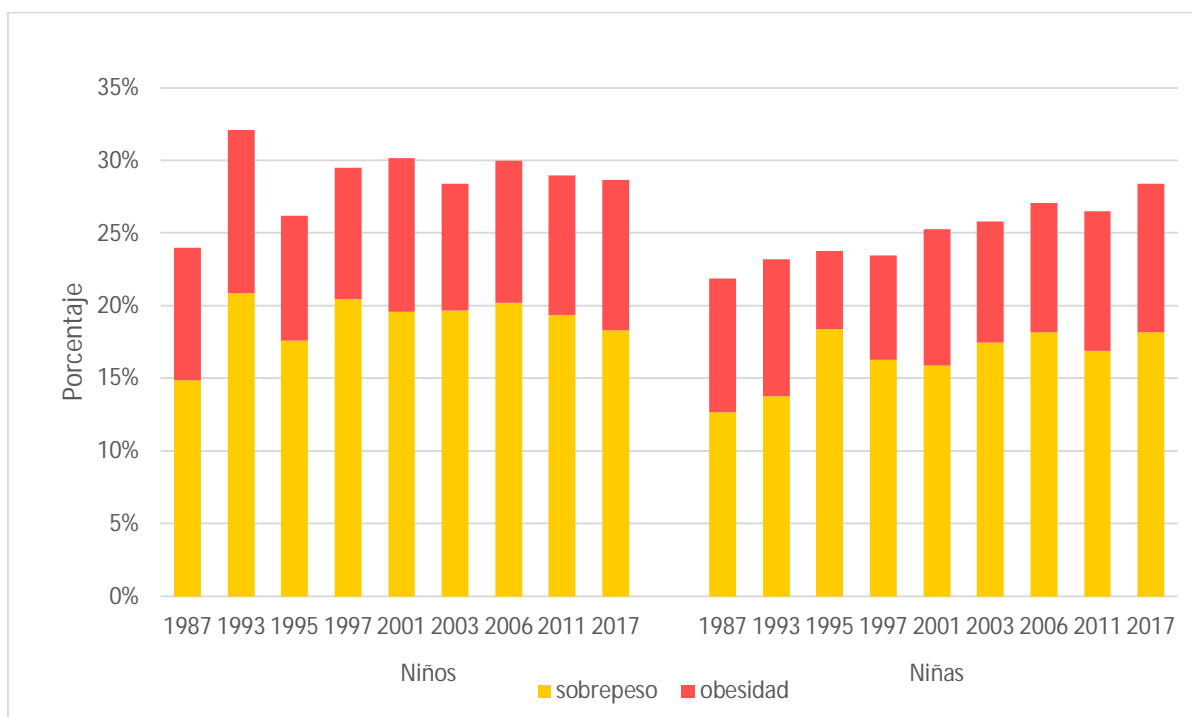
En España, los datos de las **Encuestas Nacionales de Salud** de los últimos 30 años (1987-2017) muestran el **aumento del sobrepeso en la población de 2 a 17 años (datos referidos por las familias, puntos de corte IOTF)**.

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

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

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

Gráfico 4: Tendencia del sobrepeso y la obesidad infantil según sexo en España 1987-2017. Población de 2 a 17 años. Criterios IOTF. Datos declarados por las familias.



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

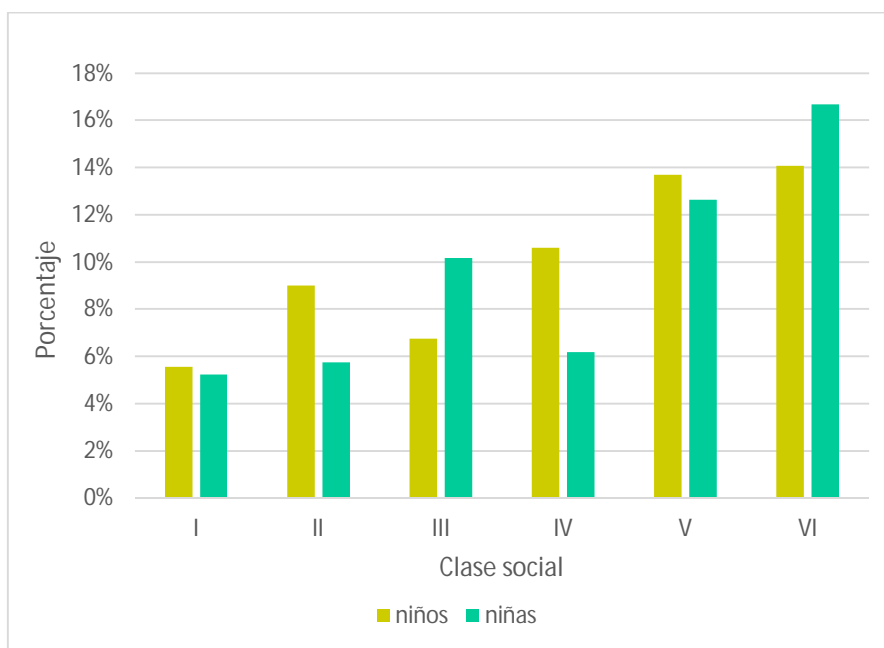
DIFERENCIAS POR CLASE SOCIAL Y GÉNERO

Según la última Encuesta Nacional de Salud de 2017, la obesidad infantil en España muestra un gradiente en relación con la **clase social**.

Las **clases más desfavorecidas (V y VI)** presentan prevalencias más elevadas de obesidad.

La obesidad es algo más frecuente en los niños que en las niñas, pero en la **clase social menos favorecida (VI)** la situación se invierte y las niñas presentan datos más elevados que los niños. En la misma encuesta se observa algo similar en la población adulta: prevalencias de obesidad más elevadas en los hombres que en las mujeres (el 18,25% de los hombres tienen obesidad frente al 16,74% de las mujeres), excepto en el grupo social VI en el que las mujeres tienen mayor prevalencia que los hombres (23,98% en mujeres y 20,42% en hombres).

Gráfico 5. Obesidad según sexo y clase social (ocupación de la persona de referencia). Encuesta Nacional de Salud 2017. Población 2-17 años.



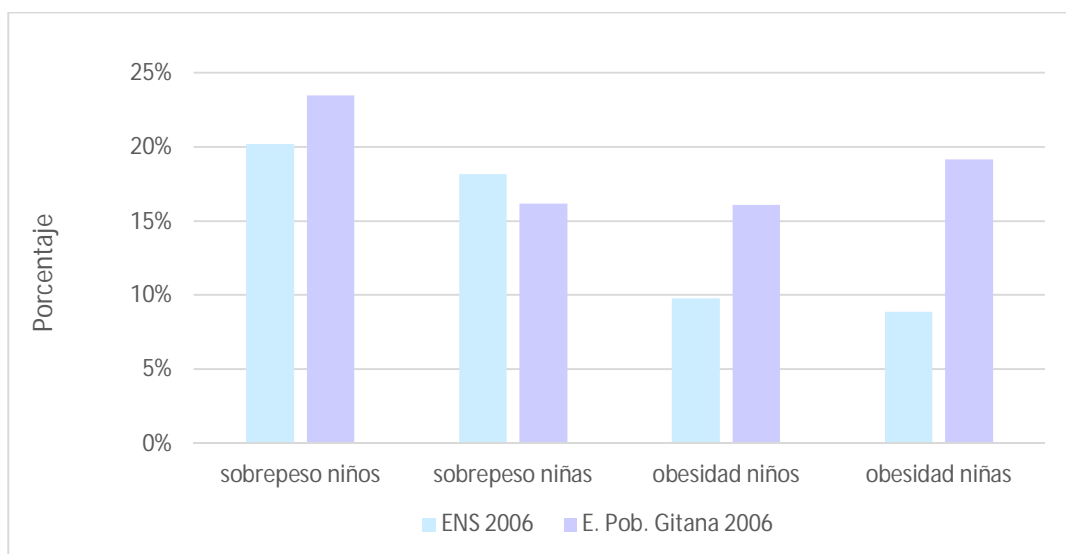
Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017

GRUPOS MÁS VULNERABLES

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

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

Gráfico 6. Sobrepeso y obesidad infantil en etnia gitana. Comparación Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Nacional de Salud a la población gitana (2006)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006 y Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2006

Igualmente, la encuesta de salud de la población gitana de 2014 indica que sufren sobrepeso u obesidad el 58,5% de los niños y niñas de etnia gitana frente al 32% de los niños y niñas de la encuesta nacional de 2012. Las niñas de etnia gitana de 10 a 14 años tienen el doble de sobrepeso y obesidad que las de la encuesta nacional (42,1% frente al 19,8%).

Mientras que las cifras de sobrepeso y obesidad en el conjunto de la población de 2 a 17 años se han mantenido estables en este intervalo de tiempo, los datos en los niños de etnia gitana han pasado del 39,6% al 58,5% entre 2006 y 2014, manteniéndose estables las cifras en las niñas gitanas.

Las desigualdades observadas en sobrepeso y obesidad en 2014 son similares a las detectadas en 2006 y se observan desde las primeras edades (2 a 4 años)⁷.

⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014. Madrid, 2018.

RESULTADOS EN SALUD

SITUACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA

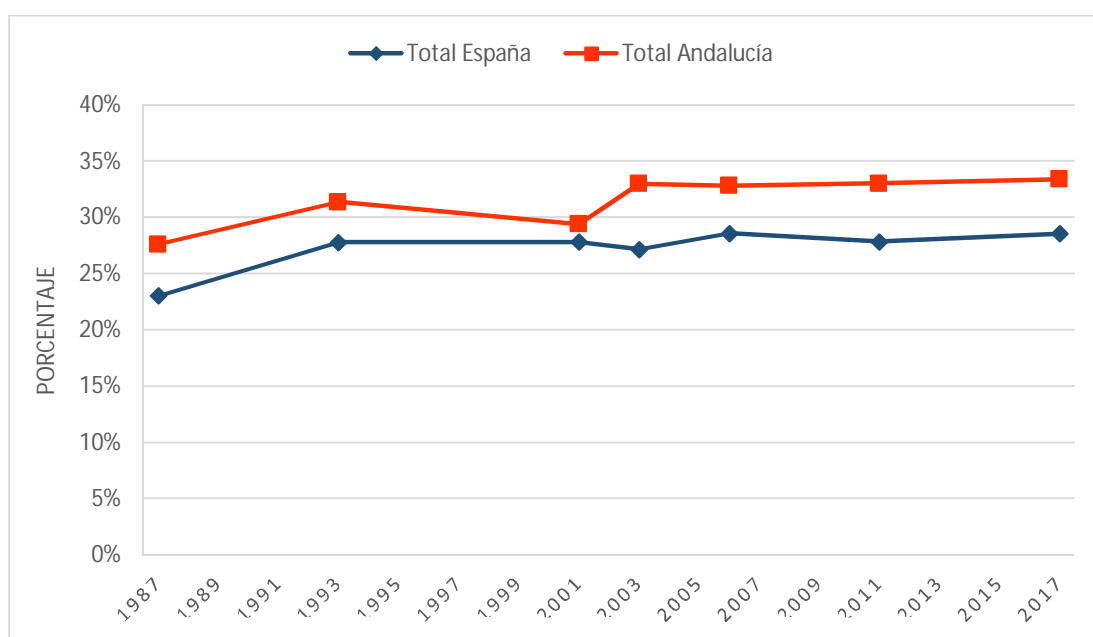
Comparación Andalucía-España a través de las Encuestas Nacionales de Salud

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

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

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

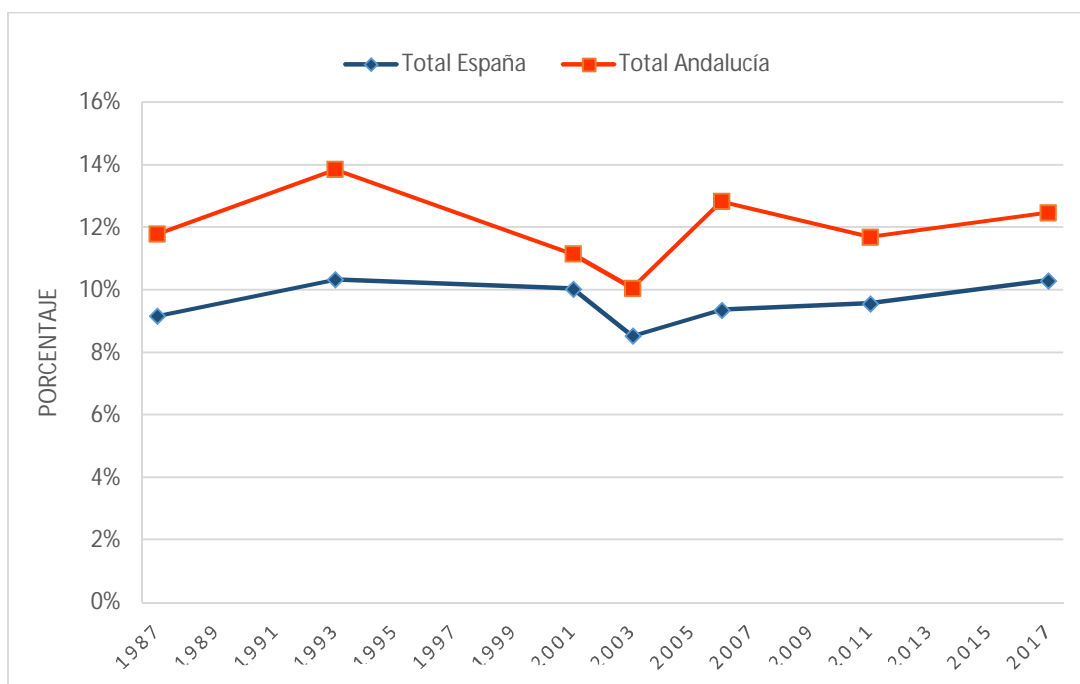
Gráfico 7. Sobrepeso más obesidad infantil en población de 2-17 años. Comparación Andalucía-España. Encuestas Nacionales de Salud 1987-2017.



Fuente: ENSE 1987-2017. Elaboración propia.

Las prevalencias de obesidad de Andalucía también son mayores que las de España. Tanto en Andalucía como en España no se observan incrementos significativos en el conjunto de las diferentes encuestas.

Gráfico 8. Obesidad infantil en población 2-17 años. Comparación Andalucía-España. Encuestas Nacionales de Salud 1987-2017.



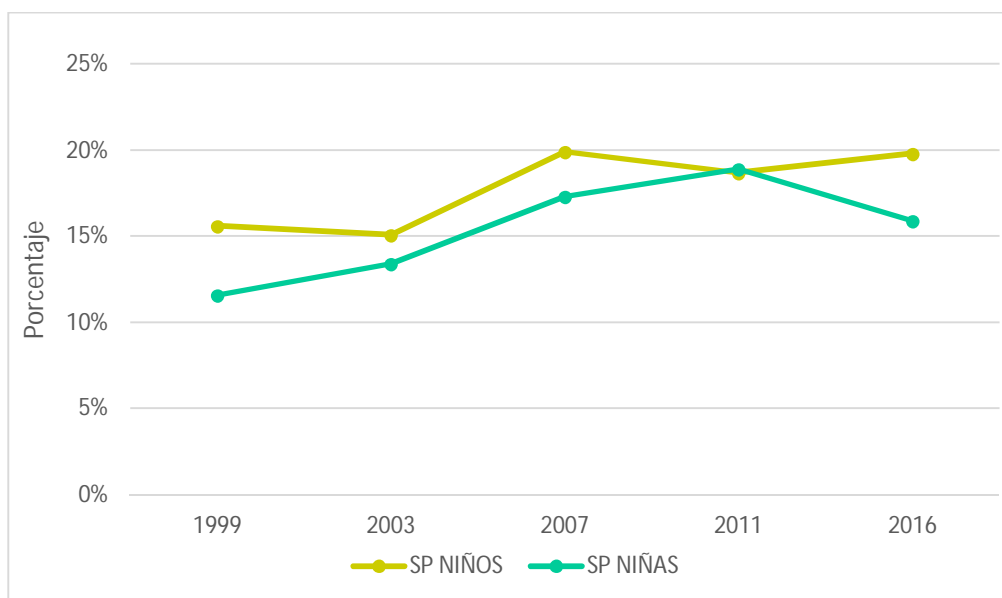
Fuente: ENSE 1987-2017. Elaboración propia.

Evolución de la situación en Andalucía a través de las Encuestas Andaluzas de Salud

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

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

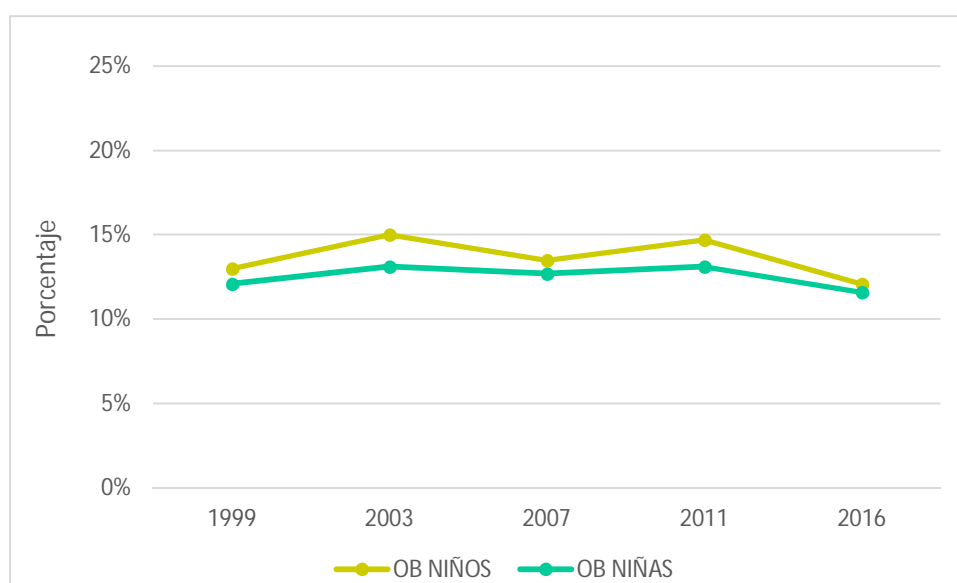
Gráfico 9. Evolución del sobrepeso según sexo en población de 2 a 15 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: EAS 1999-2016. Elaboración propia.

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

Gráfico 10. Evolución de la obesidad según sexo en población de 2 a 15 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: EAS 1999-2016. Elaboración propia.

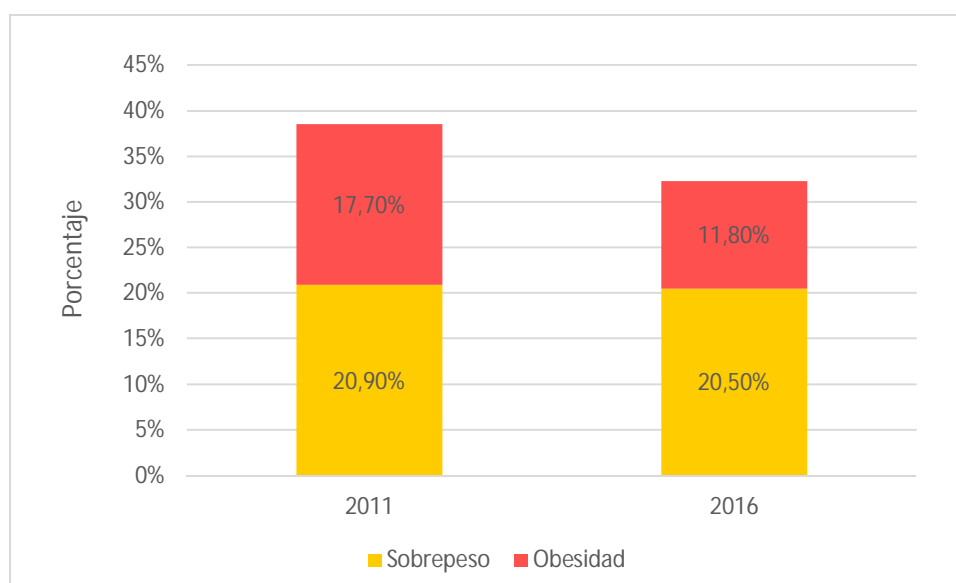
En 2011 por primera vez se realizaron **MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS** (peso y talla) en la Encuesta Andaluza de Salud.

Cuando se compararon los resultados de prevalencia de **sobrepeso** obtenidos a través de la información de los padres con los recogidos en las mediciones se encontró que había una **infraestimación del sobrepeso en niños de 5 puntos en los datos declarados**. El resto de los valores observados se aproximaron mucho a los declarados, siempre con una variación discretamente a la baja. En la EAS 2016 los valores observados y declarados de **sobrepeso** son muy similares en los niños mientras que en las niñas hay más divergencias. En los grupos de edad de 2 a 4 y sobre todo en el de 10 a 15 años llegó a detectarse un 3,4% más de sobrepeso observado que declarado.

En cuanto a los resultados observados en **obesidad**, la EAS 2011 puso de manifiesto la infraestimación esperada obteniendo en este caso una prevalencia de obesidad medida de 17,7%, frente a 13,9% de obesidad declarada. Esta infraestimación, es mayor en el subgrupo de 2-4 años y sobre todo en las niñas. La infraestimación es mucho menor en la EAS 2016, pero como ocurría en la encuesta anterior es mayor en las niñas (prevalencia de obesidad observada de 11,6% vs prevalencia declarada de 10,3%).

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

Gráfico 11. Comparación del sobrepeso y la obesidad en población de 2 a 15 años con mediciones antropométricas. Encuestas Andaluzas de Salud 2011 y 2016.



Fuente: EAS 2011-16. Elaboración propia.

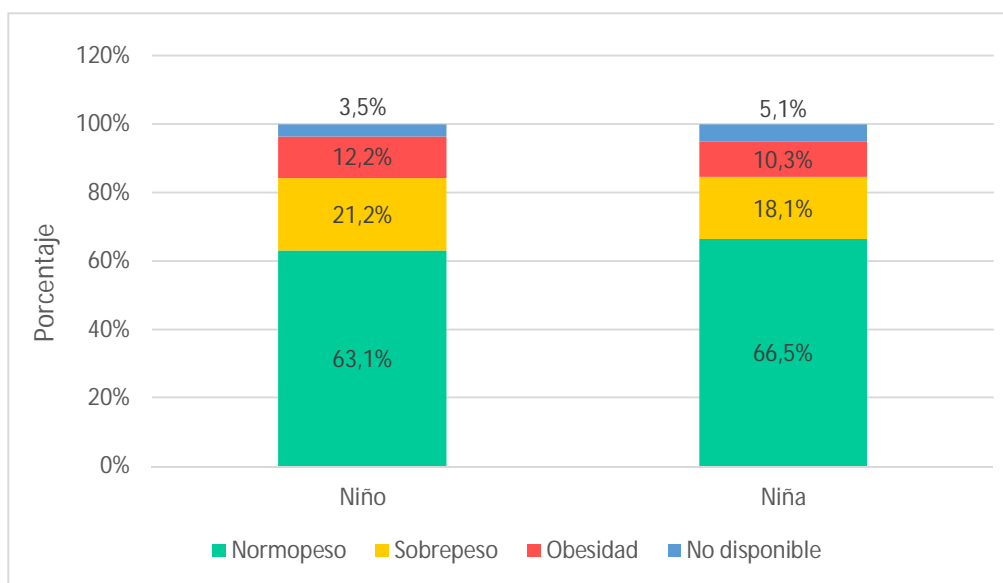
Situación actual del exceso de peso en población infantil en Andalucía

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

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

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

Gráfico 12. Sobrepeso y obesidad en población de 2-15 años y según sexo. Encuesta Andaluza de Salud 2016.

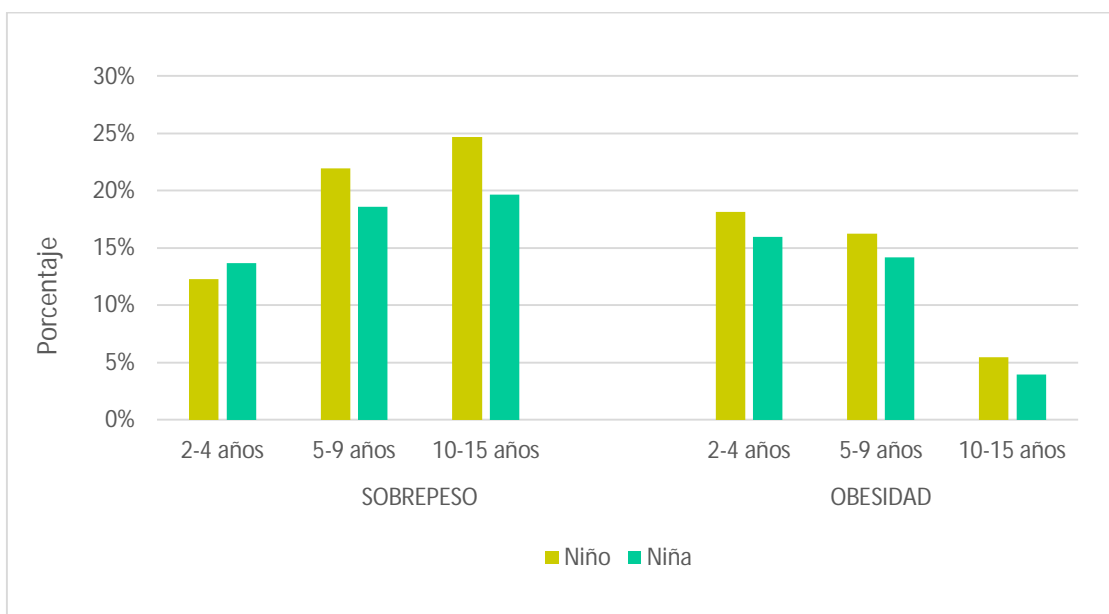


Fuente: EAS 2016. Elaboración propia.

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

La **obesidad**, en cambio, va disminuyendo entre los de más edad, sobre todo a partir de los 9 años tanto en los niños como en las niñas, como puede observarse en el gráfico 13.

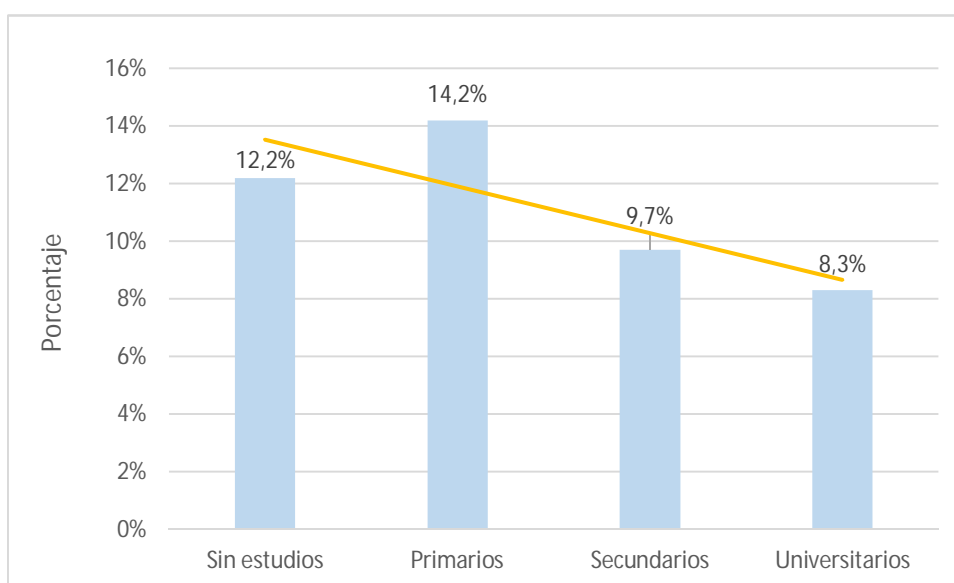
Gráfico 13. Sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 2 a 15 años. Encuesta Andaluza de Salud 2016.



Fuente: EAS 2016. Elaboración propia.

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

Gráfico 14. Prevalencia de obesidad en población de 2-15 años según el nivel de estudios de los padres. Encuesta Andaluza de Salud 2016.

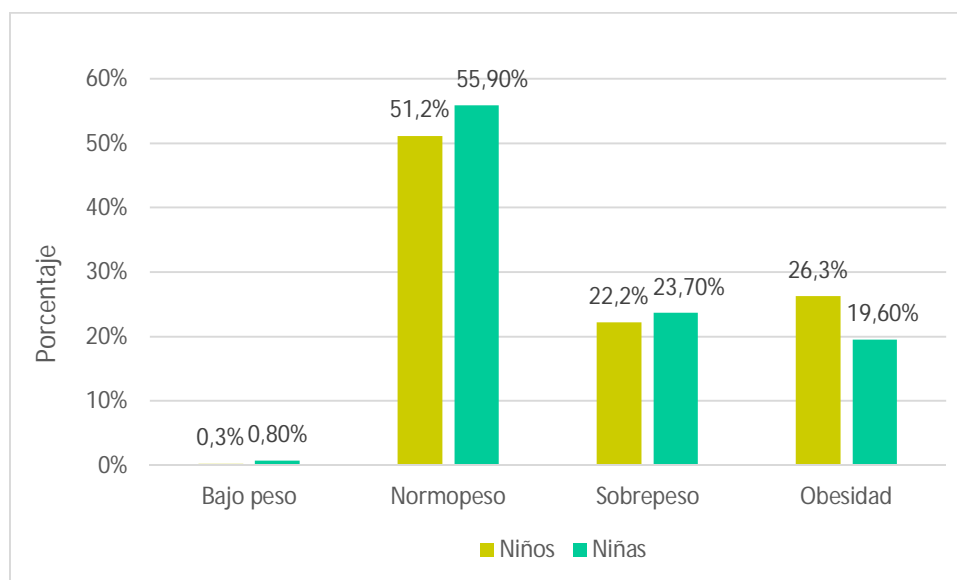


Fuente: EAS 2016. Elaboración propia.

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

El estudio ALADINO proporciona datos con mediciones antropométricas y clasifica el IMC con los puntos de corte de la OMS en la **población de 6 a 9 años**. Se elige monitorizar este grupo de edad porque es el que tiene mayores prevalencias de obesidad. Hay que recordar que los criterios de clasificación de la OMS detectan la obesidad de forma más sensible que los criterios de la IOTF lo que da como resultado datos más elevados de obesidad (ver gráfico 1).

Gráfico 15. Sobrepeso y obesidad en población de 6 a 9 años según sexo. Estudio ALADINO ANDALUCÍA 2015.

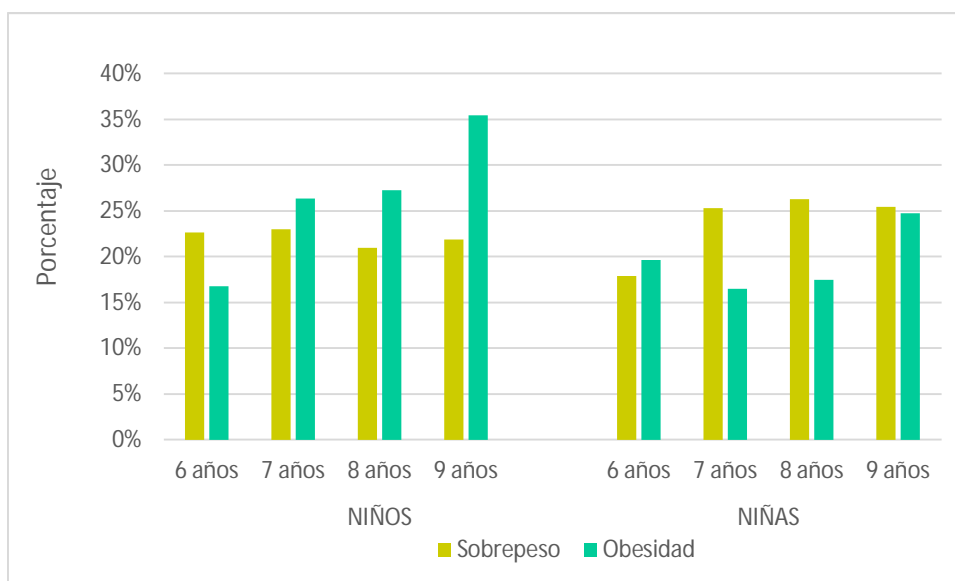


Fuente: Estudio ALADINO Andalucía 2015. Elaboración propia.

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

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

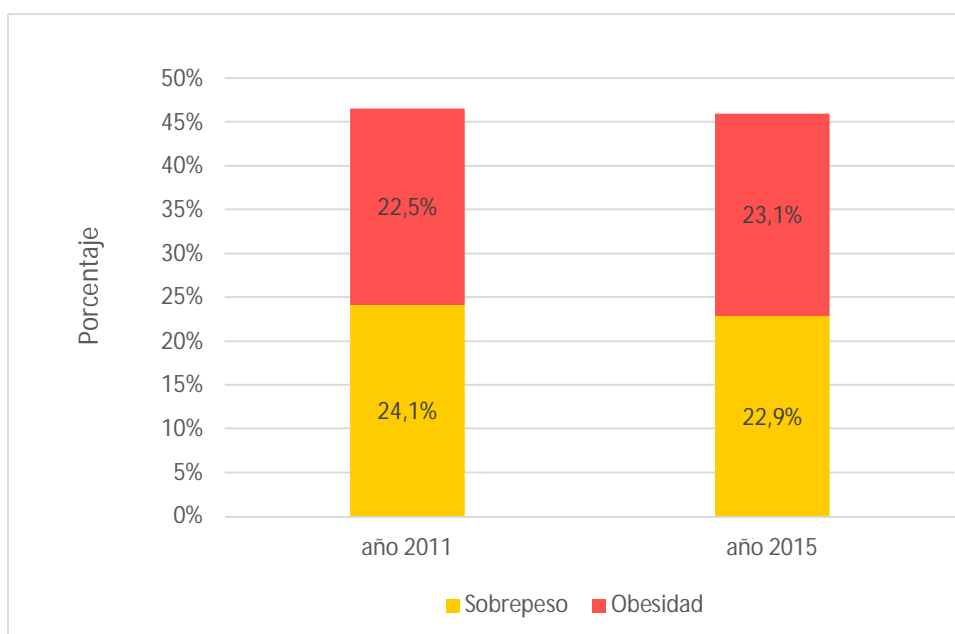
Gráfico 16. Sobrepeso y obesidad según edad y sexo en población 6-9 años. Estudio ALADINO Andalucía 2015.



Fuente: Estudio ALADINO Andalucía 2015. Elaboración propia.

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

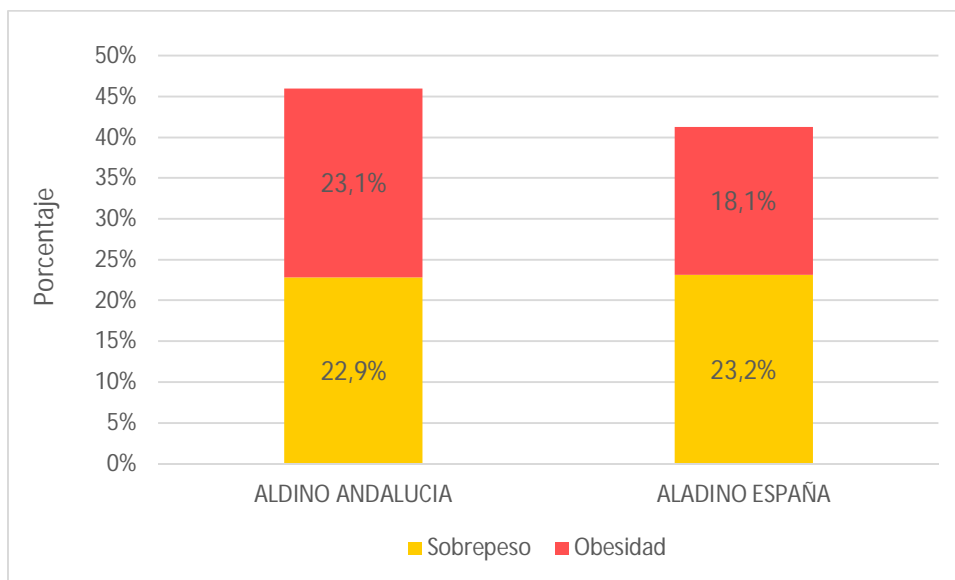
Gráfico 17. Comparación del sobrepeso y la obesidad en población andaluza de 6 a 9 años en los Estudios ALADINO Andalucía 2011 y 2015.



Fuente: Estudios ALADINO Andalucía 2011 y 2015. Elaboración propia.

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

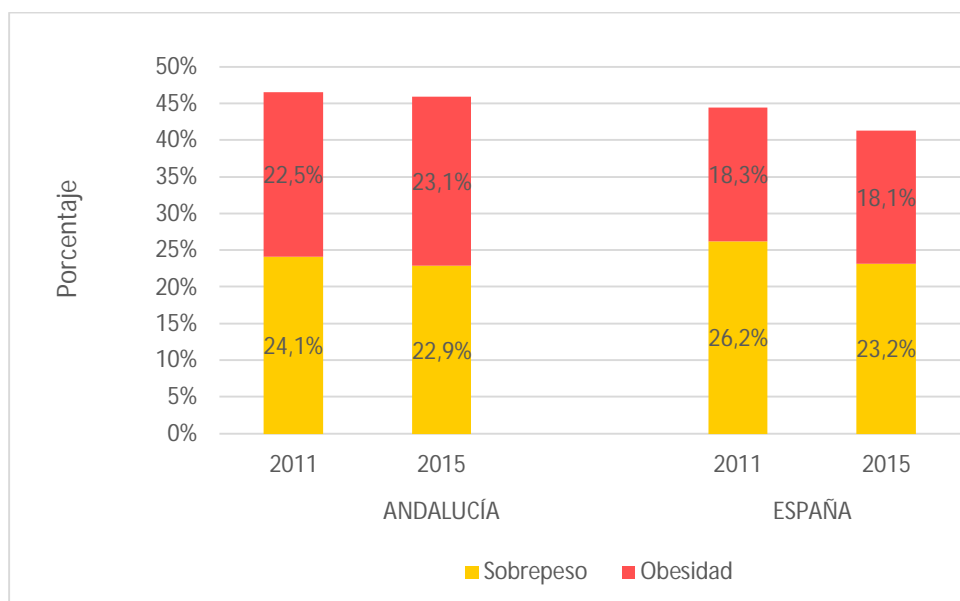
Gráfico 18. Comparación del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y en España en población de 6 a 9 años. Estudios ALADINO ANDALUCÍA y ALADINO ESPAÑA, año 2015.



Fuente: Estudios ALADINO Andalucía y ALADINO España, año 2015. Elaboración propia.

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

Gráfico 19. Evolución del sobrepeso y la obesidad en Andalucía y en España en población de 6-9 años. Estudios ALADINO 2011-2015.



Fuente: Estudios ALADINO Andalucía y ALADINO España, año 2011-2015. Elaboración propia.

FACTORES RELACIONADOS CON EL EXCESO DE PESO

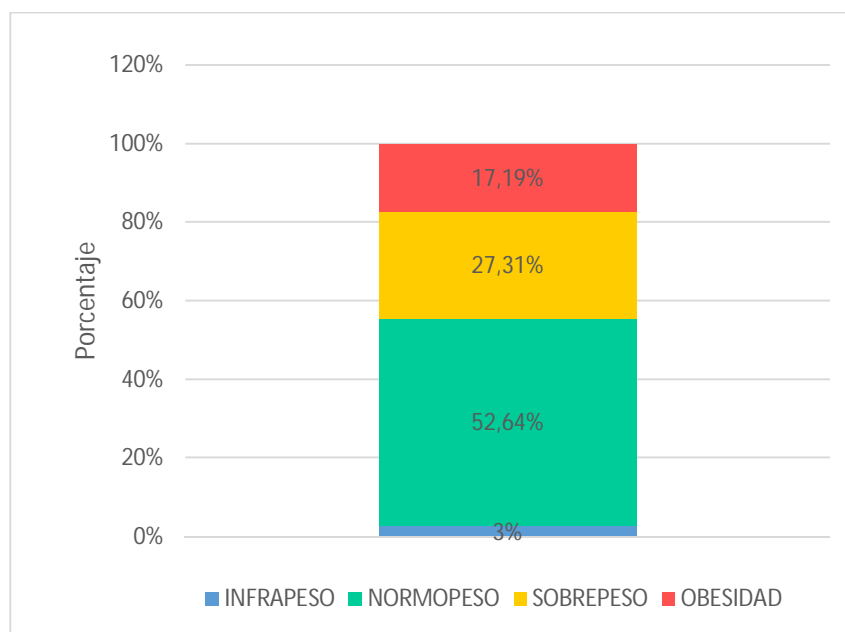
Obesidad en la gestación

Una perspectiva a lo largo de todo el ciclo vital puede mejorar la comprensión de la obesidad infantil. Los factores causales de la obesidad están presentes en los periodos más tempranos de la vida y persisten a lo largo de todas las etapas de crecimiento, desarrollo y en la etapa adulta. La evidencia más reciente muestra que las influencias en los periodos iniciales del desarrollo van a condicionar las respuestas de los niños al ambiente obesogénico que les rodea. Todo esto indica que también hay que enfocar la prevención a las primeras etapas de la vida (periodo preconcepcional, gestación y dos primeros años) lo que se conoce como los **1.000 primeros días de vida**.

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

De todas formas, hay que tener en cuenta que estos datos se han obtenido únicamente de la población gestante que utiliza los servicios sanitarios públicos. Sería deseable contar con información de base poblacional.

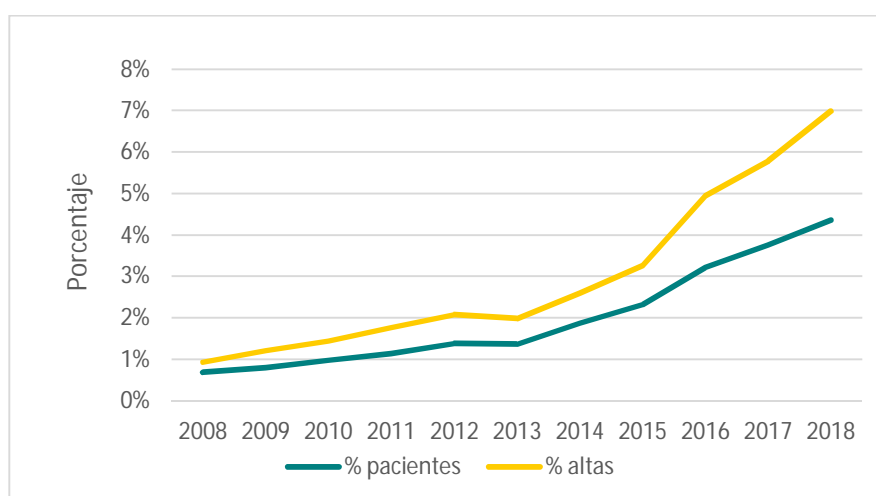
Gráfico 20. Situación del IMC en la primera visita de seguimiento del embarazo de las gestantes atendidas en Atención Primaria de Salud. Andalucía 2018



Fuente: Historia de Salud Digital de Andalucía. Diraya.

Por otro lado, al analizar la información sobre ingresos hospitalarios aportada por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), se observa que el porcentaje de pacientes con el diagnóstico de obesidad que complica la gestación sobre el total de pacientes con diagnóstico de embarazo, parto y puerperio atendidas en los hospitales públicos de Andalucía aumenta de año en año. Eso mismo ocurre con el porcentaje de altas con ese mismo diagnóstico respecto al total de altas a lo largo del período 2008-18. El porcentaje de altas en estas gestantes con obesidad es mayor cada año por los diferentes reingresos para su atención.

Gráfico 21. Obesidad que complica la gestación: porcentaje de pacientes y altas. Hospitales públicos de Andalucía 2008-18



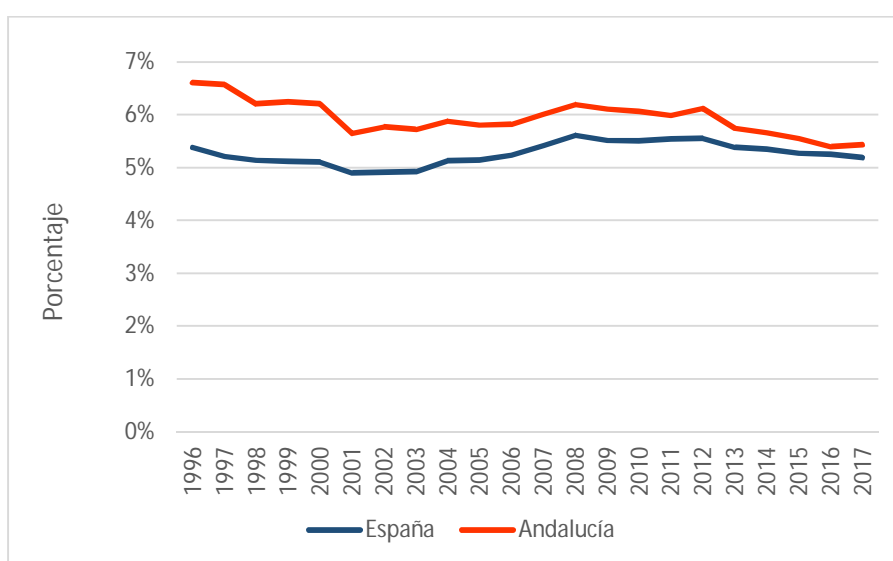
Fuente: CMBD.

Recién nacidos macrosómicos

Una de las consecuencias de la obesidad en la gestación es el aumento del riesgo de peso elevado en el recién nacido.

Los porcentajes de recién nacidos macrosómicos (peso \geq 4.000 gr) permanecen bastante estables a lo largo de los últimos veinte años tanto en España como en Andalucía, siendo más elevados en nuestra comunidad, pero con tendencia a la confluencia en los dos últimos años de la serie. En 1996, la prevalencia de macrosómicos en España fue del 5,4% y en Andalucía del 6,6%. En 2017, el dato de España permaneció estable (5,2%) mientras que el de Andalucía disminuyó al 5,4%.

Gráfico 22. Porcentaje de recién nacidos macrosómicos en Andalucía y en España 1996-2017



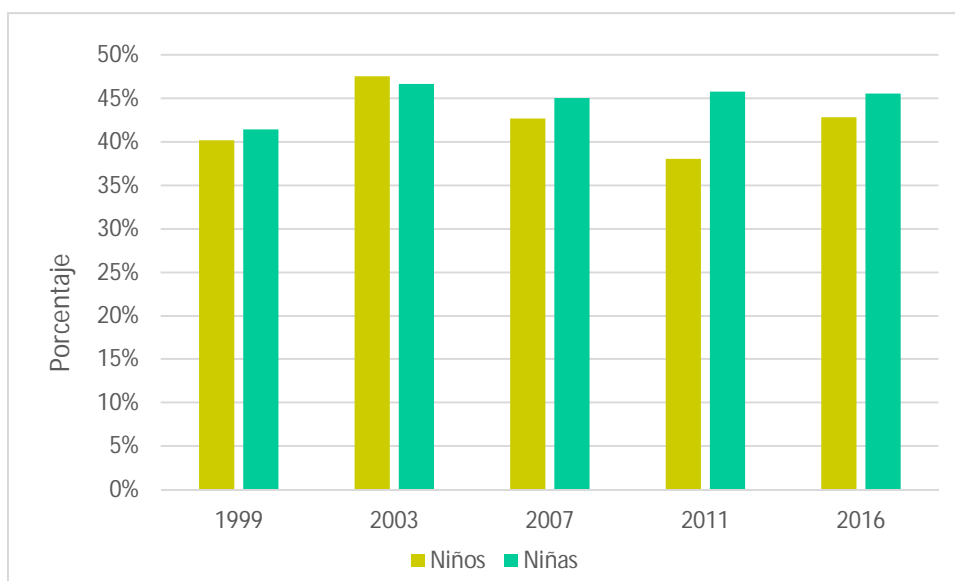
Fuente: INE. Estadísticas de nacimientos. **Elaboración:** S^o Vigilancia y Salud Laboral. DGSP y OF. Consejería Salud y Familias

Lactancia materna

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

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

Gráfico 23. Lactancia materna exclusiva a los 3 meses de edad. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: Encuestas de Salud de Andalucía 1999-2016

Alimentación, actividad física y horas de pantalla

Los cambios en el sistema alimentario, incluida la reducción en el coste y en el tiempo de preparación de las comidas, parecen ser el principal condicionante del incremento de la obesidad, aunque las diferencias en los entornos a nivel local y nacional (especialmente lo relativo a los determinantes económicos y socioculturales y también al tipo de transporte) pueden explicar las variaciones en la prevalencia de obesidad en diferentes grupos poblacionales⁸.

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

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

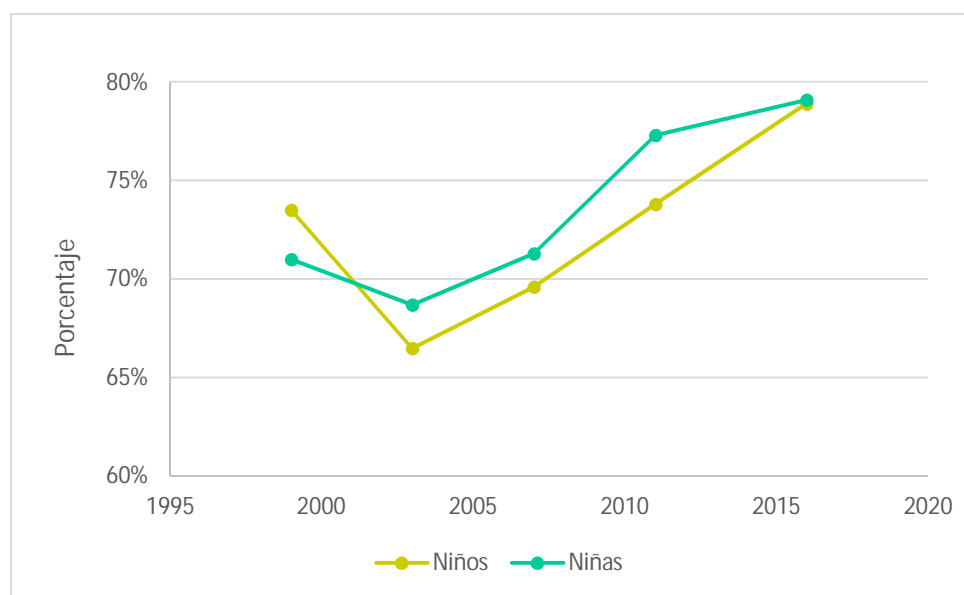
⁸ Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al: The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet 2011; 378: pp. 804-814

El estatus socioeconómico se asocia a la obesidad infantil de forma inversa; así, los abruptos cambios socioeconómicos resultantes de la crisis financiera de 2007, que afectó principalmente algunos países del sur de Europa (entre ellos España) pueden haber contribuido al mantenimiento de la epidemia ya que aumentó la proporción de niños y niñas en situación de riesgo de pobreza. Por otro lado, la crisis también afectó a los servicios públicos y a su papel en la prevención de la obesidad⁹.

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS ENTRE LA POBLACIÓN INFANTIL

El consumo frecuente de frutas y verduras se considera un factor que ayuda a mantener un peso saludable. Los datos de las sucesivas encuestas andaluzas de salud muestran un incremento en el consumo de fruta o verdura al analizar el porcentaje de menores que la consumen “al menos, 5 veces por semana”.

Gráfico 24. Consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” por sexo en población de 2 a 17 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.

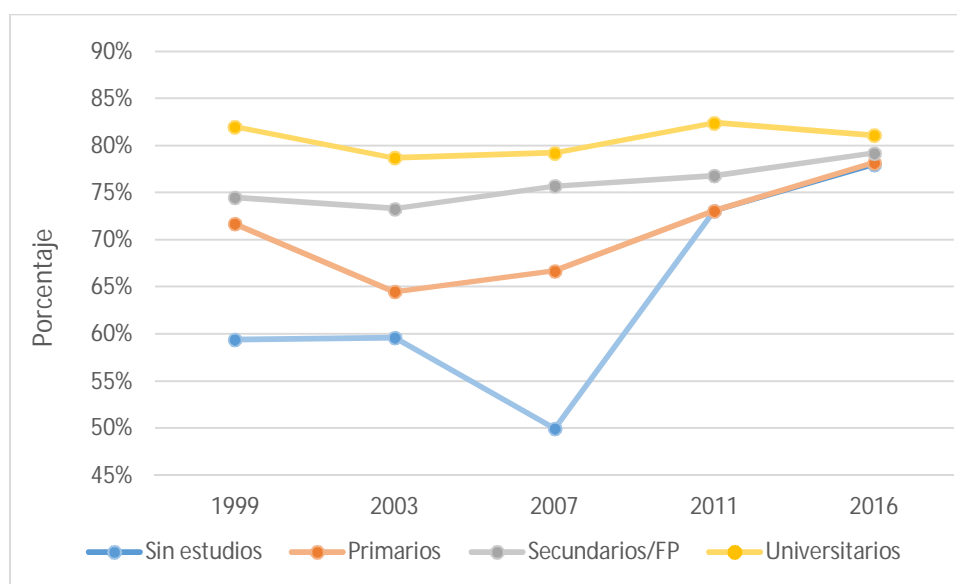


Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016

⁹ Garrido-Miguel, M, MSc; Caverro-Redondo, I, PhD; Álvarez-Bueno, C, PhD; Rodríguez-Artalejo, F, MD, PhD; A. Moreno, L, PhD; R. Ruiz, J, PhD; Ahrens, W, PhD; Martínez-Vizcaíno, V, MD, PhD. Prevalence and Trends of Overweight and Obesity in European Children From 1999 to 2016. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2019;173(10):e192430. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.2430. Published online August 5, 2019.

En cuanto al nivel de estudios de los progenitores, se observa que en la EAS 2016, los hijos de padres con estudios universitarios continúan obteniendo el valor más alto, como ya venía ocurriendo en anteriores EAS, pero los hijos/as de progenitores sin estudios han sido los que han evolucionado más favorablemente. En 1999 sólo el 59,4% consumía fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” y en 2016 el porcentaje sube al 78%. Estos datos indican que, en lo que se refiere al consumo de frutas y verduras, está disminuyendo la brecha existente entre los hijos e hijas de los diferentes grupos sociales.

Gráfico 25. Evolución del consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” según el nivel de estudios de los progenitores en población de 2 a 17 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



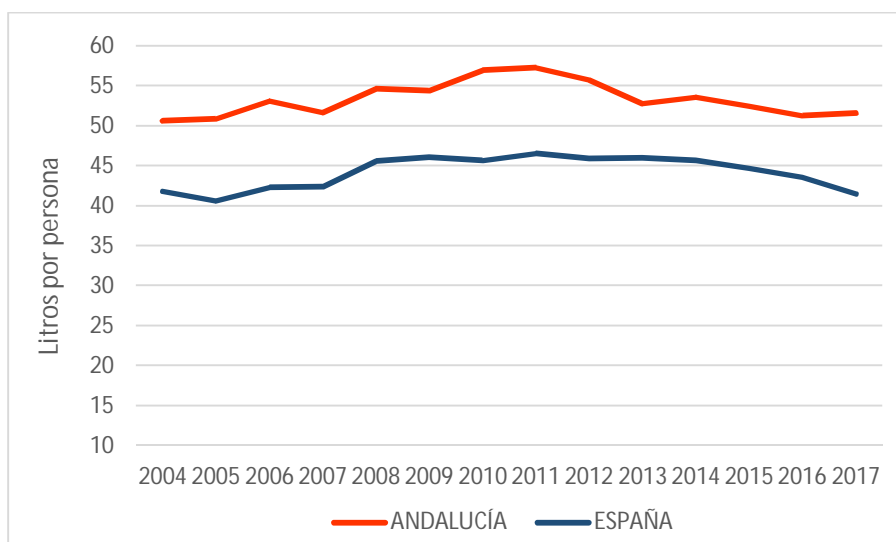
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016

CONSUMO DE REFRESCOS EN ANDALUCÍA

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

Este consumo, más elevado en Andalucía que en España, se viene manteniendo a lo largo de toda la serie como puede observarse en el siguiente gráfico.

Gráfico 26. Consumo de gaseosas y bebidas refrescantes en Andalucía y en España. Consumo per cápita en los hogares en litros por persona y año, 2004-17.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. 2018

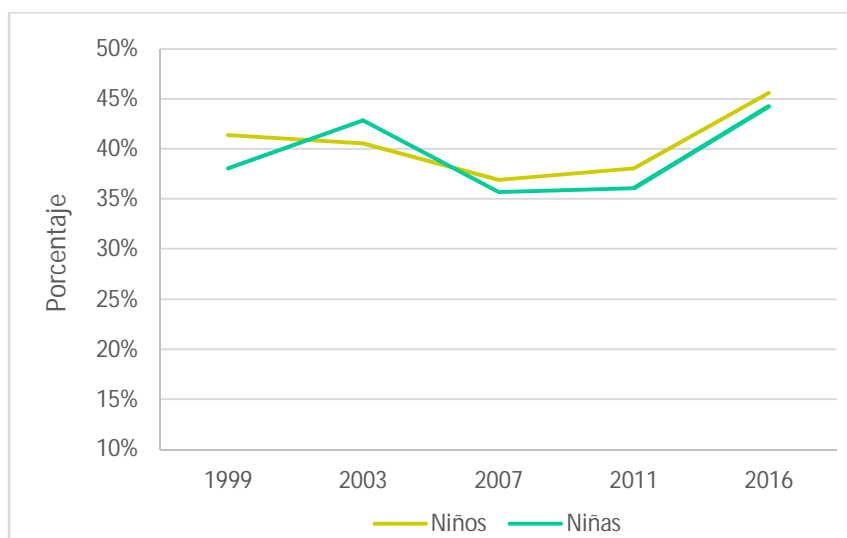
Por otro lado, la ENSE de 2017 también indica que el porcentaje de población de más de 1 año de Andalucía que consume refrescos con azúcar a diario es del 17,08%, el doble que el encontrado en España (9,13%).

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

SEDENTARISMO

Otro factor de riesgo importante para el exceso de peso, y para otros problemas de salud, es el sedentarismo. Las Encuestas Andaluzas de Salud ofrecen información sobre las horas diarias de televisión que ven los menores andaluces. Como puede verse en el gráfico 27, la evolución de este indicador del sedentarismo es desfavorable en los últimos años, especialmente en la EAS 2016 en la que se detecta que el **45% de la población de 2 a 15 años de Andalucía dedica 2 o más horas diarias a ver la televisión.** Los porcentajes aumentan con la edad en ambos sexos. No se observa un gradiente claro según el nivel de estudios de los progenitores, pero los descendientes de padres o madres con estudios universitarios ven menos la TV que aquellos que tienen padres sin estudios.

Gráfico 27. Porcentaje de población de 2 a 15 años que pasa 2 o más horas diarias viendo la televisión. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011 y 2016

También la ENS de España arroja datos preocupantes para Andalucía sobre sedentarismo. El 75,72% de la población de 1 a 14 años ve 1 hora o más la TV en días laborables y el 83,01% lo hacen durante los fines de semana. Los datos están algo por encima de la media nacional, 73,87% y 82,62% respectivamente.

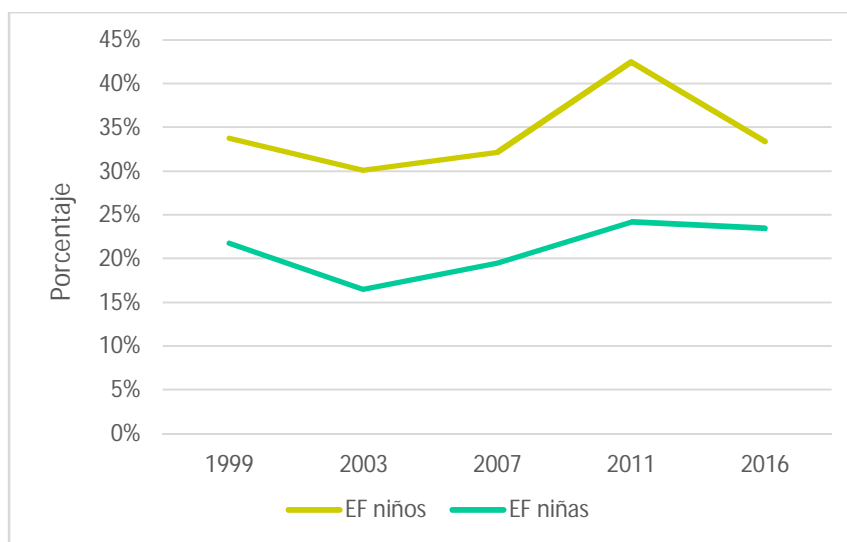
EJERCICIO FÍSICO EN LOS MENORES DE ANDALUCÍA

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

El porcentaje de niños y niñas que realizan ejercicio físico regular o varias veces a la semana es bajo. Entre niños y niñas la tendencia es desfavorable, especialmente en la última EAS. (Gráfico 28)

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

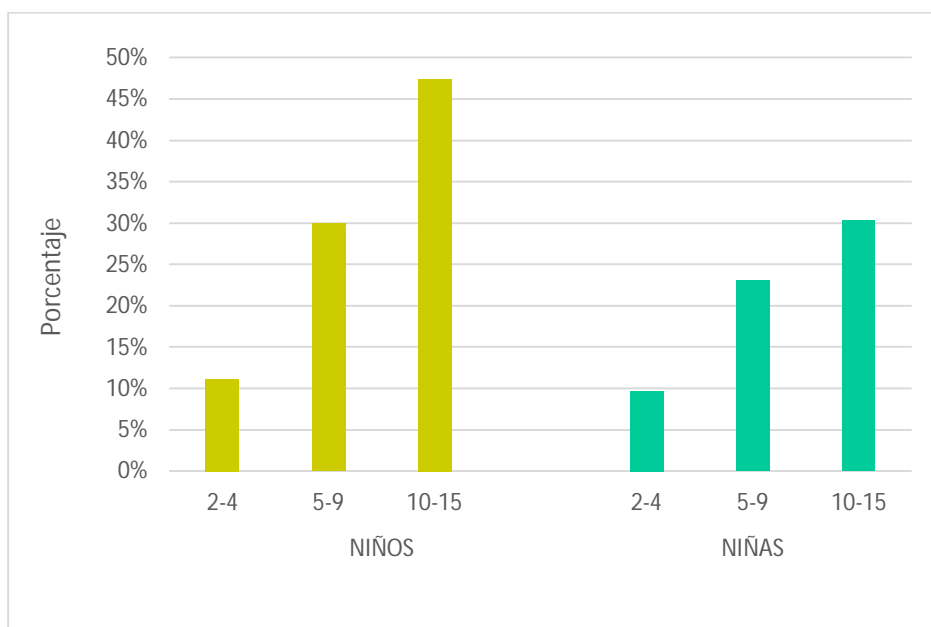
Gráfico 28. Evolución de la población de 2 a 15 años de Andalucía que realiza ejercicio físico “regularmente o varias veces a la semana”. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011 y 2016

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

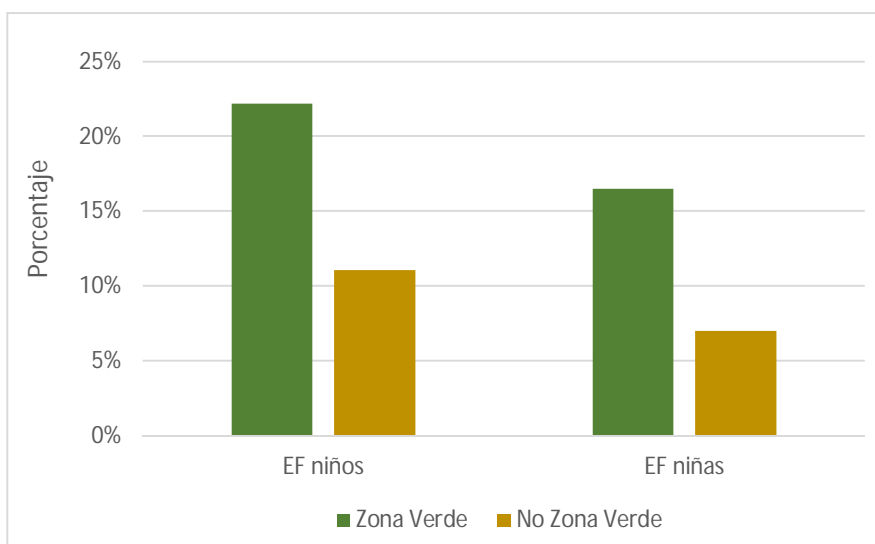
Gráfico 29. Actividad física por grupos de edad y sexo. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

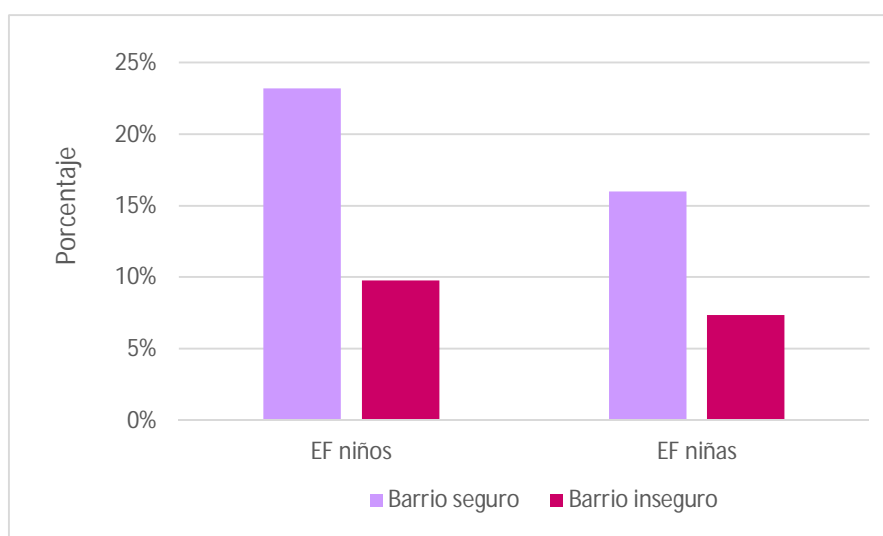
Por otro lado, se sabe que **las características del entorno en el que habitan las familias influyen** en favorecer o no la práctica de ejercicio físico. Los datos de la EAS 2016 indican que la existencia de zonas verdes en las proximidades de los domicilios promueve la práctica de ejercicio físico entre los menores, mientras que la percepción de las familias sobre la inseguridad en su barrio la dificulta, como queda reflejado en los gráficos 30 y 31. Estos datos son independientes del nivel de estudios de los padres.

Gráfico 30. Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y existencia de zonas verdes en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

Gráfico 31. Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y percepción de los padres sobre la seguridad en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



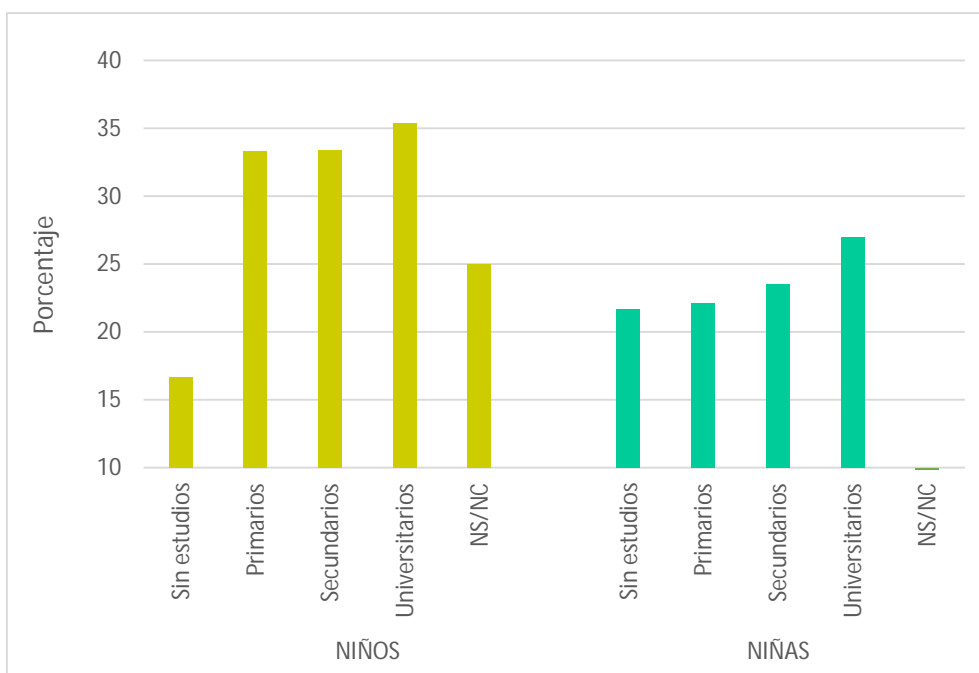
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

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

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

Gráfico 32. Actividad física “regular o varias veces a la semana” en niños y niñas de Andalucía (2-15 años) según el nivel educativo de los padres. Encuesta Andaluza de Salud 2016.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

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

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL PROBLEMA DEL EXCESO DE PESO

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

Esta investigación¹⁰ trata de analizar los factores sociales que ayudan a entender la actual epidemia de la obesidad, así como el papel de las madres, de los padres y de otros adultos influyentes (abuelos y educadores) en la alimentación de sus hijos, en la percepción de la obesidad infantil y en la identificación de las barreras y de las oportunidades que perciben en el entorno para el control de la alimentación saludable y en la práctica de la actividad física.

Se han realizado reuniones grupales y entrevistas abiertas a chicos/as, padres, madres y educadores, así como a representantes de las AMPAS a lo largo de la primavera y verano de 2017 y en diferentes ámbitos (urbano, periurbano, ZNTS), cuyos discursos en torno a estos temas han sido analizados.

CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA Y EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en la dieta de los hogares y en la realización de actividad física, especialmente en la asociada a las actividades de la vida cotidiana, así como en la estructura familiar y, sobre todo, en la percepción por parte de la población en lo relativo a la alimentación saludable y al estilo de vida sano.

Las familias han experimentado en las últimas décadas importantes cambios en su estructura, en sus formas de vida y en sus aspiraciones, de manera que hay una importante heterogeneidad de modelos familiares que influye en el empleo del tiempo y en la forma de desarrollarse los menores en el espacio doméstico. Además, al compás de los cambios estructurales cambian las ideologías y prácticas en la maternidad/ paternidad y los medios de comunicación social adquieren un papel relevante en la configuración de la identidad infantil. Los menores de edad han pasado de ser sujetos subordinados en la familia patriarcal predominante en otras décadas a ser considerados actualmente sujetos de derechos, que opinan, que consumen y a los que la publicidad se dirige con mucha frecuencia e intensidad.

¹⁰ Bruquetas Callejo, C. La obesidad en Andalucía desde un punto de vista sociológico. Documento inédito. Sevilla: Consejería de salud y Familias-Junta de Andalucía; 2019

LA PERCEPCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y EL ESTILO DE VIDA SANO EN LOS GRUPOS ANALIZADOS

Todos los grupos entrevistados (chicos/as, padres, educadores y representantes de las asociaciones de madres y padres) parecen tener algo en común: la información sobre lo saludable está muy extendida, pero no siempre se lleva a la práctica. También se observa que se desplaza hacia otros y hacia el entorno la responsabilidad de asumir los cambios efectivos para adoptar un tipo de alimentación saludable. En suma, alrededor de la salud se maneja un catálogo de propósitos, pero poco consistentes.

Para las **mujeres trabajadoras y para las madres de hogares monoparentales**, las rutinas alimentarias incluyen las exigencias de los hijos e hijas por encima de lo que reconocen como lo sano. En este grupo de mujeres, no parece factible preparar comidas sin tener en cuenta las preferencias de éstos. Dado que es muy costoso insistir en el cumplimiento de la norma, las madres acaban cansadas de no lograr el objetivo de que sus hijos tengan una comida equilibrada continuada, y terminan por rebajar la presión reinterpretaando el estado de las cosas y las causas y efectos de la obesidad de los hijos.

“...es que estar gordo depende también de la constitución de cada familia; si su padre es ancho y está fuerte, pues él sale al padre... (...)...pero yo creo que muchas veces los niños tampoco..., muchas veces la obsesión de los padres tampoco es buena, creo yo”.

Este grupo de mujeres admite el imperativo práctico de la jornada laboral para explicar parte de la relación con la alimentación de los hijos: la falta de tiempo impide la continuidad alimentaria exigida desde el discurso nutricional:

“... por ejemplo, en mi caso, yo estoy trabajando y es que llego hasta el moño y hay que...; anoche por ejemplo... (...)... verás que yo siempre tengo muslitos de mar congelados y eso y unos..., de higos a brevas caen...”.

Entre los **jóvenes** también existe un discurso teórico sobre lo sano que no siempre se corresponde con la práctica. Está extendido cuidar la imagen corporal -en la que el control del peso es un requisito esencial para conseguir un adecuado aspecto físico- pero la exigencia de alimentarse adecuadamente y de renunciar a ciertos alimentos, es ya otra cuestión. Así pues, “tener músculo”, ir al gimnasio o hacer deporte está bien valorado, porque lo principal, para seguir el modelo publicitario, es mostrar una buena presencia, aunque el tipo de alimentación preferente sea inadecuada y señalan que, junto a las prácticas de gimnasio o deporte, después comen lo que les apetece, lo más asequible, lo que está de moda, sin el necesario control.

Junto a la alimentación adecuada (comer mejor: más fruta, menos dulces...), reconocen que no fumar y beber menos, son requisitos para llevar un tipo de vida saludable, aunque no sean capaces de cumplirlo. Para ellos el tabaco y el alcohol son productos de consumo social asociados al estilo de vida

de los jóvenes, especialmente durante el fin de semana. Otra muestra habitual de la contradicción entre lo que saben que hay que hacer para llevar una vida saludable y lo que se hace en la práctica.

Los **escolares entre 11 y 12 años** perciben control parental para el cumplimiento de las normas nutricionales durante parte de la semana, pero éstas se relajan en los fines de semana. Es entonces cuando parece que los progenitores por comodidad y para evitar enfrentamientos culinarios con los hijos, les permiten el consumo de los productos limitados el resto de la semana. Estos alimentos aparecen como productos-premio en correspondencia al buen comportamiento de los hijos. De modo que, en el ámbito doméstico, padres e hijos reconocen que se utilizan los productos poco saludables como recompensa:

“... porque muchas veces tengo sentimiento de haberle hecho una trastada al nene y a veces yo lo compenso con una chuche, que al final la chuche más que para él es para mí, para mi psicología quedarse tranquila”

Desde los **integrantes de las asociaciones de madres y padres**, ven poco apoyo social y legislativo para ayudarles en el objetivo de conseguir una alimentación saludable en el hogar, porque sienten que como padres están muy presionados, -debido fundamentalmente a la oferta incontrolada de productos insanos, a la publicidad, a la fuerte demanda de sus hijos y a la rutina social-, a consumir productos poco sanos y a ofrecerlos a sus hijos:

“... que sabemos que los adultos y los críos los consumimos desde los cumpleaños cuando van ya con 3 añitos, la bollería industrial... (...) Ya los acostumbramos desde pequeños, pero no somos nosotros, es la sociedad, es el gobierno (...) que no prohíbe lo que tiene que prohibir”

Algo parecido ocurre en el **ámbito del profesional educativo**: el profesorado desplaza al entorno y a los padres la responsabilidad de los malos hábitos en la alimentación que observa en el alumnado, a pesar de la adecuada información y educación que considera que se transmite en el ámbito educativo.

“Por eso es importante implantar estos programas desde este centro, porque es que no contamos con los padres. También es verdad que si no contamos con la familia ¿qué estamos haciendo?... si los padres no se involucran y se implican con esto, evidentemente desde aquí tampoco podemos hacer milagros”

En cuanto a la alimentación que se ofrece desde los comedores escolares, consideran los padres asociados a las AMPAS que es equilibrada y nutricionalmente correcta, pero es un perjuicio práctico para muchas familias porque no es lo que se come en los hogares:

“...la comida de los comedores es saludable, no lo voy a discutir (...), pero no es apetecible. Entonces ‘mi niño no come en el cole y malcome’ cuando llega a casa, porque además yo, no estoy si estoy, pero estoy cansada de trabajar (...)... estoy muy cansada, ¡hoy no quiero hacer cenas... unas pizzas!”

Así pues, desde los sectores más comprometidos con la educación de los hijos se ve difícil también aplicar el consejo nutricional adecuado en el hogar. Aunque la información sea correcta, se cuestiona por razones prácticas el tipo de alimentación equilibrada y parecen imponerse otros criterios: los gustos imperantes, los comportamientos alimentarios propios y las obligaciones prácticas -se trabaja fuera de casa, se dispone de poco tiempo, todos los alimentos están contaminados...- que llevan a justificar una elección del tipo de alimentación en el hogar que saben que no es la adecuada.

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

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- El exceso de peso entre la población infantojuvenil de Andalucía es un **problema de salud relevante**: 2 de cada 10 niños/as tienen sobrepeso y 1 de cada 10, obesidad. En conjunto, el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) afecta a 3 de cada 10 menores de 2 a 15 años.
- **Andalucía tiene prevalencias de exceso de peso (sobrepeso y obesidad infantil) más elevadas que el conjunto de España.**
- La obesidad infantojuvenil es **más frecuente en los grupos sociales más desfavorecidos.**
- **La epidemia en Andalucía parece estabilizada en la última década, aunque a niveles más elevados que el conjunto de España.** Estos resultados están en línea con el objetivo del Plan relativo a “frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil en nuestra comunidad a corto plazo e invertirla a un plazo intermedio”.
- Los datos preliminares indican que el **exceso de peso en la gestación** es un problema preocupante, tanto para la salud de la madre como para su descendencia. Deben abordarse estudios más precisos, de base poblacional, para conocer mejor la situación en este grupo de población e implementar medidas para su control.
- Deben potenciarse las estrategias para el fomento de la **lactancia materna** dentro y fuera del sistema sanitario.
- Aunque el **consumo de frutas y/o verduras** ha mejorado en las dos últimas décadas deben mantenerse los esfuerzos para situarlo en los niveles aconsejados.
- El **elevado consumo de refrescos**, estrechamente vinculado con la obesidad (y la diabetes), requiere de la adopción tanto de medidas efectivas de tipo fiscal para su control como de medidas legislativas que garanticen el acceso al agua potable (del grifo) en todos los ámbitos frecuentados por la población infantojuvenil.
- El nivel de **ejercicio físico** entre la población infantojuvenil es bajo y no cumple con las recomendaciones actuales. Son especialmente preocupantes los bajos niveles de ejercicio físico entre las niñas por lo que cualquier medida para potenciarlo debe contar con el pertinente **enfoque de género.**
- Para garantizar unos niveles adecuados de ejercicio físico ente la población infantil hay que aumentar las horas de **actividad física en los centros educativos.** También hay que mejorar la dotación de **zonas verdes** y hay que reforzar la **seguridad en los barrios** percibidos como inseguros.

- Deberían impulsarse estudios con el fin de conocer de forma objetiva los patrones de actividad física de los menores para implementar las intervenciones de forma más eficaz.
- A pesar de que las familias y los propios adolescentes conocen, a grandes rasgos, la información sobre alimentación saludable, la dieta mediterránea se ve desplazada por el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados. Las **barreras** para seguir una alimentación saludable se centran en la **falta de tiempo** para comprar alimentos y para cocinar (con el trasfondo de un reparto desigual de las tareas y cuidados familiares) y en la **presión del marketing** de productos no saludables sobre los niños y niñas. El **bajo precio** de los alimentos y bebidas ultraprocesados, su palatabilidad y la rapidez de su preparación hace que sean muy accesibles para las familias y muy demandados por la población infantojuvenil.

EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

1. LÍNEA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN

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

Para ayudar a las familias con inquietudes en este tema y sensibilizar al conjunto de la población sobre la necesidad de promover la alimentación saludable y la actividad física, que están en la base de la prevención de la obesidad, desde el Plan se despliegan diferentes medidas.

Información a las familias desde la red de la sandía

El Plan tiene una **red de profesionales -LA RED DE LA SANDÍA-** que también cuenta con un espacio informativo dirigido a las familias.

En junio de 2013 se abrió un nuevo espacio de acceso público en la plataforma de la Red de la sandía dirigido al colectivo de las familias que hasta ese momento no se había abordado directamente. Este espacio, "Recomendaciones para las familias" pretende facilitar información fiable a aquellas personas interesadas que realizan búsquedas espontáneas o dirigidas sobre estos temas y también, permite aportar recursos a los profesionales de la Red de la sandía para que puedan hacerlos llegar a las familias de los menores con exceso de peso con las que realizan las intervenciones individuales y/o grupales.

Desde su apertura hasta el 31 de diciembre de 2018, en este espacio se han recibido un total de **20.751** visitas por parte de diferentes perfiles:

- **INVITADO/A:** personas que acceden a los espacios públicos de la red sin identificación.
- **USUARIO/A IDENTIFICADO/A:** personas que pertenecen a la red que acceden a este espacio habiéndose identificado con su clave y contraseña.
- **GESTION:** equipo de personas que desde la EASP gestiona la red y mantiene la plataforma.

Gráfico 33. Porcentaje de visitas al espacio para las familias según perfil (datos desde 1 de junio 2013 a 31 de diciembre 2018)



Fuente: Plataforma Red de la Sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

En este gráfico se observa que el mayor porcentaje de visitas se produce por personas sin identificación (bien porque no pertenecen a la red o bien porque aun siendo miembros de la Red acceden a este espacio, que es público, sin identificarse previamente). En cambio, las visitas realizadas por el equipo de gestión suponen sólo el 5% del total de visitas al espacio.

El porcentaje de visitas a este espacio de cada uno de los perfiles ha ido evolucionando de forma diferente a lo largo de este tiempo, como puede observarse en el Gráfico 34. Durante el primer año, el equipo de gestión realizó más del 40% de las visitas totales debido al esfuerzo inicial de montaje del espacio. En los años posteriores este porcentaje se ha reducido drásticamente hasta ser en el último año menor al 2% y sólo aumenta ligeramente en aquellos años donde se hace un mayor trabajo de actualización y mantenimiento.

El perfil Usuario/a con identificación, es decir el que se corresponde con el de los miembros de la RED, tuvo inicialmente mayor porcentaje de visitas que en los años posteriores, debido probablemente a que es durante los primeros años de existencia del espacio cuando las personas que pertenecen a la red entran para explorarlo.

En cambio, el porcentaje de visitas realizadas por el perfil Invitado/a ha ido creciendo a lo largo de estos años y constituyen el grueso de las visitas desde el 2014. Hay que tener en cuenta que resulta imposible saber en qué medida las visitas con perfil Invitado/a las han generado personas no pertenecientes a la Red o personas que, perteneciendo a la red de la sandía, no se han identificado previamente para acceder a este espacio público.

Gráfico 34. Número de visitas al espacio según perfil desde su apertura (1 junio 2013) hasta 31 diciembre 2018



Fuente: Plataforma Red de la Sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

En cuanto al número de visitas recibidas mensualmente, en el gráfico 35 se puede apreciar cómo a partir del 2014 se producen picos de visitas en el último trimestre del año, especialmente en el mes de octubre. En este mes se desarrolla la parte central del curso de formación MOOC “Prevención de la Obesidad Infantil en Andalucía” en el que se incluye una unidad didáctica sobre la Red de la sandía y se presenta este espacio público para las familias. Dicha actividad formativa no se desarrolló en 2018.

Gráfico 35. Evolución de las visitas al espacio Recomendaciones para las familias desde su apertura (1 junio 2013) hasta 31 diciembre 2018



Fuente: Plataforma Red de la Sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

En lo que se refiere a los recursos consultados, el gráfico 36 refleja picos de consultas coincidiendo con los picos de visitas que se producen en los últimos meses del año, como era de esperar, aunque durante 2016 y 2018 además, se ven algunos repuntes en torno al segundo trimestre del año.

Gráfico 36. Evolución de las consultas a recursos en el espacio Recomendaciones para las familias desde su apertura (1 junio 2013) hasta 31 diciembre 2018



Fuente: Plataforma Red de la Sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

El recurso más consultado es el folleto “**Actividad Física en familia**”, que recoge casi una cuarta parte de las consultas totales a los recursos (24.44%) y es, además, el más visitado cada año.

Los otros recursos más consultados globalmente son el “Cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea” y el folleto de Educación Para la Salud “Disfruta de la Lactancia Materna” de la Consejería de Salud y Familias, aunque lo hacen gracias al número de vistas obtenidas en el 2016 ya que en años anteriores se consultó con mayor frecuencia el libro “El juego de las perlas y los delfines” de Rita Tanas. También la carpeta “Consejos para mejorar la alimentación de las familias” que consta de tres documentos y la guía “La Alimentación de tus niños” publicada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria fueron muy consultados.

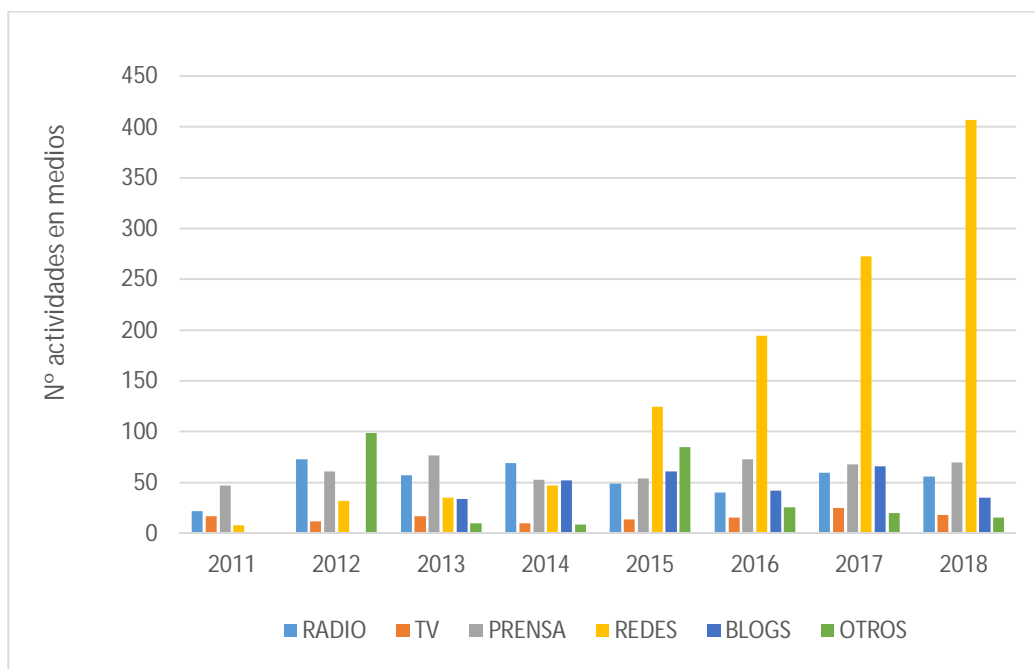
En el **anexo 1** puede verse la evolución de los recursos más consultados.

Información a la población a través de los medios de comunicación

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

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

Gráfico 37. Participación en medios de comunicación 2011-2018.



Fuente: Datos procedentes de los DS y AGS de Andalucía y Agenda Dirección PIOBIN

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

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- El Plan ha hecho un esfuerzo importante para hacer llegar a las familias y a la población mensajes sobre la importancia de mantener un peso saludable, una alimentación equilibrada y una práctica de ejercicio físico apropiada y para hacer accesibles diversos recursos de promoción de hábitos de vida saludable como condiciones favorecedoras para lograr los objetivos del Plan.
- Tanto el espacio dirigido a las familias de la red de la sandía como las intervenciones en diferentes medios de comunicación han tenido una evolución positiva. Las consultas a los recursos de educación para la salud disponibles en este espacio muestran el interés de las familias.
- Destaca la utilización creciente de las redes sociales por parte de los profesionales desde 2015 para afianzar mensajes sobre estilos de vida saludable.
- Podría mejorarse esta línea de comunicación contando con un Plan de Social Media.

2. LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA

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



PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO

Promoción de la lactancia materna

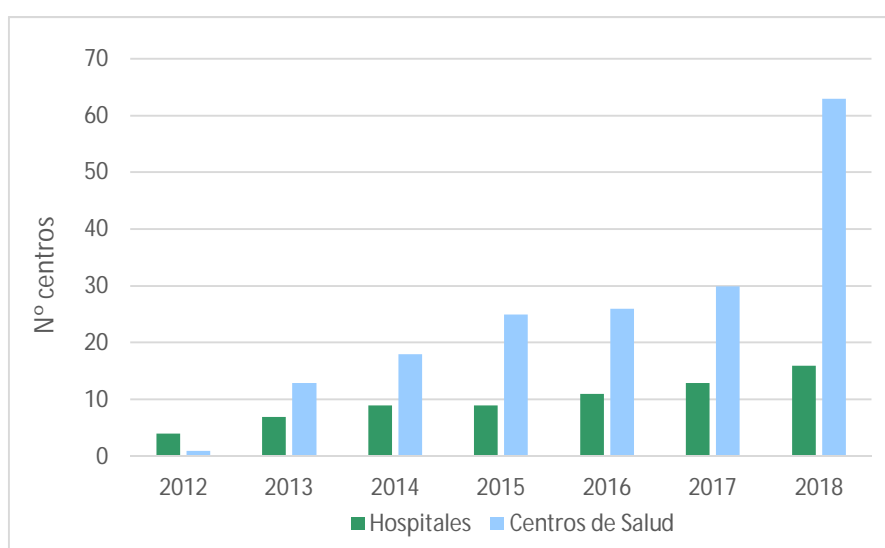
El Plan Integral de Obesidad Infantil impulsa las actividades de apoyo y fomento de la **lactancia materna** debido a los numerosos beneficios que esta práctica conlleva para la salud de los bebés y de las madres y a su posible relación con la prevención de la obesidad en la infancia y la recuperación del peso de las madres en el puerperio.

Así pues, en el plan de formación que establece anualmente el PIOBIN se incluyen contenidos sobre lactancia materna al mismo tiempo que se fomenta el desarrollo de actividades individuales o grupales de apoyo a embarazadas y puérperas en los centros sanitarios. Además, se promueve la realización de jornadas o actividades comunitarias específicas para sensibilización de profesionales y/o usuarios. Para implicar aún más a los profesionales y a los centros, el PIOBIN apoya activamente la difusión de la **Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de UNICEF (IHAN)** entre los hospitales y los centros de salud.

Esta iniciativa ha sido lanzada por la OMS y la UNICEF para impulsar a hospitales, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Los centros sanitarios participantes en esta estrategia se encuentran en diferentes fases del proceso de acreditación en función de las iniciativas emprendidas. Para conocer mejor esta iniciativa se puede acceder a través del siguiente enlace: <http://www.ihan.es/>

Según la información disponible en esta página, la situación en Andalucía indica que se ha ido incrementando desde 2012 hasta la actualidad el número de centros sanitarios andaluces inscritos en esta estrategia, como puede observarse en el siguiente gráfico.

Gráfico 38: Evolución de los centros sanitarios públicos de Andalucía inscritos en la estrategia IHAN, 2012-2018



Fuente: Datos página IHAN www.ihan.es

Por otro lado, según la información aportada por los referentes del Plan en los Distritos y AGS de Andalucía, en este periodo de tiempo, la mayoría de los centros de salud (aunque no estén adscritos a la iniciativa IHAN) vienen realizando actividades individuales y/o grupales de apoyo a la lactancia materna, generalmente en las sesiones de educación maternal, dentro de las consultas de atención al embarazo y al lactante y también colaborando con diversas asociaciones ciudadanas de fomento de esta práctica. **Estas actividades de apoyo a la lactancia se desarrollan en el 95% de los centros de salud de Andalucía.**

Entornos sanitarios promotores de hábitos de vida saludable

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

HOSPITALES

Para conocer la realidad de los centros sanitarios andaluces en este sentido, en el año 2015, dentro de los objetivos PIOBIN de Contrato Programa, se solicitó a los hospitales que evaluaran diversos aspectos relacionados con la **promoción de la actividad física** y en el año 2016, con el **fomento de la alimentación saludable**. En los años siguientes (2017 y 2018), se les solicitó que implementaran medidas de mejora en las áreas deficitarias encontradas en uno y otro aspecto. Un resumen de los resultados obtenidos en la evaluación de los hospitales se muestra en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Resultados checklist de AF en Hospitales. 2015

ENTORNO HOSPITALARIO PROMOTOR DE ACTIVIDAD FÍSICA. AÑO 2015		
ITEM	Nº	%
Aparcamiento seguro para bicicletas	22	84.6
Información en tabloneros de anuncios animando a practicar AF	17	61.4
Información en tabloneros de anuncios sobre iniciativas comunitarias o privadas de AF	9	37.5
Disponibilidad de ascensores en el hospital	26	100
Escaleras en el hospital en buen estado	25	96.1
Presencia de señales que promuevan el uso de las escaleras	21	80.8
Existencia de fuentes de agua en el hospital	11	42.3
Disponibilidad de espacios abiertos para realizar AF en el entorno cercano	21	80.8
Existencia de recursos comunitarios cercanos y accesibles para realizar AF	22	84.6
Participación del hospital en la iniciativa "Por un millón de pasos"	4	16.7
Total hospitales que cumplimentan la encuesta	26	

Fuente: PIOBIN. Evaluación contrato-programa 2015

Tabla 2. Resultados checklist de AS en Hospitales. 2016. (resumen de algunos ítems planteados)

ENTORNO HOSPITALARIO PROMOTOR DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE.		
AÑO 2016		
INFORMACIÓN, PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN LACTANCIA MATERNA	Nº	%
Existencia de tabloneros de anuncios que contengan información que anime a la AS	18	60
Información en tabloneros para promocionar el consumo de frutas y verduras	14	46.6
Información en tabloneros de anuncios sobre reducción de ingesta de grasas, azúcares o sal	6	20
Publicidad de alimentos o bebidas de marcas comerciales: en el centro hospitalario, cafetería, máquinas vending, salas de trabajadores	3	10
Oferta de actividades sobre alimentación saludable en el centro para profesionales y pacientes	25	83.3
Zonas con información de fomento de la lactancia materna	25	86.2
Se facilita proactivamente la LM en lactantes ingresados	22	75.8
Existencia de máquinas expendedoras de alimentos	28	96.5
Existen materiales de EPS (carteles, pegatinas...) junto a máquina	4	14.2
Oferta ensaladas frescas	3	10.7
Oferta frutas frescas	2	7.1
Existencia de cafetería en el Hospital	25	86.2
Existen materiales de EPS (carteles, pegatinas...) en la cafetería	9	36
Oferta frutas, ensaladas verdes y lácteos desnatados	23	92
Existencia de fuentes de agua centro hospitalario (no grifos del servicio)	8	27.5
Total hospitales que cumplimentan la encuesta	29	

Fuente: PIOBIN. Evaluación contrato-programa 2016

Entre las medidas de **fomento de la actividad física** implementadas en los Hospitales como consecuencia de esta estrategia, cabe destacar el impulso a la información y sensibilización de profesionales y usuarios, mediante cartelería y folletos de información accesibles también en la intranet del hospital, así como la realización de talleres para la sensibilización y/o formación de los profesionales en el fomento de la actividad física.

En la puesta en marcha de iniciativas concretas, muchos hospitales incorporan la estrategia de la Consejería para promover el uso de la escalera en lugar del ascensor "ESCALERAS ES SALUD", así como la realización de diversas actividades físicas promovidas para usuarios y profesionales, además de otras específicas para niños hospitalizados.

Finalmente, algunos hospitales habilitaron zonas o emprendieron mejoras en las instalaciones existentes en sus propios recintos o jardines para la práctica de actividad física y otros han fomentado el uso de la bicicleta como medio de transporte para ir a trabajar o utilizar los servicios del hospital, ampliando la oferta de aparcamientos para bicis en el entorno hospitalario.

En la promoción de la alimentación saludable, igualmente destaca la mejora en la información y sensibilización de profesionales y usuarios mediante la colocación de cartelería en puntos estratégicos del hospital y máquinas expendedoras de alimentos. Se realizaron talleres de alimentación saludable para sensibilización y/o formación de profesionales y del personal de cocina, así como para pacientes (generalmente a través de la Escuela de Pacientes) y se celebraron jornadas o conmemoración de eventos concretos “Días de... (Nutrición, Salud, Ictus, Sin Tabaco, Diabetes, Niño Hospitalizado...)” con actos de sensibilización y degustación de alimentos saludables para profesionales y usuarios.

Se amplió y mejoró la oferta de frutas y verduras en la cafetería en los desayunos y como complemento en los menús del día, por un precio asequible. También, se sustituyeron en algunos casos los productos de origen industrial en postres y pastelería por otros de producción casera.

Una de las líneas de mejoras más interesantes es la emprendida en las máquinas *vending* con la inclusión de frutas frescas y ensaladas, así como productos con etiquetado “bio” (que contienen un 95% de ingredientes ecológicos) y “baja en calorías”. Otros hospitales han hecho gestiones para actualizar el concierto con las empresas distribuidoras, de forma que incluyan en los próximos convenios la oferta de frutas, ensaladas y otros productos saludables en dichas máquinas. De hecho, algunos eliminaron de las máquinas *vending* los productos con alto contenido en grasas o azúcares, o incluso clausuraron las propias máquinas, mientras esperan estos cambios en los conciertos.

También se constata la puesta en marcha de iniciativas para la oferta de la alimentación saludable en pacientes hospitalizados, incluyendo productos ecológicos y de proximidad en el menú ofertado (aceite de oliva virgen, tomate natural triturado...). Para los niños hospitalizados se ofertan desayunos y meriendas saludables que incorporan fruta fresca, bocadillos y lácteos y eliminan bollería, zumos y batidos de origen industrial.

Otras de las líneas de mejora emprendidas han sido la colocación de fuentes de agua en diferentes puntos del hospital y actuaciones diversas para el fomento de la lactancia materna.

CENTROS DE SALUD

En el año 2017, el mismo **Check-list de Alimentación Saludable** que se autocumplimentó en los Hospitales, se solicitó a los centros de salud de Atención Primaria de los Distritos y AGS dentro de los objetivos de Contrato Programa, con el fin de que detectaran también las áreas deficitarias en esta materia en sus centros de Atención Primaria. En el 2018, el Contrato Programa instaba a realizar mejoras en los centros de salud en las áreas deficitarias detectadas.

Entre las mejoras emprendidas en los centros de salud destaca igual que en los hospitales, la información a los usuarios mediante cartelería de la alimentación saludable en puntos estratégicos y en páginas web. Además, se fomentaron los talleres educativos sobre alimentación saludable y cesta

de la compra para padres y usuarios – especialmente para pacientes crónicos- en los propios centros de salud y en los centros educativos de la zona, para la comunidad educativa. Por otro lado, se intensificó el fomento de la lactancia materna mediante carteles, charlas, habilitación y acondicionamiento de salas de lactancia.

Se eliminaron máquinas dispensadoras de alimentos poco saludables y se incorporaron máquinas dispensadoras de agua y bebidas bajas en azúcar

En la celebración de jornadas o conmemoración de eventos concretos se incluyeron contenidos de promoción y degustación de la alimentación saludable y actividades de promoción de la lactancia natural

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN EL ENTORNO EDUCATIVO

El Plan trabaja estrechamente en colaboración con la Consejería de Educación y Deporte y la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, para crear un entorno saludable en los centros educativos y para promover estilos de vida saludable en alimentación y actividad física en toda la comunidad educativa.

Programas educativos

Hasta el curso escolar 2014-2015, los diversos programas educativos de hábitos de vida saludable desarrollados en el ámbito educativo se ofertaban a los centros escolares de forma independiente y éstos podían inscribirse a través del programa Séneca de la Consejería de Educación y Deporte. Estos programas eran:

Programa PASE	Programas de Salud Bucodental	Plan Escolar de Consumo de Frutas y Hortalizas
<ul style="list-style-type: none">• - Programa de Alimentación Saludable y ejercicio físico en la Escuela.• - Este programa se dirigía al alumnado de educación primaria e incluía cinco unidades didácticas: 4 sobre alimentación saludable y 1 de actividad física, para desarrollarlas en el currículum escolar.	<ul style="list-style-type: none">• - Aprende a Sonreír (para educación primaria)• - Sonrisitas para educación infantil (0-3 años)	<ul style="list-style-type: none">• - Se inició en el curso escolar 2009/2010 con fondos europeos.• - Promovido por la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural (en colaboración con las Consejería de Educación y Deporte y la Consejería de Salud y Familias)• - Para el reparto de frutas y hortalizas en los centros educativos de infantil y primaria

Como novedad, en el **curso escolar 2015/16**, los diferentes programas de Hábitos de Vida Saludable que se venían desarrollando hasta el momento, se modificaron integrando los diferentes contenidos para ofrecer a los centros educativos dos programas: “**CRECIENDO EN SALUD**” en el caso de Educación Infantil y Primaria y “**FORMA JOVEN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**” para Educación Secundaria.

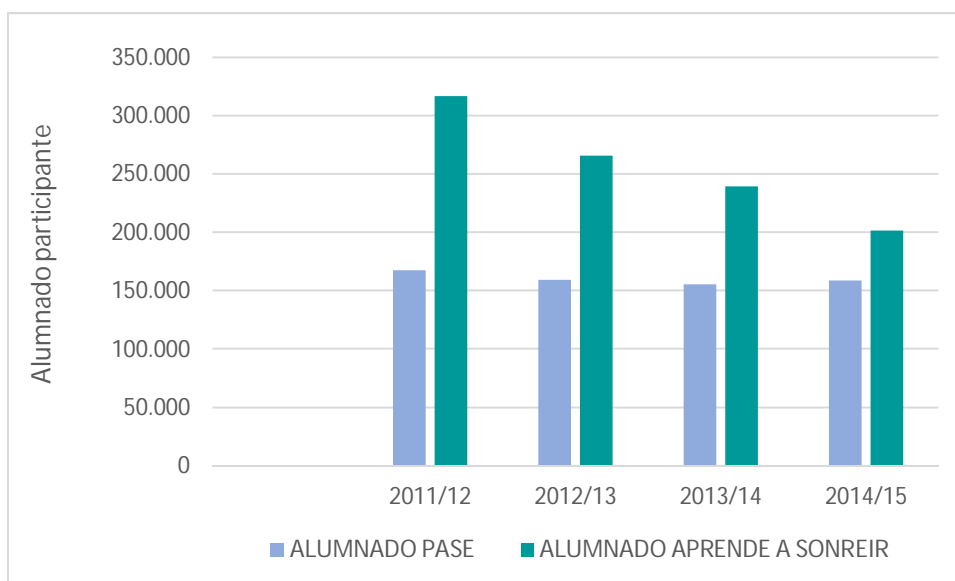


Ambos programas nacen con el **objetivo** de reformular los programas de hábitos de vida saludables dirigidos a los centros incorporando una **perspectiva global, integradora y sistemática de promoción y educación para la salud**, con enfoques didácticos innovadores y abordando actividades curriculares, el cuidado del entorno físico y psicosocial del centro, la participación de las familias y la colaboración con los recursos comunitarios que protegen y promueven el valor de la salud tanto individual como colectivamente.

Cada uno de estos dos programas tiene varias líneas de intervención que los centros pueden elegir, siendo obligatoria la línea de “**Educación emocional**” que sería el eje estructural que garantiza el seguimiento entre niveles. La “**Línea de estilos de vida saludables**”, opcional para los centros, es la que incluye los contenidos de **alimentación saludable y de ejercicio físico**. El Plan formó parte de los grupos de trabajo que elaboraron, diseñaron y presentaron, junto con la Consejería de Educación y Deporte, el nuevo formato de los programas de hábitos de vida saludable.

A continuación, se muestra la evolución del **alumnado participante** en los programas PASE y Aprende a Sonreír hasta el curso 2014-2015, según los datos aportados por la Consejería de Educación y Deporte.

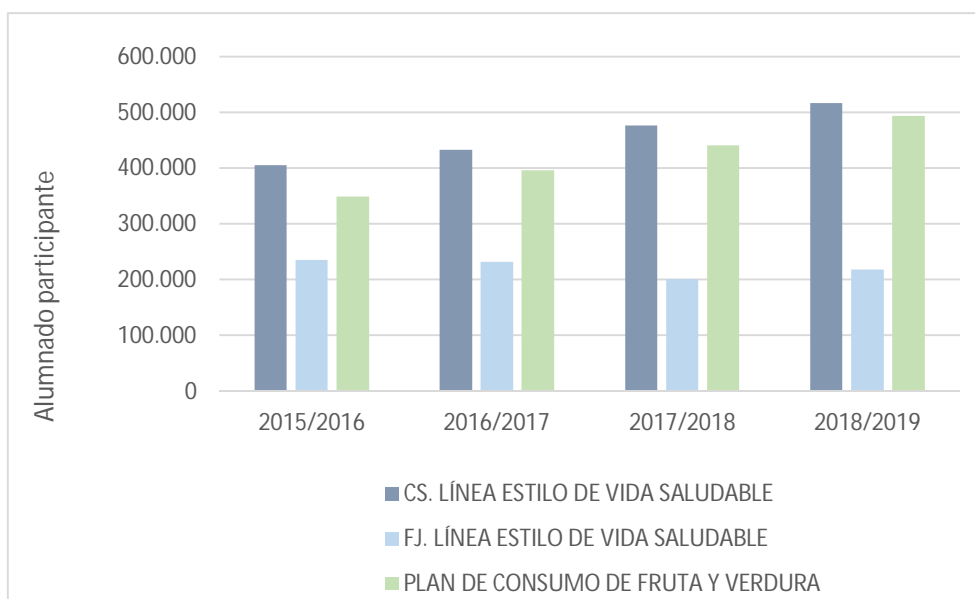
Gráfico 39. Evolución de los programas PASE y Aprende a Sonreír. Alumnado participante 2011/12-2014/15



Fuente: Consejería de Educación y Deporte y Consejería de Salud y Familias

A partir del curso 2015/2016, como ya se ha señalado, los programas PASE y Aprende a Sonreír, que venían experimentando un estancamiento e incluso una bajada de centros y alumnado inscrito, se incluyeron en el nuevo programa "CRECIENDO EN SALUD". El programa "Forma Joven en el ámbito educativo" también incluye una línea de estilos de vida saludables. Los centros se adscriben a estos programas de forma voluntaria. Los alumnos que participan en estos programas se muestran a continuación.

Gráfico 40. Evolución del alumnado participante en el Plan de Consumo de Fruta Escolar y en la línea Estilos de Vida Saludable en los diferentes programas educativos. Cursos 2015-18



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

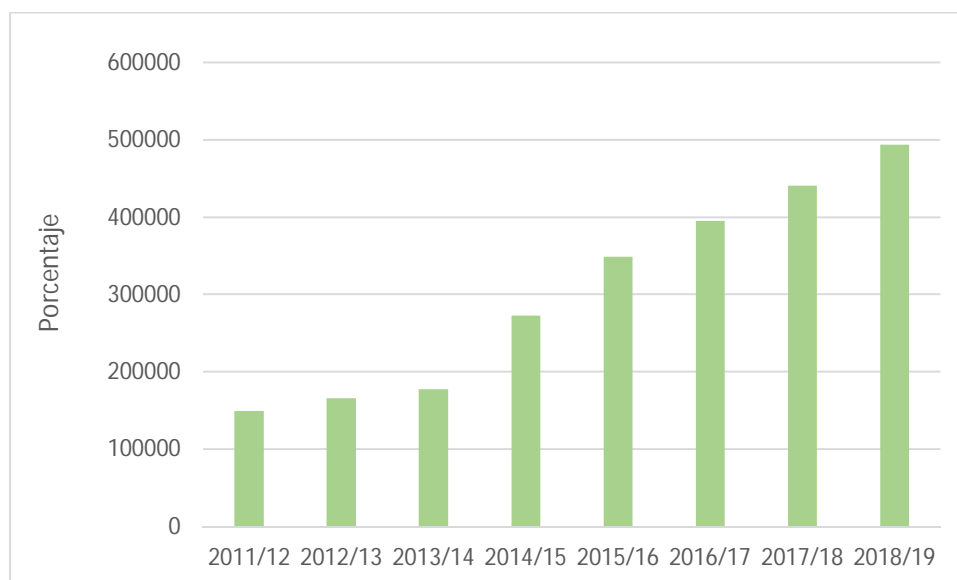
El **PLAN ESCOLAR DE CONSUMO DE FRUTAS Y HORTALIZAS** está incluido en el Programa para la Promoción de Hábitos de Vida Saludable “Creciendo en Salud” dentro de la línea de intervención “Estilos de Vida Saludable”. No todos los centros adscritos a este programa se benefician automáticamente del Plan escolar de consumo de frutas. La Consejería de Educación y Deporte establece las prioridades de adjudicación entre los centros educativos que lo solicitan, en función de unos criterios objetivos. Uno de estos criterios para la adjudicación preferente de este Plan es, por ejemplo, que el centro educativo que lo solicite esté ubicado en **Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)**.

Además del **reparto de fruta al alumnado** (en la actualidad, 5 entregas entre los meses de febrero a mayo), se desarrollan diversas medidas de acompañamiento, como unidades didácticas en el currículum escolar, reparto de trípticos informativos para las familias, plataforma de información nutricional, ciclos de conferencias temáticas para el alumnado y para la comunidad educativa, actividades didácticas para menores en un aula itinerante (Frutibus), apoyo a la creación de huertos escolares y un concurso de elaboración de recetarios infantiles con frutas y verduras como eje central.

Entre estas medidas de acompañamiento se ha incluido la **“Adaptación y mejora de huertos escolares”** que ofrece recursos a los centros que se benefician del plan de consumo de fruta y trabajan curricularmente a través del Huerto Escolar. Esta es una práctica educativa que ofrece la oportunidad de aprender y de transmitir al alumnado la importancia de las técnicas productivas para la alimentación sostenible que respeta los ciclos naturales y el entorno. En el curso escolar 2018-2019, 900 centros de Educación Infantil y Primaria se han beneficiado de esta iniciativa. Además, 304 centros de Educación Secundaria Obligatoria cuentan también con huerto escolar.

El **PIOBIN** participa activamente en la organización y evaluación del Plan escolar de consumo de frutas y hortalizas, en la decisión sobre las medidas de acompañamiento que se ponen en marcha, en la supervisión de los materiales y de las unidades didácticas, en la formación del profesorado responsable del mismo y como jurado en la concesión de los premios al mejor recetario sobre frutas y verduras convocado anualmente.

Gráfico 41. Evolución del alumnado participante en el Plan de Consumo de frutas y hortalizas en centros educativos. Cursos 2011-12 a 2018-19



Fuente: Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible.

Para más información sobre los **PROGRAMAS DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE** en la escuela se puede consultar la siguiente página de la Consejería de Educación y Deporte:

<http://portal.ced.junta-andalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas>

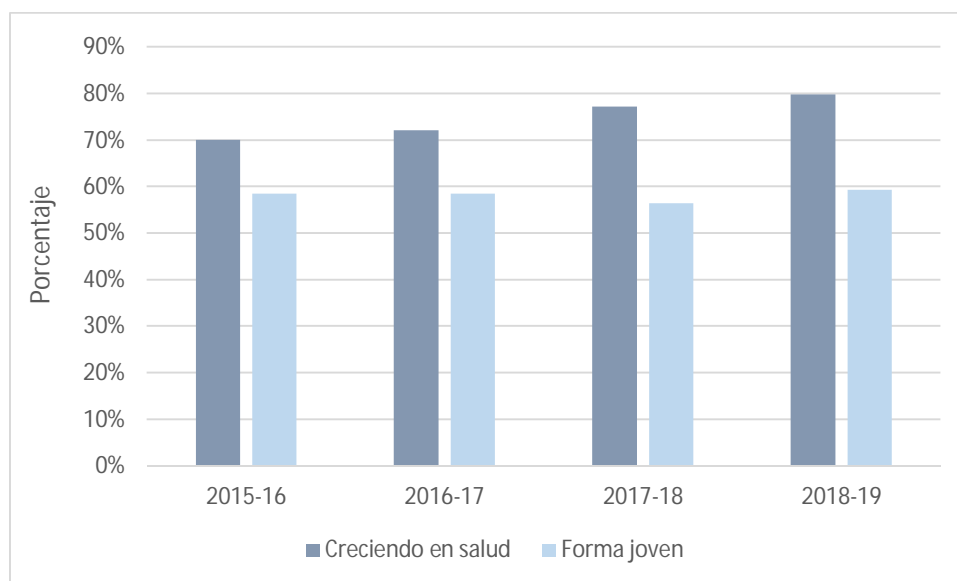
Además, en el curso 2018-2019 se ha avanzado en la organización del **reparto de lácteos** en las escuelas junto con la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible y la Consejería de Educación y Deporte, especialmente en la elaboración de los materiales de acompañamiento y en la estrategia de reparto. Está previsto distribuir leche a 680 centros educativos a partir del curso 2019-2020.

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

SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN LAS ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL (ZNTS).

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

Gráfico 42. Porcentaje de centros educativos ubicados en zonas con necesidades de transformación social que desarrollan los programas Creciendo en Salud y Forma Joven. Cursos 2015-16 a 2018-19



Fuente: Bases de datos de Consejerías de Educación y Deporte y Consejería de Salud y Familias.

ACTIVIDADES DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ENTORNO ESCOLAR

Desde el año 2012 el PIOBIN y la iniciativa de la Consejería de Salud y Familias para el fomento de la actividad física "**Por un millón de pasos**", trabajan de forma conjunta para desarrollar estrategias eficaces que promuevan el ejercicio físico de los menores y de sus familias.

Esta estrategia pretende establecer una alianza con las AMPAS (Asociaciones de madres y padres de alumnos), los docentes y las corporaciones locales, para favorecer el ejercicio físico. El objetivo es que padres/madres, escolares y comunidad educativa, contando con el apoyo municipal, hagan ejercicio físico al aire libre y en grupo, como se viene proponiendo desde el PIOBIN, para alcanzar entre todos el reto de ese número de pasos. Junto a ello se incorpora la realización de una o dos sesiones de sensibilización sobre la importancia del ejercicio físico y de la alimentación equilibrada de los escolares dirigidas a la comunidad educativa.

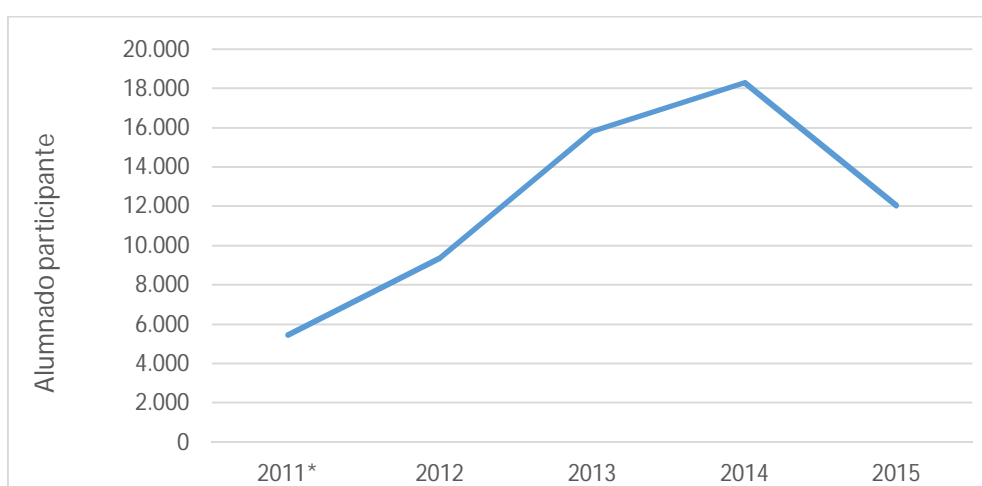
Esta actividad es posible gracias a los **referentes del PIOBIN**, a los **técnicos de educación para la salud** de distritos y áreas, a las Concejalías de Salud y de Educación de los municipios, a los profesionales de trabajo social, de pediatría y enfermería de los centros de salud que trabajan con las AMPAS para movilizar a la comunidad educativa. En los municipios donde se han desarrollado las experiencias más exitosas (Benalmádena y Cala), se han implicado fundamentalmente los ayuntamientos, los técnicos de la red de acción local en salud y otros agentes y asociaciones del ámbito local.

El desarrollo del proyecto en algunas localidades ha tenido una amplia repercusión en los medios de comunicación y en las redes sociales. Hay muchos centros que han creado sus propios blogs o páginas web para apoyar, dar difusión y fomentar la participación en las actividades.

Como apoyo a la iniciativa, desde el PIOBIN se han diseñado diversos materiales: el carnet de pasos para los menores, los diplomas de participación y los carteles de difusión de la actividad.

La evolución de la estrategia de fomento de la actividad física “Por un millón de pasos en la escuela” desde el año 2011 (año del pilotaje) al 2015, año en el que cambió el sistema de registro de este programa, ofrece una evolución ascendente de alumnado menor de 14 años participante hasta el 2014 con 18.285 alumnos en ese año y desciende ligeramente en el año 2015. En el conjunto de los años registrados, han participado en esta estrategia un total de 60.988 alumnos de esa edad, con una media de 12.197 alumnos por año y un total de 864 AMPAS y centros educativos implicados. A partir del 2016, el sistema de registro del programa no permite obtener los datos de los centros y del alumnado participante menor de 14 años, por lo que no es posible contar con la evolución de la participación completa en el programa desde la perspectiva del PIOBIN.

Gráfico 43. Evolución del alumnado participante en Por un millón de pasos 2011-15



* Año 2011 pilotaje

Fuente: Bases de datos del PIOBIN. Informes anuales

En los últimos años, los centros educativos están experimentando iniciativas nuevas para aumentar el ejercicio físico niños y niñas.

Una de las iniciativas es “**La milla diaria**” que se pilota en colegios del Distrito Costa del Sol. Más de 2000 alumnos/as de 5 centros educativos de Benalmádena ya han participado en esta actividad en 2017-18 con una evaluación muy favorable de toda la comunidad educativa.

Otra iniciativa interesante es la que, bajo diferentes nombres, propicia que los menores vayan andando al colegio (Eco-itinerarios, Caminos escolares, Ir andando al cole...). En el curso 2017-18 hubo 29 centros implicados en esta actividad.

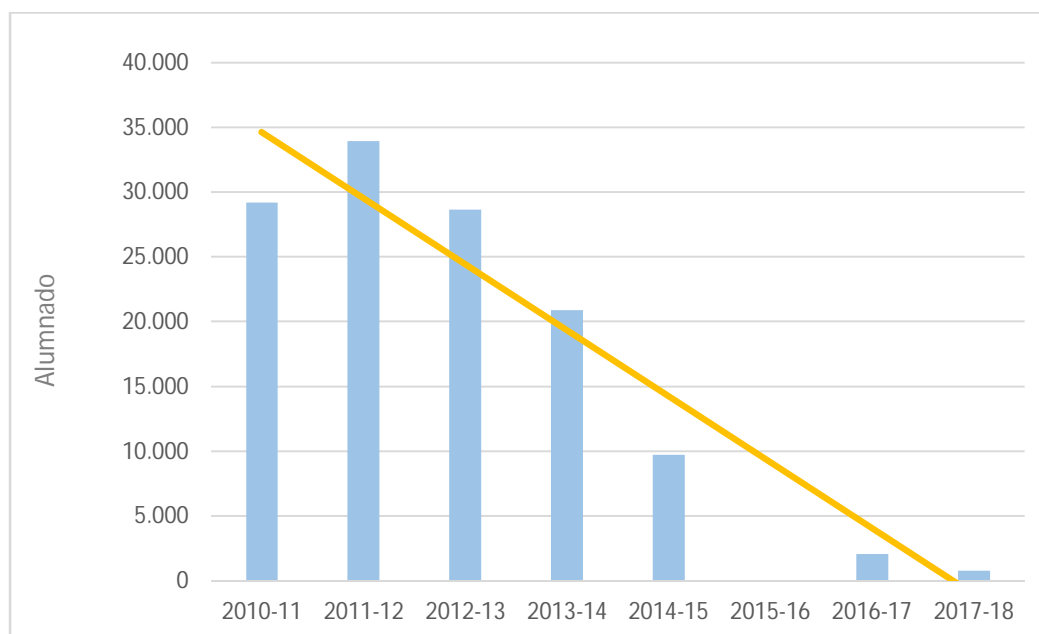
DETECCIÓN DEL EXCESO DE PESO EN CENTROS ESCOLARES

Desde el PIOBIN no se ha fomentado la realización de mediciones antropométricas en los centros educativos y en 2014 el Plan remitió a la **Comisión de Cribados de Andalucía** un informe para valorar la pertinencia de esta intervención de forma que se sopesaran los beneficios (utilidad real para el control de la epidemia) y los efectos adversos del cribado (estigmatización, empleo inadecuado de recursos).

La Comisión de Cribados de Andalucía aconsejó como **más adecuado el cribado oportunista del exceso de peso en los centros de salud**.

De esta forma, desde el **2014 se desaconsejó expresamente la realización de cribados de IMC en los centros escolares**. No se disponen datos del curso escolar 2015-2016.

Gráfico 44. Evolución de los cribados de exceso de peso en los centros educativos. Cursos 2010/11-2017/18



Fuente: Bases de datos del PIOBIN. Informes anuales

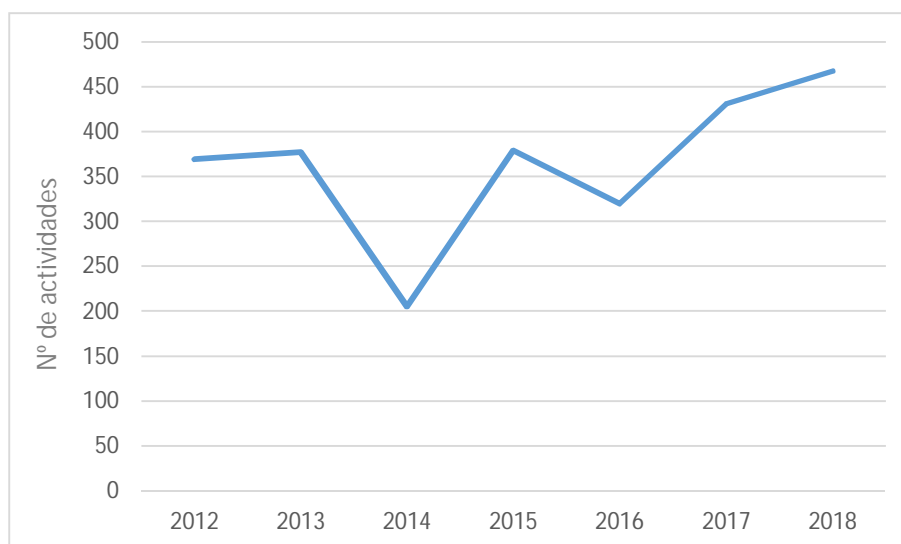
ÁMBITO COMUNITARIO

Actividades comunitarias de promoción de estilos de vida saludables

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

La evolución de las actividades comunitarias de promoción de hábitos saludables que incluyen la alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico, experimentan un descenso en 2014 y remontan a partir de ese año, como puede verse a continuación.

Gráfico 45. Evolución actividades comunitarias, promoción de la actividad física y la alimentación saludable. 2012-2018



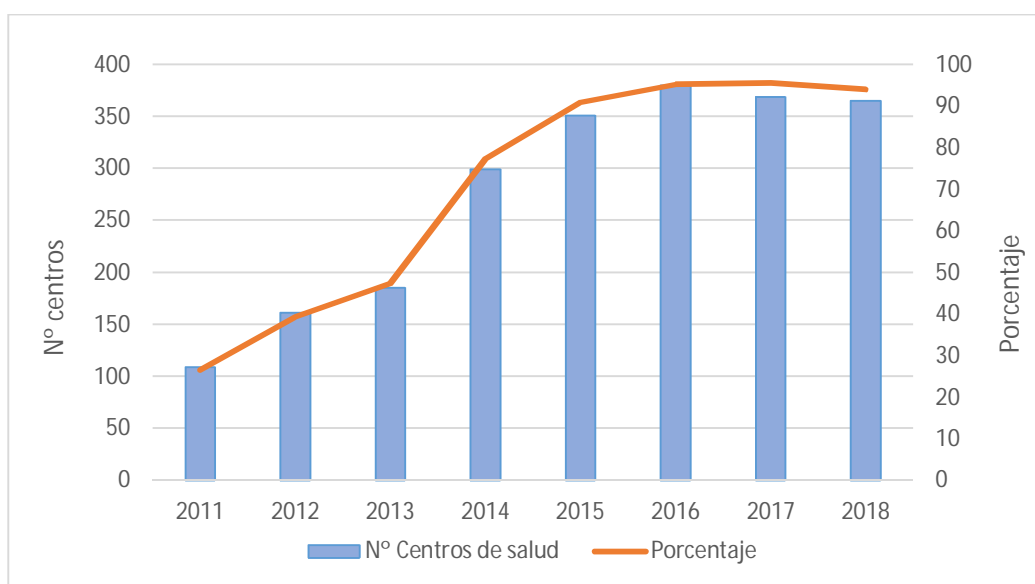
Fuente: Informes anuales PIOBIN

Catálogo de recursos para la actividad física

Con el objetivo de facilitar y extender la “prescripción” de actividad física a los menores y a sus familias los centros sanitarios han elaborado y diseñado su propio **catálogo de instalaciones y recursos** para la práctica de ejercicio físico o deportivo de su barrio o municipio para poder aconsejar de forma más precisa y efectiva a las familias sobre las posibilidades para esta práctica.

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

Gráfico 46. Evolución del número de centros de salud que cuentan con “Catálogo de recursos comunitarios para la realización de actividad física”. Porcentaje sobre el total 2011-2018



Fuente: Informes anuales PIOBIN

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- Los centros sanitarios se están implicando de forma activa y creciente en las diversas iniciativas y estrategias de apoyo a la lactancia materna.
- Los hospitales han desplegado diversas iniciativas para ofrecer un entorno alimentario más saludable y mayores oportunidades para practicar actividad física a sus pacientes y trabajadores. Los centros de salud también han iniciado cambios en este sentido. Sería positivo contar con algún tipo de desarrollo normativo que favoreciera que la totalidad de los centros sanitarios fueran modélicos en estos aspectos.
- Los **programas de hábitos de vida saludable en los centros educativos** fundamentalmente Creciendo en Salud están teniendo un desarrollo positivo, aumentando año a año su participación. El Plan de Frutas y Verduras en la Escuela alcanza cada año a más centros y alumnos y es valorado de forma muy positiva por la comunidad educativa. Por otro lado, es un magnífico ejemplo de coordinación entre diversas administraciones de la Junta de Andalucía. Estos programas se implementan con enfoque de desigualdades para llegar al alumnado con vulnerabilidad especial.
- Las **iniciativas para aumentar la actividad física** en los **centros escolares** son muy prometedoras, pero no alcanzan a la totalidad el alumnado a pesar de que esta es una de las medidas de probada eficacia en la prevención de la obesidad infantil. Esto indica la necesidad de seguir trabajando con Educación para garantizar su extensión y/o buscar medidas legislativas que garanticen las horas de actividad física en los centros educativos necesarias para el bienestar de los niños y, sobre todo, de las niñas.
- El **cribado de peso y talla** en los centros educativos está en franca regresión, en consonancia con las directrices indicadas por la Comisión de Cribados de Andalucía que indica la pertinencia de que el cribado de sobrepeso/obesidad se haga de forma oportunística en los centros de salud.
- Se han realizado múltiples **intervenciones comunitarias** para promover la actividad física y la alimentación saludable entre la población.
- Prácticamente todos los centros de salud cuentan con **catálogos de recursos de actividad física** de su área de influencia para apoyar y adecuar al entorno los consejos sobre actividad física que se dan en las consultas en línea con la estrategia de activos de la Consejería de Salud y Familias.

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

3. LÍNEA DE ATENCIÓN SANITARIA

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

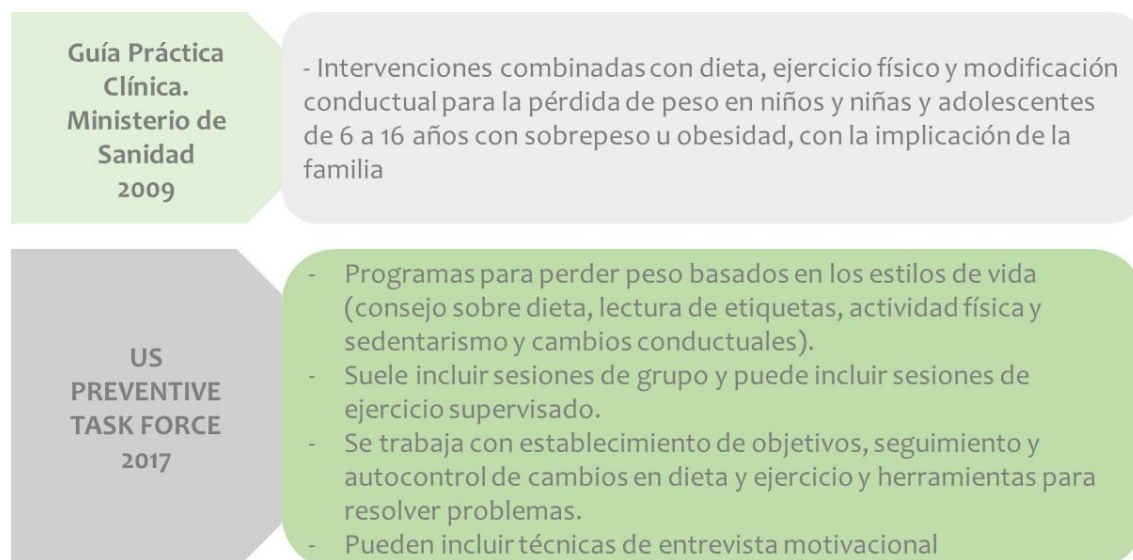
Para implantar y facilitar el desarrollo de las actividades se decidió contar con **referentes/responsables del plan en las diferentes Unidades Asistenciales de Atención Primaria** y se hizo un gran esfuerzo en la **formación de profesionales** para dar a la atención el enfoque adecuado.

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

El **protocolo de atención a la obesidad infantil** se ha presentado en más del 95% de las Unidades Asistenciales y está disponible en cerca del 90% de las páginas web de los Distritos y AGS.

Atención al sobrepeso/obesidad infantojuvenil en centros de atención primaria de salud

El modelo de atención a la obesidad infantojuvenil que plantea el PIOBIN sigue las siguientes indicaciones^{11, 12}.



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

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

¹¹ Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano [Coord.] Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mèdiques; 2009

¹² Report to Congress. U.S. Preventive Services Task Force. December 2017.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Announcements/News/Item/2017-report-to-congress>

La implicación de las Unidades Asistenciales en la atención a la obesidad infantil ha sido creciente en estos años, impulsada por la formación y favorecida también por su inclusión en los objetivos de contrato-programa con los centros.

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

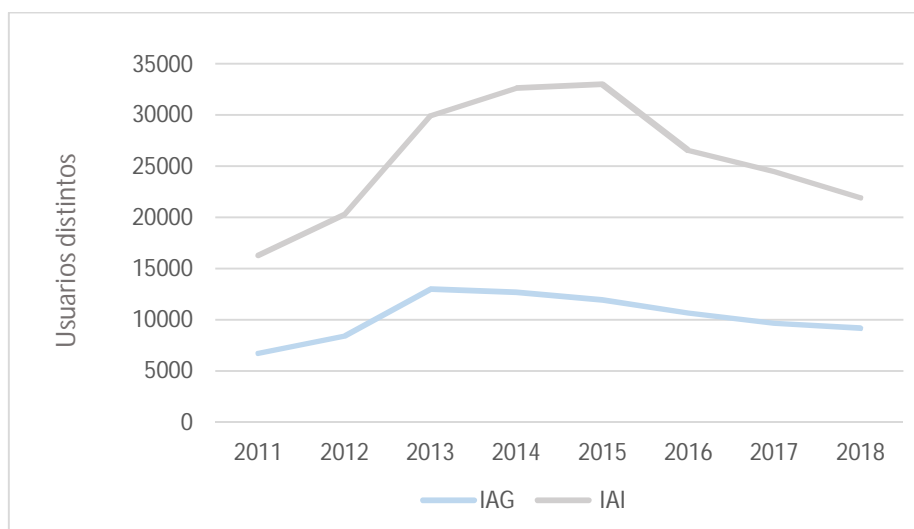
USUARIOS ATENDIDOS

La explotación de **MTI-Citas** desde los servicios de apoyo del SAS informa que, entre 2011 y 2018, se ha atendido una **media anual de 25.662 menores en Intervenciones Individuales (IAI)** y una **media de 10.286 menores cada año en Intervenciones Grupales (IAG)**. Hay que asumir que, en términos generales, un subconjunto de los atendidos en la modalidad individual, además han recibido sesiones grupales.



Como muestra la gráfica siguiente, el número de usuarios atendidos para este problema de salud, ha sido creciente en los primeros años estabilizándose después en cifras algo más bajas. Probablemente los primeros años se hizo un esfuerzo extra en diagnosticar y atender por primera vez a los niños y niñas con este problema de salud (lecho de demanda no atendida) y en los años siguientes, la atención se ha estabilizado.

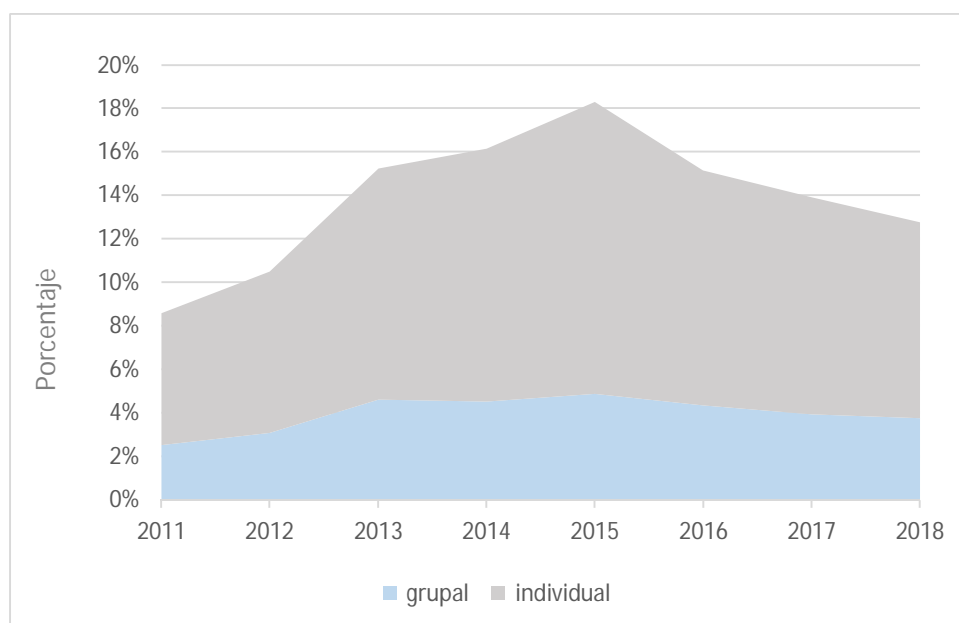
Gráfico 47. Número de usuarios/as de 6-14 años atendidos en las modalidades de Intervención Grupal e Intervención Individual. Andalucía 2011-18



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

En el gráfico 48 puede verse el porcentaje de población atendida sobre la población estimada con exceso de peso según las diferentes EAS de este periodo de tiempo. Hay que tener en cuenta que, si se confirma la tendencia sobre la estabilización y/o descenso de la epidemia como apuntan los datos, la población infantojuvenil con exceso de peso es algo menor cada año y eso modificaría al alza las últimas coberturas. La atención individual presenta mayor variabilidad mientras que la atención grupal es más homogénea a lo largo de los años, situándose en torno al 4% de la población diana, algo más de 10.000 pacientes cada año.

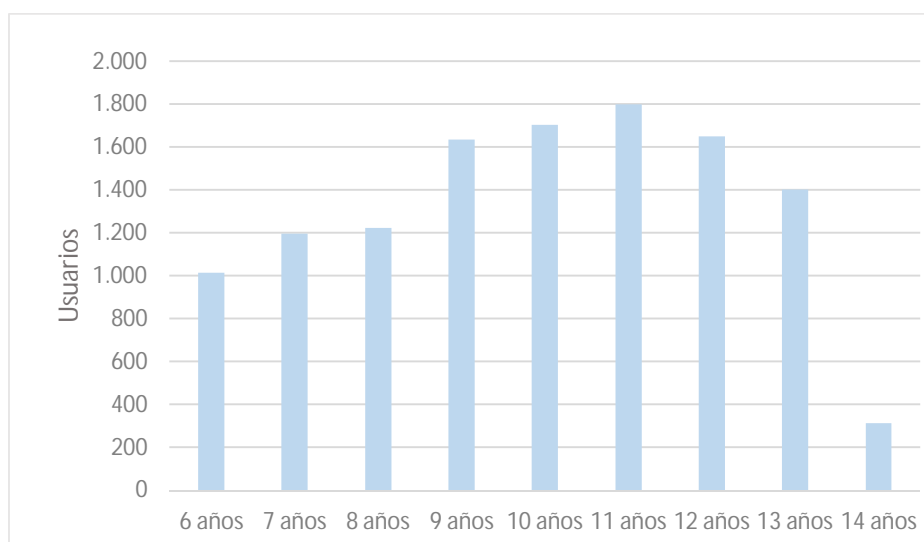
Gráfico 48. Porcentaje de población atendida en APS sobre población diana 2011-18



Fuente: MTI_citas 2011-18 y BDU 2011-18. Servicio Andaluz de Salud y EAS 1999-2016. Consejería de Salud y Familias

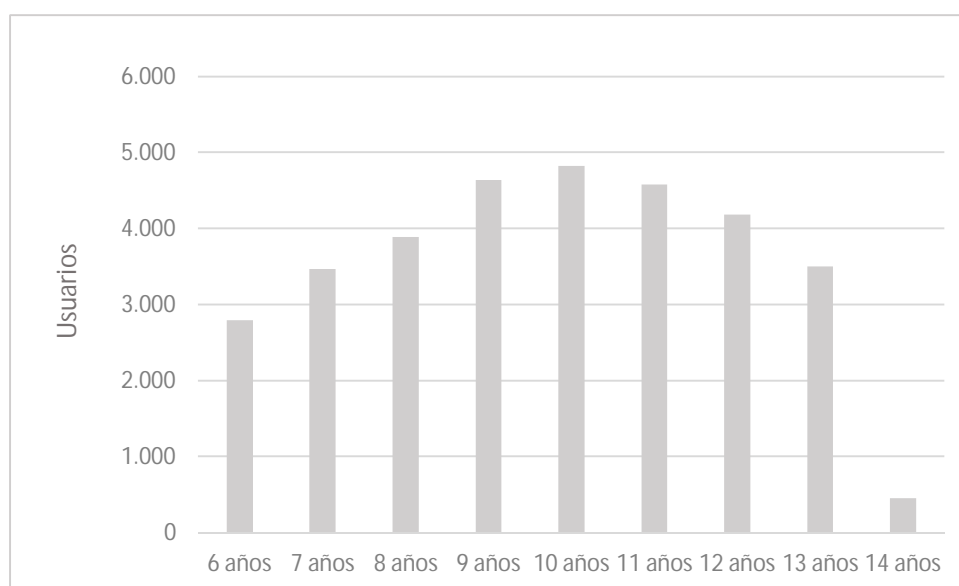
La atención por edades puede verse en los gráficos 49 y 50. Dado que no hay apenas diferencias en la distribución por edades en los diferentes años, se muestran las relativas al año 2015 a modo de ejemplo. Los gráficos indican cómo la atención, tanto individual como grupal, se concentra en las edades de 9 a 12 años, edades en las que el problema del sobrepeso es algo más frecuente.

Gráfico 49. Usuarios atendidos en Intervenciones Grupales según edad en 2015



Fuente: MTI_citas 2015. Servicio Andaluz de Salud

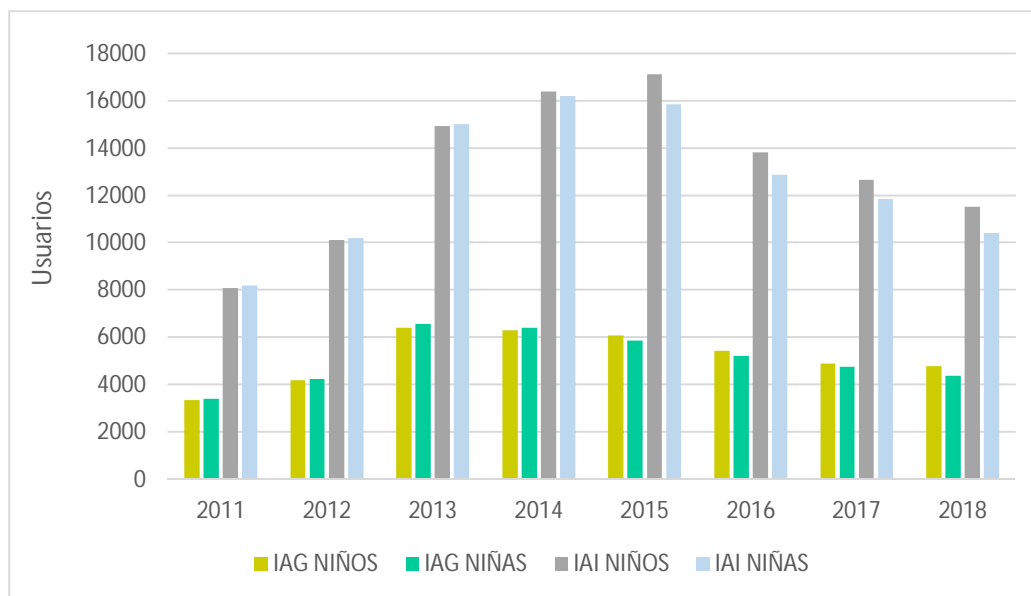
Gráfico 50. Usuarios atendidos en Intervenciones Individuales según edad en 2015



Fuente: MTI_citas 2015. Servicio Andaluz de Salud

En el siguiente gráfico se observa el desglose para cada tipo de intervención (individual o grupal) por año y sexo. Como puede observarse, no se constatan diferencias significativas entre la atención a los niños y a las niñas a lo largo de los años.

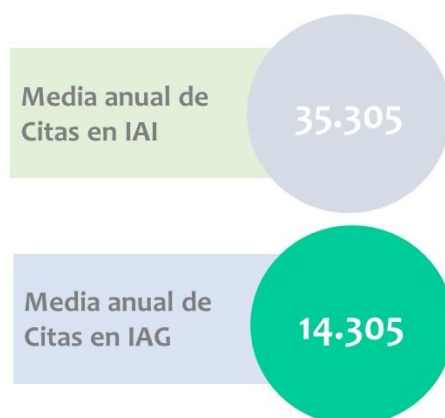
Gráfico 51. Usuarios atendidos en Intervenciones Individuales y Grupales por sexo en el periodo 2011-18



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

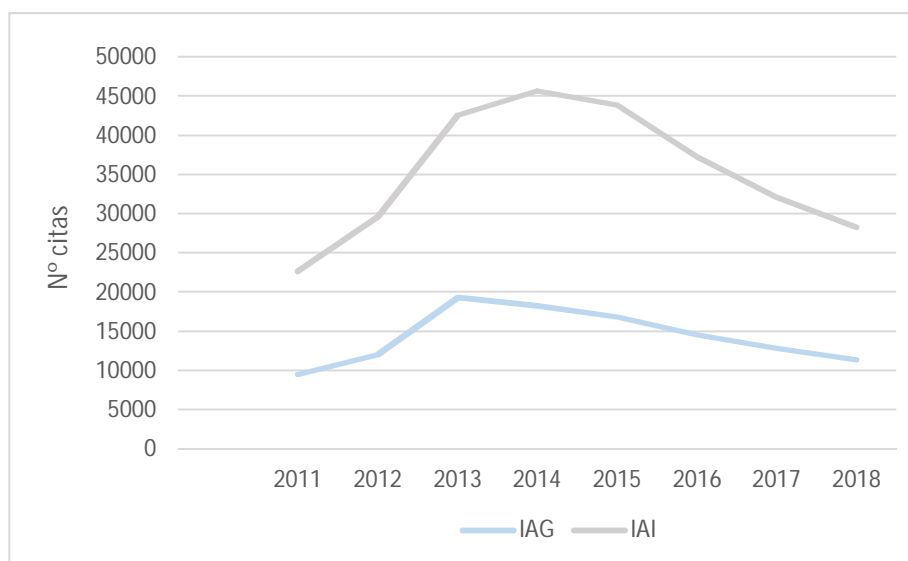
CITAS PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA

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



El gráfico siguiente muestra el número de citas atendidas -en cifras absolutas- para intervención individual y grupal en los centros de atención primaria. Las consultas, igual que los usuarios atendidos, aumentaron durante los primeros años para atender una demanda no satisfecha, mientras que en los últimos 3 años se observan valores más bajos.

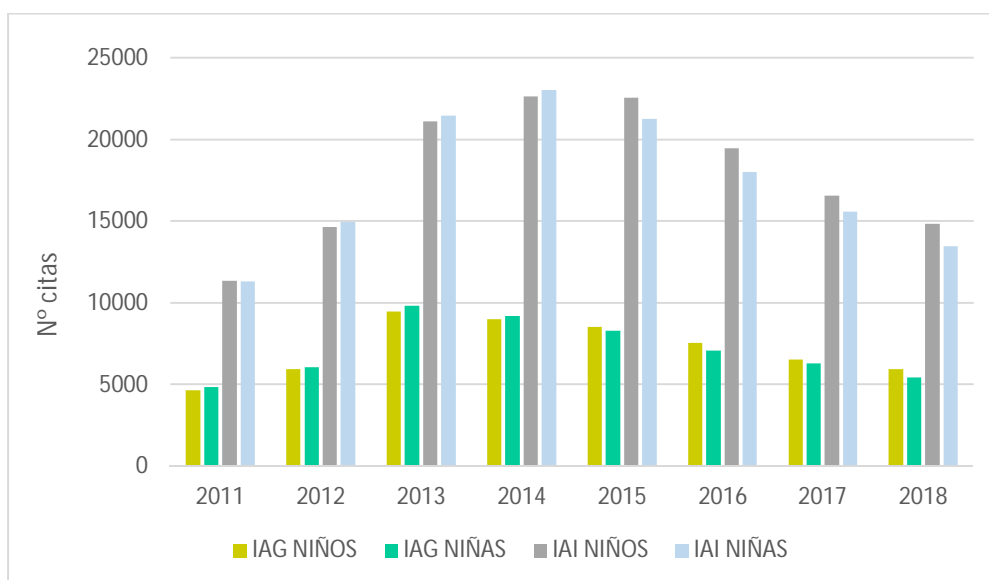
Gráfico 52. Número de citas atendidas para Intervenciones Individuales y Grupales. 2011-18



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

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

Gráfico 53. Citas atendidas para Intervenciones Individuales y Grupales desglosado por sexo. 2011-18



Fuente: MTI_citas 2011-18. Servicio Andaluz de Salud

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

Atención a la obesidad infantojuvenil en los hospitales

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

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

En 2017 se realizó una encuesta a los hospitales andaluces para conocer algunos aspectos sobre la atención prestada a la obesidad infantil.

De los **29 hospitales con atención pediátrica**, respondieron a la encuesta 26 (89,5%). 15 hospitales indicaron que contaban con consultas específicas para obesidad y 11 atendían el problema en el marco de consultas generales de pediatría.

En el año 2016 trabajaban en obesidad infantil 108 profesionales, de los cuales el 45% fueron pediatras, el 26% enfermeras, el 17% auxiliares, el 5% endocrinos, el 4% dietistas, el 2% psicólogos y un 1% corresponde a otros profesionales sin especificar, con una dedicación en conjunto a la obesidad infantil de 172,5 horas semanales.

Los hospitales que tenían consulta específica de obesidad infantil dedicaron una media semanal de 9,7 horas, mientras que los que no tenían consulta específica emplearon una media de 2,4 horas semanales.

En total, en 2016 se atendieron 3.857 pacientes, de los cuales 1.485 lo fueron para primeras consultas. En cuanto a las intervenciones grupales, 20 centros hospitalarios afirman que realizaron en ese año actividades de grupo para el tratamiento de la obesidad infantojuvenil.

ATENCIÓN GRUPAL EN LOS HOSPITALES

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

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

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- Los y las profesionales de APS que se ocupan de la infancia se han implicado en la atención al problema de la obesidad infantojuvenil consolidándose un **modelo de atención con intervenciones individuales y grupales y basado en las recomendaciones nacionales e internacionales**. Esta línea de trabajo trata de dar respuesta a los objetivos del Plan relacionados con la mejora de la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias.
- En conjunto se ha hecho un gran esfuerzo para diagnosticar y atender precozmente a los niños y niñas con problemas de peso y especialmente en organizar la **atención grupal** con las familias de los niños y niñas afectados.
- Se ha priorizado en la **formación y en la investigación la lucha contra la estigmatización** que sufren las personas con obesidad (como se describe en diferentes apartados de este informe) con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de los niños y niñas con exceso de peso.
- El **número de usuarios atendidos** para este problema de salud ha sido creciente en los primeros años estabilizándose después en cifras algo más bajas. Probablemente, en los años iniciales de implantación del Plan se hizo un esfuerzo extra en diagnosticar mediante la detección oportunística en las consultas a los niños y niñas con este problema de salud no atendido.
- La atención responde a la realidad del problema y está **más concentrada en los chicos y las chicas de 9 a 12 años**, grupo de edad en la que el sobrepeso es más frecuente.
- No se han observado diferencias significativas entre la atención a niños y niñas.
- Sería necesario **desarrollar un modelo sistemático de evaluación de la atención**.

4. LÍNEA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

RED DE PROFESIONALES DEL PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA

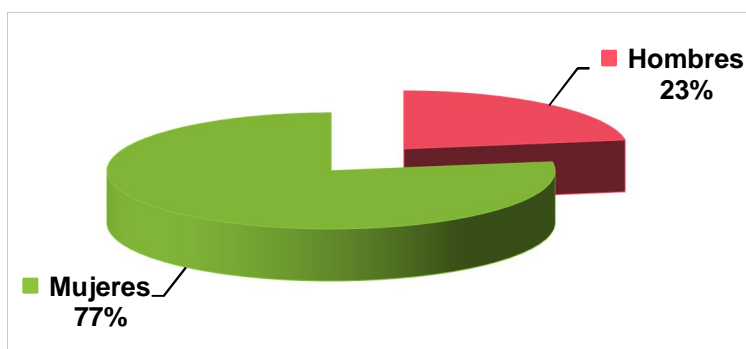
Para el desarrollo del Plan es clave llevar a cabo actividades de formación basadas en los perfiles de competencias que permitan el adecuado manejo de la obesidad infantil.

La puesta en marcha y funcionamiento de una **RED DE PROFESIONALES** (www.reddelasandia.org) es una **herramienta estratégica** para el desarrollo de la formación y para el impulso de las diferentes líneas de acción del Plan.

Esta red recibió un Accésit dentro de los premios que otorga la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) en 2012 dentro de la modalidad de iniciativas desarrolladas en el ámbito sanitario.

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía cuenta con una red de profesionales, la “**Red de la Sandía**” que está gestionada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) desde agosto de 2011 y constituida por **2.269 profesionales**, 77,45% mujeres y 22,55% hombres (Datos a fecha 31 de diciembre de 2018).

Gráfico 54. Perfil de los componentes de la Red de la Sandía por sexo. 31 de diciembre 2018



Fuente: Base de datos de la Red de la sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública

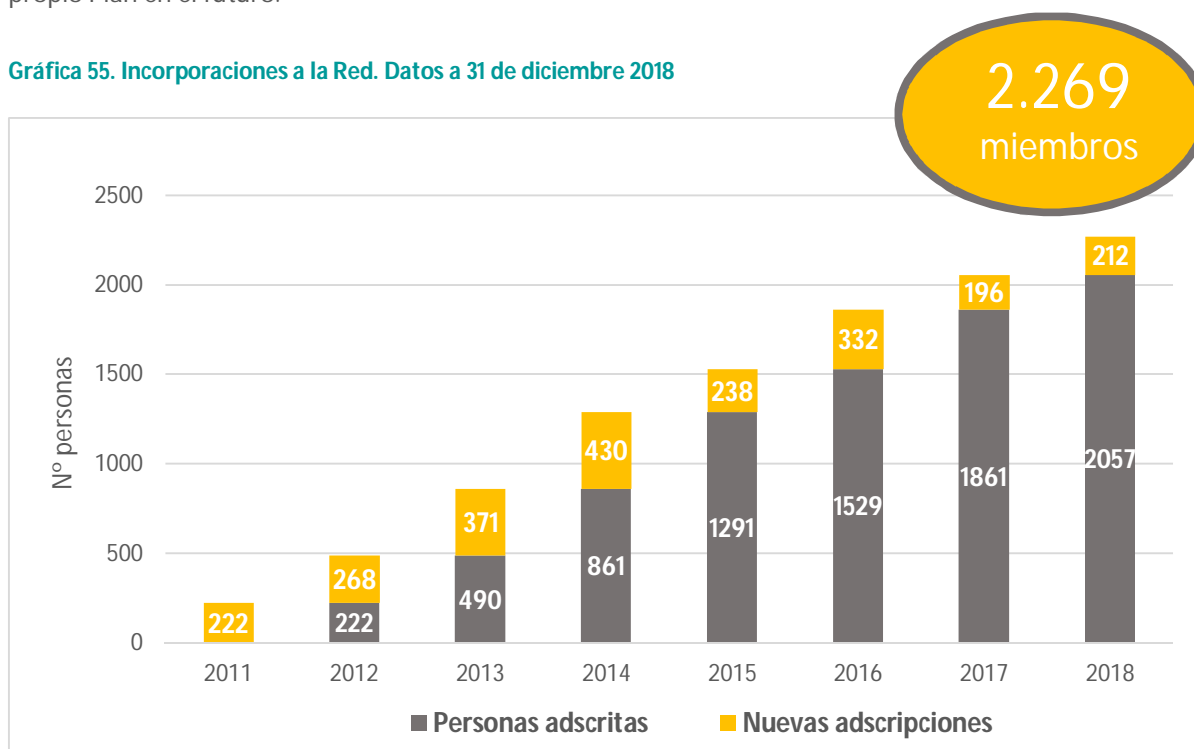
Es una Red diseñada para la capacitación de grupos de profesionales, la gestión del conocimiento y el papel de abogacía a favor de la salud de los menores andaluces. En definitiva, se trata de una Red que conectando a los profesionales que se ocupan de la infancia, posibilite que cada enredad@ influya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

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

El ritmo de incorporación de profesionales a la Red fue más intenso en los meses iniciales de su creación. Posteriormente, el número de incorporaciones se ha estabilizado y aumenta en los periodos previos al desarrollo de las actividades de formación de la red.

Dado el perfil profesional y la dinámica de participación de los miembros de la red, ésta muestra tener un gran potencial para señalar tanto los aspectos formativos a reforzar como las líneas de avance del propio Plan en el futuro.

Gráfica 55. Incorporaciones a la Red. Datos a 31 de diciembre 2018



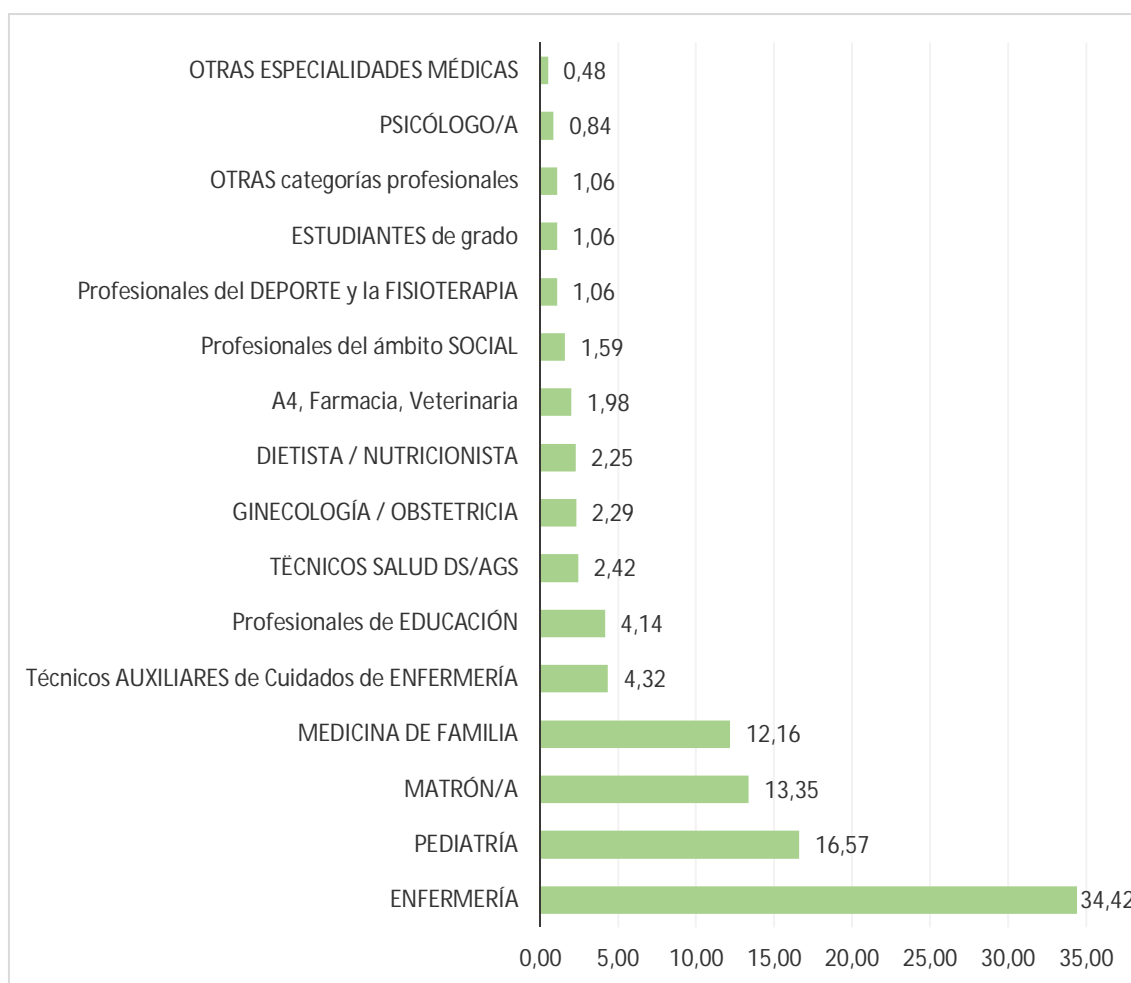
Fuente: Base de datos de la Red de la sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública

PERFIL DE LOS/AS PROFESIONALES DE LA RED

Los datos de los profesionales recogidos a través del formulario de adscripción aportan una visión de la composición y perfil de la Red que muestran una foto fija de sus características profesionales, conocimientos, aptitudes e intereses en el momento de inscribirse. Este perfil inicial se modifica con el tiempo y con la práctica profesional de los inscritos, pero denominamos "perfil del integrante de la red" al que se corresponde con el del profesional que se está incorporando en cada momento.

Inicialmente se incorporaron a la red profesionales, generalmente sanitarios, con cierta trayectoria en el abordaje de la obesidad infantil y con una mayor experiencia y formación en este campo. En otros momentos se han ido incorporando profesionales sanitarios con una menor trayectoria, pero interesados en la obesidad infantil y/o gestacional, ya sea por una motivación personal o por haber asumido responsabilidades o tareas asociadas a la implementación del Plan en su entorno profesional como las matronas y otros profesionales interesados en este tema desde otros ámbitos de trabajo (educativo, comunitario...).

Gráfico 56. Perfil profesional de los miembros de la Red de la Sandía 2018



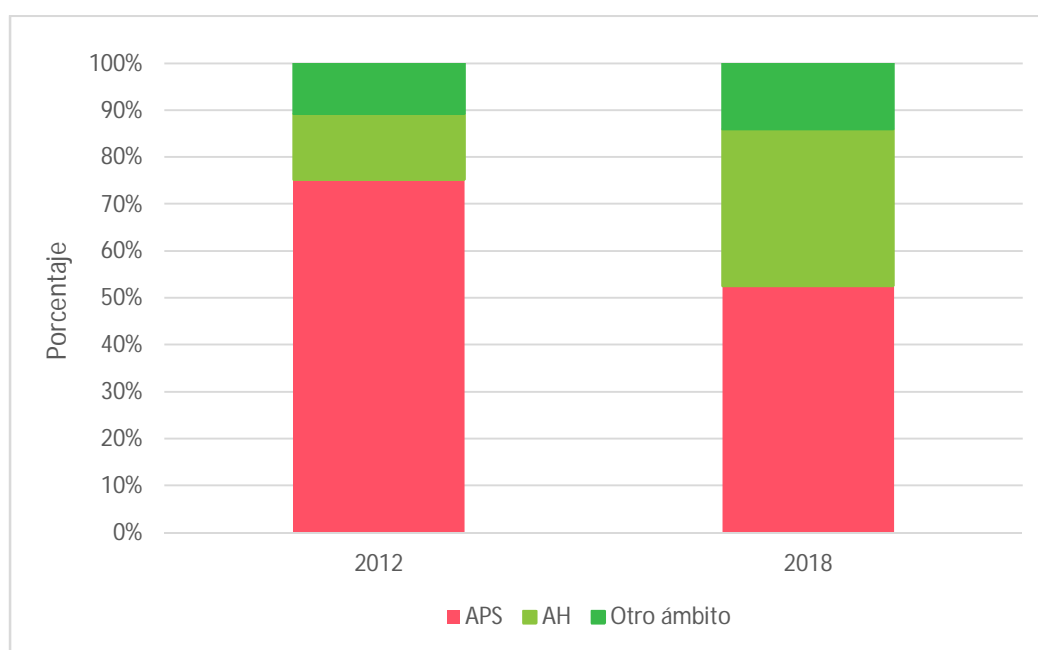
Fuente: Base de datos de la Red de la sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública

ÁMBITO DE TRABAJO DE LOS INTEGRANTES DE LA RED

La mayor parte de los miembros de la Red desarrollan su labor profesional en Atención Primaria de Salud, aunque progresivamente se han ido incorporando profesionales de Atención Hospitalaria y otros que proceden de ámbitos de trabajo no sanitarios (comunitario, educativo...) con un perfil profesional distinto.

En general, la evolución de la adscripción está vinculada a la oferta de las actividades de formación de la red, tanto la dirigida a los profesionales sanitarios como la ofertada a otros sectores. Se observó un incremento de la adscripción de profesionales de Atención Hospitalaria desde 2013, cuando se incorporaron objetivos de formación en obesidad infantil y en obesidad en la gestación en el contrato programa de los Hospitales. Los cursos masivos (MOOC), iniciados en el 2014 propiciaron que un número importante de profesionales del ámbito comunitario y educativo se inscribieran en esos momentos.

Gráfico 57. Comparación ámbitos profesionales de miembros de la Red. 2012-2018



Fuente: Base de datos de la Red de la sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública

USO DE LA PLATAFORMA DE COMUNICACIÓN VIRTUAL

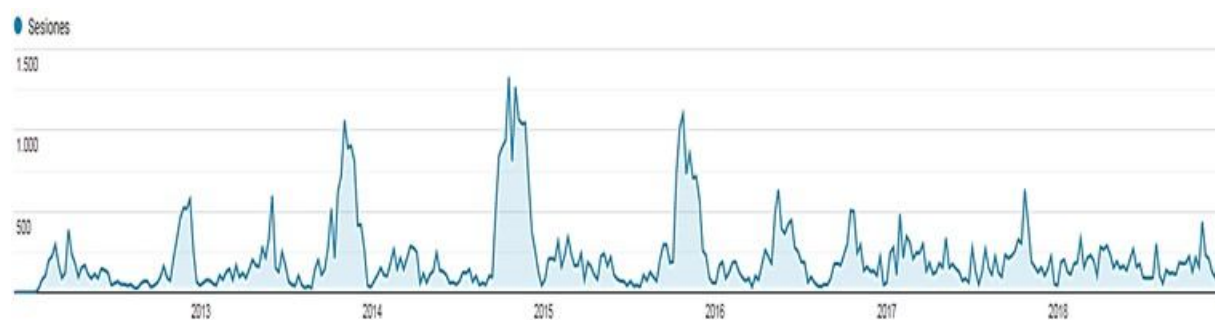
Para realizar el seguimiento de la utilización de la plataforma se utiliza el **ANÁLISIS GOOGLE ANALITICS** que ofrece los datos obtenidos a través de la herramienta de analítica web de google. Este análisis informa de las visitas que recibe la página y del seguimiento de los usuarios (independientemente de que se hayan identificado o no). Por lo tanto, nos permite **una mirada más global** de la red de la sandía, de su difusión y, sobre todo, de su repercusión en el entorno.

El **ANÁLISIS REGISTROS MOODLE** está basado en la información que arroja la propia plataforma sobre las acciones (clicks de ratón) realizadas por las personas usuarias de la misma. Estos datos nos permiten diferenciar la actividad realizada por personas identificadas como miembros de la Red y personas que no se identifican (que incluye tanto visitantes como miembros de la red que sin identificarse acceden a la parte de acceso público).

– ANÁLISIS GOOGLE ANALITICS

Se ha recibido un total de **78.688 visitas** de 31.744 **visitantes únicos absolutos** que son los que se conectan a través de un mismo IP en un mismo día y que visualizan un total de 658.100 páginas. El promedio de páginas vistas es de 8.36 páginas por visita, con una duración media de 6:56 minutos por visita.

Gráfico 58. Visitas desde 1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2018

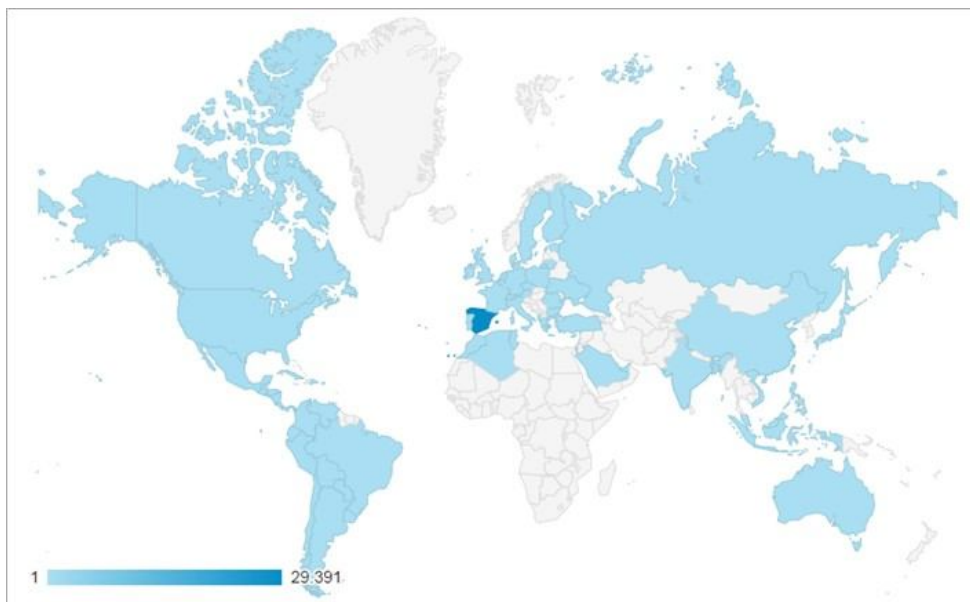


Fuente: Google Analytics (www.lareddelasandía.org)

La tendencia de entradas (ver gráfico 59) refleja una variación periódica con aumento de la intensidad de uso de la plataforma especialmente al final del año, correspondiendo con momentos relevantes de la red (cursos, encuentros...) que se suelen concentrar en el último trimestre del año y un menor número de entradas en aquellos momentos en los que la actividad profesional es menos intensa (vacaciones de verano, navidad...).

Desde su puesta en marcha en 2011 y hasta el 31 de diciembre de 2018, la plataforma ha recibido **78.688 visitas desde 775 ciudades en 66 países diferentes** en 5 continentes. La mayoría de las visitas se producen desde España (75.378 visitas que suponen el 95,79%), y de ellas el 83,62% desde Andalucía. También llaman la atención las 966 recibidas desde otras comunidades autónomas y las 2553 visitas desde otros países.

Gráfico 59. Mapa de ubicación de visitas (1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2018)



Fuente: Google Analytics (www.lareddelasandía.org)

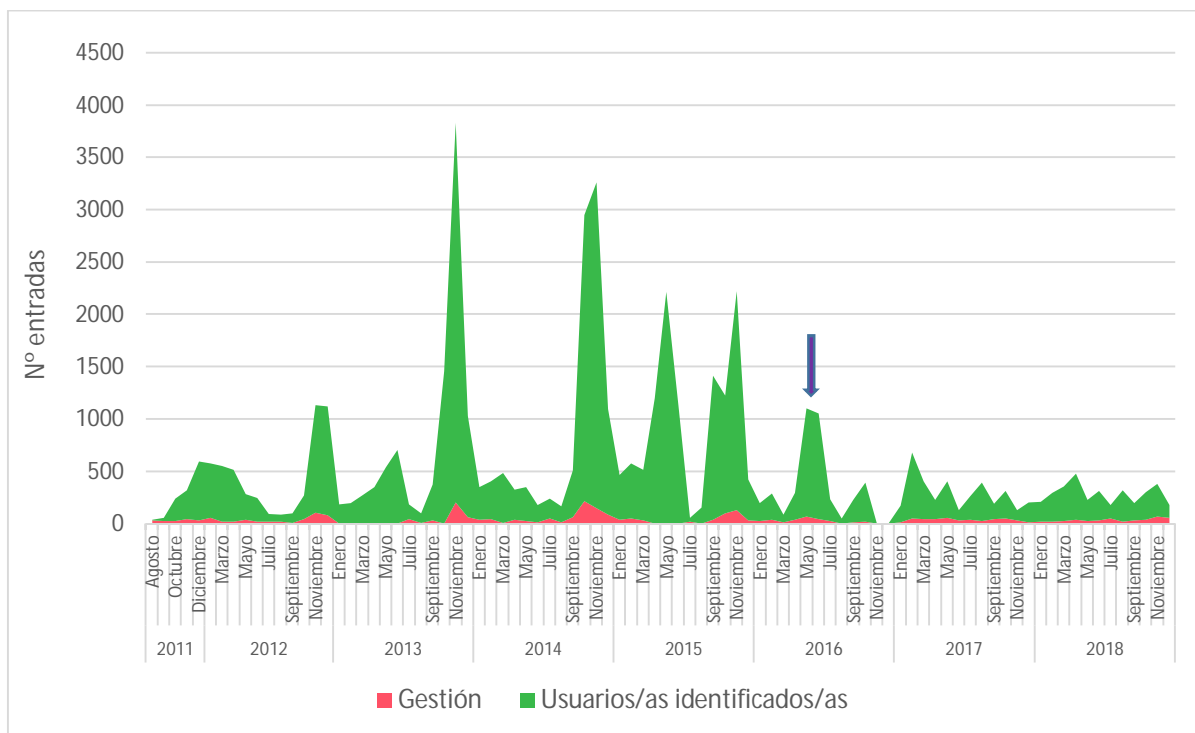
– ANÁLISIS REGISTROS MOODLE

Este análisis está basado en la información que arroja la propia plataforma con las acciones (clicks de ratón) realizadas por las personas que entran en la misma y se identifican como miembros de la red (accediendo con nombre de usuario y contraseña). De las visitas de personas invitadas o miembros de la red que han accedido a la plataforma sin identificación, solo se recoge el número de visitas realizadas a la parte pública de la red.

Desde la presentación de la Red el 25 de agosto de 2.011 hasta el 31 de diciembre de 2.018 se han registrado **180.139 visitas a la plataforma**. De ellas, 48.258 son entradas de personas que pertenecen a la red ya que se han identificado para acceder: 3.350 (1,86%) corresponden a entradas realizadas por el equipo de gestión y el resto (44.908) son realizadas por personas miembros de la Red. El resto de las entradas (131.881, el 73,21% del total) corresponden a visitas de invitados o a miembros de la red sin identificar y que solo acceden a la parte pública de la misma.

El hecho de que a partir del año 2016 las actividades formativas de la red pasaran a desarrollarse en el campus de docencia de la Escuela Andaluza de Salud Pública en vez de en la propia plataforma, como se hacía anteriormente, explica el descenso de las entradas en la red de los miembros identificados estos últimos años como se refleja en el gráfico siguiente.

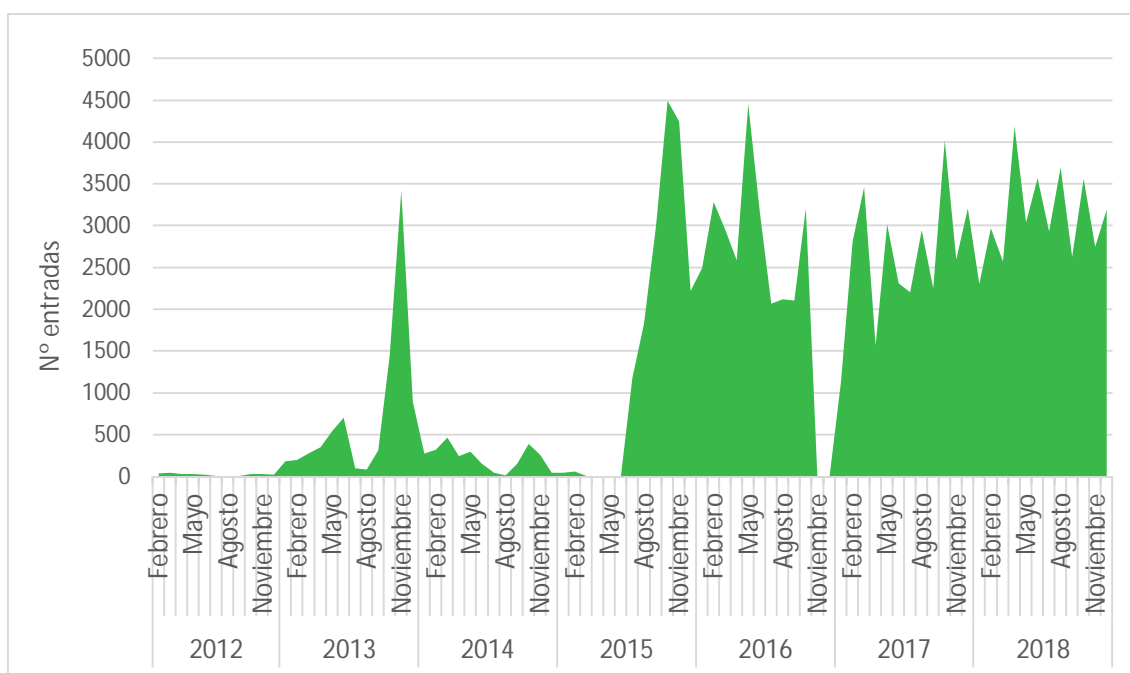
Gráfico 60. Entradas a la plataforma de personas identificadas como miembros de la Red (incluyendo actividades formativas hasta diciembre 2018)



Fuente: Registros de la plataforma Moodle (www.lareddelasandia.org). Escuela Andaluza de Salud Pública

El 73,21% son entradas que se realizan por invitados, es decir, personas sin identificar (este dato puede incluir también entradas de miembros de la red a espacios de acceso público sin identificarse).

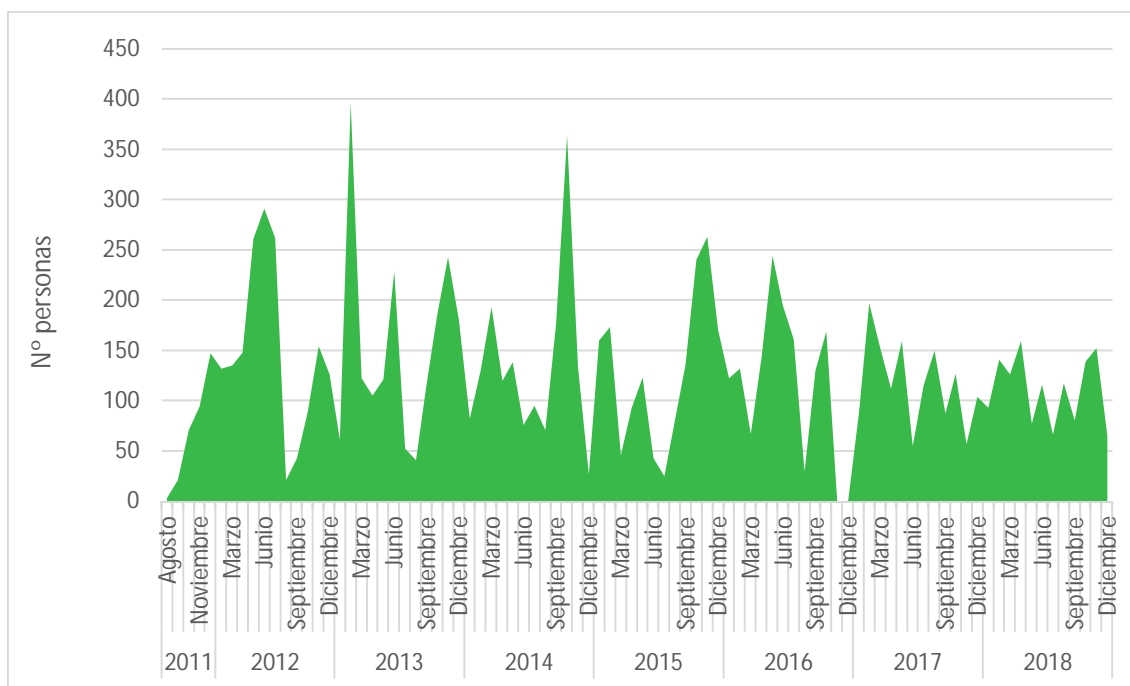
Gráfico 61. Entradas a la plataforma de invitados o personas sin identificar hasta diciembre 2018



Fuente: Registros de la plataforma Moodle (www.lareddelasandia.org). Escuela Andaluza de Salud Pública

En el siguiente gráfico podemos ver el número de personas miembros de la red que usan la plataforma por mes (independientemente del número de entradas que realicen). En este caso, podemos observar que no existen grandes diferencias en el período analizado hasta el año 2016, aunque si se produce un ligero descenso en años posteriores. Pensamos que este descenso puede estar relacionado con el traslado de las actividades formativas de la red que, a partir de la segunda mitad de 2016, como ya se ha señalado, dejan de desarrollarse en la plataforma.

Gráfico 62. Usuarios/as mensuales de la plataforma 2011-2018

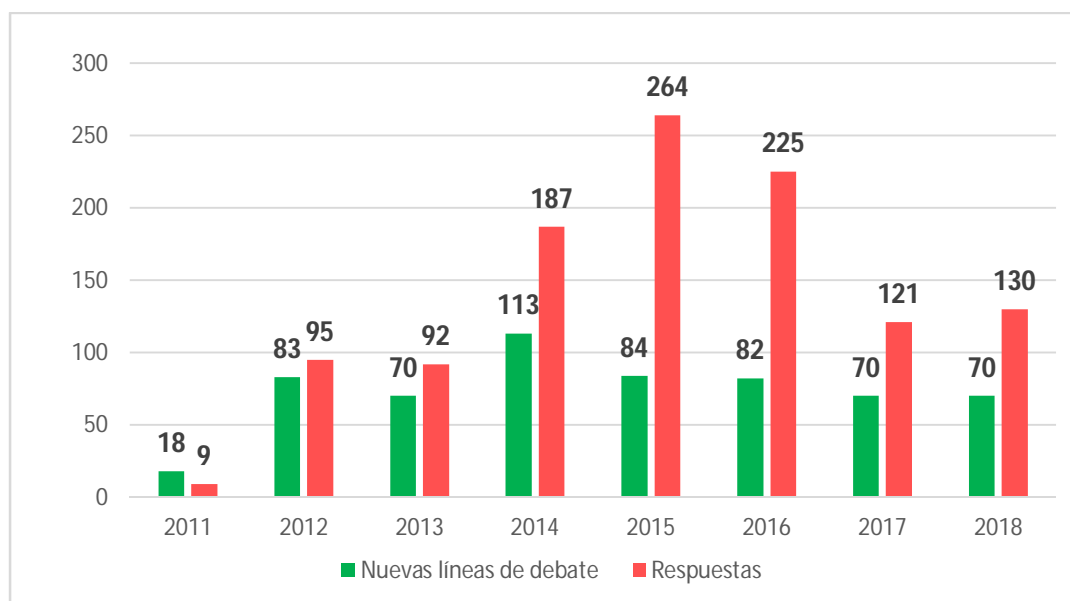


Fuente: Registros de la plataforma Moodle (www.lareddelasandia.org). Escuela Andaluza de Salud Pública

Si nos centramos en la actividad realizada por miembros de la red, la mayor parte de ella se ha concentrado en **consultar recursos** (43.998 consultas), **ver mensajes de los foros** (24.720 consultas) y **consultar perfiles de participantes** (4.998 consultas).

En cuanto a la participación en los foros (gráfico 63), se observa que, en todo este tiempo, se han creado un total de 590 nuevas líneas de debate que han generado 1123 respuestas.

Gráfico 63. Evolución de la participación en el foro de la red de la sandía 2011-18



Fuente: Registros de la plataforma Moodle (www.lareddelasandía.org). Escuela Andaluza de Salud Pública

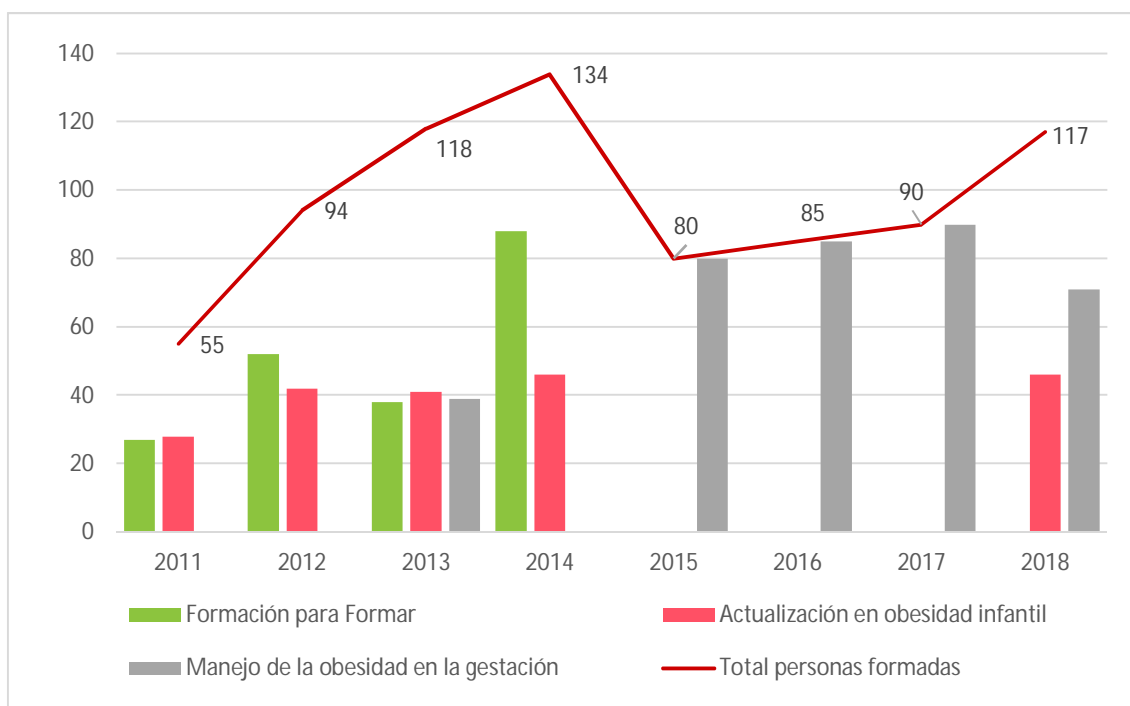
El número de líneas de debate abiertas se ha mantenido bastante constante desde el 2012, con un ligero repunte en el 2014. En cambio, en las respuestas generadas, el máximo de participación en los foros se observa en los años 2015 y 2016, mientras que decrece en los últimos años.

Actividades de formación en la red de profesionales

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

La evolución del número de personas formadas a lo largo de este tiempo en los cursos ofertados específicamente para los miembros de la red se puede observar en el siguiente gráfico.

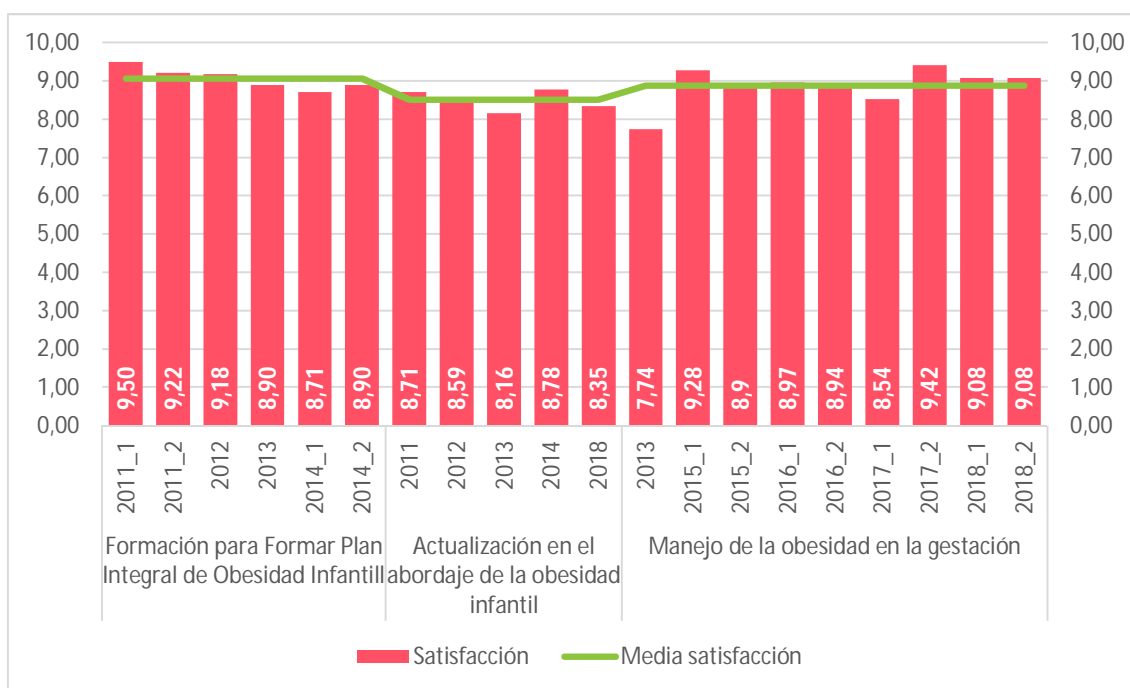
Gráfico 64. Formación destinada a miembros de la Red. 2011-2018



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

La evaluación realizada por el alumnado presenta una **elevada satisfacción, superior al 8 sobre 10** en todas las actividades (excepto la primera edición del curso manejo de la obesidad en la gestación en 2013 que fue valorada con 7,74).

Gráfico 65. Evaluación de la formación realizada a miembros de la Red. 2011-2018

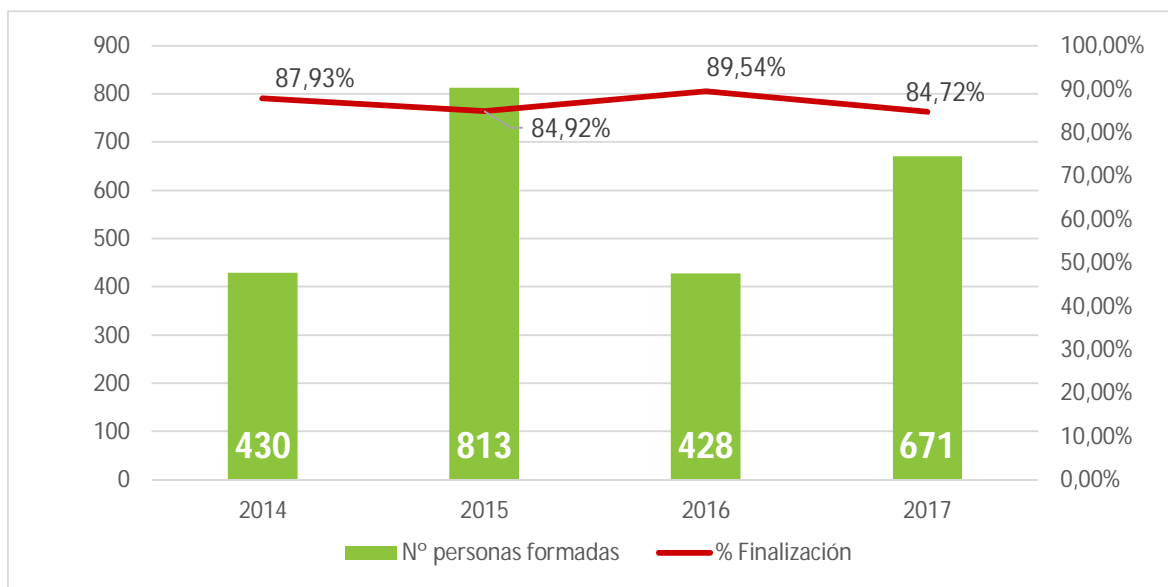


Fuente: Sistema de Gestión Académica (SIGA). Escuela Andaluza de Salud Pública

En las cuatro ediciones (2014-2017) del **Curso de Formación Masiva (MOOC)**, destinado a la Prevención de la Obesidad Infantil, se han formado **2.342 personas** con un elevado índice de finalización respecto a la matrícula inicial que, en todas las ediciones, se ha mantenido alrededor o por encima del 85%.

El siguiente gráfico muestra el número de personas que han finalizado esta formación en cada una de las ediciones realizadas y el porcentaje de finalización.

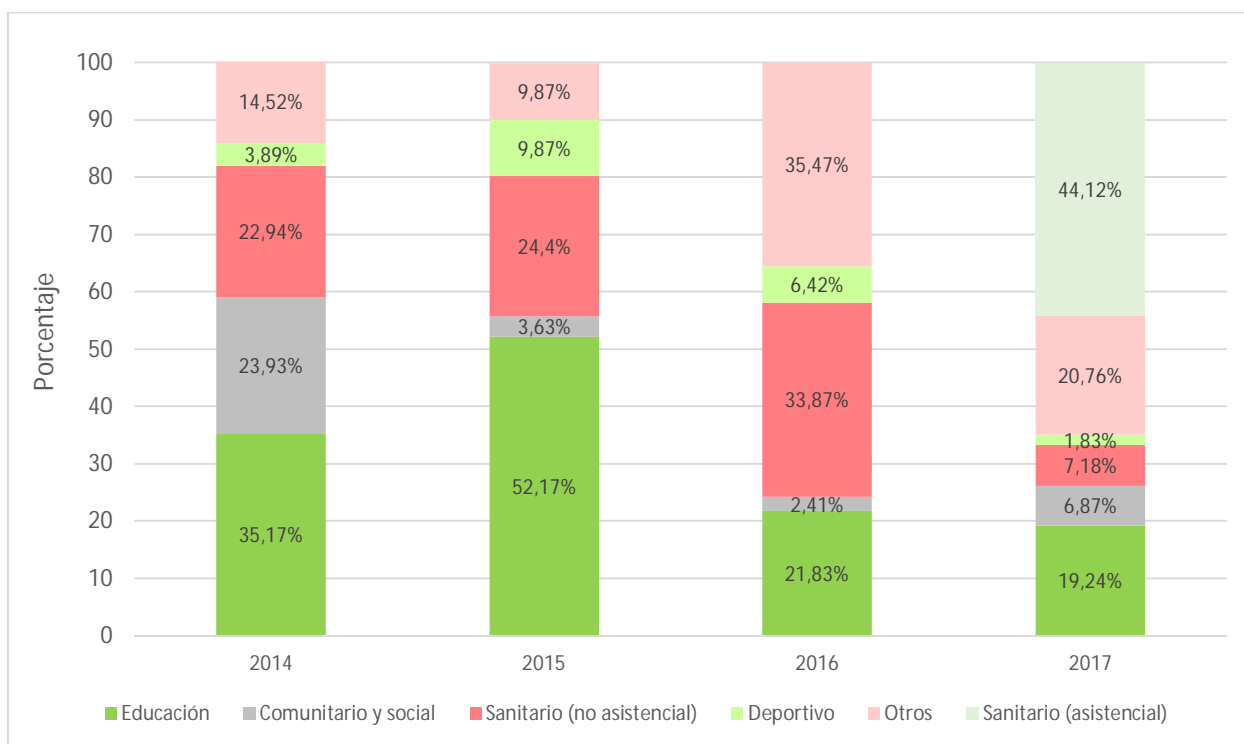
Gráfico 66. Finalización Curso Prevención de la Obesidad Infantil en Andalucía, MOOC. 2014-2017



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

En cuanto al **perfil de los participantes**, el último análisis realizado muestra que los profesionales del ámbito educativo suponen el mayor porcentaje de inscritos en los primeros años (más de la mitad en la edición de 2015) y descienden en las ediciones posteriores. En la edición de 2016, el perfil del ámbito sanitario no asistencial (farmacia, trabajo social, veterinaria) y de otros ámbitos del sector privado, que incluye a estudiantes, nutricionistas, personal de farmacia, entre otros, ha sido el más representado entre los participantes de esa edición. El perfil comunitario y social (ayuntamientos, asociaciones...) ha ido disminuyendo desde la primera edición y en el 2017, que se permitió la entrada a la realización de este curso a profesionales del ámbito sanitario público asistencial, estos suponen el mayor porcentaje de participación

Gráfico 67. Ámbito profesional de participantes en el Curso MOOC Prevención de la Obesidad Infantil en Andalucía. 2014-2017



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

En todas las ediciones del curso **MOOC sobre Prevención de la obesidad infantil**, la media de satisfacción, recogida en el cuestionario de evaluación, ha sido superior al 8,8 en una escala de 0 a 10, (8,86 en 2014, 8,91 en 2015, 8,93 en 2016 y 8,89 en 2017).

En 2018 se ha pilotado un nuevo tipo de actividad, el **SEMINARIO WEB**, en la plataforma de la Red de la sandía (www.lareddelasandia.org) cuya temática ha sido la **“Prevención de la obesidad infantil en el entorno escolar”**. Este nuevo formato didáctico, que pretende dar respuesta a las necesidades de la red, permite tanto la participación síncrona en el seminario web como la visualización asíncrona del recurso. Para el 2019 está previsto el desarrollo de otras actividades de este tipo.

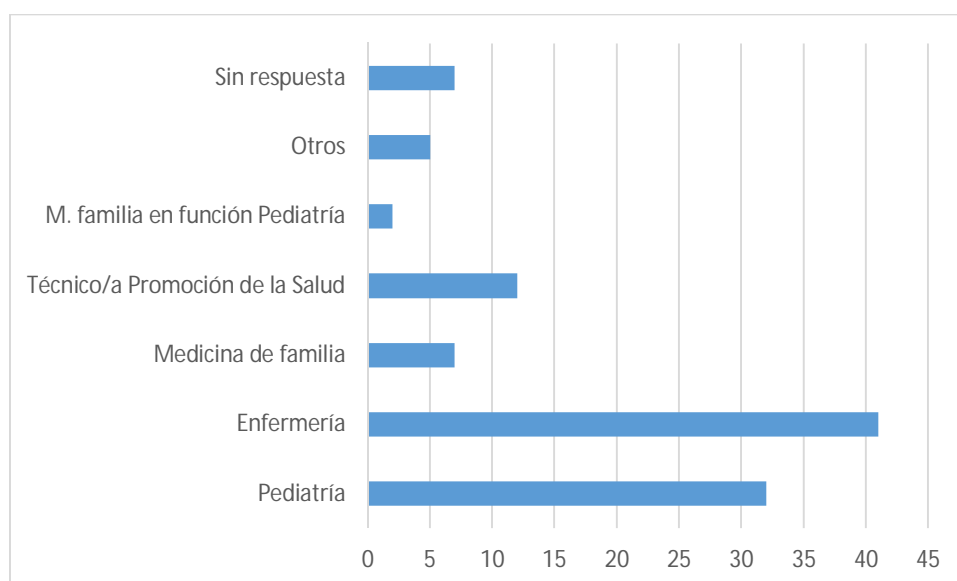
EVALUACION DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA “FORMAR PARA FORMAR”

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

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

Se enviaron 204 encuestas, de las que se recibieron 100 respuestas, lo que supone una tasa de respuesta del 49%, (error muestral del 7%, para un nivel de confianza del 95%). La categoría profesional de los encuestados que respondieron puede verse en el siguiente gráfico.

Gráfico 68. Categoría profesional de los encuestados para la evaluación de la formación para formar desarrollada entre 2011 y 2014



Fuente: Cuestionario evaluación Formación para Formar PIOBIN. Escuela Andaluza de Salud Pública

Los resultados obtenidos señalan que el **83% del alumnado participante en alguna edición de este curso realizó posteriormente formación a iguales**; el 63% en el tema específico de la obesidad infantil y un 20% en otros temas no relacionados.

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

En estas actividades se han formado 2.432 profesionales, preferentemente pediatras, enfermeros/as o médicos/as de familia y en menor medida, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería u otros profesionales. Casi la mitad de los participantes en los cursos de FpF que han contestado la encuesta (45%), han realizado también actividades de divulgación o formación en esta materia en centros educativos o comunitarios como pueden ser Ayuntamientos, asociaciones, centros deportivos...

La media de actividades formativas realizadas ha sido de 10 actividades por alumno/a; el 50% han realizado al menos 7 acciones y la media de profesionales que han recibido la formación por cada alumno asistente a un curso de FpF, se sitúa en 50, lo que aporta una visión de la envergadura que puede tener la formación en cascada.

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

El material utilizado en las sesiones combinó el material proporcionado en el curso, con el disponible en la plataforma de la red (www.lareddelasandia.org) y los materiales de elaboración propia: 28 formadores afirman haber utilizado los 3 tipos de materiales, y 23 han realizado la formación combinando al menos 2 de ellos.

En cuanto a los cambios producidos en la sensibilización frente a la obesidad infantil después de la formación FpF, el 75% de los encuestados afirma que desde que realizó el curso "Ha cambiado su percepción sobre la obesidad infantil" y el 80% "Ha realizado cambios en su práctica profesional en la manera de abordar la obesidad infantil", más centrada en la Entrevista Motivacional como base del cambio.

FORMACIÓN CONTINUADA EN LOS CENTROS

La capacitación de los profesionales ha sido durante estos años una de las **líneas fundamentales del Plan**, en las que se ha empleado muchos recursos y estrategias como forma de garantizar la difusión y la homogeneidad de las intervenciones sanitarias y de promoción de los estilos de vida saludables en la comunidad.

Durante estos años se han realizado **792 sesiones clínicas sobre obesidad infantil** en las que se han empleado 1.259 horas y en las que han participado **8.126 profesionales**.

Además, se han realizado **182 talleres acreditados por la ACSA de Formación Básica del PIOBIN**, con 1.109 horas docentes y 3.200 participantes.

En cuanto a la **Formación Avanzada**, que incluye también talleres específicos para los referentes del programa en las UGS y AGS, así como los **talleres de Entrevista Motivacional** en el abordaje del exceso de peso y Comunicación del diagnóstico, se han realizado 131 cursos acreditados con 1.381 horas y **2.400 participantes**.

Los cursos de **Manejo de la Obesidad en la Gestación** fueron objetivo de Contrato Programa en el año 2018, por lo que, en ese año, la actividad formativa se concentró fundamentalmente en este tipo de formación. En total, **675 profesionales** se han formado en esa materia en los centros sanitarios.

Por otro lado, se han realizado **118 talleres de otra temática relacionada con la obesidad infantil** con 794 horas de formación en total y **3.465 participantes**. Esta formación aún incluye actividades formativas que no son específicamente del PIOBIN pero que abordan temas relacionados con la alimentación saludable o la actividad física en niños y adolescentes, como talleres de Consejo Dietético Intensivo, cursos de Lactancia materna, Nutrición para niños y niñas con diabetes...

No se puede determinar con precisión el número de profesionales formados porque cada profesional puede haber asistido a varias actividades formativas.

En resumen, del año 2.011 al 2.018, cerca de **18.000 profesionales** de Andalucía han asistido a alguna formación en PIOBIN o relacionada con la obesidad infantil, en las 1.105 actividades formativas acreditadas desarrolladas en estos años, con 4.845 horas docentes totales.

Gráfico 69. Formación continuada en PIOBIN. Evolución 2011-18



Fuente: Informes Anuales PIOBIN

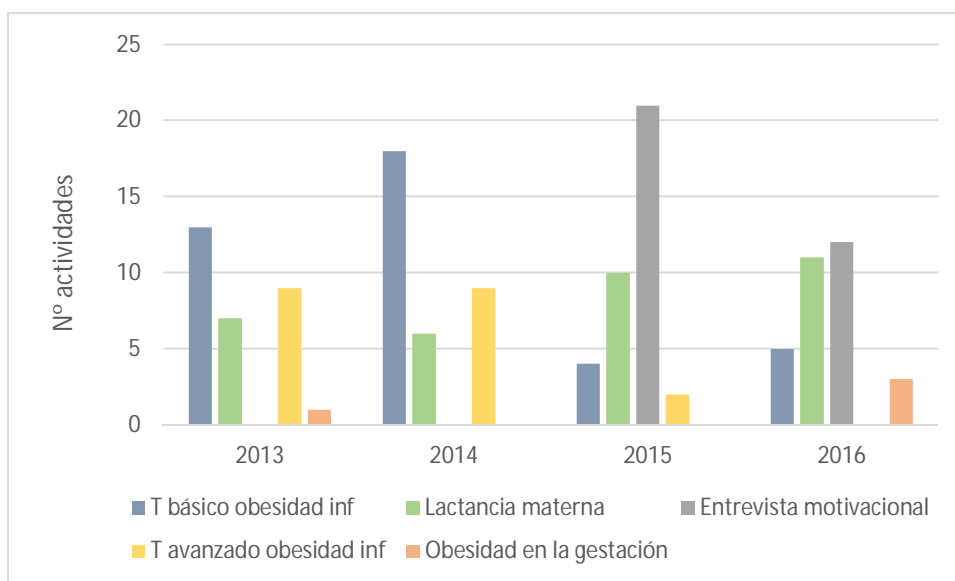
*La Formación Avanzada de 2013 y 2014 incluye Talleres para referentes; en 2015 y siguientes, incluye, además, los Talleres de Entrevista Motivacional y Comunicación del diagnóstico

FORMACIÓN CONTINUADA ESPECÍFICA EN HOSPITALES

Dentro de los objetivos de Contrato Programa del 2017 se solicitó a los Hospitales que recopilaran la información sobre las actividades formativas (sesiones clínicas, talleres o cursos) de Obesidad Infantil acreditadas en sus hospitales desde el año 2013 al 2016, tanto de **Formación Básica como de Formación Avanzada o sobre Comunicación del diagnóstico, Entrevista motivacional y estigmatización en obesidad infantil.**

Veintisiete hospitales públicos de Andalucía cumplieron la encuesta de formación. Entre 2013 y 2016 se realizaron un total de **131 actividades formativas acreditadas** diferentes, con un total de 166 ediciones (144 Cursos y Talleres, 21 Sesiones y 1 Jornadas). La evolución de la formación puede verse en el siguiente gráfico.

Gráfico 70: Evolución de las actividades formativas desarrolladas en los hospitales entre 2013 y 2016



Fuente: Cuestionario sobre Atención a la obesidad en los hospitales andaluces. PIOBIN 2017

El número de total de horas de formación en estos años en el conjunto de las ediciones y temáticas asciende a 1.724, de las cuales 1.082 corresponden a temas de obesidad infantil (excluyendo lactancia materna).

Los **profesionales formados** en estas materias en los hospitales de Andalucía en esos cuatro años ascienden a un total de **3.875**. El mayor número de profesionales formados se registró en el año 2014 seguido del 2015. De estos profesionales, 2.407 se han formado en temas de Obesidad Infantil y 1.468, en aspectos relacionados con la Lactancia Materna.

Si se excluye la formación en lactancia materna, las enfermeras son las que han recibido mayor formación en temas de obesidad infantil. Le siguen en número de asistentes, la categoría otros profesionales y los pediatras.

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- El Plan cuenta con una potente y activa **red de profesionales** comprometidos en el control de la obesidad infantil. Las consultas a los recursos de la red, la participación en los foros y en las actividades de formación en estos años la configuran como una **herramienta imprescindible para el desarrollo del plan**.
- Una de las líneas estratégicas del plan es la **capacitación integral de los profesionales** sanitarios para abordar las intervenciones en obesidad con la población infantil y sus familias. Por ello, la formación de los profesionales se aborda en el PIOBIN desde las actividades formativas organizadas en la plataforma de red de la sandía y mediante la formación ofertada en los centros sanitarios. El establecimiento de objetivos de formación en el contrato-programa con los centros de atención primaria y con los hospitales ha impulsado esta formación.
- La **formación específica** que se ha ofertado a los profesionales aborda la capacitación para el manejo individual y grupal de la obesidad en el ámbito sanitario, incluyendo **formación en la motivación para el cambio, la obesidad en la gestación y aspectos de promoción de la salud relacionados con los estilos de vida saludables**. También se han tenido en cuenta aspectos relacionados con la equidad en la atención, el respeto a las personas que padecen obesidad y las estrategias para la captación activa de poblaciones con mayores dificultades de acceso al sistema sanitario.
- Esta formación se ha concretado a través de la **plataforma de la red de la sandía** en diferentes cursos durante estos años: Actualización en el abordaje de la obesidad infantil, Formación para formar y Manejo de la Obesidad en la Gestación. Ha sido realizada por un total de 773 profesionales y en todas las ediciones y cursos resultó muy bien valorada por el conjunto de los asistentes (8 sobre 10).
- El **curso de Formación para formar se organizó para garantizar la formación entre iguales (formación en cascada)** en la prevención y el manejo de la obesidad infantil. Un estudio realizado en 2.019 demostró que la actividad fue pertinente y que los participantes han desarrollado múltiples actividades formativas sobre la materia en sus centros y también, en centros educativos y comunitarios.
- En las cuatro ediciones (2014-2017) del **Curso de Formación Masiva (MOOC)** en Prevención de la Obesidad Infantil, ofertado por la red de la sandía para profesionales de ámbitos no sanitarios (educativos y comunitarios, preferentemente), se han formado 2.342 personas con un elevado índice de finalización respecto a la matrícula inicial que, en todas las ediciones, se ha mantenido alrededor o por encima del 85%.

- En el contrato programa con los centros sanitarios y hospitales se ha potenciado también desde el inicio del plan, la formación de los profesionales en las líneas estratégicas del PIOBIN, con el objetivo de garantizar la homogeneidad y la equidad de las intervenciones sanitarias en todos los centros sanitarios de Andalucía. En esta formación han participado cerca de 18.000 profesionales, en las 1.105 actividades formativas acreditadas desarrolladas en estos años, con 4.845 horas docentes totales. El cómputo total de profesionales formados hay que tomarlo con cautela porque un profesional puede haber asistido a varias actividades formativas.
- Los **profesionales formados** en estas materias en los **hospitales** de Andalucía ascienden a un total de **3.875**, según se recoge en una encuesta específica promovida desde el Plan para conocer la formación en temas de obesidad infantil o relacionados con ella entre los años 2.013 al 2.016.

5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012 señala que “Las áreas de investigación del Plan deberán abordar los aspectos en los que existe mayor controversia y aquellos que arrojen luz sobre intervenciones a implantar para obtener los mejores resultados sobre este problema de salud y su desigual distribución entre la población infantil de Andalucía”.

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

Por otra parte, los centros sanitarios han trabajado sobre aspectos diversos relacionados con la obesidad infantil.

ESTIGMATIZACIÓN POR EL PESO ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La **obesidad es un problema de salud pública de difícil manejo clínico porque es consecuencia de innumerables factores ambientales, genéticos y comportamentales.**

Uno de los factores que dificultan la eficacia de los tratamientos puestos en marcha es el estigma sobre el peso –anti fat attitudes (AFA)-. La estigmatización por el peso consiste en atribuir significados negativos a una condición, “el exceso de peso”, y de considerar al individuo responsable de su situación. Se puede definir como un conjunto de pensamientos y actitudes negativas relativas a las personas con exceso de peso. Puede ser explícito o permanecer inconsciente y lleva a imaginar a las personas con exceso de peso como “perezosas, descuidadas, poco inteligentes y atractivas”.

Esta estigmatización puede darse en la familia, en la escuela, en la sociedad y, también, en el medio sanitario y por eso desde el Plan se inició en el año 2015 una línea de investigación para conocer el grado de estigmatización por el peso existente entre los profesionales sanitarios de Andalucía.

En ese año, el Plan Integral de Obesidad Infantil diseñó el programa y el material didáctico del **Curso sobre Comunicación del Diagnóstico, Entrevista Motivacional y Estigmatización en Obesidad Infantil** sobre el que los Distritos y AGS elaboraron y acreditaron sus propios talleres. Una de las actividades del curso era la cumplimentación del cuestionario Anti-fat Attitudes Questionnaire o AFAQ (Crandall 1996). (Ver anexo 2).

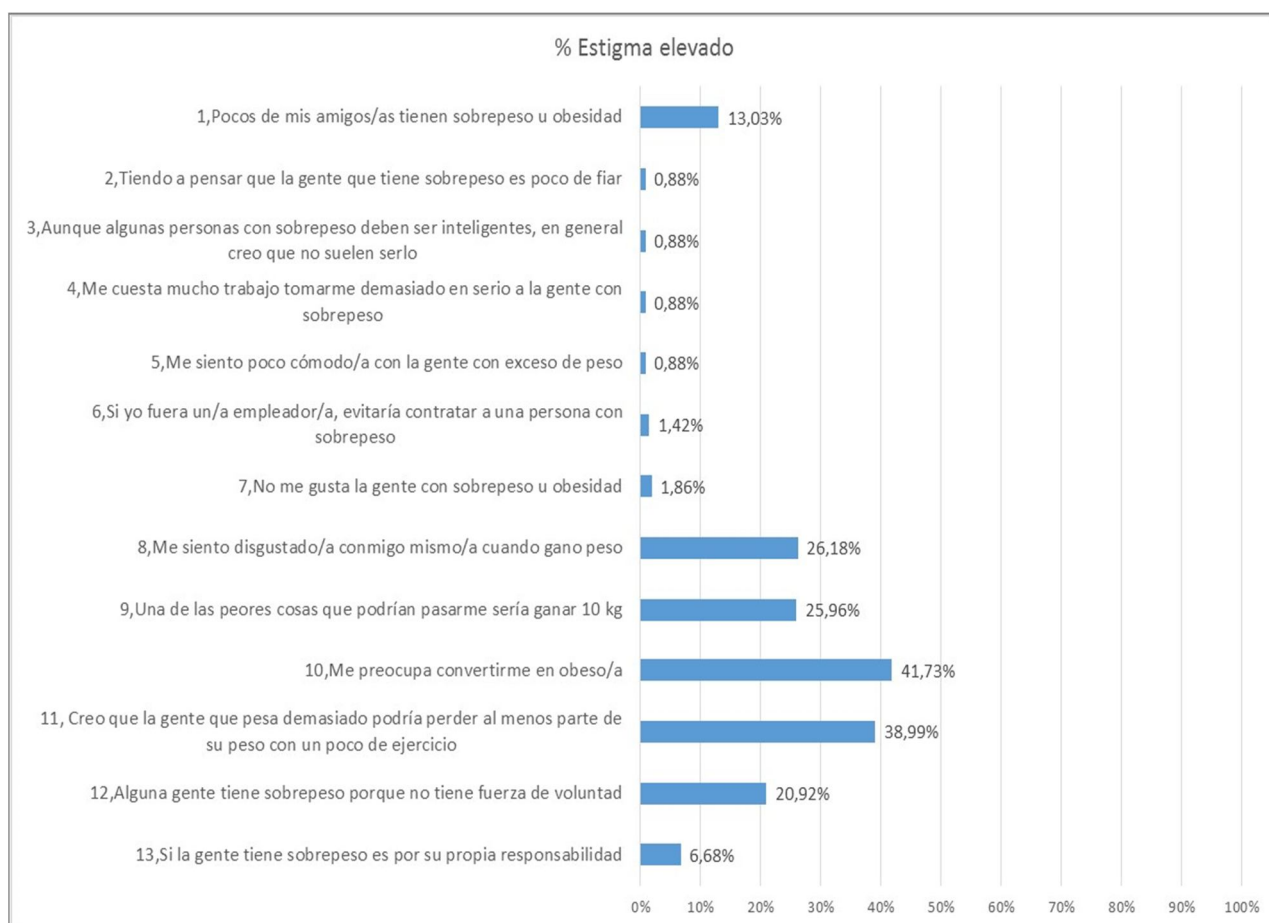
El **cuestionario AFAQ** -ubicado para su cumplimentación en la red de la sandía- consta de 13 ítems subdivididos en 3 escalas: Aversión hacia las personas con exceso de peso, Temor a coger peso y Responsabilidad personal en la obesidad. Esta línea de investigación está en consonancia con las recomendaciones de la Academia Norteamericana de Pediatría y la Sociedad Científica de Obesidad de

ese país que han emitido una comunicación conjunta sobre la estigmatización de niños y adolescentes con problemas de obesidad en el que llaman la atención sobre los 'efectos secundarios' a nivel psicológico asociados al tratamiento de este problema de salud. Insta a que los sanitarios no expongan de manera demasiado cruda el diagnóstico del sobrepeso y los problemas que éste conlleva a los menores, dado que el efecto puede ser contraproducente.

Entre 2015 y 2016 el cuestionario recibió un total de 1.610 visitas en la plataforma de la Red de la sandía. Se rellenaron completamente 913 cuestionarios que recibieron el *feedback* correspondiente con los resultados individuales obtenidos y se analizaron las respuestas globales con el fin de profundizar en esta línea de trabajo.

Los resultados globales se muestran en el gráfico 71. En el se recoge el porcentaje de respuestas al cuestionario de la red de la sandía de las personas que se declaran bastante o absolutamente de acuerdo con algún ítem del cuestionario (puntuación 5), lo que se corresponde con un nivel de estigma muy elevado.

Gráfico 71. Porcentaje de respuestas al cuestionario de las personas que se declaran bastante o absolutamente de acuerdo con algún ítem del cuestionario



Fuente: Cuestionario AFAQ. Red de la sandía. Escuela Andaluza de Salud Pública

Como puede observarse, los ítems agrupados en la categoría temor a ganar peso (8, 9, 10) y a responsabilizar a los pacientes con exceso de peso de su situación (11, 12), tienen resultados elevados.

Se han comparado estos resultados con los obtenidos en un estudio similar entre pediatras italianos encontrándose que la media de las puntuaciones obtenidas en total y para las subescalas “Temor a ganar peso” y “Responsabilidad propia sobre el problema” indican valores más elevados de estigma en Andalucía respecto a Italia. La media de las puntuaciones de la subescala “Aversión” es, sin embargo, más elevada en Italia.

Los resultados del estudio indican un elevado grado de estigmatización explícito en el ámbito de la atención a la infancia tanto en Italia como en Andalucía. Los datos concretos de este estudio pueden verse en: Tanas, Rita; Gil, Begoña et al *Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. Journal of Obesity & Therapeutics, 2017 vol1 ,1, p 3-6.*

Así pues, el estigma entre los profesionales encargados de prevenir y tratar la obesidad, cuyo objetivo fundamental debe ser crear conciencia del problema en las familias sin juzgarlas y motivándolas para iniciar el proceso de tratamiento, puede constituir un serio obstáculo al tratamiento de la obesidad infantil que, huérfano de fármacos debe basarse esencialmente en la buena relación terapéutica y en el apoyo a la autoeficacia de las familias.

OTRAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- El Plan mantiene abierta en la actualidad una línea de investigación sobre prevalencia de obesidad en las gestantes atendidas en los centros de salud de Andalucía, cuyos resultados hasta la actualidad, se han detallado en apartado 1 de resultados en salud.
- En colaboración con la AECOSAN se ha participado en el **ESTUDIO ALADINO ANDALUCÍA** en las oleadas de 2011 y 2015 (Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España) que se desarrolla en el marco del ESTUDIO COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative de la Oficina para la Región Europea de la OMS).
- Por otro lado, según los datos aportados por los referentes del Plan en los Distritos y AGS, hasta 2.018 hay **12 líneas de investigación abiertas** en diferentes centros de Andalucía sobre temas que abordan la prevención y/o las intervenciones con menores con exceso de peso y sus familias. El detalle de estas líneas de investigación, así como los DS y AGS implicados, puede verse en el Anexo 3.

PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y PUBLICACIONES

Desde el inicio de la andadura del Plan, la dirección de éste ha participado en diferentes foros nacionales e internacionales presentando mediante seminarios, conferencias, mesas redondas, comunicaciones y otras intervenciones, las líneas de acción prioritarias y algunos de los principales resultados obtenidos en estos años.

Entre éstas, destacan en 2.018 las intervenciones en relación con la **Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía**, en el parlamento de Andalucía y en otros foros como la Jornada de la FAO en Madrid en 2017, la Escuela de Salud del Lazareto de Menorca y el Congreso de Farmacia Hospitalaria de 2018.

También ha habido participación en otras Jornadas en diferentes ámbitos y años como en la Jornada de Promoción Hábitos de vida saludable de la Delegación Granada, Jornada del PIOBIN en el Distrito Málaga, Jornada Caminar es más salud en Cala, Actividad “Caminando por un reto” en Benalmádena, Jornada Medicina del Deporte en Almería, Jornada sobre Lactancia Materna en el Distrito Marbella, Jornadas de Consumo en la Delegación de Salud de Córdoba, Jornadas sobre atención a la infancia en las Delegaciones de Jaén y de Córdoba y Celebración del Día de la Matrona en el Centro de Salud de Alcosa, éstas últimas en el año 2017.

Así mismo, los referentes del programa en los Distritos y AGS de Andalucía informan también de la participación en diferentes congresos y jornadas científicas, con intervenciones y/o exposiciones que abordan aspectos relacionados con la obesidad infantil.

El detalle de las participaciones en congresos, jornadas y encuentros científicos, así como las publicaciones de la dirección del Plan y de los Distritos y AGS, pueden verse en el Anexo 4.

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

- Se ha abordado desde el punto de vista de la investigación una de las posibles barreras en los colectivos profesionales para la atención de calidad a la obesidad infantil como es la estigmatización por el exceso de peso y se han llevado a cabo (ver apartado de formación) intervenciones en formación para contrarrestarla.
- Se ha iniciado una línea de investigación sobre obesidad en la gestación -así como en la formación de profesionales en esta área-. Sería conveniente avanzar en ese campo con estudios de base poblacional.
- También sería de utilidad iniciar una línea de investigación que profundice en la evaluación de las diferentes líneas de intervención del plan.

6. LÍNEA DE DESARROLLO NORMATIVO

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

Anteproyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía.

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

Se utilizó un modelo de planificación sanitaria integral con participación social: Identificación de actores sociales, elaboración de un estudio de prospectiva, elaboración de propuestas, diseño de un borrador por el comité de expertos, proceso de audiencias con remisión de propuestas para enmiendas, estudio y argumentación para aceptar o rechazar las propuestas, entrevistas con grupos de interés a demanda de estos y presentación a la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía.

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

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

Participación en documentos de consenso de la AECOSAN.

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

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

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

IDEAS CLAVE

La evolución de los datos de la obesidad infantil y del exceso de peso en la infancia recogidos en el presente informe, permiten afirmar que el modelo de abordaje de la obesidad infantil propuesto en Andalucía ha contribuido a **“frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil en nuestra comunidad a corto plazo”** que era uno de los principales objetivos del Plan cuando se creó.

Según los resultados observados en la serie histórica de las encuestas de salud tanto autonómicas como nacionales, la **epidemia de la obesidad infantil en Andalucía se muestra estabilizada en la última década** y aunque todavía **persisten niveles algo más elevados que en el conjunto de España**, todo parece indicar que la línea estratégica diseñada de atención a este problema en el ámbito sanitario a la población diana y de promoción de la alimentación saludable y de la actividad física en los contextos educativos, familiar y comunitario, es una estrategia válida para este fin.

Se considera que las **actividades de promoción de la salud** en esos contextos, así como la **educación grupal en los servicios sanitarios dirigida a las familias** y las **intervenciones en el entorno educativo**, son los elementos complementarios e imprescindibles para alcanzar el objetivo de la incorporación del estilo de vida saludable en la población. Los datos observados en las ENSE y en la EAS apuntan a que fundamentalmente hay que trabajar en los **factores que condicionan la obesidad**:



El nivel de **EJERCICIO FÍSICO** observado entre la población infantojuvenil es bajo y está lejos de las recomendaciones actuales para la población infantil. Son especialmente preocupantes los bajos niveles de ejercicio físico entre las niñas por lo que cualquier medida para potenciarlo debe contar con el pertinente **enfoque de género**.

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

El **sedentarismo** es un factor de riesgo importante para el exceso de peso que va unido al tiempo empleado en las horas de pantalla (televisión, ordenadores, móviles y otros...). Se observa un incremento importante y preocupante en la evolución de los datos de las **horas diarias de televisión observadas en los menores andaluces**. Según la última Encuesta Andaluza de Salud cerca del **45%** de éstos **dedican dos o más horas diarias** a este concepto y, como se ve, esto es sólo una parte del problema.

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

Durante la gestación, el mantenimiento de una adecuada alimentación se convierte en un factor clave para la salud de la madre y de su bebé. La ganancia ponderal materna durante el embarazo tiene notable influencia sobre el peso del recién nacido, así como sobre su salud en el momento del nacimiento y en el resto de su vida. Por ello hay que enfocar la prevención de la obesidad también en las primeras etapas de la vida y la atención al exceso de peso de las gestantes ha sido y es un objetivo prioritario del Plan.

La **LACTANCIA MATERNA** es un **factor protector del exceso de peso en la infancia** que además también ayuda a la recuperación del peso de las madres en el periodo puerperal. Las diferentes encuestas andaluzas de salud muestran una evolución estable de la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida en la última década, en torno al 45% en toda la oleada de encuestas. Estos datos están por debajo de las recomendaciones de la OMS que aboga por la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

El Plan a través de la **Red de la sandía** y de los **profesionales** referentes en los Distritos y AGS, ha hecho un esfuerzo importante para hacer llegar a las familias y a la población general **mensajes sobre la importancia de mantener un peso saludable, una alimentación equilibrada que incluye la lactancia materna y una práctica de ejercicio físico apropiada**. Para ello en la propia red, se han difundido y se han puesto accesibles para las familias y para los profesionales que las atienden, diversos recursos de promoción de hábitos de vida saludable, que han sido muy bien acogidos. También en los medios de comunicación locales y en las redes sociales se han difundido estos mensajes a la población.

Como se ve en el conjunto de los aspectos abordados, centrarse exclusivamente en intentar cambiar las conductas individuales resultaría ineficaz y se debe trabajar en crear un entorno social y medioambiental adecuado donde las opciones saludables sean las más fáciles de elegir. De ahí la importancia de incorporar en esta estrategia el enfoque de los **entornos promotores de salud**.

Los **CENTROS SANITARIOS** se están implicando de forma activa y creciente en las diversas iniciativas de promoción y estrategias propuestas en el Plan. Se han apoyado y realizado múltiples intervenciones comunitarias dirigidas a la población infantojuvenil, a sus familias y a la sociedad en su conjunto desde los centros sanitarios de los Distritos y AGS en colaboración con otras entidades ciudadanas. Estas actividades alcanzan una cifra aproximada entre las 300 y 400 por año en el conjunto de Andalucía.

Prácticamente todos los centros de salud cuentan con catálogos de recursos de actividad física de su área de influencia para apoyar y adecuar al entorno los consejos sobre actividad física que se dan en las consultas en línea con la estrategia de activos de la Consejería de Salud y Familias. Estos catálogos se difunden también en las páginas webs y expositores de los centros de salud.

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

Los **programas de hábitos de vida saludable en los CENTROS EDUCATIVOS**, fundamentalmente Creciendo en Salud, están teniendo un desarrollo positivo, aumentando año a año su participación y con una cobertura importante en los centros ubicados en **Zonas Necesitadas de Transformación Social (ZNTS)**. El Plan de Frutas y Verduras en la Escuela alcanza cada año a más centros y alumnos y es valorado de forma muy positiva por la comunidad educativa. Por otro lado, es un magnífico ejemplo de coordinación entre diversas administraciones de la Junta de Andalucía.

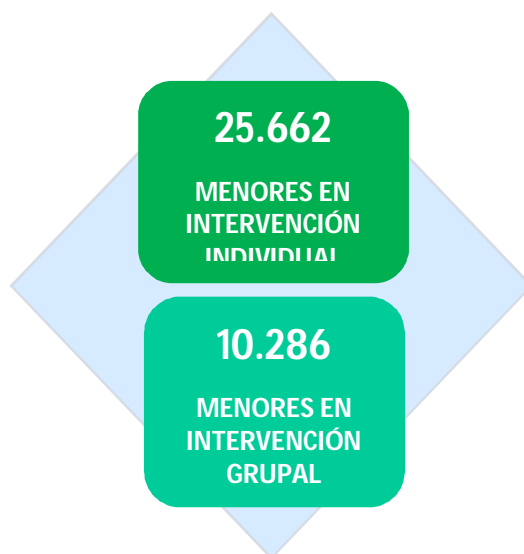
Las iniciativas para aumentar la actividad física en los centros escolares son muy prometedoras, pero no alcanzan a la totalidad del alumnado a pesar de que esta es una de las medidas de probada eficacia en la prevención de la obesidad infantil. Esto indica la necesidad de seguir trabajando con Educación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

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

Para dar respuesta al objetivo del Plan relacionado con la mejora de la **atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias**, los y las profesionales de APS que se ocupan de la infancia se han implicado en la atención al problema de la obesidad infantojuvenil **consolidándose un modelo de atención con intervenciones individuales y grupales, basado en las recomendaciones nacionales e internacionales**.

En conjunto se ha hecho un gran esfuerzo para **captar, diagnosticar y atender precozmente a los niños y niñas con problemas de exceso de peso**. El número de usuarios atendidos para este problema de salud ha sido creciente en los primeros años estabilizándose después en cifras algo más bajas. Probablemente, en los años iniciales de implantación del Plan se hizo un esfuerzo extra en diagnosticar mediante la detección en las consultas a los niños y niñas con este problema de salud no atendido.

Con todo, hay que resaltar que entre 2.011 y 2.018, se ha atendido una **media anual** de:



La atención responde a la realidad del problema y está **más concentrada en los chicos y las chicas de 9 a 12 años**, grupo de edad en la que el sobrepeso es más frecuente, sin que se observen diferencias significativas entre la atención a niños y niñas ni en éstas ni en las otras edades.

Es esencial que los profesionales sanitarios se encuentren capacitados para abordar estas intervenciones con la población infantil que presenta exceso de peso y con sus familias. Por ello, la **FORMACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES** es una de las líneas estratégicas del plan y se aborda con la oferta de actividades formativas a través de la plataforma de red de la sandía y de los programas de formación en los centros de salud y hospitales. Esta formación continuada en los centros ha sido posible gracias a la implicación de los **referentes del plan**, a la formación para formar implementada y al compromiso adquirido a través de los objetivos de contrato programa con los centros sanitarios.

La formación específica que se ha ofertado a los profesionales aborda la capacitación para el manejo individual y grupal de la obesidad en el ámbito sanitario, incluyendo formación en la motivación para el cambio, la obesidad en la gestación y aspectos de promoción de la salud relacionados con los estilos de vida saludables. También se han tenido en cuenta en esta formación, el abordaje de aspectos relacionados con la equidad en la atención, el respeto a las personas que padecen este problema evitando la estigmatización y en la captación activa de poblaciones con mayores dificultades de acceso al sistema sanitario

Esta formación se ha concretado en estos años a través de la **plataforma de la red de la sandía** en diferentes cursos para los profesionales sanitarios sobre “Actualización en el abordaje de la obesidad infantil”, “Formación para formarse” y “Manejo de la Obesidad en la Gestación”, con una amplia aceptación y una muy buena valoración por el conjunto de los asistentes (**más de 700 profesionales**). También se han realizado cuatro ediciones (2014-2017) del Curso de Formación Masiva (MOOC) en Prevención de la Obesidad Infantil, para profesionales de ámbitos no sanitarios, pero estratégicos desde el punto de vista de la promoción de la salud (educativos y comunitarios, preferentemente). Se formaron **2.342 personas** con un elevado índice de finalización respecto a la matrícula inicial.



La actividad formativa “**Formar para Formar**” en Obesidad Infantil (con 6 ediciones del 2011 al 2014), realizada con el objetivo de que el alumnado participante pudiera realizar posteriormente formación en esta materia a sus iguales (**formación en cascada**), ha facilitado la formación posterior en este tema en los Distritos y AGS, como se ha comprobado en una encuesta de valoración de esta actividad promovida por el Plan en el 2019. Además, gracias a esta formación inicial, han realizado también actividades de divulgación o formación en esta materia en centros educativos o comunitarios como pueden ser Ayuntamientos, asociaciones, centros deportivos... lo que da cuenta del potencial que tiene este tipo de formación en cascada.

En el **contrato programa** con los centros sanitarios y hospitales se ha potenciado también desde el inicio del plan, la formación de los profesionales en las líneas estratégicas del PIOBIN, con el objetivo de **garantizar la homogeneidad y la equidad de las intervenciones sanitarias en todos los centros sanitarios de Andalucía**. Una gran cantidad de profesionales han recibido alguna formación en PIOBIN o relacionada con la obesidad infantil en las actividades formativas acreditadas desarrolladas en estos años.

Al igual que en la formación, en el plan de **INVESTIGACIÓN** desarrollado en el PIOBIN, se ha priorizado la lucha contra la **estigmatización** que sufren las personas con obesidad con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de los niños y niñas con exceso de peso y la línea de investigación sobre prevalencia de obesidad en las gestantes atendidas en los centros de salud de Andalucía.

La **estigmatización en obesidad** puede darse en la familia, en la escuela, en la sociedad y, también, en el medio sanitario. Por esta razón, desde el Plan se inició una línea de investigación en el año 2015 que permitiera conocer el grado de estigmatización por el peso existente entre los profesionales sanitarios de Andalucía.

Los resultados obtenidos muestran que un porcentaje importante de los profesionales tienden a responsabilizar a los pacientes con exceso de peso de su situación, y ello puede constituir un serio obstáculo al tratamiento en este caso de la obesidad infantil que, debe basarse esencialmente en la buena relación terapéutica, en la comprensión de la dificultad del cambio y en el apoyo a la autoeficacia de los pacientes y de las familias.

El plan cuenta con experiencia, en colaboración con otros actores sociales, en el diseño de medidas reguladoras que tienen por objeto favorecer que las opciones más saludables sean las más asequibles para la población.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Garantizar el desarrollo de **encuestas de base poblacional infantojuvenil con mediciones antropométricas** para dar continuidad a la información epidemiológica existente (encuestas andaluzas de salud y diversas oleadas del Estudio Aladino).
- Deberían impulsarse estudios con el fin de determinar de forma objetiva, con **mediciones de actividad física y sueño, los patrones de actividad física** de los menores para diseñar e implementar las intervenciones para su aumento de forma más eficaz adaptándolas para niños y niñas y según los grupos de edad.
- El **elevado consumo de refrescos**, estrechamente vinculado con la obesidad (y la diabetes), requiere de la adopción tanto de **medidas efectivas de tipo fiscal** para su control como de medidas legislativas que garanticen el acceso al agua potable (del grifo) en todos los ámbitos frecuentados por la población infantojuvenil.
- Aunque el consumo de frutas y/o verduras ha mejorado en las dos últimas décadas deben mantenerse e incrementarse los esfuerzos para situarlo en los niveles aconsejados.
- Deben abordarse **estudios de base poblacional para conocer mejor la situación del exceso de peso en las gestantes andaluzas** que ayuden a implementar medidas efectivas para su control.
- Habría que diseñar **nuevos materiales de educación para la salud y facilitar su difusión a familias y profesionales a través de la red de la sandía**.
- Seguir potenciando la **información y sensibilización a la población** a través de las actividades comunitarias.
- Aumentar la **cobertura de los programas educativos**, especialmente en los centros ubicados en Zonas de Necesidades de Transformación Social (ZNTS).
- Potenciar una **evaluación y mejora de los programas de hábitos de vida saludable que se desarrollan en el medio educativo**.
- Sería positivo contar con algún tipo de **desarrollo normativo** que favoreciera que la totalidad de los **centros sanitarios** de Andalucía fueran **modélicos** en la **oferta de alimentación saludable y el fomento de la actividad física**.
- Las iniciativas para **aumentar la actividad física en los centros escolares** son muy prometedoras, pero no alcanzan a la totalidad el alumnado a pesar de que esta es una de las medidas de probada eficacia en la prevención de la obesidad infantil. Esto indica la necesidad

de seguir trabajando con Educación para garantizar su extensión y/o buscar medidas legislativas que garanticen las horas de actividad física necesarias para el bienestar de los niños y, sobre todo, de las niñas.

- Sería necesario desarrollar un **modelo de evaluación de la atención**. Para ello se requiere la instalación del programa de software ANTHRO y ANTHROPLUS de la OMS en la historia digital que permitiría detectar los cambios en el IMC de la población atendida. Más allá de eso deben evaluarse otros resultados: cambios en la alimentación, en la actividad física, en la calidad de vida (humor, rendimiento escolar, socialización, deseo de seguir en el programa) así como los cambios en el peso de los padres y de otros componentes del núcleo familiar.
- Debería retomarse la inclusión de **objetivos del PIOBIN en los contratos-programas** con los centros.
- **Garantizar los recursos (financieros, organizativos y de gestión) para la formación tanto en la red de la sandía como en los centros sanitarios.**
- **Continuar elaborando nuevos recursos docentes y explorando nuevas vías de formación.**
- Desarrollar **proyectos de investigación** que profundicen en la evaluación de las diferentes líneas de intervención del plan.
- En Andalucía, como en otras comunidades autónomas, es preciso **avanzar en medidas legislativas para el control de la obesidad** a la espera de una legislación más integral a nivel estatal.

Al ser la obesidad infantil un problema de salud ligado a las condiciones socioeducativas y económicas, los avances en esos determinantes de la salud son cruciales para el control de la epidemia.

La noción de elección individual, responsabilidad y autonomía es especialmente difícil de aplicar en relación con la obesidad. Las elecciones sobre la conducta de las personas están en gran medida conformadas por su entorno, el cual, a su vez está fuertemente determinado por las autoridades locales, el gobierno, la industria y otros¹³.

¹³ Public Health: Ethical Issues. Nuffield Council on Bioethics 2007.

ANEXOS

ANEXO 1. RECURSOS MÁS CONSULTADOS EXCLUYENDO AL PERFIL GESTIÓN. (DATOS: 1 DE JUNIO DE 2013 A 31 DE DICIEMBRE DE 2018)

USUARIO/A RED + INVITADO/A

Tipo recurso	Nombre del recurso	2013 (desde 1 junio)	2014 (año completo)	2015 (año completo)	2016 (año completo)	2017 (año completo)	2018 (año completo)	Total general
Archivo	ACTIVIDAD FÍSICA EN FAMILIA	145	428	960	4189	2178	3123	11023
Archivo	CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA.	40	124	367	946	723	1015	3215
Archivo	DISFRUTA DE LA LACTANCIA MATERNA. Consejería de Salud.	19	65	391	1757	469	507	3208
Archivo	EI JUEGO DE LAS PERLAS Y LOS DELFINES	74	261	517	557	617	763	2789
Archivo	NUESTRA DIETA MEDITERRANEA: UNA MANERA FÁCIL Y SALUDABLE DE COMER.	68	203	414	668	679	708	2740
Carpeta	CONSEJOS PARA MEJORAR LA ALIMENTACIÓN DE LAS FAMILIAS	98	249	413	542	565	611	2478
Archivo	RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA FAMILIAS. PIOBIN.	57	218	432	549	564	547	2367
Archivo	FOLLETO CESTA DE LA COMPRA	-	-	431	680	559	616	2286
Archivo	LA ALIMENTACIÓN DE TUS NIÑOS. AESAN.	47	212	433	520	578	494	2284
Página	ENLACES DE INTERÉS	37	113	338	636	367	592	2083
Archivo	GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA - Andalucía	25	111	351	413	439	532	1871
Archivo	EL AGUA: LA BEBIDA ESENCIAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. PIOBIN.	25	87	299	391	339	372	1513
Archivo	CALENDARIO DE HORTALIZAS DE TEMPORADA	34	141	335	385	321	291	1507
Archivo	CALENDARIO DE FRUTAS DE TEMPORADA	35	142	315	372	334	293	1491
URL	Cuestionario actitudes anti-obesidad	-	-	-	-	563	618	1181
Archivo	Libro recetas: PARA COMER BIEN, BUENO Y BARATO	-	-	-	-	243	432	675
Archivo	Libro recetas: COCINA SANA PARA PEQUES... Y TODA LA FAMILIA	-	-	-	-	253	405	658
Archivo	Azúcares en la dieta: el enemigo en casa	-	-	-	-	219	379	598
URL	sinAzucar.org	-	-	-	-	174	287	461
Archivo	Libro recetas HORA DE COMER	-	-	-	-	231	152	383
Archivo	FOLLETO COMER COLORES	-	-	-	-	-	262	262
Archivo	Lactancia Materna. Información para madres y familias	-	-	-	-	-	28	28
		704	2354	5996	12605	10415	13027	45101

ANEXO 2. CUESTIONARIO ANTI-FAT ATTITUDES ADAPTADO DE CRANDALL 1994

ITEM	1. Fuertemente en desacuerdo	2. Desacuerdo	3. No se	4. De acuerdo	5. fuertemente de acuerdo
1. Pocos amigos míos tienen sobrepeso u obesidad					
2. Tiendo a pensar que la gente que tiene sobrepeso es poco fiable					
3. Aunque algunas personas con sobrepeso pueden ser inteligentes, generalmente pienso que no suelen serlo					
4. Me cuesta mucho trabajo tomarme demasiado en serio a las gente con sobrepeso					
5. Me siento poco confortable con la gente con exceso de peso					
6. Si yo fuera un empleador, evitaría contratar a una persona con sobrepeso					
7. No me gusta la gente con sobrepeso u obesidad					
8. Me siento disgustado/a conmigo mismo/a cuando gano peso					
9. Una de las peores cosas que podrían pasarme sería ganar 10 kg					
10. Estoy preocupado/a por hacerme obeso					
11. La gente que pesa demasiado podría perder al menos parte de su peso con un poco de ejercicio					
12. Alguna gente tiene sobrepeso porque no tiene fuerza de voluntad					
13. Si la gente tiene sobrepeso es por su propia responsabilidad					

ANEXO 3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna y crianza en el profesorado y alumnado de Educación Infantil y Primaria en el Campo de Gibraltar (Cádiz).
- Ampliando horizontes en la efectividad de la intervención grupal. Dolores Arques 18/09/2015-2018. (AGS Norte de Cádiz)
- Estudio de prevalencia de la lactancia materna en < de 2 años en el área de influencia de la UGC de Guadix. Águeda Llamas Rodríguez. Noviembre 2017-abril 2018 (AGS Nordeste de Granada)
- Promoción de hábitos de vida saludable basada en activos. Marchena. Andreia Martins. 2017 (AGS Osuna)
- Prevalencia y caracterización de la obesidad infantil en la zona básica de Salobreña. Silvia Atienza López. 2017-2018. (AGS Sur de Granada)
- Efectividad de un Programa de Promoción de Alimentación y Actividad Física en alumnos de 1ºESO. Domingo Salvatierra Sánchez.2017-2018 (AGS Sur de Granada)
- Proyecto de Investigación EIRA. Intervención compleja en Atención Primaria para fomentar conductas saludables en adultos en cinco aspectos entre otros el consumo de tabaco, la alimentación o la actividad física. Incluyen a los padres de los niños/as dados de alta en el programa PIOBIN. Unidad Asistencial Olivar de Quinto. Cristóbal Sánchez García. Marzo 2017-junio 2018. AGS Sur de Sevilla
- Factores asociados a la motivación para el cambio en los padres de niños con sobrepeso u obesidad. Mª Amparo Fernández Campos. 2016-2018. DS Almería
- Impacto de un programa de ejercicio físico medido con ayuda. Distrito Sanitario Almería. Pulsómetros sobre grosor de la íntima-media de la carótida como marcador de riesgo cardiovascular en niños obesos. Evelyn Annemarie Huber, Mª Amparo Fernández Campos, Mª de los Ángeles Llamas Guisado, Tamara Polo González y Raquel Amo Rodríguez. 2018. DS Almería
- Activos para la salud positiva en la adolescencia: intervención familiar basada en nuevas tecnologías-web para la prevención del consumo episódico excesivo de alcohol. Belén Hernández Bretones.2018-2021. DS Almería
- Efectividad de una intervención en atención primaria en el embarazo y el primer año de vida sobre los factores de programación temprana en la prevención de la obesidad (ETAPA INICIAL

DEL PROYECTO EPI-O) Bernardo Carlos Ferriz Más y Mercedes Díaz Rodríguez.30/12/2017-30/12/2021. DS Bahía de Cádiz-La Janda

- Estudio piloto Meli-Pop (Mediterranean Lifestyle in Pediatric Obesity Prevention), 2018, financiado por el CIBEROBN. DS. Córdoba

- MELI-POP es un ensayo clínico multicéntrico, en paralelo, aleatorizado y controlado, en una cohorte de niños y niñas inicialmente de 3 a 6 años y con riesgo de presentar obesidad, con un seguimiento previsto de 10 años. El ensayo se realizará en Centros de Salud y/o escuelas de 7 ciudades: Barcelona, Córdoba, Pamplona, Reus, Santiago de Compostela, Valencia y Zaragoza. El objetivo principal es valorar, en una cohorte de niños y niñas con riesgo elevado de obesidad, si una intervención durante la infancia y la adolescencia, considerando estilos de vida saludables basados en la promoción de un patrón de alimentación mediterráneo y actividad física regular, comparada con un grupo control, disminuye la incidencia de obesidad 5 y 10 años después del inicio de la intervención.

ANEXO 4. PUBLICACIONES Y PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y JORNADAS

Publicaciones

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la infancia, en la escuela y en la comunidad. Palomares Ojeda, L; Melo Salor, JA; Martínez de la Peña, RA. Libro Curso de preparación de la prueba de la competencia para el acceso extraordinario a la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Capítulo. 17. ASANEC, AIFICC, ACAMEC, SEFYCEX. . 251-264. ISBN: 978-84-615-0888-4. 2012 (DS Sevilla Sur)
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la adolescencia, abordaje familiar. Melo Salor, JA; Martínez de la Peña, RA; Palomares Ojeda, L. Libro Curso de preparación de la prueba de la competencia para el acceso extraordinario a la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Capítulo. 21. ASANEC, AIFICC, ACAMEC, SEFYCEX. . 274-281. ISBN: 978-84-615-0888-4. 2012 (DS. Sevilla Sur)
- Pautas para el seguimiento clínico del niño pequeño para la edad gestacional. I. Díaz López; A. de Arriba Muñoz; J. Bosch Muñoz; P. Cabanas Rodríguez; E. Gallego Gómez; M.J. Martínez-Acedo Ollero; J.M. Ríal Rodríguez; A.C. Rodríguez Dhalia; R. Cañete Estrada; L. Ibáñez Toda; Anales de Pediatría (Barc) 2012; 76(2): 104. e 1-7 (Colaboración multicentros, entre ellos Hospital Carlos Haya (Málaga) y Reina Sofía (Córdoba)
- Promoción para la Salud en Jóvenes: Prevención de Alcoholismo, Tabaquismo y Obesidad en Jóvenes. González Riera, J. Revista Proyecto Hombre. Nº 78, Mayo 2012 (Distrito Sanitario Jaén.)
- Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de zonas rurales. Coronado Vázquez, V.; Odero Sobrado, D; Canalejo González, D; Cidoncha Pérez, J. Gaceta Sanitaria, vol. 26 (5). Sep-oct 2012, 460-2. (AGS Norte de Huelva).

Disponible online: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000635>
- Redes de profesionales en la prevención y el abordaje de la obesidad infantil. Gil Barcenilla B; Lupiañez Castillo, A; Longo Abril, G; Rev. Pediatría Atención Primaria Supl. 2012;(21):15-22. ISSN: 2174-9183. www.pap.es
- Prevalencia y factores asociados a la Obesidad Infantojuvenil en la población escolar de ámbito rural. Merino Cruz M; Maestre Parejo R; Sánchez Carrasco M J; Rivas Begines P; Ramos Calero E; Velázquez Salas A. Med fam Andal. 2013; 2: 111-128 (DS. Sevilla Sur)
- Activos en Salud en Obesidad Infantil, en Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud. EASP. Monografías nº 51, 2013 Gil Barcenilla; Vizúete Rebollo, E.

- Entrevista Motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. Martínez Rubio A; Gil Barcenilla, B; en Rev Pediatría Aten. Primaria Supl. 2013;(22):133-4
- Impacto de una intervención educativa breve a escolares, sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. Oliva Rodríguez, R; Tous Romero M; Gil Barcenilla,B; Longo Abril G; Pereira Cunilla, L; García Luna, P; (Nutr Hosp. 2013;28:1567-1573).
- A través de La Red de la Sandía, el Plan ha editado y presentado el libro “El juego de las perlas y los delfines” escrito por la doctora italiana Rita Tanas, experta en obesidad infantil y que colabora habitualmente con el PIOBIN. Es un material dirigido a las familias interesadas en abordar el exceso de peso de sus hijos/as y, en él, pueden encontrar sus propias opciones para cambiar hacia estilos de vida más saludables. EASP 2013.
- Situaciones clínicas: Cómo ayudar a las madres con obesidad a conseguir sus objetivos de lactancia materna. Gil Barcenilla, Begoña; Martínez Rubio, Ana. Revista Form Act Pediatr Aten Prim. 2016; 9(1):8-14
- Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. Tanas, Rita; Gil, Begoña et al. Journal of Obesity & Therapeutics, 2017 vol1 ,1, p 3-6.
- Lactancia materna: dolor y producción escasa. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Peiró Aranda R, Navarro Quesada FJ Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 259-266.

Participación en congresos y jornadas

- Health Promotion in Adolescents Through Physical Exercise and Environmental Exploitation. (Promoción de Salud en Adolescentes a través del Ejercicio Físico e Intervención Ambiental, mesa redonda en el XI Congreso Internacional National Hispanic Science Network (NHSN): National Institute on Drug Abuse (NIDA) Ministerio de Salud EEUU. Miami, Florida, EEUU, 2011. (Distrito Sanitario Jaén).
- Lactancia materna: prevalencia, duración y factores asociados a su abandono. Lacasa Maseri S; Jiménez Hinojosa, J.M.; López Siguero, JP; Serrano Martín, M.M; Urda Cardona, A; Jurado Ortiz, A. Hospital Regional Universitario Carlos Haya Málaga. 61º Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Granada 2012. 31 Mayo al 2 Junio. (DS Málaga)

- La alimentación del alumnado de educación secundaria durante la jornada escolar en Andalucía. Resultados en la provincia de Sevilla. Melo Salor, JA. I Congreso Internacional Virtual de Enfermería Familiar y Comunitaria. Torremolinos (Málaga). Octubre 2012 (DS Sevilla Sur)
- Redes profesionales en la prevención y el abordaje de la obesidad infantil. Gil Barcenilla B. Mesa redonda en el 61 Congreso de la Asociación Española de Pediatra, Granada 2012
- Seminario Práctico de Prevención de Alcoholismo, Tabaquismo y Obesidad en Jóvenes: Tabaco, alcohol y Obesidad en Juventud Andaluza. González Riera, J XIV Jornadas Nacionales P Hombre. Madrid, 2012 (DS Jaén)
- Tobacco, Alcohol, and Obesity in Andalusian Youth. (Tabaco, Alcohol y Obesidad en Juventud Andaluza). Mesa redonda, XII Congreso Internacional National Hispanic Science Network (NHSN) - National Institute on Drug Abuse (NIDA) Ministerio de Salud. EEUU. San Diego, California, EEUU, 2012. (Distrito Sanitario Jaén).
- Evaluación de la oferta alimentaria de los Institutos de Educación Secundaria de Sevilla. Sánchez Cordero, MJ; Melo Salor, JA; Cejudo López, A. I Congreso Internacional Virtual de Enfermería Familiar y Comunitaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Torremolinos (Málaga). Diciembre 2012, (DS Sevilla Sur)
- Deporte Saludable en el Plan Integral de Obesidad Infantil. Gil Barcenilla, B. Mesa redonda "Experiencias positivas en deporte y salud" Jornadas Andaluzas sobre Deporte y Salud. Granada, Dic 2013
- Taller de Entrevista Motivacional. Begoña Gil Barcenilla en el 10º Curso de actualización en pediatría organizado por la AEPap celebrado en Madrid en febrero de 2013.
- Taller de Entrevista Motivacional en obesidad infantil. Begoña Gil Barcenilla en el 62º Congreso de la AEP celebrado en Sevilla en junio de 2013.
- Network of professionals for the prevention and treatment of childhood obesity. Gil Barcenilla B; Longo Abril, G; Lupiañez Castillo, A; 23 European Childhood Obesity Group Congress in Liverpool: Nov 2013
- Salud en todas las políticas: Redes de profesionales en la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil. Gil Barcenilla B; Lupiañez Castillo, A; Longo Abril, G; 7ª Jornadas de Salud Pública, Consejería de Salud. Sevilla, Dic 2013
- Prevalencia de obesidad en los colegios del Distrito Sanitario Poniente de Almería y repercusión de los hábitos de vida saludables. Moncada Díaz R.; García Hernández AM;

- González Ramírez, AR. XVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de la Calidad Asistencial (SADECA) Granada, nov. 2013
- Cepillo pillo y la enfermera enseñan al alumnado de educación infantil a cuidar sus dientes. Sánchez Robles R; Sánchez Robles V Jornadas Internacionales de Investigación en educación y Salud. Almería, 2014 (Nordeste de Granada)
 - Desayuno saludable y divertido con la enfermera de mi centro de salud. Sánchez Robles R; Sánchez Robles V. Jornadas Internacionales de Investigación en educación y Salud. Almería, 2014 (Nordeste de Granada)
 - La importancia de la implicación del Médico de Familia en el abordaje de la obesidad infantojuvenil: “La Red de la Sandía” como herramienta de formación y comunicación entre profesionales. Medero Canela, R. XXI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia (SEMG), Sevilla 29-31, mayo 2014
 - En colaboración con la EASP y con la Agencia de Salud y Servicios Sociales de Montreal, Redes sobre obesidad infantil: Una oportunidad para el desarrollo profesional en salud pública en Andalucía y Québec. (Developpment Professionnel en réseau: prevention des problemes reliés au Québec et Andalousie). Gil Barcenilla B; Jiménez Pernet, J; Lupiañez Castillo, A; Longo Abril, G; Toro Cárdenas S; XXV Congreso Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud (CALASS) Granada, septiembre 2014
 - Plan de Cuidado Comunitario a Adolescentes de un barrio con Necesidad de Transformación Social. Sánchez Robles R; Sánchez Robles V; Cruz Aguilar M. II Congreso Internacional sobre Intervención Social y Educativa en Grupos Vulnerables. Almería, 2014 (Nordeste de Granada)
 - Identificación de activos en salud para la prevención de la obesidad infantil. Gil Barcenilla B. XXII Congreso Nacional de Pediatría Social. Almería, 2015.
 - Evaluación de Redes. Gil Barcenilla B: IX Jornadas de Salud Pública, EASP. Granada. Diciembre 2015
 - Plan Andaluz de Obesidad Infantil: situación actual, estrategias y resultados. Gil Barcenilla, B. 40 Congreso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEDYN) Córdoba, 2015
 - Intersectorial training to prevent childhood obesity: Health assets identification. Gil Barcenilla B; Lupiañez Castillo, A; Longo Abril, G; Toro Cárdenas S; En el 25 European Childhood Obesity Group, Estocolmo, 2015

- Identificación de Activos para la Salud en un Curso Masivo de Prevención de la Obesidad Infantil. Comunicación presentada en la XXXIV REUNIÓN SEE Y X CONGRESSO APE, Sevilla 2016. Begoña Gil Barcenilla
- Prevención y tratamiento de la obesidad en las diferentes etapas de la vida. Mesa redonda en el 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC, Begoña Gil Barcenilla. Huelva 2016.
- Alianzas para el control de la obesidad, conferencia en las XVIII JORNADAS SASPAS – HIPATIA OTTAWA EN EL SIGLO XXI: A PROPÓSITO DE LA OBESIDAD. Begoña Gil Barcenilla. EASP, Granada, 2016
- Influencia de los medios de comunicación y la publicidad en la autopercepción de la imagen corporal, en las II JORNADAS DE FORMACIÓN SOBRE COMUNICACIÓN EN SALUD, Begoña Gil Barcenilla Universidad de Sevilla, 2016.
- Nutrición en la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad, en el III CURSO DE VERANO DE LA FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DE NUTRICIÓN. Begoña Gil Barcenilla, Granada 2016
- Tanas, Rita; Gil, Begoña et al. Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity.. Journal of Obesity & Therapeutics, 2017 vol1 ,1, p 3-6.)
- Alimentación primeros 1000 días. En la X Jornada Provincial de Alimentación Saludable y Promoción de la Actividad Física. Mª del Mar Egea. Noviembre de 2017 (AGS Norte de Jaén).
- Programa de Salud Infantil y Hábitos saludables. Atención a la salud de la Infancia y adolescencia en Andalucía. X Jornada Provincial de Alimentación Saludable y Promoción de la Actividad Física. Juan Alonso Cozar. Noviembre de 2017, (AGS Norte de Jaén)
- Experiencia grupo Mondarina, Video ilustrativo actividades. XI Jornadas de Salud Pública: Salud Pública ante escenarios futuros (on line) Cristóbal Hevilla y cols. Granda, 20 al 25 de noviembre 2017. (DS. Málaga-Guadalhorce)
- Reformulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. XI Jornadas de Salud Pública: Salud Pública ante escenarios futuros (on line) Nieves Prieto García y Mª del Mar Rodríguez Membrive, 20 al 25 de noviembre 2017. (DS Málaga-Guadalhorce)
- Apoyo a la lactancia materna desde una perspectiva comunitaria. XXIII CONGRESO SADECA. Esther Merino. Almería, noviembre 2017 (DS Costa del Sol)

- Alimentación, Embarazo y Salud Mental. XI Jornadas Poniente Investiga. M^a Isabel Pérez Sedano, El Ejido (Almería) 2017. (D.S. Poniente de Almería)
- Promoción de la actividad física: Proyecto Por un Millón de Pasos. XIII Congreso Portugués de Epidemiología. Suarez-Bárcenas Gómez A, Fernández-Nistal A, Montaña-Remacha C, López-Ruiz N. Lisboa, septiembre, 2018 (AGS Campo de Gibraltar)
- Resultados en lactancia materna en menores de 2 años en el área de influencia de la UGC de Guadix. La salud es un derecho humano. I Jornada Internacional de Enfermería 2018. Águeda Llamas Rodríguez. Granada, 11 mayo 2018 (AGS Nordeste de Granada)
- Resultados en LM en el Centro de Salud de Guadix. Raquel Cuerva. 27º Congreso Andaluz de MFyC Jaén. 4-6 octubre 2018 (AGS Nordeste de Granada)
- Prevenir la obesidad infantil desde la colaboración entre el entorno sanitario y educativo. Jornadas de Seguimiento de los Programas de Hábitos de Vida Saludables. Araceli Astasio Astasio. 19/04/2018 (AGS Norte de Jaén)
- Alimentación saludable en la Prevención y Tratamiento de la Obesidad. Juan Carlos Huerga Domínguez. III Semana de la Salud de Osuna. 5 de abril de 2018 (AGS Osuna)
- Estudio nutricional de galletas "María". XII International Conference Mediterranean Diet (Barcelona). Méndez Arroyo, Ángela; Picón Toro, Encarnación; Álvarez Martín, Antonio P.; Pezzi Certeo, Miguel Ángel, 18-19 de abril de 2018 (AGS Serranía de Málaga)
- Evaluación adherencia a la dieta mediterránea en población infantil. XII International Conference Mediterranean Diet (Barcelona). Méndez Arroyo, Ángela; Picón Toro, Encarnación; Álvarez Martín, Antonio P.; Pezzi Certeo, Miguel Ángel. 18-19 de abril de 2018 (AGS Serranía de Málaga)
- Activos en salud en el AGS Sur de Granada, un recurso para prevenir la obesidad. XXIII Congreso SADECA 2018, Redes Innovando en salud. Berta Gorlat Sánchez. Herenia García Serrán. Francisco Pérez Sáez. María Cristina Sánchez García Fabiola Ojeda Virto. Maximiliano Ocete Espinola. 14, 15 y 16 noviembre de 2018 en Úbeda (Jaén). (AGS Sur de Granada)
- Prevención y Promoción de Salud: Instrumentos para una gestión clínica efectiva y sostenible a través de un modelo de atención integrada al paciente de Atención Primaria (Primer premio 2018). Jornadas Innovación en Atención Primaria, Jornadas SEDAP: Entrega premios SEDAP-SAS a experiencias innovadoras en A.P. Esther Gala Oceja. Santander, junio 2018 (DS Costa del Sol)

- El Distrito de Atención Primaria y la Red de Acción Local en Salud: una experiencia en el Plan Local de Salud de Benalmádena. Jornada RELAS: Una nueva apuesta de coordinación. Esther Gala Oceja. 29/11/2018 (DS Costa del Sol)
- Taller Promoción de Hábitos Saludables en Salud Mental. F. Javier González Riera. I Congreso Internacional de Salud Mental – XV Jornadas FEALES Huelva. 27-9-2018 DS Jaén
- Promoción de la Lactancia Materna. Curso Formación Lactancia. Dr. Javier Navarro Unidad Asistencial de AP de Lucano, Córdoba. REAMARE, Colegio Médicos de Sevilla. 24-11-2018
- Lactancia materna y pediatra 3.0. Reunión Nacional FEDALMA. Dr. Javier Navarro (Unidad Asistencial de AP de Lucano, Córdoba) Priego de Córdoba,13-4-2018
- Utilidad de los cultivos de leche humana para el diagnóstico y tratamiento de las mastitis en la lactancia. 22º Jornadas de APAP Andalucía. 17.3.2018 Microbiological evaluation of breast milk culture as part of lactational mastitis diagnosis. 28th ECCMID. 21.4.2018 (DS Córdoba)
- Medidas incluidas en la Ley en la Jornada sobre Consejo Dietético celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2018 y en la jornada del PIOBIN celebrada en el Distrito Málaga Guadalhorce, Málaga, mayo 2018.
- Jornadas sobre PLANES INTEGRALES DE SALUD. INTERVENCIÓN DESDE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ de la Universidad Pablo Olavide (Sevilla), Begoña Gil Barcenilla, diciembre, 2018
- XXIX ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MENORCA. Determinantes sociales de la obesidad: ¿qué nos pesa? Begoña Gil Barcenilla, LLazaret, Menorca, septiembre de 2018
- Implicación del ámbito educativo en la promoción de estilos de vida saludables. Ponencia presentada en XVIII Congreso Sociedad Española de Investigación en Nutrición y Alimentación en Pediatría (SEINAP), Begoña Gil Barcenilla, Madrid, octubre 2018
- Leyes que salvan vidas, mesa redonda en 63º Congreso Sociedad Española Farmacia Hospitalaria. Begoña Gil Barcenilla, Palma de Mallorca, nov. 2018
- Taller de Sistemas de Información de Calidad Nutricional. Medidas eficaces para el control de la Obesidad. WCRF. NOURISING; WHO. RHN STUDY VISIT TO ANDALUSIA. 'Public health for all' Equity, solidarity, quality, innovation, ... Comprehensive Health Plans in Andalusia: the role of the healthcare services. Consejería de Salud, 10 dic. 2018
- Andalusian draft law for the obesity prevention. Póster presentado en el 28th Annual Congress of the European Childhood Obesity Group, Begoña Gil Barcenilla, Oporto, nov. 2018.

